

PARA QUE SERVE O SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE POSSÍVEIS USUÁRIOS

WHAT IS MOBILE EMERGENCY SERVICE FOR: SOCIAL REPRESENTATIONS OF POSSIBLE USERS

Recibido: 19 de diciembre de 2017 | Aceptado: 31 de mayo de 2018

DOI: 10.22199/S07187475.2018.0003.00002

CAROLLINE DE FARIA **CORDEIRO ALVES** ¹, BRUNA MELO DE OLIVEIRA ¹, MURILO CÉSAR DO NASCIMENTO ¹,
SILVANA MARIA **COELHO LEITE FAVA** ¹, ROGÉRIO SILVA LIMA ¹

¹. UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS (UNIFAL-MG), Minas Gerais, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: atender potenciais usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no sul de Minas Gerais. **MÉTODO:** Pesquisa de representação social, qualitativa, exploratória e descritiva, realizada com 50 cidadãos selecionados por conveniência em locais públicos. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, gravada em áudio e posteriormente transcrita. Para a organização dos dados e análise, utilizou-se o método do discurso coletivo do sujeito baseado na Teoria das Representações Sociais. **RESULTADOS:** as representações obtidas foram "serviço de urgência rápida"; "A ambulância resgata pessoas"; "O mesmo que o bombeiro", "Uma entidade do governo que ajuda as pessoas" e "nada". No que diz respeito à função de serviço, foram identificadas as seguintes ideias centrais: "Ajuda em caso de acidente ou alguém que adoecer". "Levar para o hospital" e "não sei". **CONCLUSÃO:** as representações referem-se ao senso comum sobre sistemas de saúde e atendimento de emergência. Não há clareza sobre o tipo de serviço prestado pelo Serviço Médico de Emergência móvel. A ênfase é colocada na necessidade de medidas educacionais para reconhecer adequadamente as funções do serviço, a fim de proporcionar uma melhor organização da demanda no contexto das redes de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Emergências, Psicologia Social, Pesquisa Qualitativa, Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To know the representations of potential users of the emergency mobile service in a city in the South, Minas Gerais, Brazil. **METHODS:** This is a qualitative, exploratory and descriptive research, carried out with 50 citizens using convenience sampling in public places. Data were collected through semi-structured interviews, recorded in audio and subsequently transcribed. For the organization and analysis of data, the Collective Subject Discourse method based on the theory of Social Representations was used. **RESULTS:** The representations obtained were: "Fast emergency service", "Ambulance that rescues people", "Same as firemen", "A government entity that helps people," and "nothing." Regarding the function, the following ideas were identified: "To assist someone in an accident or someone who gets sick", "Take to the hospital," and "I do not know." **CONCLUSION:** Representations refer to common sense about health systems and emergency care. There is no clarity about the type of service provided by the emergency mobile service. Emphasis is placed on the need to implement educational measures for the appropriate recognition of the service functions, in order to provide a better organization of the demand in the context of the Health Networks.

KEY WORDS: Medical emergencies, social psychology, qualitative research, emergency medical services.

CÓMO CITAR / HOW TO CITE

Cordeiro Alves, C., Melo De Oliveira, B., Do Nascimento, M. C., Coelho Leite Fava, S. M. & Silva Lima, R. (2018). Para que serve o serviço móvel de urgência: representações sociais de possíveis usuários. *Salud & Sociedad*, 9(3), 222-234. doi: 10.22199/S07187475.2018.0003.00002

¹. Universidade Federal de Alfenas. E-mail: carollinedefaria@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) se apresenta como uma forma de acesso rápido e eficaz à população que visa proporcionar atendimento imediato às vítimas de agravos, já que o tempo é um fator de grande importância em situações de emergência (Alves, Rocha, Rocha, & Gomes, 2010).

O SAMU, no cenário brasileiro, é o modelo de atendimento pré-hospitalar às urgências e emergências normativamente instituído (O'Dwyer, Konder, Reciputti, Macedo, & Lopes, 2017) e deve realizar tais atendimentos em qualquer lugar, no local da ocorrência. A partir de uma ligação (pelo número 192), a Central de Regulação identifica a emergência e transfere a ligação para o médico regulador, que faz a estratificação do risco (Ministério da Saúde, 2013), disponibiliza a viatura adequada para a ocorrência e inicia o atendimento, orientando a vítima ou acompanhante enquanto o atendimento especializado não chega ao local (Alves et al., 2010).

Geralmente a pessoa recorre ao SAMU para a resolução dos problemas de saúde que, na sua percepção, imprimem risco a sua vida e deposita confiança e credibilidade no serviço devido à atenção e assistência prestada ainda na cena do agravo (Abreu, Pelegrini, Marques, & Lima, 2012).

No Brasil, a utilização inadequada do serviço de emergência tem feito com que pacientes graves que precisam de atendimento imediato sejam prejudicados e que pacientes não graves percam a continuidade do atendimento. Isso pode ocorrer, além de outros intervenientes, devido às diferentes concepções de urgência e emergência, circulantes no contexto social, que matizam as práticas dos usuários e dos profissionais de saúde. A exemplo, percebe-se um grande número de pessoas que procura o serviço de pronto atendimento com a finalidade de consulta e, assim, superlotam a unidade (Gomide, Pinto, & Figueiredo,

2012; Machado, Salvador, & O'Dwyer, 2011). Pode-se afirmar que esse tipo de comportamento é radicado nas elaborações sociais a respeito das redes de saúde e da atenção básica, posto que, em função de determinantes históricos e culturais, não conseguiram plenamente desempenhar seu papel na assistência à saúde da coletividade (Cecilio et al., 2012).

Ademais, o fato desse tipo de serviço oferecer o transporte da vítima até o centro especializado de atendimento faz com que a solicitação seja feita também com a finalidade de utilizar a ambulância apenas como meio de transporte (Abreu et al., 2012).

Desse modo, a problemática quanto ao mau uso do SAMU pode estar relacionada ao conceito popular sobre urgência e emergência, veiculado na sociedade. A concepção de urgência reflete um contexto distinto para o usuário, que prioriza o urgente a partir dos sinais e sintomas e daquilo que de alguma forma ameaça a sua segurança de vida e bem estar. Por outro lado, o profissional tem o saber biomédico como base definidora para as condições urgentes (Abreu et al., 2012).

Apesar de o SAMU ter a finalidade de agilizar o atendimento de emergência e diminuir os possíveis danos à vítima, o desconhecimento da população sobre a atuação desse serviço pode levar à diminuição da eficácia do atendimento especializado, mesmo porque, as solicitações não pertinentes podem direcionar os recursos para atendimentos não prioritários, colocando em segundo plano aqueles para os quais as ações emergenciais seriam imprescindíveis (Santos & Santo, 2014).

Cada vez mais cresce a demanda pelo serviço de emergência seja pela incapacidade de acesso ao serviço de atenção básica ou pelo prejulgamento de que o atendimento de urgência e emergência é mais efetivo, determinando o aumento do fluxo de atendimento nesse setor. Essa

questão pode estar relacionada ao (des)conhecimento do usuário sobre a ação do SAMU em contraste à definição de urgente entre a equipe profissional, o que dificulta a comunicação e o entendimento entre as partes, bem como desfavorece a qualidade do atendimento (Pires et al., 2013).

Nessa ótica, concomitantemente aos avanços tocantes às tecnologias, instrumentos e recursos requeridos no processo de implantação de um serviço, outros saberes precisam ser articulados com intuito de favorecer as estratégias de consolidação do serviço proposto, tendo como base a perspectiva dos diversos atores envolvidos, privilegiando uma visão que não desconsidere o olhar do usuário. Sobretudo, porque os estudos que contextualizam o SAMU no país são recentes (O'Dwyer et al., 2017).

Ademais, a educação em saúde aos usuários a respeito da finalidade do SAMU pode ser necessária para favorecer a adequada utilização dos recursos, tendo em vista que o processo de implantação de qualquer serviço de saúde não pode deixar aparte o solo cultural, social e também histórico que estabelece as condições de possibilidade que fundamentam as concepções e práticas tocantes à saúde e à doença (Abreu et al., 2012).

Em face ao exposto, essa pesquisa assume como objeto de investigação as representações dos possíveis usuários do SAMU sobre esse serviço.

Objetivo

Conhecer as representações dos possíveis usuários sobre o SAMU de um município do Sul de Minas Gerais, Brasil.

MATERIAIS E MÉTODO

Tratou-se de uma Pesquisa de Representação Social, de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. Como

referencial teórico elegeu-se a Teoria das Representações Sociais (TRS) de Moscovici (1975, 2015).

Para o autor uma representação social reflete um fenômeno coletivo, como crença, cultura, religião e ciência e não deve ser avaliada de modo introspectivo e individual. A TRS visa observar o comportamento da sociedade diante de um conhecimento novo e se constrói sobre a teoria dos símbolos, que permite a formação de significados variados e compartilham realidades diferentes dentro de uma sociedade. O ponto chave dos estudos de Moscovici (1975, 2015) é a relação entre a ciência e o pensamento leigo, o significado de algo científico em nível social.

Entende-se que esse referencial é adequado ao objetivo do estudo, uma vez que, a despeito do SAMU ter sua implantação no Brasil desde 2003 (Machado et al., 2011), no município cenário desta pesquisa, esse serviço é recente e iniciou o seu atendimento em 2015. Assim, pressupõe-se que para a população do estudo esse fenômeno se apresenta como conhecimento sobre algo novo, em processo de familiarização. E, muito embora se trate de um contexto loco-regional, a análise dos processos de elaboração e compartilhamento do conhecimento de senso comum a respeito de um serviço de emergência pode fornecer subsídios para compreensão de processos análogos em outras localidades, o que coaduna ao conceito de transferibilidade em pesquisas com abordagem qualitativa (Prion & Adamson, 2014).

Integraram o estudo 50 participantes, selecionados por conveniência, que atenderam os seguintes critérios: ser residente no município do estudo, com endereço fixo na cidade no mínimo desde 31 de janeiro de 2015, período correspondente ao início do processo de implantação do SAMU na cidade em questão, ser maior de 18 anos de idade e conceder sua anuência por escrito para participação.

Não foram incluídos no estudo os participantes que houvessem residido previamente em cidades com SAMU implantado e em funcionamento.

A coleta de dados foi efetuada por meio de entrevistas semiestruturadas, registradas com o auxílio de gravadores digitais, com o consentimento dos participantes, em lugares públicos, praças e locais próximos aos pontos de transporte coletivo do município nos horários entre nove horas e meio dia e entre as 14 e 17 horas, do dia 14 de novembro de 2015 ao dia 04 de janeiro de 2016.

Para coleta de dados foi utilizado um instrumento composto por duas partes, a primeira compreendeu a caracterização social, demográfica e econômica dos participantes e a segunda, um roteiro de entrevista semiestruturada elaborado pelos autores, composto por duas questões norteadoras sobre o que é o SAMU para o usuário e como ele explicaria a finalidade do SAMU a um amigo.

Após a coleta as entrevistas foram transcritas na íntegra em editor de texto. Para organização e análise dos dados foi utilizado o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) como instrumento para recuperar e expor, identificar e descrever as representações sociais de uma dada formação sociocultural (Lefevre & Lefevre, 2012).

Trata-se de uma técnica de pesquisa qualitativa passível de uso em pesquisas de opinião. Consiste em analisar depoimentos oriundos de questões abertas, agrupando as camadas dos depoimentos de sentido semelhante em discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular no intento de dar voz ao pensamento coletivo veiculado por um sujeito também coletivo (Lefevre & Lefevre, 2012).

Utilizaram-se as seguintes figuras metodológicas: Expressões-chave (ECH), que são partes ou todo o conteúdo das

transcrições literais da entrevista de cada sujeito; Ideias Centrais (IC), que remetem a um nome ou expressão linguística que revelam e descrevem os discursos obtidos nas entrevistas e as Expressões-Chave de forma mais sintética; Ancoragem (AC), expressão de uma determinada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, é utilizada pelo enunciador para enquadrar uma dada situação; e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que apresenta o conjunto das ECH, que possuem a mesma IC ou AC, como painéis e depoimentos coletivos, redigido na primeira pessoa do singular (Lefevre & Lefevre, 2012; Lefevre, Lefevre, & Teixeira, 2000).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG) sob protocolo número 1.291.150. Para participação no estudo, os integrantes concederam anuência por escrito por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para garantia do anonimato identificou-se cada entrevistado com a letra E seguida de numeral arábico (por exemplo, E1, E2, E3) e o Discurso do Sujeito Coletivo de cada ideia central foi identificado por meio da sigla DSC seguida de numeral arábico (DSC 1, DSC 2 e sucessivamente).

RESULTADOS

Do grupo estudado, 26 participantes eram do sexo feminino (52%) e 24 do sexo masculino (48%). A média da idade dos entrevistados foi 38,62 e a mediana 34,5; compreendendo uma idade mínima de 18 anos e idade máxima de 82.

Com relação à escolaridade, 14 (28%) dos entrevistados possuíam o Ensino Médio completo e 13 (26%) o Ensino Superior incompleto. Houve o predomínio dos estudantes 14 (28%) seguido pelos balconistas 5 (10%). A renda familiar predominante foi entre um e três salários

mínimos 30 (60%). Dos 50 participantes, 34 não possuíam plano de saúde.

A partir da primeira pergunta “O que é o SAMU para você?” foram obtidas as Ideias

Centrais apresentadas na Figura 1. A Tabela 1, construído a partir da mesma pergunta, apresenta a distribuição das IC sobre o que é o SAMU.

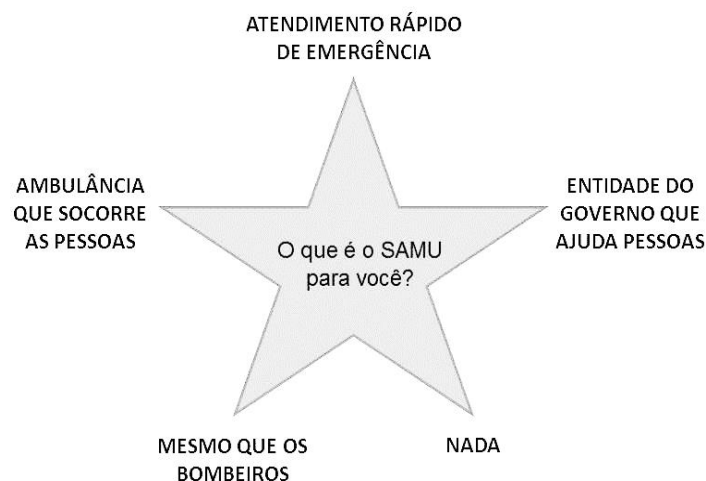


FIGURA 1.
Ideias Centrais da primeira pergunta: O que é o SAMU para você?
Fonte: dos autores.

TABELA 1.
Distribuição das Ideias Centrais sobre o que é o SAMU.

N°	Ideias Centrais	Participantes	Frequência
1	Atendimento rápido de emergência	E1, E3, E10, E16, E18, E19, E20, E21, E24, E25, E26, E27, E29, E30, E31, E32, E33, E34, E35, E38, E39, E40, E41, E42, E43, E44, E45, E47, E48, E49, E50.	31
2	Ambulância que socorre pessoas	E11, E14, E22, E36, E42, E46.	6
3	Nada	E12, E13, E23.	3
4	Mesmo que os bombeiros	E2, E8.	2
5	Entidade do governo que ajuda pessoas	E28	1

Legenda: E = entrevistado que contribuiu para a formação da ideia central de cada DSC.
Fonte: dos autores.

A seguir apresenta-se trechos do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que traduzem as representações sobre o SAMU para os participantes do estudo.

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) da Ideia Central 1 (pergunta 1): Atendimento rápido de emergência

O SAMU pra mim é quando ocorre algum caso de emergência que você

não pode recorrer tão rápido assim ao hospital, então você disca 192 pra chamar o SAMU, você pode ligar em qualquer momento. Numa emergência eles são muito prestativos aqui, muita gente que já precisou falou que é confiável, chega rapidinho. É importante para melhorar a saúde das pessoas que estão expostas em caso de urgência, por exemplo um acidente de carro, você pode chamar que eles

que vão prestar um auxílio pra você, rapidinho eles chegam, então é uma coisa muito boa. É um resgate móvel, é uma assistência de socorro para vítimas que machucam. Às vezes a pessoa passou mal em casa e não tem como sair (...) ele vai lá e busca, uns 3, 4 minutos eles estão passando lá para pegar a gente, socorre a gente e leva a gente para o hospital. É uma unidade móvel, serviço de atendimento móvel de urgência. Ele atende a vítima em qualquer situação, onde tem uma equipe que vai prestar o socorro, vai até o local onde você está, tanto na cidade como na zona rural e principalmente na rodovia e caso seja necessário manda para o hospital (DSC 1).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) da Ideia Central 2 (pergunta 1): Ambulância que socorre as pessoas

(...) é uma ambulância, esses carros que vai pegar as pessoas em casa ele pega as pessoas doentes é uma ambulância muito equipada que socorre as pessoas em caso de acidente (DSC 2).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) da Ideia Central 3 (pergunta 1): Nada

(...) não tenho conhecimento do SAMU posso ter ouvido, mas não lembro. Nunca precisei do SAMU, tenho plano de saúde. Por alto sei que atende pessoas que precisam (DSC 3).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) da Ideia Central 4 (pergunta 1): Mesmo que os bombeiros

Tipo um corpo de bombeiro acho que tem a mesma função que o corpo de bombeiros tentar salvar uma vida, salvar as pessoas, sei lá (DSC 4).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) da Ideia Central 5 (pergunta 1): Entidade do governo que ajuda pessoas

(...) é uma entidade do governo que a cidade tem pra poder ajudar as pessoas né, que... principalmente, ajuda todos, mas eu acredito que principalmente mais as pessoas de baixa renda (...) (DSC 5).

A segunda pergunta “Se um amigo pedisse para você explicar para que serve o SAMU, como você falaria?” apresentou as Ideias Centrais presentes na Figura 2.



FIGURA 2.

Ideias Centrais da segunda pergunta: Se um amigo pedisse para você explicar para que serve o SAMU, como você falaria?

Fonte: dos autores.

TABELA 2.
Distribuição das Ideias Centrais sobre a função do SAMU.

N°	Ideias Centrais	Participantes	Frequência
6	Para socorrer acidente ou quem passa mal	E2, E3, E4, E6, E7, E8, E9, E11, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E20, E21, E26, E28, E29, E30, E32, E36, E39, E41, E43, E44, E46, E47, E48.	29
7	Levar para o hospital	E10, E19, E22, E25, E42, E49.	6
8	Não sei	E12, E23.	2

Legenda: E = entrevistado que contribuiu para a formação da ideia central de cada DSC.
Fonte: dos autores.

A distribuição das Ideias Centrais em relação à função do SAMU está representada na Tabela 2.

Os trechos do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de cada IC que traduzem as representações sobre a função do Serviço são apresentados a seguir.

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) da Ideia Central 1 (pergunta 2): Para socorrer acidente ou quem passa mal

Eu falaria que eles socorrem as pessoas. Eu explicaria que tem que ligar 192. Você liga para o SAMU e ele vai lá e faz os primeiros socorros tudo certinho mais rápido, ajudar a socorrer as vítimas, quem estiver passando mal na rua, em casa, tiver algum acidente, em caso de atropelamento, infarto e em qualquer situação de risco e leva para o hospital, tem que passar por uma avaliação para o médico ver se precisa ir ou não. A filha da minha amiga teve uma dor de cabeça muito forte uma vez e desmaiou. Foram eles que deram os primeiros socorros para ela, eles conseguem prestar socorro de uma forma muito rápida para pessoa que está precisando. Eu indicaria o SAMU, acho que os profissionais que estão lá são suficientes para estar socorrendo, vai o médico, o enfermeiro, eles vão tentar ajudar de alguma forma, indo

até o local ou dando alguma informação (DSC 6).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) da Ideia Central 2 (pergunta 2): Levar para o hospital

(...) o SAMU é bom porque é um serviço prestado pra vítima até chegar no hospital, se tiver doente e tiver que ir no hospital mas não tiver dinheiro pra pagar um táxi é só chamar o SAMU. Você liga e explica o que aconteceu e aí eles vão fazer um monte de pergunta e vão vir buscar. Gasta uns 5, 6 minutos a ambulância vai chegar no local e com 3, 4 minutos eles já te levaram. É muito mais fácil chamar eles do que a gente levar de qualquer jeito (DSC 7).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) da Ideia Central 3 (pergunta 2): Não sei

Não saberia explicar nada, como não conheço não vou ter o que falar (DSC 8).

Ressalta-se que nos depoimentos analisados não foi encontrada a figura metodológica da Ancoragem, como marca linguística explícita de teorias, hipóteses e ideologias, do modo como é proposta pelo autor do método (Lefevre & Lefevre, 2012; Lefevre, Lefevre, & Teixeira, 2000). Isso talvez coloque em perspectiva o caráter recente e novo do problema pesquisado para os participantes do estudo.

DISCUSSÃO

As representações sociais a respeito do SAMU remetem ao saber popular no tocante aos serviços de saúde e ao SUS (Sistema Único de Saúde) brasileiro, bem como se enraízam nos conceitos coletivamente elaborados sobre urgência e emergência, em caráter de senso comum.

Pode-se observar que o usuário busca no serviço de emergência vantagens sobre a necessidade que possui, desde um atendimento mais rápido até um meio de transporte gratuito (Abreu et al., 2012). Neste sentido, identificou-se neste estudo que as representações do SAMU para os possíveis usuários estão estreitamente relacionadas ao senso de utilidade do serviço, principalmente como um meio de atendimento rápido para socorro às necessidades consideradas emergenciais.

Por outro lado, coexiste no imaginário popular a representação do SAMU como meio de transporte. Esta ideia remete a uma forma de atendimento móvel muito comum em municípios do interior, caracterizado pelas chamadas ambulâncias brancas. Anteriormente à implantação do SAMU diversos municípios dispunham deste recurso de atendimento às emergências. Tais ambulâncias contavam apenas com um motorista, que não era profissional de saúde, e destinavam-se unicamente ao transporte sanitário, levando pacientes dos domicílios para os hospitais sem necessidade de regulação médica (O'Dwyer et al., 2017).

Outro aspecto que merece destaque são as experiências dos usuários, coletivamente compartilhadas na constituição das representações sobre o SAMU. É partir de suas experiências individuais e coletivas que o usuário classifica sua necessidade e, então, solicita atendimento, assim, as chamadas pelo atendimento do SAMU podem aumentar ou diminuir de acordo com variações semanais, anuais ou mesmo durante eventos específicos (Reuter, et al., 2015). Dessa ótica, nota-se a influência dos

constructos sociais no modo de pensar dos sujeitos sobre o SAMU e sobre as urgências. Ademais, se observa que as matrizes de pensamento se fundam nos relatos de experiências de conhecidos e de situações do cotidiano, muito mais do que em vivências próprias e podem subsidiar a procura pelo serviço em situações de baixa gravidade.

É preciso que se considere que as representações elaboradas não podem ser desvinculadas do solo cultural que as possibilita, porque o conhecimento adquirido pelo homem é influenciado pelo saber do grupo social no qual está inserido, posto que cada um está cercado por palavras, ideias e imagens que são convencionalizadas para que se possa compreender as coisas e decodificá-las (Moscovici, 2015). É sabido que tais influências culturais são marcantes na demanda pelos serviços de urgências (O'Dwyer et al., 2017).

Chama a atenção o modo como alguns dos entrevistados, por serem titulares de planos de saúde e utilizarem apenas a rede privada, compreendem o SAMU como serviço acessório que não se destina a todas as camadas populacionais, de modo que seu uso, na concepção dessas pessoas, seria voltado apenas àqueles que não possuem melhores meios de obter atendimento em caráter de urgência por serviço particular. A ideia de que o funcionamento do SAMU é voltado exclusivamente para pessoas que não possuem plano de saúde remete à falta de conhecimento sobre as ações desse serviço bem como permite inferir que não há o entendimento de que o SAMU se insere na Rede de Atenção às Urgências no contexto do SUS, e é regido pelos mesmos princípios, a universalidade, integralidade, descentralização, participação social, dentre outros (Ministério da Saúde, 2003).

Os dados não permitem inferir se há distinção na concepção das pessoas entre urgência e emergência, como preconiza os conceitos biomédicos. Contudo, a compreensão errônea sobre o objetivo e a missão do SAMU por parte dos usuários leva

ao acionamento incorreto do serviço, o que causa transtornos e constituem um dos aspectos negativos comumente reportados pela equipe do SAMU (Alves et al., 2010). A exemplo, um estudo de série histórica que analisou 2635 atendimentos do SAMU, identificou que 96.08% das vítimas estavam conscientes por ocasião da chegada da viatura no local da ocorrência, o que pode evidenciar que muitas vezes o chamado para atendimento não se origina de uma condição tida como efetivamente emergencial no contexto biomédico (Almeida et al., 2016), tendo em vista que a gravidade do risco de vida é o principal critério levado em conta ao se despachar ou não uma viatura para o atendimento (Veronese, Oliveira, & Nast, 2012).

Ressalta-se que a concepção de urgência divergente entre médico e paciente pode gerar posturas antagônicas em que o atendimento pode ser não priorizado em função do profissional entender que não se trata de demanda urgente por não identificar o risco de morte iminente e o usuário demandar o serviço apenas para transporte, na ausência de quadro efetivamente emergencial (O'Dwyer et al., 2017).

Por outro lado, não se pode perder de vista que acionar o SAMU em algumas situações tem melhorado as chances de sobrevivência das vítimas de acidentes, envolvendo principalmente motociclistas e atropelamentos, por meio de ações diretas de atendimento (Malta et al., 2009). Adicionalmente, um estudo apontou alto nível de satisfação entre os usuários do SAMU na França, no tocante à intervenção desse serviço, muito embora os autores reforcem a necessidade de melhor comunicação com a população a respeito dos propósitos do SAMU (Greffet et al., 2007).

Quanto aos propósitos do SAMU, há necessidade de esclarecimento da população. Nesse sentido, um estudo realizado no contexto norte-americano,

apontou que mais de 50% dos entrevistados acreditavam que não há distinção entre o tipo de assistência prestada pelos diferentes profissionais que tripulam as modalidades de atendimento pré-hospitalar (Crowe, Levine, Rodriguez, Larrimore, & Pirrallo, 2016).

Os autores constataram o desconhecimento da população a respeito do funcionamento dos serviços médicos de emergência, no tocante às atividades exercidas pelos profissionais que compõe a equipe, treinamento que eles recebem e a média salarial (Crowe et al. 2016).

Apesar de que não se possa linearmente afirmar que, neste caso, o desconhecimento implique em prejuízos para o sistema e para o acesso ao serviço, chama atenção o fato de que uma população com maior nível de escolaridade e acesso a informações também não possua clareza do funcionamento do serviço de saúde que lhe é ofertado.

No município estudado, em consonância à política nacional que estrutura o SAMU, são disponibilizadas Unidades de Suporte Básico de Vida (USB), tripuladas pelo motorista e um técnico em enfermagem e Unidades de Suporte Avançado de Vida, cuja tripulação é composta por motorista, enfermeiro e médico (Ministério da Saúde, 2003), contudo, depreende-se das representações compartilhadas que a população entrevistada também não é capaz de distinguir a natureza do atendimento prestado.

Vale destacar o fato de que a atuação do SAMU parece coexistir, no pensamento coletivo, com aquela que remete à ação dos bombeiros, de modo que não há clareza sobre as distinções e funções de ambos os serviços. Isso talvez se relacione ao modo como era organizada a assistência pré-hospitalar no Brasil anteriormente a implantação do SAMU, uma vez que a Corporação de Bombeiros, que em grande parte contava apenas com militares

treinados e não profissionais de saúde, representava a única alternativa de atendimento pré-hospitalar (O'Dwyer et al., 2017).

Embora os conflitos entre o corpo de bombeiros e o SAMU, que comumente surgia nos períodos de implantação deste último, já tenham sido em grande parte superados (O'Dwyer et al., 2017), no universo simbólico da população estudada ainda persiste a indiferenciação dos serviços, o que eventualmente pode concorrer para o seu uso inadequado.

Isso pode colocar em questão a necessidade de que os gestores de ambos os serviços repensem o modo como as respectivas atuações têm sido ou não articuladas e como suas funções tem sido veiculadas para a população, com intuito de potencializar a efetividade da assistência e dirimir possíveis sobreposições das atribuições com vistas ao melhor uso dos recursos disponíveis.

Tem-se em mente que o conhecimento sobre o SAMU é imprescindível para ordenamento da rede de atenção à saúde, uma vez que é considerado uma das maiores portas de entrada do SUS (Machado et al., 2011) conjuntamente à atenção básica (Cecilio et al., 2012) e de importância estratégica para o bom funcionamento do sistema (Torres, Belisário, & Melo, 2015).

Assim, a relação dialógica dos usuários com os profissionais de saúde, principalmente com a equipe do SAMU, pode favorecer uma troca de conhecimentos, o que contribuiria para que novos saberes sejam construídos para o próprio benefício das pessoas (Zani, Marcon, Tonete, & Parada, 2014). Haja vista que o conhecimento limitado ou as concepções errôneas a respeito das funções dos serviços móveis de emergência além de serem reconhecidos como barreiras para o acesso da população (Bosson et al., 2013) podem também, de certa forma, subsidiar a demanda pelo serviço em situação de baixa

gravidade, fenômeno encontrado internacionalmente em serviços de saúde com deficiências estruturais. Ademais, a falta de clareza pode fomentar práticas imprudentes como o trote (O'Dwyer et al., 2017).

Embora se reconheça que as solicitações não pertinentes dirigidas ao SAMU não são um problema a ser resolvido unicamente no setor saúde (Veronese, Oliveira, & Nast, 2012), entende-se que é importante que os gestores dos aparelhos desta natureza reflitam sobre a conscientização da sociedade, principalmente em períodos de adaptação a novos serviços. Na medida em que as dúvidas e receios são apresentados e solucionados, o direcionamento dos serviços é simplificado e se torna mais fácil para a população identificar o propósito de cada elemento da rede de atendimento (Araújo, Alves, Gazzinelli, & Rocha, 2011).

No que diz respeito às estratégias educativas para o uso adequado do serviço, tem sido relatos projetos com bons resultados como visitas às escolas e propagandas em lugares públicos (O'Dwyer et al., 2017).

Contudo, as estratégias educativas devem ser pensadas criticamente porque, apesar de mais fáceis de serem implementadas comparativamente àquelas que requerem mudanças estruturais, não se pode perder de vista que as mudanças de comportamentos culturalmente radicados constituem um desafio, de modo que compete aos pesquisadores produzir evidências que determinem se e como as estratégias educativas são capazes de produzir as mudanças comportamentais requeridas (Bosson et al., 2013).

Considerações Finais

O Sujeito Coletivo acessado representou o SAMU a partir das ideias centrais: Atendimento rápido de emergência; Ambulância que socorre as pessoas; Nada; Mesmo que os bombeiros; e Entidade do governo que ajuda pessoas. Já no que tange

à função do Serviço, emergiram as representações: Para socorrer acidente ou quem passa mal; Levar para o hospital; Não sei.

Observou-se nos discursos que imperou o senso comum sobre os serviços de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) e as urgências. Nesse sentido, o SAMU remeteu a uma ambulância que socorre rapidamente as situações tidas como emergenciais, mesmo que estas não se enquadrem no que os profissionais entendem como emergência. Houve também o entendimento do SAMU como transporte facilitado ao hospital e destinado às pessoas em situação de vulnerabilidade e como serviço indistinto do Corpo de Bombeiros.

Não foi possível identificar se sujeito coletivo concebe urgência e emergência de forma distinta. Entretanto, a ambiguidade das ideias dos possíveis usuários quanto à finalidade do SAMU pode acarretar em mau uso do serviço e ocasionar diversos transtornos às equipes de trabalho. Chama atenção a falta de clareza sobre o funcionamento do serviço de saúde ofertado ter emergido também num substrato populacional com maior nível de escolaridade. Essa lacuna reforça a necessidade de estratégias educacionais em saúde mais abrangentes a fim de promover conscientização em massa, bem como fomentar a circulação de representações sociais alinhadas aos propósitos do SAMU.

Reconhece-se que a amostragem por conveniência impõe maior cautela com as generalizações, entretanto, apesar da limitação nas extrapolações, esse trabalho traz contribuições para as políticas públicas ao apresentar a percepção do senso comum sobre o SAMU e sua finalidade, para realidades similares a do estudo. Sugere-se que os gestores dos serviços pré-hospitalares móveis fomentem estratégias de educação em massa, que consigam atingir as diversas camadas populacionais, para favorecer o reconhecimento, por parte

dos usuários, do papel de cada serviço e assim, possivelmente, direcionar melhor a demanda.

REFERÊNCIAS

- Abreu, K. P., Pelegrini, A. H. W., Marques, G. Q., & Lima, M. A. D. S. (2012). Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(2), 146-152. Recuperado de: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v33n2/21.pdf>>.
- Almeida, P. M. V., Dell'Acqua, M. C. Q., Cyrino, C. M. S., Juliani, C. M. C. M., Palhares, V. C., & Pavelqueires, S. (2016). Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. *Escola Anna Nery*, 20(2), 289-295. Recuperado de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452016000200289&lng=en>.
- Alves, M., Rocha, R. L. P., Rocha, T. B., & Gomes, G.G. (2010). Percepções de usuários sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 543-551. Recuperado de: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10273/664>>.
- Araújo, M. T., Alves, M., Gazzinelli, M. F. C., & Rocha, T. B. da. (2011). Representações sociais de profissionais de unidades de pronto atendimento sobre o Serviço Móvel de Urgência. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(esp), 156-163. Recuperado de: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea20.pdf>>.
- Bosson, N., Redlener, M. A., Foltin, G. L., Raven, M. C., Foran, M. P., & Wall, S. P. (2013). Barriers to utilization of pre-hospital emergency medical services among residents in Libreville, Gabon: A qualitative study. *African Journal of*

- Emergency Medicine*, 3(4), 172-177. Recuperado de: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211419X1300013X>>.
- Cecilio, L. C. O., Andreazza, R., Carapinheiro, G., Araújo, E. C., Oliveira, L. A., Andrade, M. G. G., . . . Spedo, S. M. (2012). A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 2893-2902. Recuperado de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012001100006&lng=em>.
- Crowe, R. P., Levine, R., Rodriguez, S., Larrimore, A. D., & Pirrallo, R. G. (2016). Public perception of Emergency Medical Services in the United States. *Prehospital and Disaster Medicine*, 31(Supl.1), 112-117. Recuperado de: <<https://www.cambridge.org/core/journals/prehospital-and-disaster-medicine/article/public-perception-of-emergency-medical-services-in-the-united-states/299CF4864F878FE9A799938A5289885F>>.
- Gomide, M. F. S., Pinto, I. C., & Figueiredo, L. A. (2012). Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2), 19-25. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/pt_04.pdf>.
- Greffet, A., Rouillard, A., Ek, F., Borgne, N., Szmajer, M., Sauval, P., & Carli, P. (2007). Démarche qualité en médecine d'urgence: évaluation du ressenti de la population prise en charge à domicile par le Samu de Paris. *Journal Européen des Urgences*, 20(3), 106-112. Recuperado de: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0993985707006619>>.
- Lefevre, F. & Lefevre, A. M. C. (2012). *Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo*. (2a ed). Brasília: Liber Livro.
- Lefevre, F., Lefevre, A. M. C., & Teixeira, J. L. V. (Orgs). (2000). *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: EDUCS.
- Machado, C. V., Salvador, F. G. F., & O'Dwyer, G. (2011). Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Revista de Saúde Pública*, 45(3), 519-58. Recuperado de: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2335.pdf>>.
- Malta, D. C., Bernal, I. T. R., Mascarenhas, M. D. M., Monteiro, A. R., Sá, B. N. N., Andrade, A. C. S. S., . . . Neto, M.L.Q. (2012). atendimentos por acidentes de transporte em serviços públicos de emergência em 23 capitais e no Distrito Federal – Brasil, 2009. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 21(1), 31-42. Recuperado de: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n1/v21n1a04.pdf>>.
- Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. (2003). *Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. (2013). *Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: DF: Autor.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Moscovici, S. (2015). O fenômeno das representações sociais. In Moscovici, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. (pp. 29-110). Petrópolis: Vozes.
- O'Dwyer, G., Konder, M. T., Reciputti, L. P., Macedo, C., & Lopes, M. G. M. (2017). O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(7), e00043716. Doi: <<https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00043716>>.

- Pires, M.R.G.M., Göttems, L.B.D., Cupertino, T.V., Leite, L.M., Vale, L.R., Castro, M.A., . . . Mauro, T.G.S. (2013). A Utilização dos Serviços de Atenção Básica e de Urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. *Saúde e Sociedade*, 22(1), 211-222. Recuperado de: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/19.pdf>>.
- Prion, S. & Adamson, K. A. (2014). Making Sense of Methods and Measurement: Rigor in Qualitative Research. *Clinical Simulation in Nursing*, 10(2), 107-108. Recuperado de: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876139913001072>>.
- Reuter, P.G., Marx, J.S., Linval, F., Vivien, B., Akodad, H., Guinemer, S., . . . Lapostolle, F. (2015) Impact of the January 11 National March on the calls received at the emergency medical services centers (SAMU) in Seine-Saint-Denis and Paris. *La Presse Médicale*, 44(6) Parte 1, 677-680. Doi: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2015.03.009>>.
- Santos, C. A. S. & Santo, E. E. (2014). Análise das causas e consequências da superlotação dos serviços de emergências hospitalares: uma revisão bibliográfica. *Saúde e Desenvolvimento*, 5(3), 31-44. Recuperado de: <<http://www.grupouninter.com.br/revista/asaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/187/210>>.
- Torres, S. F. S., Belisário, S. A., & Melo, E. M. (2015). A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 361-373. Recuperado de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041290201500010361&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>
- Veronese, A. M., Oliveira, D. L. L. C., & Nast, K. (2012) Risco de vida e natureza do SAMU: demanda não pertinente e implicações para a enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4), 142-148. Recuperado de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400018&lng=em>.
- Zani, A. V., Marcon, S. S., Tonete, V. L. P. & Parada, C. M. G. L. (2014). Communicative process in the emergency department between nursing staff and patients: social representations. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13(2), 139-149. Recuperado de: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4036/pdf_113>.

Todos los trabajos publicados en
Revista Salud & Sociedad (ISSN:0718-7475)
están sujetos a una licencia Creative Commons
Reconocimiento 4.0 Internacional

