

Perfil de Atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Norte de Minas Gerais

Service Profile of the Mobile Emergency Care Service in The North of *Minas Gerais* State

Perfil de Atención del Sistema de Atención Móvil de Urgencia en el Norte de Minas Gerais

Hanna Beatriz Bacelar Tibães^{1*}, Doane Martins da Silva², Marília Alves³, Claudia Maria de Mattos Penna⁴, Maria José Menezes Brito⁵

Como citar este artigo:

Tibães HBB, Silva DM, Alves M, et al. Perfil de Atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Norte de Minas Gerais. Rev Fund Care Online. 2018 jul./set.; 10(3):675-682. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.675-682>

ABSTRACT

Objective: Our aim herein has been to describe the profile of the assistance services performed by the *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)* [Mobile Emergency Care Service] within the Expanded Health Region in the North of *Minas Gerais* State. **Methods:** It is a descriptive study using secondary data from the SAMU statistical sector related to the service utilization occurrences from May 2013 to August 2015. **Results:** There were registered 1,062,109 telephone calls, from which 32% were secondary calls. A total of 117,289 services were performed with a predominance of male users (55.22%), within the age group ranging from 20 to 60 years old (55.62%). Clinical causes (56.7%) and external causes (35.8%) were the most frequent. In the assistances of external causes, traffic accidents, falls and urban violence were the most prominent. The Basic Support Unit was used in 87.5% of the assistances; the users were referred to hospitals (65.43%). **Conclusion:** The results provide useful information to health authorities and managers of health sectors that are capable of supporting the service organization.

Descriptors: Health profile, Emergency Medical Services, Emergency Relief, Descriptive Epidemiology, Prehospital Care.

¹ Doutoranda em enfermagem pelo Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: hannabacelar@gmail.com

² Doutoranda em enfermagem pelo Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: doane.ef@hotmail.com.

³ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Email: marilix.alves@gmail.com.

⁴ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: cmpenna@enf.ufmg.br

⁵ Doutora em Administração. Docente do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Email: mj.brito@globo.com.

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) na Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais. **Método:** Estudo descritivo utilizando dados secundários do setor de estatística do SAMU referentes às ocorrências atendidas no período de maio de 2013 a agosto de 2015. **Resultados:** Foram registradas 1.062.109 ligações, sendo 32% ligações secundárias. Foram realizados 117.289 atendimentos, com predominância de usuários do sexo masculino (55,22%), na faixa etária de 20 a 60 anos (55,62%). Do total de atendimentos, as causas clínicas (56,7%) e causas externas (35,8%) foram as mais frequentes. Nos atendimentos por causas externas, destacam-se os acidentes de trânsito, quedas e violência urbana. A Unidade de Suporte Básico foi utilizada em 87,5% dos atendimentos; os usuários foram encaminhados para hospitais (65,43%). **Conclusão:** Os resultados fornecem informações úteis às autoridades sanitárias e gestoras do setor saúde capazes de auxiliar na organização do serviço.

Descritores: Perfil de saúde, Serviços Médicos de Emergência, Socorro de Urgência, Epidemiologia Descritiva, Assistência Pré-Hospitalar.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil de las atenciones realizadas por el Sistema de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) en la Región Ampliada de Salud del Norte de Minas Gerais. **Método:** Estudio descriptivo utilizando datos secundarios del sector de estadística del SAMU sobre las ocurrencias atendidas entre mayo de 2013 y agosto de 2015. **Resultados:** Se registraron 1.062.109 llamadas, con 32% de llamadas secundarias. Se realizaron 117.289 atenciones, con predominio de hombres (55,22%), con edades entre 20 y 60 años (55,62%). Del total de atenciones, las causas clínicas (56,7%) y las causas externas (35,8%) eran las más frecuentes. En las atenciones por causas externas, accidentes de tráfico, caídas y violencia urbana tuvieron más destaque. La Unidad de Soporte Básico se utilizó en el 87,5% de las atenciones; los usuarios eran remitidos a hospitales (65,43%). **Conclusión:** Los resultados suministran informaciones útiles para las autoridades sanitarias y gestoras del sector de salud capaces de ayudar en la organización del servicio.

Descriptores: Perfil Del Salud, Servicios Médicos de Urgencia, Socorro de Urgencia, Epidemiología Descriptiva, Atención Prehospitalaria.

INTRODUÇÃO

A necessidade de organizar um sistema de atenção às urgências e emergências no País foi reconhecida pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 2.048/2002, que estabeleceu os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento e a classificação e cadastramento de serviços.¹ Posteriormente, em 2003, foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que propôs a conformação de sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, norteados pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram considerados quatro componentes para a organização de redes de atenção integral às urgências: Pré-Hospitalar Fixo, Pré-Hospitalar Móvel, Hospitalar e Pós-Hospitalar.² O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), componente pré-hospitalar móvel, foi instituído pela Portaria nº 1.864/2003, como

principal elemento da PNAU a ser implantado em todo o território brasileiro.³

O SAMU tem como finalidade atender pessoas com risco elevado de vida, sendo, na maioria das vezes, um serviço local de urgência e emergência com gestão municipal. Na Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais (MG), em consonância com a proposta de regionalização de atenção à saúde, a partir de 2008, o SAMU foi incorporado a uma rede de atenção às urgências em âmbito regional, consistindo em uma ação pioneira no Estado. Esta nova forma de organização regional remete à necessidade de se conhecer o perfil de atendimento deste serviço, como forma de contribuir para o monitoramento das urgências e emergências e subsidiar o planejamento e avaliação de saúde neste locus, considerando suas características populacionais, geográficas e condições de saúde. Ressalta-se, também a relevância do presente estudo, haja vista as mudanças nos padrões demográficos e epidemiológicos no Brasil, caracterizadas pelo aumento da morbimortalidade por causas externas, doenças crônicas e maior número de idosos, gerando aumento da demanda, superlotação e esgotamento dos serviços de urgência, tendo em vista que serviços abertos 24 horas, tendem a ser a porta de entrada preferencial dos usuários.⁴⁻⁵

Na Região Ampliada de Saúde do Norte de MG, a organização do SAMU Regional aconteceu de modo distinto de outros municípios, visto que já existia um SAMU local, sob a gestão municipal. Análises da situação de saúde da região evidenciaram elevados índices de mortes por causas mal definidas, elevado número de atendimentos devido agudização de doenças crônicas, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido à alta densidade territorial, fragmentação das ações em saúde e desigualdade na alocação de recursos, o que revelou a necessidade da estruturação de uma Rede de Atenção de Urgência e Emergência (RAUE) na Região.⁶

A RAUE é constituída pelos pontos de atenção hospitalares classificados de acordo com sua tipologia e função, o Protocolo de Manchester para a classificação de risco e o SAMU regional com 37 bases descentralizadas, com uma Central de Regulação própria, que coordena os atendimentos das Unidades Pré-Hospitalares.⁷

O atendimento aos usuários em situações de urgência e emergência, embora tenha apresentado avanços, ainda revela problemas estruturais do sistema de saúde, incluindo barreiras no acesso dos usuários, inadequação na formação dos profissionais de saúde, precarização de recursos, lotação das portas dos hospitais e pronto-socorros, número insuficiente de leitos especializados e fragilidade dos mecanismos de referência, indispensáveis para a organização dos fluxos de atenção integral às urgências.⁸⁻⁹

A organização do SAMU regional visava minimizar estas dificuldades, e superar desafios históricos ampliando

não somente o acesso e o uso dos equipamentos sociais com menor custo, mas também qualificando o atendimento em todos os pontos de atenção da rede. Assim, o conhecimento do perfil de atendimentos pode subsidiar a otimização dos recursos existentes na região, bem como as decisões estratégicas da esfera gestora.

Este estudo é relevante, tendo em vista que o SAMU regionalizado foi uma experiência pioneira no Estado de MG e sua organização e gestão foi referência para a conformação de outras redes regionais já estruturadas nas Regiões Ampliadas de Saúde Centro Sul, Nordeste Jequitinhonha, Sudeste e Sul. Assim, este estudo teve como objetivo descrever o perfil dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo do perfil dos atendimentos de urgência e emergência realizados pelo SAMU na Região Ampliada de Saúde do Norte de MG, no período de maio de 2013 a agosto de 2015. A opção por este período de estudo se deve ao fato de o setor de estatística do SAMU, com sede no município de Montes Claros ter sido implantado em maio de 2013. Anteriormente a esta data, o serviço não contava com sistema informatizado e equipe específica para o registro de informações sobre os atendimentos.

O serviço em foco integra a Rede de Urgência e Emergência da Região Ampliada de Saúde de MG e possui 37 bases descentralizadas, com central operacional na cidade de Montes Claros e gestão do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Norte de Minas (CISRUN). A Região Ampliada abrange 86 municípios de 09 Regiões de Saúde, a saber: 1): Montes Claros/Bocaiúva; 2): Brasília de Minas/ São Francisco; 3): Salinas/ Taiobeiras; 4): Janaúba/ Monte Azul; 5): Pirapora; 6): Januária; 7): Francisco Sá; 8): Manga; 9): Coração de Jesus.¹⁰

O SAMU regional possui 07 (sete) Unidades de Suporte Avançado (USA) e 40 Unidades de Suporte Básico (USB), distribuídas estrategicamente pela região e tem uma organização com vasta área de cobertura para urgências clínicas e traumatológicas. As USB estão instaladas em todas as Regiões de Saúde e as USA em apenas seis destas Regiões. Cada região conta com um município referência, sendo Montes Claros com 02 (duas) USA, Brasília de Minas, Taiobeiras, Janaúba, Pirapora e Januária, que contam com uma USA.

Foram utilizados dados secundários disponibilizados pelo setor de estatística do SAMU, referentes às ocorrências atendidas no período de maio de 2013 a agosto de 2015. Entende-se por ocorrência as chamadas recebidas, mesmo que sejam trotes, ligações secundárias ou resultem em queda de ligação. O número ocorrências não corresponde ao número de atendimentos, tendo em vista que estes dizem respeito a situações que demandaram a intervenção das equipes de suporte básico ou avançado, com o envio de ambulância.

Os dados foram digitados em planilha eletrônica no Microsoft Office Excel 2007, obtendo-se o agrupamento das variáveis disponibilizadas em (i) dados demográficos (sexo, idade); (ii) origem das chamadas; (iii) atendimento às ocorrências realizadas com Unidade de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB); (iv) ocorrências e transferências/interceptação de pacientes realizadas pela Unidade de Suporte Avançado (USA); (v) atendimentos por causa e (vi) evolução dos atendimentos. Os dados foram submetidos à análise por meio da estatística descritiva e apresentados em números absolutos, percentuais e médias, tendo sido utilizado o programa Microsoft Office Excel 2007. Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, foram atendidos os preceitos da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o Parecer Técnico CAAE no 50185515.4.0000.5149, após autorização da instituição

RESULTADOS

No período de maio de 2013 a agosto de 2015, foi registrado um total de 1.062.109 ligações sendo 341.137 (32%) de ligações secundárias, ou seja, uma segunda chamada para um mesmo evento já registrado; 225.229 (21,20%) foram trotes e 167.890 (16%) resultaram em orientação não médica, em sua maioria fornecida por técnicos de enfermagem que ocupam o cargo de Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM) (Tabela 1):

Tabela 1- Caracterização das ligações telefônicas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais, no período de maio de 2013 a agosto de 2015. Montes Claros, MG, Brasil, 2015 (N =1.062.109).

Ligações telefônicas	Anos						Total	
	2013		2014		2015		N	%
Trote	46.605	18,6	98.197	21,9	80.427	23	225.229	21,2
Orientação não médica	29.295	11,7	75.651	16	62.944	18	167.890	16
Orientação médica	44.892	17,9	34.528	7,7	24.479	7	103.899	9,79
Envio de ambulância	36.340	14,5	45.399	9,8	31.453	8	113.192	10,65
Queda de ligação	16.577	6,4	52.233	11	41.962	12	110.762	10
Chamadas secundárias	77.396	30,9	155.339	33,6	108.402	31	341.137	32
Total	250.105	100	461.347	100	349.686	100	1.062.109	100

Fonte: Dados fornecidos pelo setor de estatística do SAMU da Região Ampliada de Saúde Norte de Minas Gerais

Quanto ao número de atendimentos realizados pelo SAMU, foram registrados 117.289. A maioria dos atendimentos foi prestada a usuários do sexo masculino, perfazendo 64.754 pessoas (55,22%), na faixa etária de 20 a 60 anos, correspondendo a 64.679 (55,62%) dos atendimentos, conforme Tabela 2. A diferença entre a totalidade por sexo e faixa etária se deve à falta de registros das informações.

Tabela 2- Distribuição dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais, segundo sexo e faixa etária, no período de maio de 2013 a agosto de 2015. Montes Claros, MG, Brasil, 2015.

Atendimento por Sexo e Faixa etária	Anos						Total	
	2013		2014		2015		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Masculino	21.878	54	26.135	57	16741	54	64.754	55,22
Feminino	15.531	39	18.620	40	12.305	40	46.456	39,61
Não informado	2.864	7	1.329	3	1.868	6	6.061	5,17
Total	40.273	100	46.084	100	30.914	100	117.271	100
Idade de 0 a 1 ano	3.500	8,7	534	1	330	1,0	4.364	3,75
Idade 2 a 9 anos	1.032	2,56	360	1	252	0,82	1.644	1,41
Idade de 10 a 19 anos	3.668	9	4.361	9	2.835	9,17	10.864	9,34
Idade de 20 a 60 anos	21.923	54,45	25.568	58	17.188	55,6	64.679	55,62
Idade > 60 anos	9.926	24,65	11.058	24	7601	24,6	28.585	24,58
Não informado	224	0,55	3.223	7	2706	8,75	6.153	5,3
Total	40.273	100	46.104	100	30.912	100	117.289	100

Fonte: Dados fornecidos pelo setor de estatística do SAMU da Região Ampliada de Saúde Norte de Minas Gerais.

No período do estudo, a USA foi responsável por 12.871 atendimentos. Deste total, 9.521 (73,97%) foram para atendimentos às ocorrências (Tabela3)

Tabela 3- Distribuição dos Atendimentos realizados pelas Unidades de Suporte Avançado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais, segundo regiões de saúde por ano, no período de maio de 2013 a agosto de 2015. Montes Claros, MG, Brasil, 2015 (N=9.521).

Regiões de Saúde	Atendimento às Urgências com USA						Total	
	Anos						N	%
	2013		2014		2015			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Montes Claros	1.595	50,65	1.718	48,54	1.420	50,12	4.733	49,71
Januária	280	8,9	350	9,89	280	9,89	910	9,56
Pirapora	358	11,36	367	10,37	302	10,66	1.027	10,78
Janaúba	508	16,13	568	16,05	389	13,73	1.465	15,39
Brasília de Minas	227	7,21	282	7,97	227	8,0	736	7,73
Taiobeiras	181	5,75	254	7,18	215	7,6	650	6,83
Total	3149	100	3539	100	2833	100	9.521	100

Fonte: Dados fornecidos pelo setor de estatística do SAMU da Região Ampliada de Saúde Norte de Minas Gerais.

Em 3.350 (26,03%) atendimentos, a USA foi utilizada nos casos de transferências/interceptação de pacientes, que ocorre quando há necessidade do SAMU de uma Região de Saúde realizar a transferência do paciente para outra equipe localizada em outro local/cidade. Há um protocolo de interceptação que define a distância que cada equipe do SAMU regional deve percorrer até a transferência do paciente. Assim, as equipes se encontram no meio do trajeto para proceder à transferência mencionada.

Nas transferências ocorre o envio de dois veículos para atender a um só paciente. A transferência é contabilizada como uma única chamada e corresponde ao envio de dois veículos, o que justifica a diferença entre o número de atendimentos realizados pela USA e o envio de ambulâncias. Do total de 3.350 transferências/interceptação de pacientes realizadas pela USA, a Região de Montes Claros apresentou maior frequência, com 1.309 (39,1%).

No período do estudo, as USB realizaram 102.652 atendimentos, sendo a maioria, 42.694 (41,60%) na Região de Saúde de Montes Claros, conforme tabela 4.

Tabela 4- Distribuição dos Atendimentos realizados pelas Unidades de Suporte Básico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais, segundo regiões de saúde por ano, no período de maio de 2013 a agosto de 2015. Montes Claros, MG, Brasil, 2015 (N = 102.652).

Regiões de Saúde	Atendimento com USB						Total	
	Anos						N	%
	2013		2014		2015			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Montes Claros	14.232	41,76	17.313	41,9	11.149	40,9	42.694	41,6
Januária	2.254	6,61	2.930	7,09	2.013	7,3	7.197	7,01
Pirapora	2.986	8,76	3.502	8,48	2.198	8,1	8.686	8,46
Janaúba	5.588	16,4	6.699	16,2	4.451	16,4	16.738	16,3
Francisco Sá	1.154	3,4	1.342	3,24	832	3,1	3.328	3,24
Coração de Jesus	624	1,83	727	1,75	533	2,0	1.884	1,84
Brasília de Minas	3.205	9,4	3.863	9,34	2.781	10,2	9.849	9,6
Taiobeiras	3.000	8,8	3.800	9,19	2.427	8,9	9.227	8,99
Manga	1.035	3,03	1.156	2,8	858	3,2	3.049	2,97
Total	34.078	100	41.332	100	27.242	100	102.652	100

Fonte: Dados fornecidos pelo setor de estatística do SAMU da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais.

O envio de ambulâncias é menor que o total de atendimentos realizados, porque a equipe de uma ambulância pode prestar atendimento a mais de uma vítima, conforme o evento. O SAMU contabiliza este dado como uma chamada e o envio de uma ambulância. Por outro lado, há situações em que a Central de Regulação pode enviar mais de uma ambulância para realizar atendimento, dando apoio a uma equipe já encaminhada. Nesse caso, é contabilizado o envio de mais de uma ambulância, registrando-se uma única chamada.

As causas de atendimento, classificadas em clínicas, psiquiátricas, obstétricas e causas externas, mostram predominância de situações clínicas, com 56,7% dos casos, seguidas pelas causas externas, com 35,8%, conforme tabela 5.

Verifica-se que o número total de atendimentos por causa é menor do que o número total de atendimentos (por sexo e faixa etária), o que pode estar relacionado à ausência de registro de dados. Na distribuição das causas de atendimento segundo o sexo, a maior prevalência foi para o masculino, tanto para as causas clínicas como para as causas externas.

Tabela 5- Distribuição das causas de atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais, no período de maio de 2013 a agosto de 2015. Montes Claros, MG, Brasil, 2015 (N=115.457).

Atendimentos por causa	Anos						Total	
	2013		2014		2015		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Clínicas	22.333	58	25.173	56	17.007	55	65.513	56,7
Psiquiátricas	1.564	4	1.679	4	1.210	4	4.453	3,9
Obstétricas	1.522	4	1.451	3	1.189	3,8	4.162	3,6
Causas externas	13.235	34	16.545	37	11.549	37,2	41.329	35,8
Total	38.654	100	44.848	100	30.955	100	115.457	100

Fonte: Dados fornecidos pelo setor de estatística do SAMU da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais.

Entre os atendimentos por causas externas, os acidentes de trânsito registraram o maior número, 27.305 (68,22%), seguidos de quedas com 8.142 (20,34%), violência urbana com 4.024 (10,05%), autoagressão com 417 (1,04%) e acidente de trabalho com 139 casos (0,35%). Nos acidentes de trânsito, os acidentes de motocicleta ocuparam o primeiro lugar com 16.881 (61,82%) atendimentos, seguido de veículos com 5.667 (20,76%), bicicleta com 2.598 (9,51%) e atropelamento com 2.159 (8%) atendimentos.

Quanto à violência urbana, houve um total de 4.031 atendimentos, agressões interpessoais ocuparam o primeiro lugar com 1.729 casos (42,9%), seguidas de agressões por arma de fogo, com 1.319 (32,72%) e agressões por arma branca com 983 (24,38%) atendimentos.

No que se refere à evolução dos atendimentos, 76.747 (65,43%) dos pacientes foram encaminhados para hospitais, 19.273 (16,43) liberados no local, 2.938 (2,5%) foram a óbito e nos demais atendimentos não foi especificada a evolução.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que 32% das ligações recebidas foram secundárias, o que geralmente acontece nos casos em que há demora no envio de ambulâncias para o local da ocorrência, fazendo com que o solicitante refaça a ligação. A demora entre a solicitação de atendimento e a chegada da equipe ao local da ocorrência pode estar relacionada às dificuldades de operacionalização do serviço, à falta de ambulâncias ou à indisponibilidade por estarem atendendo outras ocorrências, congestionamento no trânsito, barreiras geográficas, grande extensão territorial, estradas de difícil acesso e retenção de macas do SAMU em serviços de emergências hospitalares.

A superlotação dos serviços de urgência e emergência, insuficiência de recursos financeiros e humanos são outros fatores que contribuem para a demora no tempo de início da conduta, podendo comprometer o prognóstico dos casos e a qualidade do atendimento.^{8,11}

O fator “tempo resposta”, correspondente ao tempo existente entre a chamada e a chegada da equipe à cena é determinante para a qualidade do atendimento.³ Segundo o Committee on Trauma of Surgeons, o tempo ideal para a intervenção pré-hospitalar em pacientes vítimas de traumas é de 20 minutos.¹²

No Brasil, pesquisas mostraram que a média do tempo resposta em Manaus foi de 2 minutos, 15 minutos no Recife, no Distrito Federal e em Curitiba de 10 minutos e no Rio de Janeiro 9 minutos.¹³ Em Teresina/Piauí, estudo constatou que em relação ao deslocamento para o local da ocorrência na zona urbana, o SAMU gasta cerca de 36% a mais de tempo que o recomendado pelo Committee on Trauma of Surgeons.¹⁴

Do total de ligações recebidas, verificou-se elevado percentual de trotes, situação que pode comprometer o atendimento às vítimas que realmente necessitam de atendimento. Estudo realizado no SAMU de Teresina/Piauí mostrou em

média 330 trotes por ano.¹⁴ O número de trotes recebidos no SAMU da Região Ampliada de Saúde do Norte de MG, somente em 2014, foi superior ao encontrado em Teresina, com uma média de 8.183 trotes mensais. Em algumas ocorrências, ao receber a ligação do solicitante, o TARM consegue triar casos que evidenciam trotes. No entanto, há situações para as quais é enviada ambulância e, somente ao chegar ao local de origem da chamada, a equipe reconhece a ocorrência de trote. Estas situações resultam em deslocamento desnecessário de ambulâncias, o que gera custos e desgaste da equipe. Ademais, a utilização inadequada do SAMU é prejudicial para os pacientes graves, que ao buscarem atendimento, podem enfrentar demora no envio de ambulâncias que muitas vezes, são enviadas para solicitações oriundas de trotes.

A realidade descrita revela a necessidade de sensibilizar e orientar a população quanto às prioridades de acionamento do serviço, bem como os prejuízos para o serviço e população advinda de situações de trotes.

A orientação não médica apresentou alta frequência na caracterização das ligações telefônicas. Trata-se de uma prática no trabalho da CR, regulamentada por protocolo de atendimento. Esta central é composta por médico regulador primário e secundário e o TARM, orientado para atuar na CR. A ligação é recebida primeiro pelo TARM para identificar o solicitante, o tipo de chamada, localizar a ocorrência e fornecer as informações necessárias. Se não houver necessidade de orientação médica, o TARM encerrará a solicitação sem a intervenção do médico regulador.¹⁵

Em situações que necessitem de orientação do médico regulador, cabe ao mesmo realizar o acolhimento do solicitante, estabelecer estimativa inicial do grau de urgência de cada caso, desencadeando a resposta adequada e equânime à solicitação.¹⁵ Nas situações em que couber a intervenção da equipe no local, esta será acionada para o atendimento e, quando não se caracterizar como urgência ou emergência, o solicitante será orientado quanto aos primeiros cuidados ou para se dirigir à unidade de saúde por meios próprios.

Na presente pesquisa 9,79% das orientações foram fornecidas pelo médico, sem necessidade de encaminhamento de ambulâncias ao local da ocorrência, evitando custos para o SAMU, sendo, portanto, uma prática positiva para o trabalho da CR. No entanto, fatores estruturais dificultam a comunicação, tais como a qualidade do sinal das antenas e fibra ótica, usadas pela telemedicina e interrupções por intempéries ambientais que comprometem o funcionamento deste sistema, resultando em queda de ligação em 10% das chamadas.

Os resultados revelam que a maioria dos atendimentos foi para o sexo masculino, na faixa etária entre 20 a 60 anos. Estudos¹⁶⁻⁷ realizados em SAMU mostraram que houve predomínio do sexo masculino nos atendimentos realizados, tanto por USA quanto por USB.

O maior número de atendimentos ao sexo masculino pode se relacionar ao fato de homens frequentemente recorrerem aos serviços em virtude de doenças agudas e casos de

agudização de doenças crônicas já instaladas. As mulheres buscam outros serviços da rede de atenção, como a Atenção Primária à Saúde (APS), para realizar ações de prevenção. Por outro lado, homens tendem a delongar a procura por atendimento e se mostram resistentes a procurar os serviços de prevenção e promoção à saúde.¹⁸

Quanto à faixa etária dos usuários que receberam atendimento no SAMU verificou-se que a população economicamente ativa tem sido precocemente atingida por agravos que exigem intervenção do serviço. Estudo realizado com o transporte aéreo do SAMU do Estado de Pernambuco apontou que a maioria dos atendimentos ocorreu na faixa etária de 21 a 30 anos e 20 a 49 anos.¹⁹ Usuários na faixa etária de 60 anos ou mais, registraram o segundo maior número de atendimentos, o que está relacionado às mudanças ocorridas na pirâmide etária do Brasil, caracterizadas pelo envelhecimento da população e pela transição epidemiológica, com predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, sendo o serviço de urgência frequentemente solicitado nos casos de agudização de problemas crônicos.

Nos atendimentos de urgência por unidades móveis predominaram as USB, com 87,5%. Estas unidades são equipadas para realizar o primeiro atendimento às urgências e contam com técnico de enfermagem e condutor/socorrista, que interveem por meio de medidas não-invasivas sob orientação de médicos das centrais de regulação.¹⁵ As USB são em maior número no SAMU e sua utilização sinaliza atendimento de pacientes sem risco imediato de vida. Em alguns casos, as USB oferecem suporte às USA no atendimento a vítimas em estado grave.

As USA são utilizadas no atendimento às situações de risco iminente de vida. Houve atendimento com USA em todas as regiões de saúde pelo fato do serviço ser regionalizado e descentralizado. Estas unidades também são utilizadas para transferência inter-hospitalar de pacientes para serviços de maior complexidade, conforme regulamentado pela Política Nacional de Atenção às Urgências,¹⁵ ou ainda são enviadas após avaliação pela equipe de suporte básico. A USA possui materiais necessários para atender todos os tipos de agravos e a equipe é composta por médico, enfermeiro e condutor.

Estudos realizados nos SAMU de outras regiões do País apresentam dados semelhantes aos achados da presente pesquisa. Em Catanduva- SP, do total de 76.296 atendimentos realizados pelo SAMU no período de janeiro de 2006 a agosto de 2012, a USB foi utilizada em 90% das ocorrências.¹⁶ Em Porto Alegre- RS, as equipes de suporte básico também foram as mais acionadas.²⁰ No SAMU de Belo Horizonte, o atendimento às vítimas de acidentes de trânsito foi realizado predominantemente por USA.²¹

Na realização da transferência inter-hospitalar com utilização da USA, a Região de Saúde de Montes Claros apresentou maior percentual (39,1%). Apesar dos dados não revelarem o local de transferência dos pacientes, pode-se inferir que estes foram admitidos em instituições hospitalares localizadas em Montes Claros, o maior centro urbano da região Norte

de Minas, com infraestrutura capaz de atender as demandas de urgência e emergência, procedimentos referenciados de outros municípios da Região Ampliada de Saúde, além de acolher pacientes que buscam serviços complexos que não existem em seus locais de origem.²²

Entre as causas de atendimento predominaram as causas clínicas, seguidas de causas externas, psiquiátricas e obstétricas. Dados semelhantes foram encontrados em Catanduva, Porto Alegre-RS e macrorregião centro-sul de Minas Gerais.^{16,20-3}

Na população masculina, causas clínicas e externas foram apontadas com maior percentual de atendimentos. Estudos realizados nos SAMU do Brasil revelam o crescimento de agravos clínicos e decorrentes da violência do trânsito e urbana em homens, o que remete a importância da implementação de ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção destes agravos que visem a queda nos números desses tipos de agravos, baseando-se nas consequências que a imprudência no trânsito pode resultar.^{16,23-4}

Nos atendimentos por causas externas, predominaram os acidentes de trânsito (68,22%). Este resultado é superior aos achados no SAMU em João Pessoa-PB, cujo percentual de vítimas no trânsito representou aproximadamente 25% dos atendimentos realizados pelo serviço.²⁵ Acidentes com motocicletas ocuparam o primeiro lugar, com 61,82% dos atendimentos. Em outros estudos, o percentual de envolvimento de motocicleta foi inferior a este achado.²³⁻⁶

O número de acidentes com motocicletas revela o aumento da utilização deste veículo nos grandes centros urbanos, uma vez que é econômico e atende aos serviços alternativos, como as empresas prestadoras de serviços, que a utilizam como meio de transporte rápido.

As quedas representaram a segunda maior causa de atendimentos por causas externas (20,34%). Embora as mesmas não tenham sido especificadas nos registros de atendimento do SAMU, infere-se que esse tipo de evento pode estar associado ao uso de motocicletas, responsáveis pelo maior número de acidentes de trânsito e ainda, casos de quedas de pacientes idosos, a segunda maior população atendida (24,58%). Os idosos possuem maior risco de queda e são particularmente vulneráveis ao aumento da morbidade e mortalidade na seqüência de uma queda.²⁷

Nos atendimentos a casos de violência urbana foi verificado maior número de atendimentos a vítimas de agressão interpessoal (42,9%), situações em que há uso intencional da força física de uma pessoa contra outra, resultando em lesões que demandam atendimento do SAMU. As agressões por arma de fogo ocuparam o segundo lugar (32,72%) nos atendimentos por violência urbana. Estudo realizado em Sorocaba apontou dados inferiores quando comparados aos da presente esta pesquisa, do total de 10.401 atendimentos pelo SAMU por causas de violência, 0,45% foram vítimas de projétil de arma de fogo.²⁸

A violência urbana representa a terceira maior taxa de óbitos nos Países da América Latina, principalmente em

pessoas com idade entre 15 e 44 anos e a sexta maior causa de internação hospitalar.²⁹ No Brasil, apesar da criação do Estatuto do Desarmamento, Lei 10.826/03, que regulamenta o registro, posse e comercialização de armas de fogo, a violência urbana ainda persiste como um problema de saúde pública.³⁰

Na evolução dos atendimentos, o encaminhamento de pacientes para o hospital foi predominante, o que também foi verificado em outros estudos.^{16,26} A liberação da vítima no local evidencia que a mesma está em condições favoráveis e não necessita ser encaminhada pelo SAMU para outros serviços da rede de atenção à saúde ou pode haver recusa, por parte da vítima, em ser conduzida para outro serviço.

CONCLUSÃO

No período de maio de 2013 a agosto de 2011, no SAMU da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais foram registrados 117.289 atendimentos, nos quais houve necessidade de envio de ambulâncias. O sexo masculino representou a maior parte dos usuários atendidos. A faixa etária de 20 a 60 anos foi a de maior demanda, seguida dos maiores de 60 anos. A USB foi a mais utilizada nos atendimentos. Quanto às causas de atendimento foram predominantes as clínicas, seguidas pelas causas externas. A maioria dos usuários atendidos foi encaminhada para hospitais.

Os dados encontrados reforçam a necessidade do desenvolvimento de ações intersectoriais de promoção da saúde e prevenção relacionadas às causas clínicas e causas externas, com destaque para os acidentes por motocicleta. Verificou-se dificuldades na operacionalização do serviço, reveladas pelas ligações secundárias, a queda de ligações na Central de Regulação, alta frequência de trotes, o que ocasionou desperdício de recursos e perda de tempo, um dos fatores primordiais para a prestação de assistência de qualidade do serviço.

O estudo apresenta limitações por não especificar a natureza das causas clínicas, psiquiátricas e obstétricas e os dados serem consolidados por regiões de saúde, o que dificulta o planejamento de ações específicas para cada município. Além disso, dados consolidados não possibilita análises mais precisas dos eventos. A validade externa está condicionada ao território geográfico estudado, sendo permitida apenas a transferência de conclusões para realidades semelhantes. A ausência de registro de alguns dados revela a importância dos profissionais serem orientados quanto à importância do preenchimento dos dados de atendimento para o monitoramento do perfil de atendimentos do SAMU.

A análise do perfil dos atendimentos realizados pelo SAMU propiciou a obtenção de informações úteis às autoridades sanitárias e gestoras do setor saúde da região. Os resultados podem contribuir para a adoção de estratégias voltadas para a organização e melhoria na oferta de serviços. Espera-se que os resultados alcançados impulsionem a realização de novos estudos.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União, 12 Nov 2002.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2011.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. Diário Oficial da União, 6 Out 2003.
4. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud av* [Internet]. 2013; [cited 2016 feb 07]; 27(78):27-34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
5. Marques AJS, Mendes EV, Silva JÁ, Silva MVCP. Rede de Urgência e Emergência. In: Marfa AA, Marques AJS, Mendes EV, Carvalho LL, Júnior WC. Choque de Gestão em Minas Gerais: resultado na Saúde. Belo Horizonte (MG): Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010. p. 117-135.
6. Marques AJS. Rede de Atenção à Urgência e Emergência: Estudo de Caso na Macrorregião Norte de Minas Gerais. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
7. Conselho intermunicipal de saúde da rede de urgências do Norte de Minas (CISRUN). Relatório de gestão, 2011-2012. Montes Claros (MG); [201?].
8. Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011; june [cited 2016 apr 06];45(3): 519-28. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300010
9. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2009; june [cited 2016 apr 19];18(2):266-72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200000
10. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Planejamento e Coordenação. PDR-Plano Diretor de Regionalização Assistencial. Belo Horizonte (MG): Coopmed; 2002
11. O'Dwyer G, Mattos RA. Cuidado integral e atenção às urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do estado do Rio de Janeiro. *Saude soc* [Internet]. 2013; mar [cited 2016 mar 19]; 22(1): 199-210. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000100018>
12. Whitaker IY, Gutiérrez MGR de, Koizumi MS. Gravidade do trauma avaliada na fase pré-hospitalar. *Rev Assoc Med Brás* [Internet]. 1998; june [cited 2016 mar 9]; 44(2): 111-19. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000200008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42301998000200008>
13. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008; aug [cited 2016 apr 4]; 24(8):1877-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800016>
14. Silva NC, Nogueira LT. Avaliação de indicadores operacionais de um serviço de atendimento móvel de urgência. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2012; july-sept [cited 2016 apr 4]; 17(3):471-7. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/29287>
15. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Especializada. Secretaria de Atenção à Saúde. Regulação médica das urgências. Brasília (DF): MS; 2006
16. Gonsaga RAT, Brugognolli ID, Zanutto TA, Gilioli JP, Silva LFC da, Fraga GP. Características dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no município de Catanduva,

- Estado de São Paulo, Brasil, 2006 a 2012. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2013; apr-june [cited 2016 apr 4]; 22(2):317-24. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n2/v22n2a13.pdf>
17. Pitteri JSM, Monteiro OS. Caracterização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Palmas-Tocantins, Brasil, em 2009. *Com Ciências Saúde* [Internet]. 2010; [cited 2016 apr 4]; 21(3):227-36. Available from: http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2010Vol21_3art5CaracterizacAO.pdf
18. Oliveira MM, Daher DV, Silva, JLL, Andrade SSCA. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2015; [cited 2016 Apr 4]; 20(1): 273-78. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63033062030>
19. Nardoto EMI, Diniz JMT, Cunha CEG. Perfil da vítima atendida pelo Serviço de Pré-hospitalar Aéreo de Pernambuco. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011; mar [cited 2016 apr 19]; 45(1): 237-242. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100033&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100033>
20. Marques GQ, Lima MADS, Ciconet RM. Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre – RS. *Acta paul enferm* [Internet]. 2011; [cited 2016 apr 19]; 24(2): 185-91. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000200005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000200005>
21. Resende VD, Moraes DA, Mota PA, Araújo RM, Avelino RP, Henriques RPH. Ocorrências de acidentes de trânsito atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência em Belo Horizonte. *R Enferm Centro O Min* [Internet]. 2012; may-aug [cited 2016 apr 19]; 2(2):177-94. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/187>
22. Magalhães, SCM; Lima SC. Cenário da rede de saúde no Norte de Minas Gerais. *Hygeia* [Internet]. 2012; dec [cited 2016 apr 19]; 8 (15):245-58. Available from: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19880>
23. Rocha GE, Caetano EA, Gir E, Reis RK, Pereira FMV. Perfil das ocorrências em um serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2014; oct [cited 2016 mar 4]; 8 (10): 3624-31. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6666>
24. Gomes ATA de L, Silva M da F, Dantas BA Da S, Dantas RAN, Mendonça AEO De, Torres G De V. Caracterização dos acidentes de trânsito assistidos por um serviço de atendimento móvel de urgência. *J. pes.: fundam. care. online* 2016; abr./jun; 8(2):4269-4279
25. Soares RAS, Pereira APJT, Moraes RM, Vianna RPT. Caracterização das vítimas de acidentes de trânsito atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Município de João Pessoa, Estado da Paraíba, Brasil, em 2010. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2012; Dec [cited 2016 apr 24]; 21(4): 589-600. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400008&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400008>
26. Duarte SJH, Lucena BB, Lorita LHM. Atendimentos prestados pelo Serviço Móvel de Urgência em Cuiabá, MT, Brasil. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2011; july-sept [cited 2016 mar 19]; 13(3):502-7. Available from: <http://revistas.ufg.emnuvens.com.br/fen/article/view/10977>
27. Coussement J, Paepe L, Schwendimann R, Denhaerynck K, Dejaeger E, Milisen K. Interventions for preventing falls in acute and chronic care hospitals: A systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2008; jan [cited 2016 apr 20]; 56(1):29-36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18031484>
28. Ciantelli GI, Moraes LA, Moda M, Leonato DD, Rodrigues JMS. Vítimas de ferimentos por arma de fogo atendidas pelo SAMU-Sorocaba. *Rev Fac Ciênc Méd* [Internet]. 2013; [cited 2016 apr 19]; 15(2):22-3. Available from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/7853>
29. Organização Panamericana de Saúde. OPAS. *Violência e Saúde Pública*. Washington: OPAS; 2003
30. Ministério da Justiça (BR). Lei nº 10.826. Dispõe sobre registro, posse e comercialização de armas de fogo e munição, sobre o Sistema Nacional de Armas – Sinarm define crimes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 23 Dez 2003

Recebido em: 30/11/2016
Revisões requeridas: Não houveram
Aprovado em: 07/02/2017
Publicado em: 05/07/2018

***Autor Correspondente:**
Hanna Beatriz Bacelar Tibães
Avenida Alfredo Balena, 190,
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
E-mail: hannabacelar@gmail.com
Telefone: +55 31 3409 9849
CEP: 30 130 100