



Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre - RS*

Conditions treated in the Mobile Medical Emergency Services in Porto Alegre - RS

Agravijs clínicos atendidos por el Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) de Porto Alegre – RS

Giselda Quintana Marques¹, Maria Alice Dias da Silva Lima², Rosane Mortari Ciconet³

RESUMO

Objetivo: Caracterizar os agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de Porto Alegre, no período de janeiro a junho de 2008. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, exploratório. Utilizaram-se dados do sistema de informações do SAMU que foram transportados para o Programa Excel. O tratamento e análise dos dados foram descritivos. **Resultados:** Os agravos neurológicos, cardiovasculares, respiratórios, digestivos e metabólicos foram os mais prevalentes, e a maioria ocorreu na faixa etária de 41-60 anos. Os hospitais públicos e unidades de pronto-atendimento foram as principais portas de entrada dos pacientes atendidos pelo SAMU. **Conclusão:** Os resultados podem contribuir para uma melhor organização do serviço e apontam necessidades de qualificação do atendimento de enfermagem que tem participação decisiva no cuidado ao paciente.

Descritores: Serviços médicos de emergência; Assistência pré-hospitalar; Serviços de saúde

ABSTRACT

Objective: To characterize the conditions treated in the Mobile Medical Emergency Services (SAMU) in Porto Alegre, from January to June 2008. **Methods:** A cross-sectional, descriptive and exploratory study was performed. Data from the information system of the SAMU were used, which were downloaded into the Microsoft Excel program. Descriptive data analysis was performed. **Results:** Neurologic, cardiovascular, respiratory, digestive and metabolic disorders were most prevalent; most of these occurred in the age group ranging between 41-60 years. Public hospitals and emergency care units were the main ports of entry for patients treated at SAMU. **Conclusion:** These results may contribute to better organization and point of service qualification requirements for the nursing staff that has substantial involvement in patient care.

Keywords: Emergency medical services; Prehospital care; Health services

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar los agravios clínicos atendidos por el Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU), de Porto Alegre, en el período de enero a junio del 2008. **Métodos:** Estudio transversal, descriptivo, exploratorio. Se utilizaron datos del sistema de informaciones del SAMU que fueron pasados al Programa Excel. El tratamiento y análisis de los datos fueron descriptivos. **Resultados:** Los agravios neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, digestivos y metabólicos fueron los más prevalentes, y la mayoría ocurrió en el grupo etáreo de 41-60 años. Los hospitales públicos y unidades de pronta-atención fueron las principales puertas de entrada de los pacientes atendidos por el SAMU. **Conclusión:** Los resultados pueden contribuir para una mejor organización del servicio y señalan necesidades de calificación de la atención de enfermería que tiene participación decisiva en el cuidado al paciente.

Descriptores: Servicios médicos de urgencia; Atención prehospitalaria; Servicios de salud

* Estudo inserido no projeto de pesquisa: Acesso e padrão de utilização de usuários com demandas clínicas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre. Realizado pelo Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC) da Escola de Enfermagem da UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil.

¹ Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil; Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre – Porto Alegre (RS), Brasil.

² Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil.

³ Mestre em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil; Enfermeira do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – Porto Alegre (RS), Brasil.

INTRODUÇÃO

Os usuários acometidos por agravos clínicos em situações que desestabilizam sua condição vital necessitam de intervenção precoce e qualificada, sendo um dos motivos de procura por serviços de saúde, dentre os quais estão os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel.

O Atendimento Pré-hospitalar (APH) de urgência pode ser definido como sendo toda a assistência prestada fora do âmbito hospitalar, com a finalidade de dar a melhor resposta às demandas da população que busca o Sistema Único de Saúde (SUS). O APH móvel é o que procura chegar à vítima o mais precocemente possível, sendo necessário prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um Serviço de Saúde hierarquicamente integrado ao SUS⁽¹⁾.

No Brasil, as solicitações feitas aos Serviços de Atendimento Móveis de Urgência - SAMU 192 têm se concentrado no atendimento aos agravos clínicos. Essa característica foi identificada em cidades brasileiras: Ribeirão Preto – São Paulo, correspondendo a 54,9%⁽²⁾, em Olinda – Pernambuco, 57%⁽³⁾ e em Porto Alegre – Rio Grande do Sul, com 64,8%⁽⁴⁾ do total de atendimentos. Os dados têm sintonia com os indicadores de morbidade e mortalidade e fatores de risco nacionais⁽⁵⁾, que evidenciam que os agravos clínicos são os mais prevalentes e responsáveis por altos índices de doença e morte.

As ações do SAMU são executadas por equipes de suporte básico e de suporte avançado, que asseguram a atenção no ambiente pré-hospitalar, com base na regulação médica das urgências. As equipes de suporte básico, compostas por condutores e auxiliares/técnicos de enfermagem, realizam medidas de suporte não invasivas, que correspondem à abordagem inicial da vítima, cuidados básicos de ventilação e circulação, imobilização e transporte aos serviços de emergência. As equipes de suporte avançado, compostas por condutores, enfermeiros e médicos, executam procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório, e realizam transporte de pacientes entre hospitais, denominado transporte medicalizado.

O atendimento do SAMU desenrola-se em uma cadeia de responsabilidades: telefonistas que acolhem o pedido de socorro e desencadeiam o acesso ao serviço de saúde; médicos que atendem demandas por telefone e tentam buscar a melhor resposta para cada solicitação; profissionais de enfermagem que assistem o paciente baseados nas prescrições a distância; condutores de veículos que, além de dirigirem a ambulância, participam das intervenções de saúde; operadores de rádio que são decisivos para um deslocamento consequente⁽⁶⁾.

Destaca-se a relevância do trabalho da enfermagem na prestação de cuidados aos pacientes, visto que está presente nos atendimentos realizados, tanto em unidades de suporte básico (USB), pela atuação dos auxiliares/

técnicos de enfermagem, nas unidades de suporte avançado (USA), pela atuação do enfermeiro.

No território nacional, a instalação dos SAMUs é uma estratégia recente; sendo assim, inexistente instrumento oficial que armazene informações dos atendimentos e estabeleça uma linha de base descritiva dos serviços em todo o território⁽³⁾. A caracterização dos agravos de natureza clínica possibilita aprofundar questões ainda pouco exploradas na atuação do pré-hospitalar móvel na atenção às urgências, uma vez que a maioria dos estudos tem se dedicado aos eventos traumáticos, em especial aos de trânsito^(4,7-8).

Nesse sentido, tem-se por objetivo caracterizar os agravos clínicos atendidos pelo SAMU de Porto Alegre, no período de janeiro a junho de 2008.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, exploratório que foi desenvolvido no SAMU de Porto Alegre. Este serviço público/municipal realiza assistência em situações de urgência clínica, traumática, psiquiátrica e obstétrica, em via pública, serviços de saúde ou domicílio, além do transporte de pacientes que necessitam de transferências interserviços de saúde. A população de Porto Alegre é de 1.360.590 habitantes, correspondendo a 13,4% da população do Estado do Rio Grande do Sul⁽⁹⁾.

Parte de sua estrutura está localizada no Hospital de Pronto Socorro (HPS), onde se situam a gerência do serviço, a central de regulação de urgência e unidades móveis de suporte básico e avançado de vida. Compõem sua estrutura 11 bases descentralizadas, em diferentes regiões da cidade, onde estão instaladas 12 USB e três USA.

Dados de fonte secundária foram usados e coletados por meio de registros do sistema de informações da central de regulação de urgência do SAMU de Porto Alegre, referentes às solicitações clínicas atendidas no período de janeiro a junho de 2008 e transportados às planilhas do Programa Excel. As variáveis estudadas foram: solicitante/origem da solicitação, tipo de agravo, faixa etária e destino do paciente. Optou-se por estudar os agravos classificados pelo médico regulador, como sendo de natureza clínica. A não inclusão dos eventos obstétricos e psiquiátricos deve-se às especificidades dessa clientela e das portas de entrada em serviços especializados, o que justificaria o aprofundamento nas áreas.

Os agravos de natureza clínica foram agrupados por ordem de frequência, conforme classificação adotada pelo médico regulador, após a elaboração de um provável diagnóstico, tendo a seguinte configuração: agravos neurológicos, cardiológicos, respiratórios, digestivos, metabólicos, infecciosos e outros. As intoxicações exógenas, embora façam parte dos agravos por causas externas, foram classificadas, pelo médico regulador (MR), como agravo de natureza clínica, por isso, neste estudo fazem parte do

grupo outros agravos. Nos dados referentes à idade, utilizou-se a classificação adotada pelo SAMU: crianças (menores de 6 anos); escolares e pré-adolescentes (7-14 anos); adolescentes (15-20 anos); jovem adulto (21-40 anos); adulto (41-60 anos); idoso (61-79 anos); maiores de 80 anos. Para o destino dos pacientes, utilizou-se: o paciente que não é deslocado para os serviços de saúde, hospitais públicos, hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde, hospitais privados, hospitais militares e unidades de pronto-atendimento 24horas (UPA).

O tratamento e a análise dos dados foram realizados de forma descritiva, por meio de números absolutos e percentuais e apresentados em forma de tabelas.

Para a realização do estudo foram observados os preceitos éticos da Resolução: 196/96 do Ministério da Saúde que envolve pesquisa com seres humanos⁽¹⁰⁾, garantindo-se o anonimato dos pacientes quanto às informações coletadas. Obteve-se autorização institucional para uso do banco de dados do SAMU e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (CEP nº258/2008).

RESULTADOS

O SAMU atendeu 14.787 demandas, sendo 13.715 (92,75%) provenientes da população. As demais solicitações, 1.072 (7,24%), foram realizadas por serviços de saúde, Empresa Pública de Transporte e Circulação e Polícia Militar. Dessas demandas, 7.293 (49,32%) foram classificadas pelo médico regulador, como agravos clínicos; 5.809 (39,28%), como eventos traumáticos; 861 (5,82%), transporte simples; 442 (2,98%), psiquiátricos; 379 (2,56%), obstétricos e três (0,02%), não classificados.

Os agravos neurológicos, correspondendo a 1.462 (20,04%), foram os mais atendidos pelas equipes, seguidos dos cardiologistas, 1.275 (17,42%) e respiratórios, 946 (12,97%). Dentre todos os agravos atendidos, as demandas por convulsão foram as mais prevalentes, com 804 (11,02%) atendimentos, seguidas das síncope/desmaios, com 482 (6,60%). Os demais agravos tiveram percentuais menores do que 5% cada um, conforme dados da Tabela 1.

Verifica-se que não foi registrado o tipo de agravo em 1.172 (16,07%) atendimentos no sistema de informações da central de regulação médica.

Identifica-se que a faixa etária de 41 - 60 anos concentrou maior frequência de atendimentos, 2.011 (27,54%), seguida das 61-79 anos, 1.784 (24,46%), e 21-40 anos, 1.079 (14,80%).

Os agravos neurológicos acentuaram-se a partir de 21 anos, com maior concentração dentre os de 41-60 anos e com declínio para os idosos a partir de 61 anos, e as convulsões tiveram comportamento semelhante. Os pacientes com diagnóstico de acidente vascular

cerebral (AVC) concentraram-se a partir de 41 anos e tiveram um pico de atendimento na faixa etária entre 61-79 anos, com declínio para os maiores de 80 anos.

Os agravos cardiovasculares tiveram uma concentração maior entre os 41-79 anos, com um pico entre 41-60 anos. Embora em menor número de atendimentos que os dois primeiros, os agravos respiratórios e metabólicos também se concentraram nas faixas de 41-79 anos, e o pico de atendimentos foi na faixa de 61-79 anos. Os agravos digestivos distribuíram-se entre as faixas etárias acima de 21 anos, tendo maior concentração entre 41-79 anos e os infecciosos concentraram-se entre 21- 40 anos.

As síncope e os desmaios foram distribuídos entre todas as faixas etárias, com valores crescentes até 79 anos. Os acamados e sequelados tiveram aumento a partir dos 21 anos, tendo um pico na faixa 41-79 anos.

Para as crianças de 0-6 anos e as de 7-14 anos, os agravos mais atendidos foram os respiratórios, em especial, a asma e os neurológicos, a convulsão. Nas faixas de 15-20 anos, identificaram-se os agravos neurológicos, com destaque para as convulsões e neuro/outros, seguidos dos respiratórios, em especial, a asma e a pneumonia. Nesta faixa etária, também estiveram presentes: síncope/desmaio, intoxicação exógena e dor abdominal.

Identificou-se que as USB prestaram 6.695 (91,80%) atendimentos clínicos e as USA, 598 (8,19%).

As frequências dos desfechos do atendimento dos pacientes são mostradas nos dados da Tabela 2.

É possível identificar que, em 374 (5,13%) atendimentos, os pacientes não foram deslocados para serviços de saúde. Os percentuais foram semelhantes, tanto para USA 35 (5,85%) como para USB, 339 (5,06%). Nessas situações, o paciente ficou no local do evento, porque as equipes constataram que houve melhora ou estabilização do quadro de saúde, podendo haver a descaracterização da situação de urgência ou ainda constatação do óbito.

Um número significativo de desfechos não foi registrado no sistema de informações da central de regulação médica, totalizando 2.298 (31,51%) atendimentos.

Os hospitais públicos receberam 2.736 (37,51%) pacientes, sendo 222 (37,12%) atendimentos realizados por USA e 2.514 (37,55%), por USB. Os demais hospitais conveniados ao SUS, 568 (7,79%), os privados, 102 (1,40%) e os militares, 26 (0,36%), participaram com percentuais menores, se comparados aos públicos.

Evidencia-se a importante atuação das UPA no recebimento de pacientes, totalizando 1.189 (16,30%) atendimentos, sendo 38 (6,35%) por USA e 1.151 (17,20%), por USB.

Nos dados da Tabela 3, é mostrado o destino dos pacientes que foram transportados pelo SAMU para serviços de saúde, 24 hospitais e quatro unidades de

pronto atendimento participaram dos destinos.

O hospital A foi o mais usado como porta de entrada e recebeu 1.301 (28,15%) pacientes, sendo 73 (21,79%) transportados por USA e 1.228 (28,65%), por USB. A segunda porta de entrada mais frequente foi o hospital B, que recebeu 942 (20,38%) pacientes, sendo 91 (27,16%) transportados por USA e 851 (19,85%), por USB.

Destaca-se a UPA 1, como a que mais recebeu pacientes, com 600 (12,99%) atendimentos, seguida da UPA 2, com 285 (6,16%), UPA 3, 165 (3,57%) e UPA 4, 139 (3%). Os hospitais C, D, E e F tiveram percentuais muito semelhantes aos das UPA, recepcionando 208 (4,5%), 172 (3,72%), 162 (3,5%), 113 (2,44%) pacientes. Os demais tiveram percentuais de atendimento insignificante.

Tabela 1- Atendimentos clínicos no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre, segundo a faixa etária e agravo confirmado, no período de janeiro a junho de 2008.

Agravos	Faixa etária							Total	
	0-6	7-14	15-20	21-40	41-60	61-79	> 80	n	(%)
	n	n	n	n	n	n	n		
Neurológicos	46	65	72	341	477	332	129	1.462	20,04
Convulsão	44	59	52	262	269	95	23	804	11,02
AVC	0	0	0	9	87	140	60	296	4,05
Neuro/outros	2	4	17	45	98	91	43	300	4,11
Cefaleia	0	2	3	25	23	6	3	62	0,85
Cardiológicos	1	5	3	81	534	462	189	1.275	17,42
Angina	0	0	0	19	178	108	33	338	4,63
Cardio/outros	0	3	2	26	118	141	56	346	4,74
Pcr	1	2	0	13	86	100	47	249	3,41
Crise hipertensiva	0	0	1	18	105	61	25	210	2,87
Infarto do miocárdio	0	0	0	3	26	20	1	50	0,68
Insuf. cardíaca congestiva	0	0	0	2	21	32	27	82	1,12
Respiratórios	73	30	33	136	262	283	129	946	12,97
Dispneia	10	3	3	33	60	99	45	253	3,46
Asma	46	16	12	50	121	63	9	317	4,34
Respir./outros	10	5	8	37	59	82	44	245	3,35
Pneumonia	7	6	10	16	22	39	31	131	1,79
Digestivos	4	11	15	80	136	107	71	424	5,81
Hemorragia alta/baixa	0	0	1	4	15	18	7	45	0,61
Dor abdominal	0	3	9	41	61	33	29	176	2,41
Diarréia e vômitos	4	8	3	27	33	37	29	141	1,93
Digestiva/outros	0	0	2	8	27	19	6	62	0,85
Metabólicos	2	7	6	62	179	202	50	508	6,96
Hipoglicemia	1	0	3	32	101	131	36	304	4,16
Diabetes	0	4	1	13	44	50	7	119	1,63
Metabólica/outros	1	3	2	17	34	21	7	85	1,16
Infeciosos	7	6	10	106	58	52	33	272	3,72
Infecto/outros	7	6	8	51	31	49	33	185	2,53
Infecto/AIDS	0	0	1	50	25	2	0	78	1,06
Infecto/tuberculose	0	0	1	5	2	1	0	9	0,12
Outros	9	20	59	273	365	346	162	1.234	16,92
Rc	0	0	0	6	12	7	1	26	0,35
Cólica renal	0	1	0	4	9	2	0	16	0,21
Síncope/desmaio	0	11	35	96	121	154	65	482	6,60
Acamados/sequelados	2	5	4	52	93	120	80	356	4,88
Intoxicação exógena	7	1	16	86	68	10	0	188	2,57
Neoplasia	0	0	0	2	18	26	4	50	0,68
Reumato/ortopedia/dor	0	2	2	23	40	26	10	103	1,41
Gineco/sangramento	0	0	0	1	3	1	1	6	0,08
Gineco/outros	0	0	2	3	1	0	1	7	0,09
Total	142	144	198	1.079	2.011	1.784	763	6.121	83,92
Não registrado o agravo								1.172	16,07
Total								7.293	100,00

Fonte: Banco de Dados da Central de Regulação Médica do SAMU de Porto Alegre

Tabela 2 - Desfechos dos atendimentos clínicos no SAMU de Porto Alegre, no período de janeiro a junho de 2008.

Desfechos	Unidades de atendimento				Total	
	Usa		Usb		n	%
	n	%	n	%		
Não houve deslocamento do paciente	35	5,85	339	5,06	374	5,13
Não registrado	228	38,12	2.070	30,91	2.298	31,51
Hospitais públicos	222	37,12	2.514	37,55	2.736	37,51
Unidades de pronto atendimento	38	6,35	1.151	17,20	1.189	16,30
Hospitais conveniados	62	10,36	506	7,55	568	7,79
Hospitais privados	11	1,83	91	1,35	102	1,40
Hospital militar	2	0,33	24	0,35	26	0,36
Total	598	100,00	6.695	100,00	7.293	100,00

Fonte: Banco de Dados da Central de Regulação Médica do SAMU de Porto Alegre

Tabela 3 - Atendimentos clínicos, segundo o tipo de Unidade de atendimento e o destino de pacientes nos hospitais e nas unidades de pronto atendimento no SAMU de Porto Alegre, no período de janeiro a junho de 2008.

Destino do paciente	Unidades de atendimento				Total	
	Usa		Usb		n	%
	n	%	n	%		
Hospital a - público	73	21,79	1.228	28,65	1.301	28,15
Hospital b - público	91	27,16	851	19,85	942	20,38
Upa 1 - pública	21	6,26	579	13,50	600	12,99
Upa 2 - pública	5	1,49	280	6,53	285	6,16
Hospital c - público universitário	18	5,37	190	4,43	208	4,50
Hospital d - universitário conveniado	23	6,86	149	3,47	172	3,72
Upa 3 - pública	2	0,59	163	3,80	165	3,57
Hospital e - conveniado	13	3,88	149	3,47	162	3,50
Upa 4 - pública	10	2,98	129	3,00	139	3,00
Hospital f - universitário conveniado	7	2,08	106	2,47	113	2,44
Hospital g - público	13	3,88	85	1,98	98	2,12
Hospital h - público	16	4,77	80	1,86	96	2,07
Hospital i - privado	3	0,89	54	1,25	57	1,23
Hospital j - público	5	1,49	47	1,09	52	1,25
Hospital l - conveniado	6	1,79	32	0,74	38	0,82
Hospital m - conveniado	1	0,29	37	0,86	38	0,82
Hospital n - público	5	1,49	20	0,46	25	0,54
Hospital o - conveniado	4	1,19	23	0,53	27	0,58
Hospital p - privado	3	0,89	18	0,41	21	0,45
Hospital q - militar	1	0,29	17	0,39	18	0,38
Hospital r - privado	3	0,89	12	0,27	15	0,32
Hospital s - conveniado	5	1,49	4	0,09	9	0,19
Hospital t - público	1	0,29	10	0,23	11	0,23
Hospital u - conveniado	3	0,89	6	0,13	9	0,19
Hospital v - privado	2	0,59	7	0,16	9	0,19
Hospital x - militar	1	0,29	7	0,16	8	0,17
Hospital y - público	0	0	2	0,04	2	0,04
Hospital z - público	0	0	1	0,02	1	0,02
Total	335	100	4.286	100	4.621	100

Fonte: Banco de Dados da Central de Regulação Médica do SAMU de Porto Alegre

DISCUSSÃO

As demandas de atendimento ao SAMU foram feitas, majoritariamente, pela população, e as unidades de saúde e instituições representaram um percentual menor.

Estudos identificaram a predileção de usuários por serviços de urgência, ao invés de unidades ou profissionais de saúde com o qual têm vínculo⁽¹¹⁻¹³⁾. O fenômeno da procura espontânea aos serviços de urgência tem sido relacionado à percepção do usuário de sinais e sintomas

de comprometimento da saúde. Com base na sintomatologia, utilizam mecanismos simbólicos que os levam à decisão do que poderá ser feito para investigar ou recuperar a normalidade. Os usuários ajustam a oferta de serviços a seu contexto familiar e laboral. A partir daí, estruturam suas demandas a um serviço de saúde. Neste ajuste, o fator tempo surge como um determinante da tomada de decisão, modulando o tipo de demanda e o serviço a ser consumido⁽¹⁴⁾.

Tendo em vista que o número de atendimento realizado pelo SAMU é significativo, pode-se sugerir que existe reconhecimento da população de que esse atendimento é um dos meios mais rápidos e eficazes para acesso a diferentes tecnologias, seja para prestação da assistência ou remoção para um serviço de saúde.

No SAMU, a pertinência das demandas é definida pelo médico regulador. As situações que coloquem em risco condições hemodinâmicas, ventilatórias e /ou incapacidade funcional são consideradas uma urgência. Também as situações em que, pela intensidade de sintomas, sejam físicos, sociais ou psicológicos, o usuário necessite de intervenção de um profissional da saúde. Em se tratando de situação crítica, o médico regulador desencadeia a melhor resposta que poderá ser o envio de uma USA ou USB.

As equipes de suporte básico são as que mais desenvolvem cuidados aos usuários do SAMU, concordando com resultados de outros estudos^(2,15). No atendimento, as equipes avaliam o paciente e transmitem ao médico regulador, que prescreve a conduta e orienta sobre o serviço, para o qual o paciente deverá ser encaminhado. No transporte, a equipe assegura as condições necessárias para a estabilização do paciente e providencia admissão na unidade de urgência⁽⁶⁾.

Os resultados evidenciam que os atendimentos prestados às crianças e adolescentes são em menor número, aumentando, significativamente, para maiores de 21 anos, tendo maior concentração entre 41- 60 anos. Isso indica que uma população economicamente ativa tem sido precocemente atingida por agravos que exigem pronta atenção.

O percentual de agravos cardiológicos na população atendida pelo SAMU é elevado, se comparados com dados de morbidade de Porto Alegre, onde as doenças circulatórias correspondem a 13,6%⁽⁵⁾ entre o grupo de doenças. Para os agravos respiratórios, o percentual de atendimento é aproximado ao da morbidade local, que é de 13,4%⁽⁵⁾. Se forem comparadas as faixas etárias por grupo de causas, em Porto Alegre⁽⁵⁾, as doenças do aparelho circulatório correspondem a percentuais crescentes, a partir de 20 anos, com elevação acentuada nos de 50 anos e mais. No SAMU, a presença desses agravos eleva-se a partir dos 41 anos e decresce para os maiores de 80 anos.

O elevado número de atendimentos neurológicos deveu-se sobretudo às convulsões, presentes em todos os intervalos etários, com destaque aos maiores de 21

anos. Estes achados conferiram com os identificados no SAMU de Porto Alegre, quando os agravos neurológicos corresponderam a 39,02% dos atendimentos, seguidos dos cardiovasculares, 15,7% e respiratórios, 11,8%⁽¹⁶⁾. O elevado número de atendimentos pode ter relação com a dificuldade de acesso ao atendimento continuado na atenção básica, à medicação ou à insuficiência de adesão aos tratamentos.

Diferentemente do SAMU de Porto Alegre, em Ribeirão Preto as afecções gastrointestinais estavam em primeiro lugar dentre as afecções atendidas⁽²⁾. As características locorregionais no perfil do atendimento de urgência podem indicar lacunas na oferta de serviços nas cidades ou regiões, que trazem como consequência, o aumento de demandas aos serviços de urgência.

Quanto à participação dos serviços de saúde, como porta de entrada dos usuários do SAMU, identificou-se que, excetuando a falta de registros dos destinos de pacientes atendidos e dos que não tiveram deslocamento para serviços de saúde, 47% dos pacientes tiveram como destino um serviço hospitalar e 16,3%, uma UPA. Os hospitais A e B destacaram-se no recebimento dos pacientes, correspondendo a 48,53% do total de portas de entrada. Os demais tiveram uma participação individual acanhada.

Destaca-se o papel das unidades públicas de pronto-atendimento no recebimento de pacientes. O desempenho numérico do conjunto das UPA 1 e UPA 2 foi superior ao da maioria dos hospitais com exceção dos A, B, C, D e E.

Os serviços públicos foram as principais portas de entrada de pacientes clínicos ao Sistema de Saúde Municipal, o que indica o sistema financiado pelo SUS como a principal porta de entrada, nas situações de urgência. Os hospitais conveniados tiveram participação proporcionalmente menor que os públicos.

Os hospitais privados e militares registram um número insignificante de destinos de pacientes do SAMU. Acredita-se que o fato esteja relacionado, sobretudo, às transferências interserviços, que tiveram, nesses locais, a continuidade do tratamento, bem como pelo encaminhamento de pacientes possuidores de convênio de saúde, que puderam ser regulados para serviços privados.

A mudança da legislação com o advento do SUS fez com que a participação do sistema público no financiamento de atendimentos e internações aumentasse significativamente, em todos os segmentos no País, havendo uma desaceleração do gasto privado direto⁽¹⁷⁾. Apesar disso, o acesso da população aos serviços de saúde ainda é bastante desigual, seja pelas diferentes formas de financiamento do SUS ou pela restrita oferta de serviços no sistema público que não cobre toda a demanda de atendimento. Isso faz com que o acesso também seja determinado pela condição socioeconômica da população.

À medida que as portas de urgência convivem com

a rotina da superlotação, maiores são as dificuldades para o recebimento de usuários transportados pelo SAMU. Estas considerações remetem ao papel da regulação das urgências que são operacionalizadas por meio das centrais de regulação. As necessidades de urgência são pontos de pressão por respostas rápidas e, para tanto, as centrais devem ser capazes de receber as demandas e direcionar os pacientes aos serviços mais adequados para a continuidade do atendimento. Além disso, contribuem para a identificação de vazios de serviços, lacunas assistenciais e apontam as necessidades dos usuários, contribuindo para a construção de um sistema mais justo, integral e universal.

A supremacia de apenas dois hospitais como porta de entrada de pacientes do SAMU indica dificuldades na competência política da central de regulação, pois a participação das instituições e dos serviços ainda é muito limitada.

CONCLUSÕES

Os agravos neurológicos, cardiovasculares, respiratórios, digestivos e metabólicos foram os mais prevalentes, e a maioria ocorreu na faixa etária de 41-60 anos. Os hospitais públicos e unidades de pronto-

atendimento foram as principais portas de entrada de pacientes atendidos pelo SAMU, identificando-se disparidades na participação dos serviços de saúde.

A regulação das portas de entrada da urgência resume todo o esforço de melhor assistir o paciente que demanda o SAMU. Desta forma, a relação com os serviços de saúde é condição necessária para prestar-lhe um atendimento adequado, precoce, no menor intervalo de tempo possível.

Os resultados do estudo podem contribuir para uma melhor organização do serviço e apontar a necessidade de qualificação do atendimento de enfermagem, considerando-se que sua participação é decisiva no cuidado ao paciente. Esses profissionais, na maioria das situações, chegam primeiro à cena do evento, tomam as primeiras decisões, prestam assistência e mantêm interlocução com o paciente e a família, com o médico regulador e com os serviços de saúde às portas da urgência. Portanto, as responsabilidades da atuação da equipe de enfermagem ampliam-se com base no trabalho no APH móvel, uma vez que confrontadas com as necessidades dos usuários e na relação com os serviços têm a possibilidade de aumentar sua compreensão sobre essas necessidades e contribuir para um melhor planejamento da assistência ao usuário.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 2a ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Fernandes RJ. Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria de Saúde do município de Ribeirão Preto - SP [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2004.
3. Cabral APS, Souza WV. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(4):530-40.
4. Pereira WAP, Lima MADS. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(3):279-83.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Indicadores de Mortalidade e de Morbidade. Brasília (DF) [internet] 2005 e 2006 [citado 2007 Jun 4]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/idb>.
6. Ciconet RM. Atuação e articulação das ações das equipes de suporte básico de um serviço de atendimento móvel de urgência com a central de regulação e as portas de entrada da urgência [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. 145f.
7. Bastos YGL, Andrade SM, Soares DA. Características dos acidentes de trânsito e das vítimas atendidas em serviço pré-hospitalar em cidade do Sul do Brasil, 1997/2000. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health.* 2005;21(3):815-22.
8. Ladeira RM, Barreto SM. Fatores associados ao uso de serviço de atenção pré-hospitalar por vítimas de acidentes de trânsito. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health.* 2008;24(2):287-94.
9. Rio Grande do Sul. Secretaria do Planejamento e Gestão. Fundação de Economia e Estatística. População dos municípios do Rio Grande do Sul com mais de 100.000 habitantes e participação percentual no total da população do Estado - 1991 e 2000. Disponível em: http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/resumo/pg_estado_tabela.php?id=5 Acesso: 17/09/2010.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: 10 out. 1996.
11. Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(5):1929-38.
12. Marques GQ, Lima MADS. User's demands to an emergency service and their welcoming in the health system. *Rev Latinoam Enferm.* 2007;15(1):13-9.
13. 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.* 2009;18(2):266-72.
14. Pasarín MI, Sanmamed MJF, Calafell J, Borrell C, Rodríguez D, Campasol S, et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gac Sanit.* 2006;20(2):91-100.
15. Cenci DC, Lucena AF. Análise dos atendimentos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 – de Porto Alegre / RS. In: Mancia JR, Unicowski MAR, organizadores. O trabalho de enfermagem em pronto socorro: um fazer em discussão. Porto Alegre: ABEn; 2010. p. 34- 59. UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil;
16. Pereira RF, Pinto RD, Ciconet RM. Caracterização dos atendimentos prestados pelo SAMU. *Rev HPS.* 1999/2000; 45/46:6-9.
17. Porto SM, Santos IS, Ugá MAD. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(4):895-910.