

# Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências

*Analysis of services provided by SAMU 192: Mobile component of the urgency and emergency care network*

*Análisis de las llamadas del SAMU 192: Componentes móvil de la red de atención a las urgencias y emergencias*

Priscila Masquetto Vieira de Almeida<sup>1</sup>

Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua<sup>1</sup>

Claudia Maria Silva Cyrino<sup>1</sup>

Carmen Maria Casquel Monti Juliani<sup>1</sup>

Valéria de Castilho Palhares<sup>1</sup>

Shirlene Pavelqueires<sup>2</sup>

1. Universidade Estadual Paulista.

Botucatu. São Paulo (SP). Brasil.

2. Faculdade de Medicina de Marília -

São Paulo (SP). Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar os atendimentos realizados pelo SAMU 192: componente móvel da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Município de Botucatu/SP. **Métodos:** Trata-se de um estudo de campo, de série histórica, exploratório-descritivo de abordagem quantitativa, focado na análise das fichas dos atendimentos realizados pelo SAMU 192, entre agosto de 2011 e janeiro de 2012, totalizando 2635 fichas. **Resultados:** Houve predominância de ocorrências clínicas, sendo crise convulsiva a principal queixa (12,16%). A maioria das vítimas (96,08%) estava consciente no momento do atendimento. A região central da cidade foi a que apresentou maior demanda de atendimentos (25,83%). O principal desfecho dos atendimentos foi o encaminhamento das vítimas ao hospital (81,61%). **Conclusão:** O estudo mostrou a importância do SAMU 192 na Rede de Atenção às Urgências e Emergências, ressaltando o elevado número de atendimentos, as associações de várias queixas com idade, sexo e região do município referente ao atendimento.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Serviços Médicos de Emergência; Emergência.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the services provided by SAMU 192: the mobile component of the Urgency and Emergency Care Network, in the city of Botucatu, SP, Brazil. **Methods:** An exploratory-descriptive field study of a time series with a quantitative approach was performed. This study focused on the analysis of care provided by SAMU 192, between August 2011 and January 2012, based on 2635 service files. **Results:** There was a predominance of clinical occurrences and seizure as the main complaint (12.16%). The majority of victims (96.08%) were conscious upon arrival of the SAMU 192 team. The city's central region was the one that showed the greatest demand for care (25.83%). The main outcome of occurrences was the referral of victims to a hospital (81.61%). **Conclusion:** The present study showed the importance of SAMU 192 in the Urgency and Emergency Care Network. A high number of occurrences and the associations between several complaints and age, sex and place of occurrence stood out in this study.

**Keywords:** Nursing; Emergency Medical Services; Emergency.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar los atendimientos realizados por el SAMU 192 de Botucatu (SP). **Métodos:** Investigación de campo de serie histórica. Estudio exploratorio-descriptivo de enfoque cuantitativo, basado en el análisis de los registros de los servicios prestados por el SAMU 192, entre Agosto de 2011 y Enero de 2012, a partir de 2635 formularios. **Resultados:** Predominancia de eventos clínicos, siendo la crisis convulsiva la queja principal (12,16%). La mayor parte de las víctimas (96,08%) estaba consciente en el momento del servicio. La región central de la ciudad ha demostrado la mayor demanda por el servicio (25,83%). El principal resultado de las consultas fue la remisión de las víctimas al hospital (81,61%). **Conclusión:** Se comprueba la importancia del SAMU 192 en la Red de Atención de Urgencias y Emergencias, destacando el elevado número de llamadas, las asociaciones de quejas con la edad, el sexo y la región referente al atendimento.

**Palabras clave:** Enfermería; Servicios Médicos de Emergencia; Emergencia.

### Autor correspondente:

Priscila Masquetto Vieira de Almeida.

E-mail: priscila.mvalmeida@gmail.com

Recebido em 01/04/2015.

Aprovado em 18/01/2016.

DOI: 10.5935/1414-8145.20160039

## INTRODUÇÃO

O crescimento rápido e desordenado das cidades, intensificado, principalmente, na era capitalista, tem ocasionado mudanças epidemiológicas importantes, especialmente, quando se refere ao aumento de enfermidades relacionadas às situações de urgência e emergência. Com isso, nos últimos anos, vários países têm desenvolvido serviços e sistemas que atendam a essa demanda. Em concordância a essa realidade, há uma crescente transição demográfica, em nosso país, acompanhada de um aumento das doenças crônicas, principalmente, às relacionadas ao aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC)<sup>1-3</sup>.

No Brasil e em outros países do mundo, enfrenta-se uma crise no sistema de saúde decorrente, principalmente, da incoerência entre uma situação de atendimento à saúde e essa transição demográfica e epidemiológica. Os sistemas de saúde continuam voltados, prioritariamente, às condições agudas e agudizações das doenças crônicas. Essa estratégia inviabiliza a eficiência, efetividade e qualidade do atendimento às doenças crônicas. Esses sistemas são chamados de sistemas fragmentados, pois se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados, onde não há comunicação entre outros serviços e o foco da atenção está nas condições agudas atendidas nas unidades de pronto atendimento. A ênfase se dá nas intervenções curativas e reabilitadoras, atenção centrada no profissional médico, o que pode inviabilizar uma atenção contínua e integral à saúde da população<sup>4,5</sup>.

Frente a essa situação, o Ministério da Saúde propõe como solução a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com o objetivo de superar esse sistema fragmentado vigente no país<sup>4,5</sup>. Dentre as Redes de Atenção à Saúde destaca-se, aqui, a da Rede de Atenção às Urgências (RUE) que tem como finalidade "articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna"<sup>5</sup>.

As portas de urgência e emergência podem constituir importantes marcadores de qualidade da condição de saúde da população, bem como, a atuação do sistema de saúde. Também por meio delas, podem-se identificar os agravos inusitados à saúde da população ou os agravos recorrentes, como por exemplo, uma alta incidência de atropelamentos ocorridos numa determinada região, crises asmáticas de repetição, dentre outros<sup>6</sup>.

Em países desenvolvidos nota-se a inclusão do sistema de atendimento pré-hospitalar como um importante serviço de atenção às urgências e emergências. O termo atendimento pré-hospitalar refere-se à assistência realizada às vítimas de agravos urgentes à saúde, fora do âmbito hospitalar, para a manutenção da vida e/ou diminuição de sequelas<sup>7</sup>.

Atualmente, o SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) é o principal componente móvel da rede de atenção às urgências. Com esse serviço, o Governo Federal visa diminuir o número de óbitos, as sequelas causadas pela demora no atendimento e o tempo de internação hospitalar. No Brasil, o

serviço teve início por meio de um acordo bilateral assinado com a França, sendo implantado, em 2003 e oficializado em 2004 pelo Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004<sup>3,6</sup>.

O objetivo desse componente é acolher os pedidos de ajuda médica de cidadãos acometidos por agravos agudos a sua saúde, de natureza clínica, psiquiátrica, cirúrgica, traumática, obstétrica e ginecológica. Esse atendimento se inicia por meio de uma ligação telefônica gratuita pelo número nacional 192, que é exclusivo das Centrais de Regulação Médica das Urgências do SAMU 192<sup>3,6</sup>.

No Município de Botucatu, interior de São Paulo, o SAMU 192 iniciou suas atividades no dia 27 de julho de 2011. O serviço é regional e possui uma Central de Regulação que além da sua cidade de referência, atende aos Municípios de Areiópolis, Anhembi e Pardinho. A Central está habilitada pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 3.203 de 29 de dezembro de 2011 e qualificada pela Portaria nº 560 de 4 de abril de 2013.

Trata-se de um serviço recente que visa qualidade, eficiência e segurança desde a ligação para o número 192 até o atendimento *in loco*. Dessa forma, foi proposto este estudo com o objetivo de analisar os atendimentos realizados pelo SAMU 192: componente móvel da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, no Município de Botucatu/SP.

## MÉTODOS

Estudo de campo, de série histórica, exploratório-descritivo de abordagem quantitativa, focada na análise dos atendimentos realizados pela equipe do SAMU 192 de Botucatu.

O universo da pesquisa foi constituído pelos dados contidos nas Fichas de Atendimento Pré-hospitalares do SAMU 192 de Botucatu, totalizando 2635 fichas, coletados pelo próprio pesquisador. Foram incluídas todas as fichas dos atendimentos realizados entre o dia 01 de agosto de 2011 e o dia 31 de janeiro de 2012, mesmo as que se apresentavam incompletas, visando obter o maior número de informações possíveis, totalizando 2635.

O estudo foi desenvolvido na Central de Regulação Médica de Urgência e Emergência do SAMU 192 Regional de Botucatu, onde estão arquivadas as fichas de atendimento.

Nessa cidade, o serviço dispõe de duas unidades móveis de atendimento, sendo uma Unidade de Suporte Avançado (USA) e uma Unidade de Suporte Básico (USB). Existe uma base descentralizada em cada município que se vinculou ao SAMU 192 de Botucatu com uma USB.

A principal porta de entrada para os casos atendidos pelo SAMU 192 regional de Botucatu é o Pronto-Socorro de Adultos do Hospital das Clínicas de Botucatu. Este foi denominado de Unidade de Urgência e Emergência Referenciada, conforme ofício nº 117/2012, de 21 de maio de 2012.

A coleta e análise dos dados foram autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Botucatu e também pela Coordenação do SAMU 192 de Botucatu.

Quanto aos atendimentos, foram analisadas as variáveis: tipo de ambulância disponibilizada ao paciente (USB ou

USA), idade, sexo, natureza da ocorrência (clínica, traumática, gineco-obstétrica ou psiquiátrica), condições da vítima (nível de consciência), endereços e desfecho do atendimento (encaminhamento ao hospital, liberado no local, socorrido por terceiros, óbito, cancelamento da ocorrência pelo médico regulador ou recusa de atendimento).

Para caracterização dos endereços foi utilizado um mapa disponibilizado pela Secretaria Municipal de Planejamento com a divisão do município em macro e microrregiões, de acordo com os bairros e ruas. Com isso, foi possível classificar os atendimentos conforme a macrorregião da cidade em: Região Central, Norte, Sul, Leste e Oeste.

O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP e obteve o parecer favorável que consta no ofício N° OF. 3907/2012 - CEP, sendo dispensado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por se tratar de estudo no qual as fichas do serviço foram as fontes para a coleta dos dados.

Os dados foram, primeiramente, coletados em um formulário do Microsoft Office Access 2007, com a finalidade de armazená-los de forma amigável, ágil e segura.

Para a análise estatística utilizou o programa SAS, para Windows, versão 9.2. Inicialmente, realizou-se uma estatística descritiva dos dados com análise de frequência e porcentagem para as variáveis qualitativas e, para as variáveis quantitativas foi utilizada média, desvio padrão e mediana. Para verificar a associação entre as variáveis estudadas (queixas, sexo, idade, natureza da ocorrência, desfechos do atendimento e macrorregião da cidade atendida), aplicou-se o teste Qui-quadrado de Pearson e o Teste Exato de Fisher, considerando como nível de significância valor de  $p < 0,05$ .

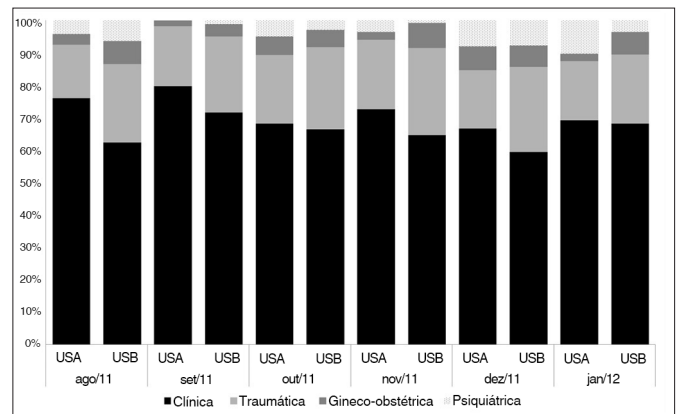
## RESULTADOS

Na análise das ocorrências foi evidenciado que, quanto à natureza, houve predomínio dos atendimentos de natureza clínica, seguida das ocorrências traumáticas, independente da ambulância disponibilizada (USA ou USB), como pode ser observado no Gráfico 1. A Unidade de Suporte Básico (USB) foi responsável pela maioria dos atendimentos (66,57%). Verificou-se, também, que nos casos de atendimento às ocorrências psiquiátricas o número de atendimentos da USA comparado com a USB aumentou ( $p = 0,0002$ ).

A idade das vítimas variou de menos de 1 ano a 106 anos, com uma média de 44,58 anos ( $DP \pm 24,57$ ) e mediana de 43,00 anos. O maior percentual foi entre o intervalo correspondente às faixas etárias de 20 a 29 anos e o menor percentual se concentrou na faixa etária acima de 90 anos.

Comparou-se a natureza da ocorrência com idade e sexo, para isso, a variável idade foi classificada em crianças (subdividida em 3 categorias sendo 0-1 ano, 2-4 anos, e 5-9 anos), adolescentes (10-19 anos), adultos (20 a 59 anos) e idosos (> 60 anos). Houve predominância de atendimentos das vítimas na faixa etária de 20 a 59 anos. Do total de 2635 fichas de atendimento

**Gráfico 1.** Atendimentos realizados pelo SAMU 192, de acordo com a natureza da ocorrência e ambulância disponibilizada, entre agosto de 2011 e janeiro de 2012. Botucatu, 2013. USA: Unidade de Suporte Avançado; USB: Unidade de Suporte Básico.



analisadas, 1333 se refere ao sexo masculino, entretanto, em 169 não se pode certificar qual a natureza da ocorrência, ainda assim foi indicada, estatisticamente, a comparação das variáveis, sexo com natureza da ocorrência. Exceto nos casos de atendimentos gineco-obstétricos, todas as naturezas de ocorrências se relacionaram aos atendimentos de vítimas do sexo masculino como pode ser observado na Tabela 1.

Os resultados mostraram que a convulsão foi a principal demanda de natureza clínica. Nas ocorrências traumáticas a principal queixa foi queda; já nos atendimentos obstétricos o trabalho de parto foi mais frequente. Os atendimentos aos usuários de drogas ilícitas foram as principais ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo serviço.

Na Tabela 2 consta a comparação entre as principais queixas com o sexo das vítimas. Evidencia-se que para ambos os sexos a queixa mais frequente foi queda, contudo a principal queixa clínica que apresentou associação estatística significativa com o sexo masculino foi embriaguez ( $p < 0,0001$ ) e, crise de ansiedade/crise nervosa ( $p < 0,0001$ ) com o sexo feminino.

Na Tabela 3, observa-se a comparação com as principais queixas e idade das vítimas. Nota-se que a maioria se associou, estatisticamente, com a população adulta.

Em relação à avaliação inicial das vítimas, 2135 (96,08%) das mesmas estavam conscientes no momento da chegada da equipe no local do atendimento. Apenas em 386 (14,65%) dos atendimentos as vítimas apresentaram algum tipo de alteração do nível de consciência, como sonolência, agitação, agressividade ou confusão. Quando comparado o nível de consciência das vítimas com a natureza da ocorrência, verificou-se que as vítimas inconscientes foram mais prevalentes nos atendimentos das ocorrências clínicas ( $p = 0,0003$ ).

Outro ponto importante a destacar é que a maioria apresentou parâmetros normais de respiração no início do atendimento e em relação à avaliação do aparelho circulatório, apenas 2,43% possuíram algum tipo de alterações descritas nas fichas como cianose e sudorese.

**Tabela 1.** Comparação entre a natureza da ocorrência com a variável, sexo e idade das vítimas atendidas pelo SAMU 192, entre agosto de 2011 e janeiro de 2012. Botucatu, 2013

Variáveis		Clínica		Traumática		Gineco-obstétrica		Psiquiátrica		Valor de p
		f	%	f	%	f	%	f	%	
Sexo	Feminino	798	47,96	200	35,65	133	100,00	36	33,33	< 0,0001
	Masculino	866	52,04	361	64,35	0	0,00	72	66,67	
Idade	0 a 1 anos	50	3,06	15	2,74	1	0,75	0	0,00	< 0,0001
	2 a 4 anos	30	1,83	16	2,93	0	0,00	0	0,00	
	5 a 09 anos	32	1,96	28	5,12	0	0,00	0	0,00	
	10 a 19 anos	123	7,52	65	11,88	59	44,03	18	17,65	
	20 a 59 anos	808	49,42	298	54,48	72	53,73	74	72,55	
	> 60 anos	592	36,21	125	22,85	2	1,49	10	9,80	

f: Frequência; %: Porcentagem. Valores significativos  $p < 0,05$ . Nota: Dados não encontrados: idade = 217 fichas.**Tabela 2.** Comparação entre as principais queixas e sexo das vítimas atendidas pelo SAMU 192, entre agosto de 2011 e janeiro de 2012. Botucatu, 2013

Principal Queixa	Feminino		Masculino		Valor de p
	f	%	f	%	
Convulsão	83	41,92	115	58,08	0,1357
Embriaguez	39	24,22	122	75,78	< 0,0001
Dor precordial	73	54,89	60	45,11	0,0610
Dispneia	73	54,89	60	45,11	0,0610
Mal-estar	44	44,00	56	56,00	0,5399
Dor abdominal	48	53,93	41	46,07	0,1820
Hipoglicemia	40	50,63	39	49,37	0,5107
Intoxicação exógena	36	66,67	18	33,33	0,0034
Crise nervosa/Crise de ansiedade	39	76,47	12	23,53	< 0,0001
Síncope	28	51,85	26	48,15	0,4700
Suspeita de AVC	22	46,81	25	53,19	0,9746
PCR	13	33,33	26	66,67	0,0848
Queda (inespecífica)	110	43,14	145	56,86	0,1925
Queda da própria altura	62	49,60	63	50,40	0,5499
Acidente de trânsito - motocicleta	20	26,32	56	73,68	0,0002
Acidente de trânsito - automóvel	14	33,33	28	66,67	0,0736
Agressão	16	35,56	29	64,44	0,1194
Trauma (inespecífico)	9	30,00	21	70,00	0,0600
Ferimento contuso	5	17,86	23	82,14	0,0019
Agitação em decorrência do uso de drogas ilícitas	7	17,50	33	82,50	0,0002
Tentativa de suicídio	9	69,23	4	30,77	0,1073

f: Frequência; %: Porcentagem. Valores significativos  $p < 0,05$ .

**Tabela 3.** Comparações entre as principais queixas e a faixa etária das vítimas atendidas pelo SAMU 192, entre agosto de 2011 e janeiro de 2012. Botucatu, 2013

Principal Queixa	0 a 1 anos		2 a 4 anos		5 a 9 anos		10 a 19 anos		20 a 59 anos		> 60 anos		Valor de <i>p</i>
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Convulsão	6	3,13	6	3,13	9	4,69	22	11,50	125	65,10	24	12,50	< 0,0001
Embriaguez	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8	5,30	134	88,74	9	5,96	< 0,0001
Dor precordial	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	2,25	78	58,65	52	39,10	0,0001
Dispneia	5	3,73	1	0,75	0	0,00	6	4,48	38	28,35	84	62,69	< 0,0001
Mal-estar	4	4,04	0	0,00	2	2,02	6	6,06	32	32,32	55	55,56	< 0,0001
Dor abdominal	1	1,12	1	1,12	2	2,25	12	13,48	43	48,31	30	33,72	0,7725
Hipoglicemia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	34	43,04	45	56,96	< 0,0001
Intoxicação exógena	2	3,70	2	3,70	2	3,70	6	11,11	41	75,93	1	1,85	0,0005
Crise nervosa/Crise de ansiedade	0	0,00	0	0,00	0	0,00	7	13,73	33	64,70	11	21,57	0,2162
Síncope	1	1,85	1	1,85	1	1,85	6	11,11	20	37,04	25	46,30	0,1840
Suspeita de AVC	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	2,17	12	26,09	33	71,74	< 0,0001
PCR	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	7,89	9	23,69	26	68,42	< 0,0001
Queda (inespecífica)	8	3,19	5	1,99	15	5,98	22	8,76	103	41,04	98	39,04	< 0,0001
Queda da própria altura	2	1,63	1	0,81	5	4,07	11	8,94	41	33,33	63	51,22	< 0,0001
Acidente de trânsito - Motocicleta	0	0,00	0	0,00	1	1,37	10	13,70	59	80,82	3	4,11	< 0,0001
Acidente de trânsito - Automóvel	2	5,00	0	0,00	0	0,00	5	12,50	26	65,00	7	17,50	0,3036
Agressão	1	2,44	0	0,00	1	2,44	4	12,20	33	80,48	1	2,44	0,0029
Trauma inespecífico	3	10,00	2	6,67	4	13,33	2	6,67	15	50,00	4	13,33	< 0,0001
Ferimento contuso	1	3,70	3	11,11	3	11,11	4	14,82	15	55,56	1	3,70	< 0,0001
Agitação em decorrência do uso de drogas ilícitas	0	0,00	0	0,00	0	0,00	10	25,60	29	74,40	0	0,00	< 0,0001
Tentativa de suicídio	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	9,09	9	81,80	1	9,09	0,5042

f: Frequência; %: Porcentagem. Valores significativos  $p < 0,05$ .

O principal desfecho dos atendimentos foi relacionado ao encaminhamento das vítimas à unidade hospitalar (81,61%). Os casos clínicos foram os que apresentaram maior índice de pacientes liberados no local do atendimento após avaliação da equipe.

As análises mostraram que a macrorregião central do município foi a que mais solicitou os atendimentos do serviço, sendo responsável por 25,83% destas ocorrências. Comparando as principais queixas e a macrorregião da cidade, evidenciou-se a predominância de suspeita de AVC na região leste ( $p = 0,0143$ ); já na região sul houve predominância de ferimento contuso ( $p = 0,0101$ ), agressão ( $p = 0,0086$ ) e trabalho de parto ( $p = 0,0359$ ). Exceto nas rodovias, a maior parte dos atendimentos realizados no município foram de natureza clínica. Verificou-se, também, um maior número de ocorrências de natureza psiquiátrica na Região Central do município, em relação as outras regiões.

## DISCUSSÃO

Na análise da natureza das ocorrências atendidas pelo SAMU 192 de Botucatu, observou-se que houve predominância

de atendimento às ocorrências de natureza clínica, corroborando com outros estudos<sup>8-10</sup>. As ocorrências gineco-obstétricas e psiquiátricas foram as menos frequentes. O índice de atendimento da USA foi bem menor quando comparado ao atendimento efetuado pela USB, resultado encontrado em outros estudos<sup>10-12</sup>.

Os atendimentos da USA se relacionaram com os chamados de natureza psiquiátrica, fato que pode ser explicado pela necessidade de contenção física e/ou química que costumam ser frequentes nos atendimentos a pacientes em surtos psiquiátricos e usuários de drogas.

Os maiores números de atendimento corresponderam à faixa etária entre 20 e 59 anos. Com esses resultados se pode dizer que apesar do envelhecimento populacional e o aumento das taxas de doenças crônicas relacionadas a essa população, os serviços de emergência pré-hospitalar, deste estudo, estão atendendo um maior número de pacientes jovens com possibilidade de inserção no mercado de trabalho. As ocorrências em crianças até 10 anos não constituíram um número expressivo, entretanto, notou-se que houve associação entre essa população e os atendimentos de natureza clínica. Resultados semelhantes foram evidenciados em população que utilizou os serviços de



emergência ao invés de procurar assistência na Atenção Primária à Saúde, ou por não contarem com serviços de atendimento pediátricos próximo ao local de residência<sup>9</sup>.

Dentre as ocorrências clínicas atendidas, nota-se que a crise convulsiva, também, conhecida como crise epiléptica, foi a mais frequente, resultados encontrados em outros estudos<sup>8,10</sup>. Todavia, em outra pesquisa<sup>12</sup> o autor relata que a crise convulsiva foi a segunda causa clínica mais atendida. Neste estudo, observou-se que as convulsões estão presentes na população adulta ( $p < 0,0001$ ), sendo os homens os mais acometidos.

Outra situação, frequentemente, atendida foi a embriaguez, que representou cerca de 10% dos atendimentos do serviço, sendo os casos relacionados aos pacientes adultos do sexo masculino. Esses atendimentos foram predominantes na região central da cidade, porém não houve associação estatística significativa dessa variável. É importante ressaltar que muitos desses pacientes, após avaliação, não possuíam necessidade de serem encaminhados a um serviço de urgência e emergência. De forma aguda, quem atende é o SAMU 192, mas é nítida a necessidade de seguimento em serviço de saúde mental para o etilismo, como doença estabelecida, e não para a embriaguez como evento esporádico. Neste estudo, não foi possível estabelecer o que seria o diagnóstico de etilismo, por isso todos os casos foram agrupados como embriaguez. Esses dados demonstram a complexidade dessas ocorrências na perspectiva da abordagem e necessidade de propostas terapêuticas amplas, com programas e ações para a assistência da pessoa usuária de álcool e da sua família.

Encontrou-se como terceira queixa de atendimento clínico a dor precordial, associada aos adultos do sexo feminino. Ao considerar essa problemática, o Ministério da Saúde criou, em 2011, a Linha de Cuidado Cardiovascular, que é prioritária na Rede de Urgência e Emergência. Ela possui dois focos de atenção: um no IAM e outro no AVC<sup>3</sup>. Essas doenças constituem critérios para deflagrar o atendimento médico in loco pelo SAMU 192<sup>9</sup>. Fica evidenciado, em pesquisa, que, além da disponibilidade de ambulâncias, é necessário que o SAMU 192 mantenha programas de educação continuada, voltados para as emergências cardiológicas, bem como a existência de protocolos atualizados e a integração com centros terciários regionais<sup>13</sup>.

Nas principais queixas traumáticas, a queda inespecífica e a queda da própria altura foram as mais prevalentes. Houve associação entre a queda da própria altura e a população idosa. O sexo masculino foi o responsável pela maior incidência dessa queixa, corroborando com outros estudos<sup>14,15</sup>. É importante considerar a necessidade de especial atenção para a população idosa, devido a vulnerabilidade dessa população e o significado disso na qualidade de vida e nos custos com internações, cirurgias e reabilitações.

O trabalho de parto se constituiu como a principal causa de atendimento de natureza gineco-obstétrica e se associou com a Região Sul do município.

Quanto à análise das principais queixas relacionadas à natureza psiquiátrica, encontrou-se a agitação em decorrência do uso de drogas como sendo o principal motivo para o

atendimento. Houve associação desses casos com o sexo masculino e na faixa etária entre 20 e 59 anos. A Organização Mundial de Saúde relata que cerca de 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente, da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo<sup>16</sup>.

Importante citar que, embora o SAMU 192 seja um serviço que atenda vítima em situações de urgência e emergência, a maioria dos pacientes atendidos pela equipe estava consciente no momento da chegada da equipe ao local da ocorrência. Apenas 14,65% apresentaram algum tipo de alteração do nível de consciência. Esse resultado pode evidenciar o fato de que muitos dos chamados de socorro recebidos na Central de Regulação Médica de Urgência e Emergência do SAMU 192 podem não constituir casos reais de urgência e emergência. No Brasil, um estudo realizado em Porto Alegre mostrou que 73,2% dos usuários atendidos pelo SAMU 192, em atendimentos de natureza clínica, foram transportados para um serviço de saúde, porém apenas 3,7% destes apresentavam uma real situação de emergência<sup>17</sup>. Outra pesquisa realizada, em 2012, abordou o tema demanda não pertinente no SAMU 192 e suas implicações. Os resultados mostraram que muitos usuários acionam o serviço pela presença de médicos e medicamentos nas viaturas e que, muitas vezes, não conhecem a real função do serviço confundindo-a com o transporte de pacientes<sup>18</sup>.

O desfecho das ocorrências é variado e se associa com a gravidade de cada caso. Ao acionar as equipes de atendimento, o médico regulador aguarda a avaliação do paciente pela equipe do SAMU 192 e a passagem do caso via telefone, confirmando ou não, a situação de urgência e emergência. Contudo, se o paciente não apresentar sinais e sintomas de gravidade o médico regulador pode liberar o paciente sem a necessidade de encaminhamento ao hospital. Entretanto, essa situação se torna conflituosa. Uma pesquisa<sup>18</sup> destacou as implicações da demanda não pertinente do SAMU 192, ela cita alguns depoimentos que se associam com essa situação: "para que eles têm essas coisas aí [ambulância], se eles não podem carregar os pacientes? - E8"; "O SAMU tem que estar em momentos que a pessoa não tem condições de pegar um táxi e ir pronto-socorro - E9.

Esses dados se somam a hipótese de que muitos usuários de saúde acreditam que a principal finalidade do serviço é o transporte a uma unidade de emergência para receber atendimento, o que não constitui a real função do SAMU 192.

Embora existam várias possibilidades de desfecho dos atendimentos, neste estudo, a maioria das vítimas que acionou o SAMU 192 foi encaminhada para o atendimento hospitalar.

A análise dos bairros de procedência de cada atendimento mostrou que a Região Central, contendo 48 vilas e bairros, teve a maior demanda de atendimentos. Uma justificativa para esse fato seria a facilidade de acesso dos usuários aos serviços de saúde, economia, fatores culturais, dentre outros, que podem interferir nessa região. Outro ponto importante é que, embora, nesse setor do município existam três unidades primárias de

saúde responsáveis por essa população, ainda assim pode ser insuficiente para demanda dessa população. A Região Norte, que possui 59 vilas e bairros e possui quatro unidades primárias de saúde, foi a segunda região que mais demandou os atendimentos do SAMU 192 e, a Região Sul, que possui 23 vilas e bairros e cinco serviços de atenção primária, foi a terceira mais atendida. Na associação, entre as principais queixas e os setores da cidade chama à atenção a relação entre as ocorrências traumáticas na Região Sul, agressão e ferimento contuso, além da queixa trabalho de parto. Importante citar que essa região é nova no município e vem sofrendo intenso crescimento populacional, principalmente, com o surgimento de vários loteamentos de casas populares financiadas pelo governo.

Relevante citar que as fichas com os dados de endereços incompletos e que não possibilitaram a identificação do setor de atendimento representaram 33,7%. Destaca-se esse índice como elevado, considerando a importância dessa informação, uma vez que a mesma pode ser utilizada pelos gestores com a finalidade de prevenção de agravos à saúde. Os fatores que podem justificar o não preenchimento dessa informação são o desconhecimento da importância do preenchimento das Fichas de Atendimento e a gravidade da ocorrência, onde o profissional pode não ter tempo hábil para o preenchimento da ficha.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que nos primeiros seis meses de serviço, o SAMU 192 Regional de Botucatu realizou 2635 atendimentos. Destes, 66,57% foram realizados pela USB.

A análise dos atendimentos mostrou a importância do SAMU 192 na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Ressalta-se o elevado número de atendimentos desse serviço, bem como as associações de várias queixas com populações específicas, considerando idade, sexo e região do município referente ao atendimento.

A natureza de ocorrência mais atendida foi a clínica, destacando-se a convulsão, seguida pela embriaguez, dor precordial e dispneia. A maioria desses atendimentos foi em homens com idade ativa. A Região Central do município foi a mais frequente na necessidade de atendimentos. O principal desfecho dos atendimentos foi o encaminhamento da vítima até uma unidade hospitalar.

Acredita-se na importância da discussão deste perfil de urgência e emergência com os atores envolvidos na prevenção, promoção, recuperação e habilitação da saúde, bem como com todos os órgãos envolvidos nesta área como os gestores e conselhos de saúde, prestadores e usuários, visando à melhoria e articulação de toda a Rede de Atenção à Saúde do município.

## REFERÊNCIAS

1. Scarpelini S. A organização do atendimento às urgências e trauma. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2007;40(3):315-20.
2. Brito, Fausto. A transição demográfica no contexto internacional. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar. 2007.
3. Ministério da Saúde (BR). Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde [portaria na internet]. *Diário Oficial da União* 30 dez 2010 [acesso 2013 Ago 20]. Disponível em: [http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/kit\\_atencao\\_perinatal/legis/portaria\\_4279\\_2010\\_diretrizes\\_rede\\_as.pdf](http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/legis/portaria_4279_2010_diretrizes_rede_as.pdf).
6. Ministério da Saúde (BR). Regulação médica das urgências. Brasília: DF; 2006.
7. Silva EAC, Tiplle AFV, Souza JT, Brasil VV. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. *Rev. Eletr. Enf.* 2010 out/dez;12(3):571-7.
8. Marques GQ, Lima MADS, Ciconet RM. Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre - RS. *Acta Paul. Enferm.* 2011 mar/abr;24(2):185-91.
9. 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 out/dez;11(4):530-40.
10. Giaretta V, Ferronato M, Ascarí TM, Krauzer IM. Perfil das ocorrências em um serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev. Baiana Enferm.* 2012 jan/mar;26(2):478-87.
11. Duarte SJH, Lucena BB, Lia HMM. Atendimentos prestados pelo serviço móvel de urgência em Cuiabá, MT, Brasil. *Rev. Eletr. Enf.* 2011 jun/set;13(3):502-7.
12. Pitteri JSM, Monteiro OS. Caracterização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Palmas-Tocantins, Brasil, em 2009. *Com Ciênc Saúde.* 2010;21(3):227-36.
13. Brasileiro ALS. SAMU/192 e a abordagem pré-hospitalar do infarto agudo do miocárdio no Brasil: esperança para o paciente ou mais uma oportunidade perdida? *Arq. Bras. Cardiol.* 2007 mar/abr;88(2):44-6.
14. Malta DC, Silva MMA, Mascarenhas MDM, Sá NNB, Moraes Neto OL, Bernal RTI et al. Características e fatores associados às quedas atendidas em serviços de emergência. *Rev. Saúde Pública.* 2012 jan/fev;46(1):128-37.
15. Marchese VS, Scatena JHG, Ignotti E. Caracterização das vítimas de acidentes e violências atendidas em serviço de emergência: Município de Alta Floresta, MT (Brasil). *Rev. Bras. Epidemiol.* 2008 out/dez;11(4):648-59.
16. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2001.
17. Marques GQ. Acesso e utilização do serviço de atendimento móvel de urgência de Porto Alegre pelos usuários com demandas clínicas [tese]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
18. Veronese AM, Oliveira DLLC, Nast K. Risco de vida e natureza do SAMU: demanda não pertinente e implicações para a enfermagem. *Rev. Gaúch. Enferm.* 2012 out/dez;33(4):142-8.