

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: caracterização dos agravos clínicos
Mobile Emergency Care Service: characterization of clinical injuries
Servicio de Atención Médica de Urgencia: caracterización de los agravios clínicos

Recebido: 12/08/2020 | Revisado: 23/08/2020 | Aceito: 20/09/2020 | Publicado: 21/09/2020

Cintia Fonseca Martins

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6104-1397>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: cingigi@gmail.com

Clarice Alves Bonow

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9918-9234>

Universidade Federal de Pelotas, Brasil

E-mail: claricebonow@gmail.com

Daiani Modernel Xavier

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3832-2120>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: daiamoder@gmail.com

Cynthia Fontella Sant'Anna

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8358-2285>

Universidade Federal do Pampa, Brasil

E-mail: cynthiafs_enf@yahoo.com.br

Leticia Silveira Cardoso

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2946-6758>

Universidade Federal do Pampa, Brasil

E-mail: lsc_enf@yahoo.com.br

Marta Regina Cezar-Vaz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0754-7469>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: mrcezarvaz@gmail.com

Resumo

O objetivo do trabalho foi caracterizar os agravos clínicos atendidos por um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e os fatores associados com os destinos dos atendimentos

realizados. Foi realizado levantamento documental retrospectivo nos boletins de atendimento prestados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, de um município do sul do Brasil, no período de novembro de 2015 a maio de 2016. Para a coleta de dados utilizou-se roteiro estruturado, que contemplavam as informações dos boletins. A análise de regressão de Poisson foi utilizada para avaliar o risco dos agravos clínicos nos destinos dos atendimentos. Foram realizados 1.748 atendimentos para agravos clínicos. Os agravos neurológicos foram os mais atendidos. Pacientes com agravos clínicos tem 731% maior risco de permanecer no local após atendimento. O maior risco de permanecer no local após atendimento de agravos clínicos, indica que apesar de ser um serviço destinado a atenção das urgências e emergências, por muitas vezes, é acionado pelo fato de disponibilizar médicos e medicamentos, demonstrando que a população desconhece a real função desse serviço.

Palavras-chave: Serviços médicos de emergência; Enfermagem; Atenção à saúde; Ambulâncias; Socorro de urgência.

Abstract

The aim of the study was to characterize the clinical injuries attended by a Mobile Emergency Care Service and the factors associated with the destinations of the consultations performed. Retrospective documentary survey was carried out in service bulletins of the Mobile Emergency Care Service of a municipality in the south of Brazil, from November 2015 to May 2016. For the data collection a structured script was used, which included the information from service bulletins. The Poisson regression analysis was used to evaluate the risk of clinical injuries in the destination of care. There were 1,748 consultations for clinical injuries. Neurological injuries were the most attended. Patients with clinical injuries have a 731% higher risk of remaining in the place after care. The greater risk of staying in the place after attending to medical conditions, indicates that although it is a service designed for the attention of emergencies, it is often triggered by the availability of doctors and medications, demonstrating that the population is unaware of the real function this service.

Keywords: Emergency medical services; Nursing; Health care; Ambulances; Emergency relief.

Resumen

El objetivo del trabajo fue caracterizar los agravios clínicos atendidos por un Servicio de Atención Médica de Urgencia y procedimientos realizados durante la atención y los factores asociados con los destinos de las atenciones realizadas. Se realizó un levantamiento

documental retrospectivo en boletines de atención prestados por el Servicio de Atención Médica de Urgencia de un municipio del sur de Brasil, en el período de noviembre de 2015 hasta mayo de 2016. Para la recolección de datos se utilizó un itinerario estructurado, que contemplaban las informaciones de los boletines. El análisis de regresión de Poisson fue utilizado para evaluar el riesgo de los agravios clínicos en los destinos de las atenciones. Se realizaron 1.748 atendimientos para agravios clínicos. Los agravios neurológicos fueron los más atendidos. Pacientes con agravios clínicos tienen 731% mayor riesgo de permanecer en el local después de la atención. El mayor riesgo de permanecer en el local después de la atención de agravios clínicos, indica que a pesar de ser un servicio destinado a la atención de las urgencias y emergencias, muchas veces, es accionado por el hecho de disponibilidad de médicos y medicamentos, demostrando que la población desconoce la real función del servicio.

Palabras clave: Servicios médicos de urgencia; Enfermería; Atención a la salud; Ambulancias; Socorro de urgencia.

1. Introdução

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi idealizado com premência de socorrer as vítimas de agravos traumáticos ou externos. A presença constante de uma demanda espontânea com urgências de ordem clínica leva a adequações no processo de trabalho no âmbito do Brasil (Shibukawa; Rissi; Moura; Baldissera; Higarashi & Merino, 2020). Tais adequações corroboram com os objetivos de reduzir o número de óbitos, o tempo de internações hospitalares e as possíveis sequelas. Além de ser determinante para ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, garantindo assim, o que é preconizado no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2018).

As urgências clínicas caracterizam-se por alterações de sinais vitais que expressam particularidade do funcionamento de sistemas do organismo humano, especialmente do neurológico e do cardiovascular (Hora et al., 2019). Alterações desencadeadas muitas vezes pelo uso irregular da terapêutica medicamentosa contínua para condições crônicas já diagnosticadas, a exemplo da hipertensão arterial sistêmica ou do diabetes. Fato que conflui para a elevação das taxas de acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, entre outros agravos clínicos vinculados aos sistemas do organismo humano supracitados (Galvão; Lima & Haas, 2020).

Estudos realizados em estados brasileiros evidenciam a prevalência desses agravos

clínicos. No município de Botucatu, estado de São Paulo, a principal queixa registrada nos atendimentos do SAMU foi a crise convulsiva (Almeida et al., 2016). Já a análise dos atendimentos de 2012 a 2013 da base instalada no município de Bauru, revelou o aumento na gravidade dos agravos e um pico de atendimentos no horário das 12 às 18 horas (Ghussn & Souza, 2016).

No estado do Paraná, estudo realizado com dados da região metropolitana apontam que os atendimentos clínicos representam 41,19% do total dos chamados (Seyboth, Assada & Danielli, 2016). Na região noroeste, a análise de atendimentos realizados a crianças e adolescentes destacam os problemas respiratórios como fonte de acionamento do serviço (Shibukawa; Rissi; Moura; Baldissera; Higarashi & Merino, 2020). Tais dados corroboram com os indicadores nacionais de mortalidade, morbidade, evidenciando que os agravos clínicos são os mais prevalentes e relacionados aos mandatórios índices de adoecimento e óbito (WHO, 2018).

Internacionalmente, estudo realizado na Suíça, no período de 2001 a 2010, apresentou aumento de 40% no número de solicitações de atendimentos de emergência pré-hospitalar. Entre estas as mais frequentes incluíam agravos clínicos como inconsciência, dor torácica, distúrbios respiratórios e parada cardíaca (Pittet, Burnard, Yersin & Carron, 2014). Já na Alemanha, profissionais da saúde especialistas no atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral desenvolveram uma escala de avaliação clínica para uso pré-hospitalar. A aplicação desta escala em 689 pacientes revelou maior agilidade dos profissionais no atendimento e a possibilidade de avaliação da evolução clínica do paciente desde o primeiro atendimento (Purrucker et al., 2017).

Estudo que revisou o conjunto de dados publicados sobre as características dos atendimentos do SAMU indicou a escassez dessas publicações e a necessidade de informações epidemiológicas que demonstrem a realização deste trabalho para o fortalecimento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Hanauer et al., 2018). Já que o SAMU se configura na estratégia para a estruturação de tal rede, mas sua implantação entre estados e regiões brasileiras ocorre de forma desigual quanto a capacidade de expansão da cobertura populacional, de fixação de profissionais e de disponibilidade de recursos e equipamentos (O'Dwyer; Konder; Reciputti; Macedo & Lopes, 2017). Dados que justificam a realização deste estudo, elaborado com o objetivo de caracterizar os agravos clínicos atendidos pelo SAMU de um município ao Sul do Brasil.

2. Metodologia

Trata-se de estudo quantitativo documental em que se exploraram fichas de atendimento do SAMU transversalmente ao desenvolvimento do trabalho das equipes de socorro de um município ao Sul do Brasil, durante o período de novembro de 2015 a maio de 2016 (Bachini & Chicarino, 2018).

O município cenário deste estudo localiza-se no litoral sul do Rio Grande do Sul (RS), ocupa a extensão territorial de 2.817 km² e sua organização político-administrativa compreende 5 distritos sanitários. A população estimada, no ano de 2020, foi de 211.965 habitantes (IBGE, 2020).

O SAMU-192 do cenário em questão iniciou suas atividades no ano de 2009, hoje tem na capital do RS a alocação da Central de Regulação Médica das Urgências. Entretanto, ele apresenta autonomia administrativa municipal, equipe própria e arquivamento de dados.

O universo do estudo constituiu-se por 1.748 fichas de atendimento selecionadas por conveniência a partir do tipo de agravo. Excluíram-se os atendimentos motivados por causas externas, ou seja, traumáticas/acidentais.

A coleta de dados ocorreu a partir de um formulário previamente estruturado contendo as seguintes variáveis: tipo de agravo clínico atendido (sistema afetado), hora do atendimento, sexo e idade do paciente, sinais e sintomas presentes registrados na avaliação primária e destino do atendimento.

Os dados foram digitados e analisados através do Software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0. Para análise dos dados, as variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão e as categóricas por frequências absolutas e relativas. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas, os testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher foram utilizados. Esse último substitui o teste qui-quadrado em tabela 2 x 2 quando no mínimo 25% das células tem frequência esperada menor do que 5. Para controle de fatores confundidores (idade e sexo), a análise de Regressão de Poisson foi utilizada para avaliar o risco dos agravos clínicos nos destinos dos atendimentos do SAMU. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Este estudo atendeu as exigências éticas e científicas para pesquisa contidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 466/2012. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário do município em questão, sob protocolo nº 164/2016.

3. Resultados

Foram analisados 1.748 (62,5%) atendimentos de natureza clínica de um total de 2.795 chamados atendidos pelo SAMU. A maioria dos pacientes atendidos era do sexo feminino (n=849; 50,5%), as faixas etárias de destaque foram de 41 a 60 anos (n=438; 26,5%), de 61 a 79 anos (n= 424; 25,7%) e de 21 a 40 anos de idade (n=351; 21,3%). Desses, 1718 (98,3%) foram para socorro e 30 (1,7%) para transporte. Os chamados ocorreram predominantemente no turno da tarde (12h às 18h), n = 516, 29,5%, seguido da noite – 18h às 00h – n = 501, 28,7%, manhã (06h às 12h) n = 478, 27,3%, e madrugada (00h às 6h) n = 252, 14,4%.

Com relação aos motivos de atendimento clínicos destacaram-se os agravos neurológicos, com 363 (20,8%) chamados, seguidos dos respiratórios com 240 (13,7%), psiquiátricos com 231 (13,2%) e cardiovasculares com 182 (10,4%), gastrointestinais com 102 (5,8%), metabólico com 96 (5,5%), intoxicação exógena com 82 (4,7%), obstétricos com 80 (4,6%), infeccioso com 61 (3,5%), pediátrico com 10 (0,6%) e outros com 301 (17,2%).

Ao exame primário dos sistemas, composto pela avaliação de vias aéreas, respiração, circulatório, neurológico e exposição, a maioria dos indivíduos não apresentou alterações significativas, no entanto, observam-se especificidades ao visualizar em separado cada um dos agravos.

Ao exame das vias aéreas, houve obstrução parcial entre os agravos respiratórios (n=20; 9,2%). Entre os demais agravos não houve frequências estatisticamente significativas, mas vias aéreas livres são mais encontradas em pacientes com agravos psiquiátricos e vias aéreas parcialmente obstruídas são mais frequentes nos agravos respiratórios e obstruídas em outros agravos, conforme apresenta a Tabela 1. Já com relação à respiração, os agravos neurológicos apontaram significativamente respiração alterada (n=249, 16,4%) e apneia (n=54, 3,6%); entre os agravos psiquiátricos, a respiração mostrou-se alterada (n=128, 58,7%) e agônica (n=7, 3,2%). O tipo de respiração normal é mais frequente em agravos neurológicos, psiquiátricos, gastrointestinal, metabólico, intoxicação exógena e obstétrico; respiração alterada e agônica são mais frequentes em agravos respiratórios e apneia é mais frequente em agravos gastrointestinais e outros (p<0,001).

Tabela 1. Associação entre os agravos clínicos conforme exame primário de vias aéreas e respiração (Município do sul do Brasil, 2015-2016).

Agravos clínicos	n total	Vias aéreas				n total	Respiração			
		Livre n(%)	Parcialmente obstruída	Obstruída n(%)			Normal n(%)	Alterada n(%)	Agônica n(%)	Apneia n(%)
Neurológico	327	322 (98,5)	5 (1,5)	0 (0,0)	328	197 (79,1)	249 (16,4)*	13 (0,9)	54 (3,6)*	
Respiratório	218	198 (90,8)	20 (9,2)*	0 (0,0)	218	284 (86,6)*	40 (12,2)	1 (0,3)	3 (0,9)	
Psiquiátrico	167	167 (100)*	0 (0,0)	0 (0,0)	167	77 (35,3)	128 (58,7)*	7 (3,2)*	6 (2,8)	
Cardiovascular	169	167 (98,8)	2 (1,2)	0 (0,0)	168	160 (95,8)*	5 (3,0)	2 (1,2)	0 (0,0)	
Gastrointestinal	100	99 (99,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	100	128 (76,2)	25 (14,9)	2 (1,2)	13 (7,7)*	
Metabólico	92	92 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	92	93 (93,0)*	7 (7,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Intoxicação exógena	73	73 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	73	86 (93,5)*	6 (6,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Obstétrico	74	74 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	74	70 (95,9)*	3 (4,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Infeccioso	60	60 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	60	71 (95,9)*	3 (4,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Pediátrico	06	06 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	6	48 (80,0)	12 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Outro	226	218 (96,0)	6 (2,6)	2 (0,9)*	227	4 (66,7)	2 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	

* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.
 Fonte: Autores.

Houve associação estatisticamente significativa entre o tipo de agravo e o exame primário de vias aéreas ($p < 0,001$) e entre o tipo de agravo e o exame primário de respiração ($p < 0,001$), destacando-as os tipos ‘alterada’ e ‘apneia’ dentre os motivos clínicos.

Já a avaliação circulatória, houve maior número de casos de parada cardiorrespiratória (PCR), por outros agravos não identificados ($n=35$; 15,2%) e por agravos cardiovasculares ($n=13$; 7,7%), seguidos pelo sangramento, principalmente de cunho gastrointestinal ($n=87$; 87%) e obstétrico ($n=11$, 14,9%). A circulação normal é mais frequente em agravos neurológicos, psiquiátricos e metabólicos, conforme Tabela 2.

Ao exame neurológico, os pacientes que indicaram o agravo neurológico para o chamado, apresentaram confusão ($n = 93$, 28,5%), convulsão ($n = 29$, 8,9%) e coma ($n = 24$, 7,4%). Já, ao mesmo exame, os pacientes que indicaram o agravo psiquiátrico, apresentaram maior número de agitação ($n = 45$, 26,8%) e confusão ($n = 25$, 14,9%).

Houve associação estatisticamente significativa entre o tipo de agravo e o exame primário circulatório ($p < 0,001$), sendo mais frequente a avaliação ‘normal’ e ‘PCR’, sendo esta última significativamente mais frequente em agravos cardiovasculares e outros agravos não identificados ($p < 0,001$).

Houve associação estatisticamente significativa entre o tipo de agravo e o exame primário neurológico ($p < 0,001$), sendo mais frequente convulsão, agitação, confusão e coma. O exame neurológico primário normal é mais frequente em agravos respiratórios, cardiovasculares, gastrointestinal e obstétrico. Já o exame neurológico de convulsão é mais frequente em agravo clínico neurológico; agitação é mais frequente em agravos psiquiátricos; confusão é mais frequente em agravos neurológicos, metabólicos e de intoxicação exógena e coma é mais frequente em outros agravos clínicos ($p < 0,001$).

Tabela 2. Associação entre os agravos clínicos conforme exame primário circulatório e neurológico (Município do sul do Brasil, 2015-2016).

Agravos Clínicos	n total	Avaliação neurológica					n total	Avaliação circulatória				
		Normal n(%)	Convulsão n(%)	Agitação n(%)	Confusão n(%)	Coma n(%)		Normal n(%)	Sangramento n(%)	Choque n(%)	PCR n(%)	
Neurológico	325	173 (53,1)	29 (8,9)*	6 (1,8)	93 (28,5)*	24 (7,4)	328	324 (98,8)*	00 (0,0)	1 (0,3)	3 (0,9)	
Respiratório	217	171 (78,8)*	0 (0,0)	3 (1,4)	20 (9,2)	23 (10,6)	218	207 (95,0)	00 (0,0)	4 (1,8)	7 (3,2)	
Psiquiátrico	168	96 (57,1)	1 (0,6)	45 (26,8)*	25 (14,9)	01 (0,6)	167	163 (97,6)*	03 (1,8)	0 (0,0)	1 (0,6)	
Cardiovascular	169	145 (85,8)*	0 (0,0)	3 (1,8)	7 (4,1)	14 (8,3)	168	151 (89,3)	01 (0,6)	4 (2,4)	13 (7,7)*	
Gastrointestinal	100	97 (97,0)*	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,0)	01 (1,0)	100	87 (87,0)	12 (12,0)*	1 (1,0)	0 (0,0)	
Metabólico	91	50 (54,3)	01 (1,1)	3 (3,3)	26 (28,3)*	11 (12,0)	92	91 (98,9)*	00 (0,0)	1 (1,1)	0 (0,0)	
Intoxicação exógena	73	43 (58,9)	01 (1,4)	2 (2,7)	23 (31,5)*	04 (5,5)	73	71 (97,3)	02 (2,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Obstétrico	74	74 (100)*	00 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	00 (0,0)	74	63 (85,1)	11 (14,9)*	0 (0,0)	0 (0,0)	
Infeccioso	60	40 (66,7)	00 (0,0)	1 (1,7)	13 (21,7)	06 (10,0)	60	59 (98,3)	00 (0,0)	1 (1,7)	0 (0,0)	
Pediátrico	6	6 (100)	00 (0,0)	0 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	06	06 (100)	00 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Outro	227	165 (72,4)	01 (0,4)	6 (2,6)	18 (7,9)	37 (16,2)*	227	184 (80,0)	08 (3,5)	3 (1,3)	35 (15,2)*	

* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.
 Fonte: Autores.

Durante o exame sobre a exposição dos pacientes, ou seja, situações em que os pacientes apresentaram alguma alteração não clínica, o exame primário identificou ferimentos mais frequentemente entre agravos neurológicos, psiquiátricos e de intoxicação exógena ($p < 0,001$), como pode ser visualizado na Tabela 3.

Tabela 3. Associação entre os agravos clínicos de chamados e alterações oriundas de exposição (Município do sul do Brasil, 2015-2016).

Agravos	n total	Queimadura	Deformidades	Fratura	Ferimentos
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Neurológico	327	01 (0,3)	04 (1,2)	01 (0,3)	25 (7,6)*
Respiratório	217	00 (0,0)	01 (0,5)	00 (0,0)	06 (2,8)
Psiquiátrico	167	00 (0,0)	01 (0,6)	00 (0,0)	18 (10,8)*
Cardiovascular	168	01 (0,6)	01 (0,6)	00 (0,0)	02 (1,2)
Gastrointestinal	100	00 (0,0)	00 (0,0)	01 (1,0)	02 (2,0)
Metabólico	91	00 (0,0)	01 (1,1)	00 (0,0)	03 (3,3)
Intoxicação exógena	73	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	09 (12,3)*
Obstétrico	74	01 (1,4)	01 (1,4)	01 (1,4)	01 (1,4)
Infeccioso	60	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	06 (10,0)
Pediátrico	6	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)
Outro	227	00 (0,0)	02 (0,9)	00 (0,0)	06 (2,7)

* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.
 Fonte: Autores.

O suporte avançado atendeu 631 (36,1%) chamados e o suporte básico 1117 (63,9%). Na relação com os procedimentos realizados, de maneira geral, os mais frequentes foram oximetria (n= 1424; 93,5%), reposição volêmica/medicamentos (n=356; 20,4%), punção de veia periférica (n= 292; 19,2%) e administração de oxigênio (n= 283; 18,6%).

Os destinos dados aos chamados oscilaram entre a maioria direcionados ao hospital geral (n=974; 55,7%), 111 (3,2%) ao hospital psiquiátrico e para atenção básica foram encaminhados 55 (3,1%) pacientes. Ainda, houve 353 pacientes (20,2%) que permaneceram no local, 242 (13,8%) pacientes, que devido a incidentes como óbito e não estar mais no local, não se aplica a essa variável e 13 (0,7%) que não constava no boletim o local de destino. Na Tabela 4 é apresentada análise de regressão de Poisson para avaliar fatores independentes associados com os incidentes e destinos. Após o ajuste para idade e sexo, observou-se que pacientes com agravo clínico têm 83% maior risco de óbito, 731% maior risco de destino local e 477% maior risco de ir para uma unidade 24h.

Tabela 4. Análise de regressão de Poisson para avaliar fatores independentes associados com os incidentes e destinos (Município do sul do Brasil, 2015-2016).

Incidentes e destinos	Agravos clínicos RR* (IC 95%)	p-value
Óbito	1,83 (1,15 – 2,89)	0,010
Recusou atendimento	1,00	
Não está mais no local	1,00	
Destino hospitalar	1,00	
Local	8,31 (5,49 – 12,6)	<0,001
Unidades 24h	5,77 (2,43 – 13,7)	0,001

* ajustado para idade e sexo. Fonte: Autores.

4. Discussão

O estudo permitiu verificar o perfil de atendimentos para agravos clínicos do SAMU de um município do sul do Brasil, em um período de sete meses, identificando maior número de chamados para atendimentos de agravos neurológicos, respiratórios, psiquiátricos e cardiovasculares; que afetaram mais mulheres, com faixa etária acima de 40 anos de idade. Dentre os chamados, as equipes de suporte básico foram responsáveis pelo maior quantitativo de atendimentos, os quais tiveram como destino principal dos pacientes o hospital geral, e cujos procedimentos mais frequentemente realizados foram relacionados à oxigenação e reposição volêmica.

O atendimento majoritário por unidades de suporte básico foi percebido também em outros estudos como encontrado em um trabalho desenvolvido em Curitiba, no Paraná, no qual se obteve do total de 5.839 atendimentos, 4.665 foram designados as unidades de suporte básico (Faria; Nascimento; Farias Filho & Nunes, 2017). É importante frisar que desde o ano de 2013, o município estudado incorporou as suas equipes de suporte básico o profissional enfermeiro, apesar de esta não ser uma obrigatoriedade determinada em portaria (Brasil, 2018). Este aspecto indica um diferencial para o serviço, uma vez que outro estudo realizado no estado de Santa Catarina aponta a inexistência do profissional enfermeiro no suporte básico (Luchtemberg & Pires, 2015). Dessa forma, o atendimento clínico prestado pelos enfermeiros deste estudo pode apresentar um planejamento mediante o conhecimento especializado característico do enfermeiro, o que contribui para o atendimento à população. Visto que, estudo de revisão sobre o trabalho do enfermeiro em Atendimento Pré-Hospitalar

(APH), revelou sua presença como imprescindível para o sucesso do atendimento, em especial no suporte básico, no que se refere à prevenção de agravos (Silva & Invenção, 2018).

No que se refere à faixa etária evidenciou-se que os cuidados prestados as crianças e adolescentes são em menor número, apresentando um aumento progressivo para os maiores de 21 e exponencial entre os 41 - 60 anos. Isso indica que possivelmente as políticas de saúde estejam utilizando melhores estratégias para os usuários até os 21 anos de idade e que a condição de produção de valores seja um fator de maior exposição ao adoecimento (Shibukawa; Rissi; Moura; Baldissera; Higarashi & Merino, 2020). Além disso, observa-se o predomínio de atendimentos para pessoas com mais idade em outros países, como por exemplo, a Suíça, a qual aponta que no ano de 2010, 28,9% dos atendimentos do SAMU eram realizados a indivíduos com mais de 80 anos (Pittet, Burnard, Yersin & Carron, 2014).

Em relação ao sexo, a maioria dos atendimentos por agravos clínicos foram realizados a mulheres, assim como verificado em estudo realizado em Mato Grosso, que demonstrou que esta diferença esteve relacionada, principalmente, aos altos índices de morbimortalidade masculina por acidentes e violências (Silveira & Taneda, 2015). A presença do profissional enfermeiro, categoria majoritariamente feminina, contribui para inserção da mulher vítima de violência na rede de atenção à saúde. Paralelamente a organização do trabalho com inclusão do profissional enfermeiro no suporte básico corrobora com a perspectiva de superação do cuidado de enfermagem em urgência e emergência, centrado em manifestações clínicas (Cortes, Padoin, Vieira, Landerdahl & Arboit, 2015).

Na caracterização das ocorrências clínicas, observou-se que houve predominância dos agravos neurológicos (20,8%), os quais estiveram relacionados à convulsão, agitação, confusão e coma. Estudos realizados em capitais brasileiras (Seyboth, Assada & Danielli, 2016; Dias *et al.*, 2016) e na Suíça (Pittet, Burnard, Yersin & Carron, 2014) também tiveram destaque para o atendimento de convulsões, bem como estudo que também apresentou dados de atendimentos neurológicos que envolveram a ocorrência de convulsões e mal súbito, especialmente entre faixa etária idosa (Silva, Pessoa & Menezes, 2016). Desta forma, a ocorrência deste agravo indica a necessidade de incluir no planejamento e previsão das ações de assistência do SAMU, as intercorrências entre a população idosa, mediante, por exemplo, capacitação específica (Sarmiento *et al.*, 2017).

O segundo agravo mais frequente verificado nesse estudo trata-se das causas respiratórias. Sabe-se que no Brasil há um crescimento considerável da população idosa, o que valida uma expectativa do aumento de indivíduos maiores de 65 anos (Haddad & Calamita, 2020), acarretando o crescimento de doenças crônicas e infecciosas nessa

população. Pode-se considerar também as condições climáticas do sul do Brasil, local do estudo, a qual possui clima subtropical, com baixas temperaturas, o que favorece as afecções do trato respiratório.

O atendimento a população idosa pelo SAMU, em estudo realizado em Natal-RN, revelou que a principal causa é quedas e acidentes de trânsito. O suporte básico é responsável pela maioria dos atendimentos a esta população e a equipe de enfermagem tem como principais ações o controle circulatório, a abertura de vias aéreas com controle cervical e a imobilização (Silva, Pessoa & Menezes, 2016).

Com relação às ocorrências psiquiátricas, em análise residual, destacaram-se nos achados neurológicos a presença de agitação e ferimentos. Estas não se caracterizam como um dos principais motivos dos atendimentos clínicos nos achados atualmente publicados sobre a temática (Almeida *et al.*, 2016). Entretanto, acredita-se que a condição de cidade portuária, do cenário deste estudo, contribua para o aparecimento destes achados. Uma vez que a referida cidade apresenta uma população transeunte significativa, predominantemente masculina e jovem, o que remete a comportamento que pode estar relacionado a ocorrência de chamados por agravos psiquiátricos (Junior, Schlindwein & Calheiros, 2016).

Os destinos das ocorrências são variados e estão relacionados com a gravidade ou não de cada caso. Nesse estudo, as portas de entrada dos usuários do SAMU foram as unidades públicas, o que deixa notória a formação de redes públicas para abarcarem os acometidos por agravos de urgência. Porém, a demanda foi absorvida pelos serviços de maior complexidade, ou seja, com uma maciça prevalência para o suporte hospitalar, tanto para o atendimento geral, quanto à especialidade psiquiátrica. Desta forma, percebeu-se que serviços como os prontos atendimentos estão sendo subutilizados, o que caracteriza uma fragilidade de gestão e a predileção dos usuários por aportes de maior complexidade. Essa realidade se contrapõe quando o cenário são cidades como Porto Alegre, capital do estado do RS, onde as Unidades de Pronto Atendimento acolheram 16,3% de todos os pacientes que foram removidos a um serviço de saúde (Marques, Lima & Ciconet, 2011).

Outro dado expressivo é a quantificação dos pacientes que não necessitavam de transferência para centros de atendimento, visto que, 731% dos pacientes atendidos por agravos clínicos apresentam risco de permanecerem no local após atendimento pelo SAMU. Esse número, concerne com a ideia de que o SAMU, apesar de ser um serviço destinado a atenção das urgências e emergências, por muitas vezes, é acionado pelo fato de disponibilizar médicos e medicamentos, demonstrando que a população desconhece a real função desse serviço. Esses dados incluem a suposição que muitos usuários de saúde têm, de que a

principal função do SAMU é o transporte de pacientes, o que o descaracteriza, uma vez que o principal determinante é a avaliação clínica do paciente frente ao seu agravo de urgência. Entende-se que as portas de entradas são primordiais para o bom desenvolvimento do serviço de atendimento pré-hospitalar, e que a demanda supera a condição dos recursos físicos, humanos e de insumos, o que acarreta uma das maiores dificuldades para o recebimento dos pacientes transportados pelo SAMU.

Nesse sentido, esse estudo diferenciou-se pelo fato de caracterizar os atendimentos do SAMU a partir dos registros das informações contidas nas fichas de atendimento. Informações estas que são preenchidas pelos profissionais do SAMU no local da intercorrência, dando assim um segundo olhar, baseado no exame primário e no raciocínio clínico realizado pela equipe no momento do atendimento. Esta diferenciação é observada, uma vez que, outros estudos que caracterizam os atendimentos do SAMU trazem como fonte os registros das informações oriundas das centrais de regulação, ou seja, do médico regulador que determina o tipo de agravo (Seyboth, Assada & Danielli, 2016; Ghussn & Souza, 2016).

5. Considerações Finais

Os agravos neurológicos, respiratórios e psiquiátricos foram os mais frequentes e os hospitais públicos foram às principais portas de entrada dos pacientes provenientes do serviço pré-hospitalar móvel. Logo, a heterogeneidade no acesso aos serviços de saúde constituiu-se em uma resultante dos desfechos dos atendimentos do SAMU, no presente estudo.

A análise dos agravos clínicos, presente neste estudo, contribui para a ciências da saúde como subsídio para a capacitação e qualificação de profissionais com interesse na área de urgência e emergência. Isto porque revela os principais sinais e sintomas encontrados em pacientes atendimentos no cotidiano do trabalho no SAMU.

De modo geral, expôs-se a relevância desse serviço como estratégia para a organização da RUE no SUS. Já o equacionamento dos principais problemas de saúde ocorridos no âmbito pré-hospitalar pode contribuir, à nível da gestão da rede, para o planejamento de ações intersetoriais de prevenção de agravos e doenças e de promoção à saúde. Exemplo desta contribuição inclui as possibilidades de redistribuir e alocar pacientes segundo as portas de entrada, de otimizar recursos humanos e materiais existente, subsidiando dessa forma os indicadores necessários à tomada de decisão pelos gestores em saúde.

Referências

Almeida, P. M. V., Dell'Acqua, M. C. Q., Cyrino, C. M. S., Juliani, C. M. C. M., Palhares, V. C. & Pavelqueires, S. (2016). Analysis of services provided by SAMU 192: mobile component of the urgency and emergency care network. *Esc Anna Nery.*, 20 (2), 289-295. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160039>

Bachini, N & Chicarino, T. S. (2018). Os métodos quantitativos, por cientistas sociais brasileiros: entrevistas com Nelson do Valle Silva e Jerônimo Muniz. *Revista Sociedade e Estado*, 33(1). DOI: 10.1590/s0102-699220183301010

Brasil. Ministério da Saúde. (2018). Portaria nº 288 de 12 de março de 2018. Redefine a operacionalização do cadastramento de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e o elenco de profissionais que compõem as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudel egis/sas/2018/prt0288_29_03_2018.html

Cortes, L. F., Padoin, S. M. M., Vieira, L. B., Landerdahl, M. C. & Arboit, J. (2015). Care for women victims of violence: empowering nurses in the pursuit of gender equity. *Rev Gaúcha Enferm.*, 36 (esp), 77-84. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57162>

Dias, J. M. C., Lima, M. S. M., Dantas, R. A. N., Costa, I. K. F., Leite, J. E. L. & Dantas, D. V. (2016). Profile of state prehospital mobile emergency care service. *Cogitare Enferm.*, 21 (1), 01-9.

Faria, T. L. M., Nascimento, D. M., Farias Filho, M. C., & Nunes, S.F. (2017). A Política Nacional de Urgência e Emergência sob a Coordenação Federativa em Municípios Paraenses. *Saúde soc.*, 26(3): 726-737. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170063>.

Galvão, J., Lima, D. D., & Haas, L. J. (2020). Prevalência de aneurismas cerebrais incidentais entre homens e mulheres. *Saude e pesqui.*, 13(2): 309-316. DOI: 10.17765/2176-9206.2020v13n2p309-316

Ghussn, L., & Souza, R. (2016). Análise de desempenho do SAMU-Bauru/SP em períodos de pico de demanda. *GEPROS*, 11(3), 75-103. DOI: 10.15675/gepros.v11i3.1460

Haddad, P. C. M. B., & Calamita, Z. Aspectos sociodemográficos, qualidade de vida e saúde do idoso institucionalizado. *Rev enferm UFPE on line*. 2020;14(n.e243416). Acesso em: 10 jun 2020. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243416>

Hanauer, M. C., Moser, G. A. S., Souza, S. S., Oliveira, D., Celich, K. L. S., & Paz, M., et al. (2018). Caracterização dos atendimentos realizados pelo SAMU. *Rev enferm UFPE*, 12(12), 3476-83. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231418p3476-3483-2018>

Hora, R. S., Paiva, E. F., Sampaio, E. S., Oliveira, J. A., Souza, V. R. S., & Brandão, P. C. (2019). Caracterização do atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) às emergências clínicas. *Rev Min Enferm.*, 23, e-1256. DOI: 10.5935/1415-2762.20190104

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). Censo Demográfico e Estimativa da População. Recuperado de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/rio-grande/panorama>.

Junior, I. J. F., Schlindwein, V. L. D. C., & Calheiros, P. R. V. (2016). A relação entre o uso de drogas e o trabalho: uma revisão de literatura PSI. *Estud pesqui psicol.*, 16 (1), 104-122.

Luchtemberg, M. N., & Pires, D. E. P. (2015). What do nurses of the samu (mobile emergency care service) think about their work process. *Cogitare Enferm.*, 20 (3), 457-466.

Marques, G. Q., Lima, M. A. D. S., & Ciconet, R. M. (2011). Conditions treated in the Mobile Medical Emergency Services in Porto Alegre - RS. *Acta Paul Enferm.*, 24 (2), 185-191. DOI: 10.1590/S0103-21002011000200005

O'Dwyer, G., Konder, M. T., Reciputti, L. P., Macedo, C., & Lopes, M. G. M. (2017). O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cad. Saúde Pública*, 33(7):e00043716. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00043716>

Pittet, V., Burnard, B., Yersin, B., & Carron, P.-N. (2014). Trends of pre-hospital emergency medical services activity over 10 years: a population-based registry analysis. *BMC Health Services Research.*, 14 (380), 1-8. DOI: 10.1186/1472-6963-14-380

Purrucker, J. C., Härtig, F., Richter, H., Engelbrecht, A., Hartmann, J., Auer, J., Hametner, C., Popp, E., Ringleb, P. A., Nagel, S., & Poli, S. (2017). Design and validation of a clinical scale for prehospital stroke recognition, severity grading and prediction of large vessel occlusion: the shortened NIH stroke scale for emergency medical services. *BMJ Open*, 2017, (7), e016893. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016893

Sarmiento, S. D. G., Dantas, R. A. N., Dantas, D. V., Oliveira, S. P., Henriques, L. M. N. & Costa, I. B. (2017). Profile of individuals with neurological disorders assisted by a prehospital mobile emergency care service. *Cogitare Enferm.*, 22 (2), e49698.

Seyboth, M. P., Assada, V. K., & Danielli, V. R. (2016). Delineamento do perfil epidemiológico dos atendimentos do sistema de atendimento móvel de urgência (SAMU) Maringá-PR. *Revista Uningá*, 48, 51-55.

Shibukawa, B. M. C., Rissi, G. P., Moura, M. B. de, Baldissera, V. D. A., Higarashi, I. H., & Merino, M. de F. G. L. (2020). Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: perfil do atendimento a crianças e adolescentes. *Research, Society and Development*, 9(7), e505974666. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4666>

Silva, A. M., & Invenção, A. S. (2018). A atuação do enfermeiro no atendimento de urgência e emergência. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*, 15(39). Recuperado de <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruerp/article/view/1015/u2018v15n39e1015>

Silva, H. C., Pessoa, R. L., & Menezes, R. M. P. (2016). Trauma in elderly people: access to the health system through pre-hospital care. *Rev Latino-Am Enfermagem.*, 24, e2690. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0959.2690>

Silveira, S. C., & Taneda, M. (2015). Análise do preenchimento das fichas de atendimento sistematizado do SAMU-192 realizados pela equipe de enfermagem de Juína/MT. *SAJES -*

Rev Saúde AJES,1(1),1-18. Recuperado de <http://www.revista.ajes.edu.br/index.php/SAJES/article/view/32/pdf>.

World Health Organization. (2018). Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs). Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259951/WHO-HIS-IER-GPM-2018.1-eng.pdf;jsessionid=CAB7F1158AD62E326510ECE622F4E037?sequence=1>

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Cintia Fonseca Martins – 20%

Clarice Alves Bonow – 20%

Daiani Modernel Xavier – 10%

Cynthia Fontella Sant'Anna – 10%

Leticia Silveira Cardoso – 10%

Marta Regina Cezar-Vaz – 20%