

PERFIL DOS ATENDIMENTOS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA NO MUNICÍPIO DE GURUPI, TOCANTINS

Recebido em: 03/07/2023

Aceito em: 03/08/2023

DOI: 10.25110/arqsaude.v27i8.2023-006

Neslayne Louise Campiol¹

Tânia Pereira da Silva²

Geovana Maciel Lima³

Fábio Pegoraro⁴

Samara Tatielle Monteiro Gomes⁵

RESUMO: O estudo objetivou descrever o perfil dos atendimentos realizados pelo SAMU-192 do município de Gurupi-TO. Estudo documental, epidemiológico, exploratório, transversal, retrospectivo e descritivo, com abordagem quantitativa. A amostra estratificada foi de 881 boletins de atendimentos do SAMU-192, referente ao período de janeiro a junho de 2022. A análise foi feita através do programa *Microsoft Excel*. Os usuários atendidos foram constituídos pelo sexo masculino (54,48%) com média de idade de 45,7 anos e idosos (31,1%). A maior parte das ocorrências foi de natureza clínica (61,6%) e traumática (24,1%). Quanto aos bairros que mais solicitaram o SAMU-192 foram o centro e o São José. A maioria dos atendimentos foi realizado pela Unidade de Suporte Básico (84%) e nos turnos da manhã (31,7%) e noite (26,1%). Tiveram como principal desfecho o atendimento no local e remoção dos usuários para um serviço de saúde (88%), sendo a UPA (67,5%) o principal destino. Destacam-se a descompensação de doenças crônicas, principalmente HAS e DM, como razão de demandas sucessivas que utilizam o SAMU-192. Caso essas enfermidades não sejam controladas na Atenção Primária em Saúde (APS) poderão acarretar complicações e incapacidades, demandando cada vez mais os serviços do SAMU.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Pré-Hospitalar; Serviços Médicos de Emergência; Unidades Móveis de Saúde; Perfil de Saúde.

PROFILE OF MOBILE EMERGENCY SERVICE SERVICES IN THE MUNICIPALITY OF GURUPI, TOCANTINS

ABSTRACT: The study aimed to describe the profile of the care provided by SAMU-192 of the municipality of Gurupi-TO. Documentary, epidemiological, exploratory, cross-sectional, retrospective and descriptive study with quantitative approach. The stratified sample was 881 bulletins of the SAMU-192, referring to the period from

¹ Graduanda em Medicina. Universidade de Gurupi. E-mail: campiollouise@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1711-3661>

² Graduanda em Medicina. Universidade de Gurupi. E-mail: taniapsilva@unirg.edu.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8351-6517>

³ Graduanda em Medicina. Universidade de Gurupi. E-mail: geovanamlima@unirg.edu.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5734-618X>

⁴ Doutor em Engenharia de Produção e Sistemas. Universidade de Gurupi.
E-mail: fabiopegoraro@unirg.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0715-0867>

⁵ Doutora em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários. Universidade de Gurupi.
E-mail: samaratatielle@unirg.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7803-2860>

January to June 2022. The analysis was done through the *Microsoft Excel* program. The users attended were male (54.48%) with average age of 45.7 years and elderly (31.1%). The majority of the occurrences were of a clinical nature (61.6%) and traumatic (24.1%). As for the neighborhoods that most requested the SAMU-192 were the center and the São José. The majority of services were provided by the Basic Support Unit (84%) and in the morning (31.7%) and evening (26.1%) shifts. The main outcome was on-site care and removal of users to a health service (88%), with the UPA (67.5%) being the main destination. Among the highlights are the decompensation of chronic diseases, mainly HAS and DM, as a reason for successive demands that use SAMU-192. If these diseases are not controlled in Primary Health Care (PHC), they may lead to complications and disabilities, increasingly requiring the services of SAMU.

PALAVRAS-CHAVE: Pre-Hospital Care; Emergency Medical Services; Mobile Health Units; Health Profile.

PERFIL DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA MÓVIL EN EL MUNICIPIO DE GURUPI, TOCANTINAS

RESUMEN: El estudio tenía por objeto describir el perfil de las visitas realizadas por SAMU-192 en el municipio de Gurupi-TO. Estudio documental, epidemiológico, exploratorio, transversal, retrospectivo y descriptivo con enfoque cuantitativo. La muestra estratificada fue de 881 boletines de servicio del SAMU-192, referidos al período comprendido entre enero y junio de 2022. El análisis se realizó a través del programa *Microsoft Excel*. Los usuarios atendidos fueron varones (54,48%) con una edad media de 45,7 años y ancianos (31,1%). La mayoría de los casos fueron de naturaleza clínica (61,6%) y traumática (24,1%). En cuanto a los distritos que más solicitaron SAMU-192, estaban en el centro y en São José. La mayoría de las visitas se realizaron por la Dependencia de Apoyo Básico (84%) y por turnos de mañana (31,7%) y de tarde (26,1%). El principal resultado fue la atención in situ y la eliminación de usuarios para un servicio de salud (88%), siendo la UPA (67,5%) el destino principal. La clara compensación por las enfermedades crónicas, principalmente las afecciones y el DM, se destaca como razón de las sucesivas demandas que utilizan el SAMU-192. Si estas enfermedades no están controladas en la Atención Primaria de Salud (APS), pueden llevar a complicaciones y discapacidades, exigiendo cada vez más los servicios de SAMU.

PALABRAS CLAVE: Asistencia Prehospitalaria; Servicios Médicos de Emergencia; Unidades Móviles de Salud; Perfil de Salud.

1. INTRODUÇÃO

crecimento rápido e desordenado das cidades, a transição demográfica acelerada com a previsão de que em meados de 2050, a população idosa irá superar o número de jovens; mudanças epidemiológicas como o aumento de doenças crônicas, enfermidades em situação de emergência, violência urbana, acidentes automobilísticos, todos esses fatores contribuíram para a busca da população pelos serviços de urgência e emergência. Dessa forma, o Brasil buscou desenvolver serviços que atendessem a essa demanda (CHEVONIK *et al.*, 2021).

A Política Nacional de Atenção às Urgências foi publicada em 2003 pelo Ministério da Saúde (MS) e reformulada por meio da Portaria nº1600 em 7 de julho de 2011, instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) que tem a finalidade de reordenar a atenção à saúde, articulando e integrando todos os equipamentos afim de proporcionar um acesso humanizado, ágil e oportuno, além de definir fluxos e referências adequadas. Nesse contexto, considera-se que as urgências são ocorrências imprevistas de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida que requer assistência médica rápida; enquanto que a emergência implica risco iminente de vida, exigindo intervenção imediata (BATTISTI *et al*, 2019).

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel é um dos componentes da RUE, e significa toda a assistência prestada direta ou indiretamente à população fora do ambiente hospitalar e abrange desde orientações médicas até o atendimento ao local da ocorrência (BOONE *et al.*, 2018; CHEVONIK *et al.*, 2021; O'DWYER *et al.*, 2017).

Ademais, o APH é realizado prioritariamente pelo Serviço Móvel de Urgência (SAMU), normatizado por meio do Decreto da Presidência da República nº 5.055, de 27 de Abril de 2004 (BRASIL, 2004), inspirado no modelo francês, e tem como objetivo prestar serviço pré-hospitalar de forma precoce à indivíduos em situações de urgência e emergência de natureza clínica, traumática, cirúrgica, obstétrica e ginecológica, pediátrica, psiquiátrica, com acesso telefônico pelo número nacional 192 de forma gratuita com vista a reduzir o número de óbitos, as sequelas causadas pela demora no atendimento e o tempo de internação hospitalar. (BRASIL, 2016; MENDONÇA; SILVA; CASTRO, 2017).

O SAMU possui um componente regulador (Central Médica de Regulação) e um componente assistencial (equipe das ambulâncias). Na Central de Regulação Médica de Urgência todas as etapas do atendimento devem ser gravadas e registradas no computador, sendo que os telefonistas fazem a identificação do paciente e do local da ocorrência e transfere para o médico regulador. O profissional médico deve ter treinamento específico para esse serviço e permanecer na escuta 24 horas por dia, acolhendo a demanda do usuário de saúde, julgando a gravidade das solicitações, classificando o nível de urgência de cada uma delas e definindo o recurso necessário a um atendimento qualificado, que pede uma orientação médica, o deslocamento de uma ambulância ou outros meios de apoio, se considerar fundamental, na perspectiva de garantia de acesso (BRASIL, 2006; CHEVONIK *et al.*, 2021).

Quanto às ambulâncias, podem ser de dois tipos: Unidade de Suporte Básico (USB), com o técnico de enfermagem na equipe de saúde, ou Unidade de Suporte Avançado (USA) com mais recursos tecnológicos, com o médico e o enfermeiro na equipe. Ainda podem ser incluídas na frota as motolâncias, ambulanchas ou embarcações, aeromédico (helicóptero ou avião) conforme as necessidades regionais. Assim, o atendimento no local da ocorrência do agravo não pode ser separado de todo o atendimento realizado desde a solicitação por meio do telefonema, até a monitorização contínua e finalização do caso (COSTA *et al.*, 2021; SOARES *et al.*, 2018).

Após o paciente ser avaliado no local, caso necessário, é transportado para um serviço de saúde, conforme a regionalização e hierarquização do sistema, para garantir a continuidade da atenção. Nesse contexto, o SAMU organiza o acesso aos serviços de urgência hospitalar, estabelece um elo importante entre os diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando uma nova porta de entrada; e, no âmbito da integralidade, expõe as fragilidades do sistema que são refletidas nas demandas decorrentes de um vazio assistencial de uma rede de atenção (MARQUES; DIAS; DIAS, 2020).

Atualmente, o SAMU cobre 178,8 milhões de pessoas, correspondente a 85,78% da população e está presente em 3.837 municípios brasileiros (BRASIL, 2021). Além disso, destaca-se que em dezessete anos de funcionamento do SAMU houve uma melhora nos serviços de urgência e emergência, mas também existem alguns desafios a serem superados como o uso inadequado do serviço, que causa demanda excessiva do atendimento e, conseqüentemente, ocasiona atraso à outra ocorrência devido à falta de ambulância naquele momento. Outro problema é que apesar da existência dos sistemas de informação, há uma escassez de dados consolidados sobre perfil e resultado de atendimento, tornando difícil a análise dos mesmos e o planejamento de ações futuras (HORA *et al.*, 2019; O'DWYER *et al.*, 2017).

As Centrais de Regulação de Urgência do SAMU constituem num observatório privilegiado da Rede de Atenção à Saúde, pois tem a capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real todos os atendimentos que são registrados nos boletins de atendimentos e nos sistemas de informação. Dessa forma, a tecnologia da informação aplicada à saúde, incluindo a telemedicina, é essencial no processo de tomada da decisão do profissional médico, pois a utilização desses recursos permite a gravação

contínua das comunicações, a coleta, o processamento, e a análise das informações geradas a partir das bases de dados (BRASIL, 2006).

Essas bases de dados são constituídas pelo correto preenchimento das fichas médicas de regulação, fichas de atendimento médico e de enfermagem, reunindo informações sobre os agravos mais prevalentes, a caracterização das vítimas e os seus respectivos destinos dentro da rede de saúde, as condutas e procedimentos realizados em cada atendimento (CYRINO *et al.*, 2021; DANTAS *et al.*, 2018).

Nesse sentido, as informações da base de dados do SAMU são valiosas diante das questões éticas, jurídicas e no desenvolvimento ou continuidade dos protocolos institucionais normatizados que estabelecem os passos para a tomada de decisão do médico regulador e da gestão municipal. Atualmente, os serviços prestados pelo SAMU Gurupi-TO não possuem um perfil definido e nem há análise dos resultados de seus atendimentos.

Diante do exposto, a realização desse estudo justifica-se pela necessidade de caracterizar o perfil dos atendimentos do SAMU-192 de Gurupi-TO, pois representa um grande potencial de gerar informações capazes de contribuir cientificamente para nortear o gestor local quanto a situação de saúde do município; possibilitar o planejamento de estratégias que visam à prevenção de agravos, a formulação de políticas públicas e programas de saúde com o intuito de aprimorar a qualidade da assistência fornecida por esses serviços à comunidade e fomentando a educação permanente (BATTISTI *et al.*, 2019; BOONE *et al.*, 2018). Sendo assim, o objetivo do estudo consistiu em analisar o perfil de atendimento da população atendida pelo SAMU do município de Gurupi-TO, registrados nos boletins de atendimento.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo documental, epidemiológico, exploratório, transversal, retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado na cidade de Gurupi, Tocantins. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021) o município de Gurupi localiza-se no sul do estado do Tocantins, possui uma população de 88.428 habitantes, área total de 1.844.164 Km² e densidade demográfica 48,2 hab/km².

Para o projeto matriz intitulado “Perfil dos atendimentos do serviço de atendimento móvel de urgência no município de Gurupi, Tocantins”, no cálculo do tamanho amostral considerou uma população cerca de 150.000 mil habitantes atendidos

pelo SAMU de Gurupi, pois o SAMU atende dezoito cidades da região Sul do estado. Ademais, foi estabelecido um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, que mostrou uma análise mínima de 384 fichas de atendimento. Porém, foi padronizada a análise em média de cinco fichas/dia, selecionadas por sorteio e coletadas entre os meses de janeiro a junho de 2022, o que totalizou 881 fichas avaliadas. Foram excluídas as fichas que não estavam preenchidas corretamente com as informações necessárias a realização do estudo.

A coleta de dados aconteceu de forma presencial, acompanhados pelos profissionais que atuam na unidade do SAMU-Gurupi, utilizando dados secundários e documentais por meio das informações contidas nos Boletins de Atendimento (BA), onde encontram-se registradas as informações referentes aos atendimentos. O instrumento de coleta de dados incluiu as seguintes variáveis: idade, sexo, cidade, bairro, tipo de ambulância enviada, local do ocorrido, natureza da ocorrência, horário, destino e desfecho do atendimento. Os dados foram processados no programa *Microsoft Excel* e para a análise estatística foi utilizado o programa *GraphPad Prisma 5.0*.

Este estudo atendeu às exigências éticas e científicas contidas nas Resoluções nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e no artigo 74 do Código de Ética Médica (2019), que proíbe fazer referência a caso clínico identificável. A ausência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é justificado por se tratar de coleta de dados secundários. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Gurupi, CAAE: 57078722.7.0000.5518, Parecer: 026.645 em 03 de maio de 2022.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo teve um total de 881 ficha de atendimento analisadas. Algumas variáveis não estavam preenchidas no banco de dados e não foram consideradas para o cálculo estatístico. A Tabela 1 mostra a distribuição das variáveis sócio-demográficas. A análise mostrou que 54,48% dos indivíduos pertenciam ao sexo masculino e 45,52% ao sexo feminino. Em relação à faixa etária que mais necessitou dos serviços do SAMU, a mais prevalente foi a da população idosa (31,1%), seguido da população jovem entre 20 a 29 anos (16,8%), e jovens entre 30 a 39 anos (14,41%). A idade variou entre zero a 102 anos, com média 45,7 de anos.

Chevonik *et al.* (2021) corrobora em sua pesquisa desenvolvida no estado do Paraná que 48,7% dos atendimentos realizados pela Unidade de Suporte Avançado foi

destinado àqueles com mais de 60 anos. No entanto, no presente estudo o tipo de unidade móvel acionada e destinada aos atendimentos foi a Unidade de Suporte Básico (84%), seguida pela Unidade de Suporte Avançado (15,44%) e em alguns atendimentos (0,9%) necessitaram de atendimento inicial pela SBV e posteriormente foi solicitado o apoio da USA, que foram relacionados ao agravamento do estado clínico. Battisti *et al.* (2019) também identificou que os atendimentos via USB (92,16%) foram superiores aos encaminhamentos de USA (7,84%) no local do chamado, assim como em outros estudos. Quando relacionados aos casos graves para atendimento, inclusive aqueles que necessitaram de procedimentos invasivos, predominou-se o encaminhamento das USA.

A demanda dos serviços do SAMU pelos idosos pode ser justificada com o envelhecimento da população validado por meio da pirâmide etária do Brasil, que mantém a propensão ao envelhecimento. Além disso, com o avançar da idade, há uma maior probabilidade de desenvolvimento das comorbidades, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes melittus (DM) como as principais e com maiores potenciais de causar morbimortalidade significativas e complicações cardiovasculares, especialmente se associados a outros fatores de risco, podendo ser modificáveis como o tabagismo, dislipidemias, obesidade e sedentarismo, e os não modificáveis: idade crescente, genética, sexo masculino e raça (CHEVONIK *et al.*, 2021; JUNIOR *et al.*, 2023).

Essa situação configura num importante problema de saúde pública, pois a HAS e DM devem ser tratadas prioritariamente na atenção primária à saúde (APS), que consiste na porta de entrada do serviço de saúde. O acompanhamento na APS é de suma importância para calcular o risco cardiovascular, estimular os usuários a modificarem o seu estilo de vida por meio da alimentação saudável e atividade física, participar dos grupos de educação em saúde, criar um vínculo médico-paciente que incentive a adesão ao tratamento por meio dos aconselhamentos, acompanhar a evolução clínica e o comparecimento às consultas multiprofissionais, e caso seja necessário, fazer uma busca ativa desse usuário por intermédio do agente comunitário de saúde. Dessa forma, controlaria as comorbidades prevenindo o aparecimento de doenças crônicas não-transmissíveis ou se suas complicações e, conseqüentemente, reduziria o atendimento do SAMU-192 destinado as enfermidades dessa natureza (CRUZ *et al.*, 2021).

Em um estudo realizado por Cyrino *et al.* (2021) sobre o perfil de pacientes atendido pelo SAMU no interior de São Paulo, em Botucatu, foi observado também uma maior incidência do sexo masculino, com 51,7% do total dos atendimentos. Em outros

estudos semelhantes desenvolvido por Chevonik *et al.* (2021) no Paraná, e por Soares *et al.* (2018) no Rio Grande do Norte, o sexo masculino correspondeu a 58% e 64,6%, respectivamente. A predominância do sexo masculino na pesquisa pode ser explicada pelo fato dos homens estarem mais expostos as várias enfermidades, apresentando um maior risco ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, e agravos como violência urbana, drogas e acidente de trânsito. Além disso, a maioria deles procura o atendimento médico na Atenção Primária à Saúde (APS) em menor intensidade, participando menos das ações de prevenção e promoção da saúde e conseqüentemente aumentando a procura pelos serviços de emergência, tanto por doenças agudas como pela agudização daquelas já estabelecidas (CHEVONIK *et al.*, 2021; CUNHA *et al.*, 2021; JÚNIOR *et al.*, 2023; SOARES *et al.*, 2018).

Tabela 01. Análise sociodemográfica das informações contidas nas fichas de atendimento do SAMU-192 de Gurupi no primeiro semestre de 2022.

Variável analisada	Número	Porcentagem (%)
Sexo	Feminino	401 45,52
	Masculino	480 54,48
Faixa etária	0-09 anos	52 5,90
	10-19 anos	74 8,40
	20-29 anos	148 16,80
	30-39 anos	127 14,41
	40-49 anos	107 12,15
	50-59 anos	99 11,24
	Mais de 60 anos	274 31,10
Natureza	Clínica	543 61,6
	Traumática	212 24,1
	Obstétrica	40 4,54
	Psiquiátrica	55 6,24
	Pós-atendimento	01 0,11
	Realização de exames	02 0,23
	Óbito	27 3,06
Tipo de unidade móvel	Não informado*	01 0,11
	USB	740 84,00
	USA	136 15,44
	USB e USA	8 0,9%
Cidade	Não informado*	05 0,56
	Gurupi	877 99,55
	Outras	04 0,45

Nota: *Não considerado para cálculo estatístico.

Fonte: Elaborada pelos autores (2023)

Ao avaliar a natureza dos atendimentos realizados pelo SAMU-Gurupi, há uma maior incidência do caráter clínico (61,6%), seguido pelo traumático (24,1%), psiquiátrico (6,24%) e obstétrico (4,54%) como é representado na tabela 01. Salienta-se que a natureza clínica das ocorrências foi classificada conforme os agravos clínicos agudos ou crônico agudizados que acometeram os sistemas a partir da queixa principal e

do motivo registrado nos boletins de atendimento como cardiovascular, neurológico, renal, respiratório, hematológico, gastrointestinal, infeccioso, geniturinário, osteomuscular, carcinogênico, endócrino-metabólico e outros.

Chevonik *et al.* (2021) afirma em seu estudo quanto à natureza dos atendimentos, a predominância foi de caráter clínico 71,5%; Battisti *et al.* (2019) apresenta um resultado semelhante em seu estudo desenvolvido em Porto Alegre com 48,27% de casos clínicos, 32,88% traumáticos e 9,74% psiquiátricos. E na pesquisa realizada em Palmas no Tocantins, Costa *et al.* (2020), 33,1% dos registros foram de natureza clínica, 13,9% por causas externas (traumáticas), 5,4% e 3,1% foram casos ginecológico-obstétricos e psiquiátricos, respectivamente.

Dentre os agravos clínicos atendidos, as Doenças Cardiovasculares (DCVs) foram as mais incidentes, e esse dado também foi verificado por Chevonik *et al.* (2021). As doenças cardiovasculares são a principal causa de óbito no Brasil desde o final da década de 60 e estima-se que esse índice aumente nos próximos anos devido a uma maior expectativa de vida da população e os maus hábitos alimentares e o sedentarismo. Torna-se necessário ações de prevenção e promoção à saúde que incentivem as mudanças no estilo de vida Hora *et al.* (2019). É imprescindível destacar que a dor torácica, entre as principais queixas da amostra estudada, é um dos sintomas do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) que requer atendimento imediato e tratamento oportuno para otimizar o prognóstico, visto que a morte decorrente dessa doença pode ocorrer em 40 a 65% na primeira hora e aproximadamente 80% nas primeiras 24 horas (Chevonik *et al.*, 2021).

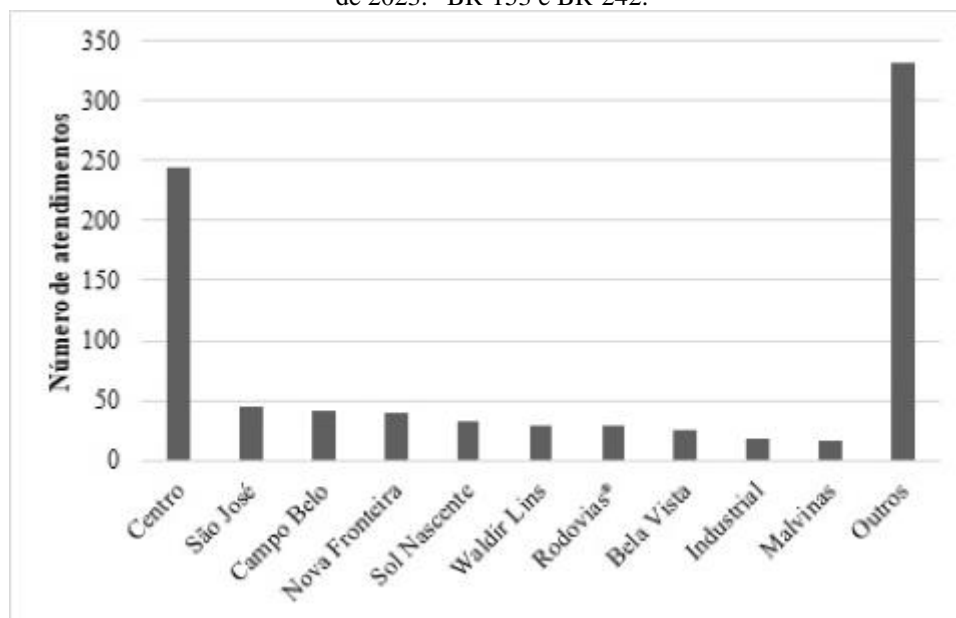
Quanto a localização dos atendimentos, 99,55% ocorreram na cidade de Gurupi, no entanto, 4 atendimentos envolveram cidades próximas como Dueré, Formoso do Araguaia, Jaú e Sucupira no Estado do Tocantins. Segundo a prefeitura de Gurupi (2022), o SAMU possui cinco ambulâncias que atendem dezoito cidades da região Sul do estado. Para esses atendimentos a Unidade de Suporte Básico foi a que apresentou maior número de deslocamento (84%). Por fim, a natureza dos atendimentos do SAMU-Gurupi no primeiro período de 2022 foi em sua maioria clínica, equivalendo 62,09% dos chamados e traumática com 24,06% (tabela 01).

Quanto aos bairros de ocorrência dos atendimentos na cidade de Gurupi (figura 01), houve uma distribuição por toda a cidade com aspectos geográfico e sociais variados. Porém, o centro concentrou a maior parte das solicitações de serviço do SAMU (27,7%), dado parecido foi registrado num estudo em Governador Valadares realizado por Boone

et al. (2018), em que a região central da cidade apresentou maior número de atendimentos do SAMU. Esse fato pode ser explicado pelo centro ser um local com mais vias de elevada circulação de veículos que dão acesso a pontos fundamentais da cidade, além de ser onde há um grande número de escolas, hospitais e comércio, enorme volume de pessoas e fluxo de veículos, o que causa um maior número de agravos.

O bairro São José correspondeu à segunda maior demanda dos atendimentos, 5,10%. o que pode estar associado por ser uma região com baixas condições socioeconômicas da população, de saúde e maiores dificuldades de acesso, usando, assim, o SAMU como porta de entrada para os seus agravos (HORA *et al.*, 2019).

Figura 01. Distribuição dos atendimentos do SAMU por bairros da cidade de Gurupi no primeiro período de 2023. *BR-153 e BR-242.



Fonte: Elaborada pelos autores (2023)

Em relação aos turnos de atendimentos, manhã (06h às 11:59h), tarde (12h às 17:59h), noite (18h às 23:59h) e madrugada (00h às 05:59h), observou-se uma distribuição de 31,7%, 25,1%, 26,1% e 17,1%, respectivamente. Estudo semelhante, conduzido no município de Recife, constatou que os horários de maior risco ocorreram aproximadamente 5 vezes mais das 18h às 20h59min. (18,3%) e das 06h às 08h59min. (16,9%), em relação ao horário de referência (00h às 02h59min). Esse fato pode estar relacionado por ser horários de pico, em que há um fluxo maior de pessoas indo e voltando da escola, faculdade, do trabalho, o que justificaria um maior número de agravos, em especial por acidentes de trânsito (MENDONÇA; SILVA; CASTRO, 2017).

A Tabela 2 mostra que o principal desfecho das ocorrências, em 88% (n=775) das ocorrências, os usuários foram atendidos e encaminhados para um serviço de maior complexidade. Cyrino *et al.* (2021) corrobora que as intervenções específicas realizadas durante o atendimento pré-hospitalar se associam com a sobrevida do paciente.

Além disso, 3% dos pacientes foram liberados no local após o atendimento. Esse valor é maior no estudo realizado em Bauru por Gimenez, Almeida e Juliani (2021), em que 21,3% dos casos os pacientes foram avaliados pelas equipes de suporte básico e avançado e posteriormente liberados no local com orientações, conforme determinação do Médico Regulador. A avaliação e posterior liberação do usuário pode ser explicada por motivos como a constatação pela equipe que houve melhora ou estabilização do agravo de saúde, não precisando de encaminhamento para outros serviços da Rede de Atenção à Saúde; o atendimento não configurou uma situação de urgência ou emergência, não justificando a solicitação e o envio da equipe do SAMU (HORA *et al.*, 2019).

Nota-se na tabela 2 que uma parcela (6,0%) das ambulâncias foi deslocada, mas não houve atendimento devido a recusa de atendimento, recusa por remoção, evasão, removido por terceiros (familiares, corpo de bombeiros, polícia militar) e cancelamento pelo próprio solicitante ou verificada a não necessidade de envio da unidade devido ao acréscimo de informações sobre a situação da vítima que não caracterizariam situações de urgência ou emergência.

E em 3,0% das ocorrências foi constatado óbito, incluindo na chegada da equipe, durante o transporte ou o atendimento, realizando ou não manobras de reanimação cardiopulmonar. No estudo em Salvador, desenvolvido por Hora *et al.* (2019), 4,7% se encontravam em óbito na chegada da equipe do SAMU. Os óbitos, em geral, podem ocorrer devido à gravidade do paciente, desconhecimento da população quanto à reversão do quadro clínico, demora na chegada da ambulância ou acionamento pela população para verificar o óbito (HORA *et al.*, 2019).

Tabela 2. Desfechos das ocorrências de atendimento registrados nas fichas dos usuários atendidos pelo SAMU-192. Gurupi/Tocantins, 2022.

Desfechos	n (881)	%
Atendido e removido	775	88
Atendido e liberado no local	26	3,0
Deslocamento da ambulância sem atendimento (recusa, evasão, removido por outros)	53	6,0
Constatação de óbito (chegada da equipe, durante o transporte ou o atendimento)	27	3,0
Unidade de Pronto Atendimento	595	67,5

Hospital Regional de Gurupi	188	21,4
Hospital Materno Infantil	57	6,5
Unimed	17	1,9
Hospital São Francisco	16	1,8
Outros	8	0,9

Fonte: Elaborada pelos autores (2023)

Quanto à participação dos serviços de saúde como porta de entrada dos usuários atendidos e encaminhados pelo SAMU-192, verificou-se que o destino de 67,5% das ocorrências foi a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), seguidos pelos hospitais (31,6%) e outros (0,9%). Cyrino *et al.* (2021), identificou em seu estudo que a maioria dos pacientes foram encaminhados, principalmente, para um Pronto-Socorro Referenciado, apesar de 65% deles não precisarem de internação hospitalar. Já no estudo desenvolvido por Hora *et al.* (2019), o resultado averiguado foi o contrário, a maioria das remoções teve como destino os hospitais, depois as UPAs. Ainda segundo esse autor, é importante destacar que um chamado de natureza clínica, pode estar relacionado a outros tipos de ocorrência como obstétrica, traumática, psiquiátrica, o que influencia na decisão da unidade de saúde para a qual o usuário será encaminhado.

O fato da principal porta de entrada dos pacientes atendidos pelos SAMU de Gurupi ter sido a UPA pode estar relacionado a transição no perfil demográfico populacional e de morbimortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis juntamente com a dificuldade de acesso aos serviços oferecidos pela atenção básica à saúde e a sua baixa procura, que contribuem para uma assistência de baixa resolutividade na prevenção e controle das doenças crônicas, causando conseqüentemente um incremento da demanda aos serviços de emergência pré-hospitalar e hospitalar Hora *et al.* (2019). Essa situação é um indício de que a Atenção Básica de Saúde precisa se fortalecer como estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados, pois é a principal responsável em articular os diversos serviços e ações com o intuito de prevenir agravos e promover a saúde (BRASIL, 2014).

O boletim de atendimento (BA) utilizado pelo SAMU-192 é a única alternativa de registro no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) e faz parte do prontuário do paciente. Trata-se de um documento legal, que tem o objetivo de reunir todas as informações do atendimento, portanto, é necessário que seja preenchido de forma clara e completa. Neste estudo, a limitação foi determinada pelo preenchimento inadequado dos BA, já que muitos campos não foram preenchidos pelos profissionais interferindo na tabulação e análise das variáveis estudadas que poderiam corroborar com a pesquisa, além disso,

algumas fichas continham letras ilegíveis. Um aspecto positivo foi que em nenhum momento foram encontradas fichas danificadas durante a coleta de dados e a boa comunicação com os profissionais do SAMU-192 (CHEVONIK *et al.*, 2021; GOMES DC *et al.*, 2014).

Diante desse contexto, é preciso desenvolver mecanismos como atividades de educação continuada que demonstre a importância de registrar no BA as informações de forma correta e completa e elaborar meios mais rápido e fácil de preenchimento como a utilização de aparelhos tecnológicos, pode ser uma alternativa.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo do perfil dos atendimentos do SAMU do município de Gurupi-TO foi primordial para estabelecer associações como o fato da maior parte das ocorrências ser de natureza clínica, e a maioria delas decorrer da descompensação de doenças crônicas, principalmente HAS e DM, gerando demandas sucessivas, o que exige o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, principalmente quanto a educação popular sobre as doenças crônicas não-transmissíveis. Isso pode ser evidenciado nos dados coletado que a maior parte das ocorrências foi de natureza clínica, merecendo destaque quanto à realização das ações de promoção e prevenção à saúde, principalmente em relação as doenças crônicas não-transmissíveis como as cardiovasculares que foram as mais incidentes nos atendimentos de natureza clínica.

Destaca-se que, certas desestabilizações de quadros crônicos, caso não sejam devidamente controladas podem causar doenças incapacitantes e complicações como é a relação de uma urgência ou emergência hipertensiva e a suspeita de acidente vascular encefálico. Desse modo, as doenças crônicas são atualmente um grande desafio para a APS, pois são multifatoriais, necessitam de uma abordagem multiprofissional e exige o protagonismo do indivíduo, da família e comunidade.

Outro ponto que deve ser destacado é a contribuição da academia para a formação do profissional médico, pois é necessário que o mesmo possua competências para desenvolver um trabalho interprofissional; além do julgamento clínico que permitirá uma triagem adequada e a deliberação da unidade móvel, evitando encaminhamentos desnecessários, custos irracionais, RAS desarticulada e a superlotação dos serviços de urgência e emergência de saúde.

Diante do exposto, os dados coletados constituem ferramentas valiosas, visto que no aspecto da integralidade, refletem vazios assistenciais numa RAS para auxiliar na tomada de decisão, orientar o planejamento em saúde com a alocação apropriada dos recursos bem como na elaboração de políticas públicas e ações de educação em saúde mais eficazes conforme o diagnóstico situacional.

A limitação do estudo refere-se ao preenchimento incompleto dos boletins de ocorrência, o que limitou a amostra da pesquisa, sendo que essas informações contribuem para a melhoria da gestão e na qualidade da assistência prestada pelo SAMU. Assim, novas pesquisas são recomendadas para identificar o perfil de atendimento dos usuários do SAMU-192, comparando periodicamente os indicadores para o planejamento de políticas públicas e a prevenção de agravos, visando melhorar a assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

BATTISTI, G. R. *et al.* Perfil de atendimento e satisfação dos usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Rev Gaúcha de Enferm**, v. 40, p. e20180431, 2019.

BOONE, D. L. *et al.* Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: perfil dos atendimentos por causas externas. **Rev Soc Bras Clin Med**, v. 16, n. 3, p. 134-139, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 abr. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Saúde habilita serviços do SAMU-192 em três estados. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/agosto/saude-habilita-servicos-do-samu-192-em-tres-estados#:~:text=Atualmente%2C%20existem%202.952%20ambul%C3%A2ncias%20de,85%2C78%25%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em: 20 de fev. de 2023.

CHEVONIK, I. E. *et al.* Perfil dos atendimentos das unidades de suporte avançado do SAMU regional metropolitano do Paraná. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 7, p. 1-9, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

COSTA, S. S. *et al.* Caracterização de atendimentos do serviço pré-hospitalar móvel de urgência: *follow up* 14 anos (2005-2018). **Saud Pesq.**, v. 14, n. 3, 2021.

CRUZ, P. J. S. C. *et al.* Educação Popular Como Orientadora De Grupos De Promoção À Saúde De Pessoas Com Hipertensão E Diabetes Na Atenção Básica: Caminhos E Aprendizados Com Base Em Uma Experiência. **Rev. APS**, v. 21, n. 3, p. 387-398, 2018.

CUNHA, K. P. *et al.* Caracterização do SAMU em Santa Catarina. **Arq. Catarin. Med.**, v. 50, n. 2, p. 02-14, 2021.

CYRINO, C. M. S. *et al.* Perfil, evolução e desfecho dos pacientes atendidos pelo serviço de atendimento móvel de urgência. **Cienc Cuid Saude**, v. 20, n. 1, p. 01-09, 2021.

DANTAS, R. A. N. *et al.* Vítimas de acidentes de trânsito atendidas por serviço pré-hospitalar móvel de urgência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, p. e2549, 2018.

GIMENEZ, V. C. A.; ALMEIDA, P. M. V.; JULIANI, C. M. C. M. Análise dos atendimentos de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Braz J Dev**, v. 7, n. 2, p. 14242-14249, 2021.

GURUPI. Secretaria Municipal de Saúde. Unidades de Saúde. Disponível em: <<https://gurupi.to.gov.br/unidades-saude/>>. Acesso em: 14 de fev. de 2023.

HORA, R. S. *et al.* Caracterização do atendimento do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) às emergências clínicas. **Rev Min Enferm.**, v. 23, p. e1256, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Panoramento. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/gurupi/panoramamendo>>. Acesso em: 12 de fev. de 2022.

JUNIOR, A. C. D. *et al.* Fatores de risco para doenças cardiovasculares em usuários de unidades básicas de saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v.27, n.6, p.2133-2145, 2023.

MARQUES, R. D. R.; DIAS, J. C.; DIAS, J. C. Relevância dos sistemas de informação e mineração de dados no sistema de saúde: urgência e emergência. **Rev Processando o Saber**, v. 12, n. 12, p. 136-145, 2020.

MENDONÇA, M. F. S.; SILVA, A. P. S. C.; CASTRO, C. C. L. Análise espacial dos acidentes de trânsito urbano atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: um recorte no espaço e no tempo. **Rev Bras Epidemiol**, v. 20, n. 4, p. 727-741, 2017.

O'DWYER, G. *et al.* O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 7, 2017.

SOARES, M. K. P. *et al.* Perfil dos usuários atendidos por um serviço pré-hospitalar móvel de urgência no nordeste brasileiro. **Rev Fund Care Online**, v. 10, n. 2, p. 503-508, 2018.