

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNASAU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (MESTRADO
PROFISSIONAL) - PPGSCol**

CAMILA CARDOSO SELAU VARGAS

**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA-SAMU RS: UMA
AVALIAÇÃO SOBRE AS DOENÇAS CRÔNICAS DE USUÁRIOS ATENDIDOS NOS
ANOS DE 2016 E 2017**

CRICIÚMA

2019

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSCoI

CAMILA CARDOSO SELAU VARGAS

**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA-SAMU RS: UMA
AVALIAÇÃO SOBRE AS DOENÇAS CRÔNICAS DE USUÁRIOS ATENDIDOS NOS
ANOS DE 2016 E 2017**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Cristiane Damiani Tomasi.

Co-Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Lisiane Tuon.

CRICIÚMA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

V297c Vargas, Camila Cardoso Selau.

Central de Regulação de Urgência e Emergência-SAMU
RS : uma avaliação sobre as doenças crônicas de
usuários atendidos nos anos de 2016 e 2017 / Camila
Cardoso Selau Vargas - 2019.

65 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo
Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva, Criciúma, 2019.

Orientação: Cristiane Tomasi.

Coorientação: Lisiane Tuon.

1. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência -
Avaliação. 2. Serviços médicos de emergência. 3.
Central de Regulação de Urgências. 4. Doenças
crônicas. I. Título.

CDD 23. ed. 362.18098165

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

CAMILA CARDOSO SELAU VARGAS

**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA-SAMU RS: UMA
AVALIAÇÃO SOBRE AS DOENÇAS CRÔNICAS DE USUÁRIOS ATENDIDOS NOS
ANOS DE 2016 E 2017**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de Educação e Gestão do Trabalho na Saúde, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, ____ de _____ de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Cristiane Damiani Tomasi – Universidade do Extremo Sul Catarinense
Orientadora

Prof^ª. Dr^ª. Célia Scapin Duarte – Docente do Ensino Superior da Faculdade de
Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – FEN(GO)

Prof^ª. Ms. Fernanda Meller - Universidade do Extremo Sul Catarinense

Folha Informativa

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo ABNT e as citações pelo sistema de chamada autor/data da formatação.

Este trabalho foi realizado a partir do banco de dados disponibilizado pelo central de regulação de urgência e emergência do Rio Grande do Sul de chamadas atendidas pelo SAMU entre 2016 e 2017.

Dedico este trabalho aos meus pais, Enedir e Alsenira, que dignamente me apresentaram à importância da família e o caminho da honestidade e persistência. Aos meus filhos, João Pedro e Antônio, amor incondicional e meu amado esposo, Maicon, por estar sempre ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

À DEUS, por ser essencial em minha vida e sempre me conceder sabedoria nas escolhas, coragem para acreditar e força para não desistir.

À minha família, pelo amor, carinho e confiança.

Ao meu esposo, por acreditar e me motivar incondicionalmente em todos os meus sonhos. Que sempre me impulsionou em direção à vitória perante os meus desafios.

A Professora Orientadora Cristiane, pela orientação, solicitude, prontidão e suporte. Só tenho a agradecer aos seus ensinamentos, paciência e palavras de incentivo. Eternamente especial em meu coração.

Aos amigos de mestrado, em especial a Magda e Daniela pela parceria, força e amizade dedicada em toda essa trajetória, o caminho só foi possível junto com vocês.

Ao SAMU, instituição que trabalhou e que me apoiaram de diversas formas.

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais
voltará ao seu tamanho original.”

Albert Einstein

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo avaliar as demandas de atendimento de condições crônicas pré-hospitalar do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) através dos atendimentos da Central de Regulação de Urgência e Emergência do Estado do Rio Grande do Sul nos anos de 2016 e 2017. Trata-se de um estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa. As informações foram obtidas a partir dos dados disponibilizados pela Central Estadual de Regulação de Urgência e Emergência do estado do Rio Grande do Sul. Consideram-se as variáveis do estudo: o perfil do usuário, idade, sexo, classificação e motivo das ocorrências, encaminhamentos médicos, destino pós atendimento. Ao caracterizar o perfil demográfico e clínico das chamadas de acionamento do SAMU pelo atendimento de condições crônicas, o sexo feminino representou a maior parte dos usuários atendidos (52,5%); os idosos foram os que mais fizeram chamados (71,9%); a macrorregião Metropolitana foi a região com o maior número de atendimentos (47,1%). A unidade de suporte básico foi a mais utilizada nos atendimentos (87,5%), com predominância na segunda-feira (15,5%), no horário da manhã (34,9%). Em relação à classificação da gravidade, a maioria foi moderada (72,1%), a maioria dos usuários atendidos foi encaminhada para hospitais (67,3%); com remoção necessária e recusa de hospitalização (53,3%). Os idosos pertencem a um grupo com maior condição para apresentar multimorbidades, especialmente doenças crônicas degenerativas. Ante ao exposto cabe destacar que envelhecer de modo saudável é um desafio dos novos tempos, para isso, faz-se necessária a implementação de novas políticas de saúde, capaz de ampliar a promoção e prevenção da saúde assim promovendo a diminuição da carga da doença. O SAMU, diante desse quadro, precisa encontrar ferramentas para auxiliar no atendimento dessa demanda, com médicos e enfermeiras qualificados, para que possam informar às equipes de saúde da condição clínica do paciente e compartilhando a responsabilidade do cuidado com outros serviços. Entre as equipes do SAMU, o suporte básico são as que mais desenvolvem cuidados aos usuários; no decorrer do transporte a equipe assegura as condições necessárias para a estabilização do paciente e providencia admissão na unidade de urgência. A avaliação das demandas atendidas pela Central de Regulação de Urgência e Emergência do Estado do Rio Grande do Sul nos anos de 2016 e 2017 propiciou a obtenção de informações úteis às autoridades sanitárias e gestoras do setor saúde da região. Os achados encontrados no presente estudo podem colaborar para a implementação de estratégias voltadas para a organização e melhoria na oferta dos serviços de saúde. Espera-se que os resultados alcançados impulsionem a realização de novos estudos.

Palavras-chave: Unidades Móveis de Emergência. Ambulância. Doença Crônica.

ABSTRACT

The objective of this research is to evaluate the demands of chronic pre-hospital care services in the Mobile Emergency Care Service (SAMU) through the consultations of the Central Emergency Regulation of the state of Rio Grande do Sul in the years 2016 and 2017. This is an observational, cross-sectional study with a quantitative approach. The information was obtained from the data obtained by the State Central Emergency Regulation of Rio Grande do Sul. The study variables are considered: the user's profile, age, gender, classification and motive of occurrences, medical referrals, post-care destination. By characterizing the demographic and clinical profile of the calls for the activation of the SAMU by the attendance of chronic conditions, the female gender represented the majority of the users attended (52.5%); the elderly were the ones who made the most known (71.9%); metropolitan macrorregion was the region with the highest number of visits (47.1%). The basic support unit was the most used in the consultations (87.5%), predominantly on Monday (15.5%), in the morning time (34.9%). Regarding the classification of severity, most were moderate (72.1%), most of the users attended were referred to hospitals (67.3%); with necessary removal and refusal of hospitalization (53.3%). The elderly belong to a group with greater condition to present multimorbidities, especially degenerative chronic diseases. In view of the above, it is worth noting that aging in a healthy way is a challenge of the new times, so it is necessary to implement new health policies, capable of expanding the promotion and prevention of health, thus promoting the reduction of the burden of the disease. In this context, SAMU needs to find tools to assist in meeting this demand, with qualified physicians and nurses, so that they can inform health teams of the patient's clinical condition and sharing the responsibility of care with other services. Among the SAMU teams, the basic support are the most developed care for users; during the transport, the team ensures the necessary conditions for the stabilization of the patient and provides admission to the emergency unit. The evaluation of the demands attended by the Central Emergency Regulation of the state of Rio Grande do Sul in the years 2016 and 2017 provided the obtaining of useful information to health and management authorities in the region's healthcare sector. The findings found in the present study can contribute to the implementation of strategies aimed at organizing and improving the supply of health services. It is hoped that the results achieved boost the realization of new studies.

Keywords: Emergency Mobile Units. Ambulance. Chronic disease.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Rede de Atenção às Urgências.....	19
Figura 2 – Macrorregiões do estado do Rio Grande do Sul	34
Figura 3 - Fluxograma da inclusão dos chamados no estudo	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos chamados por macrorregião do estado do Rio Grande do Sul.....	38
Tabela 2 – Distribuição dos chamados de acordo com dia da semana, período.....	38
Tabela 3- Incidente no local do resgate e classificação da gravidade	39
Tabela 4- Distribuição dos chamados de acordo com as condições clínicas.....	40
Tabela 5- Decisão de destino do atendimento. Decisão do destino final e Tipo de transporte	40
Tabela 6- Perfil demográfico dos solicitantes	41
Tabela 7- Análise de concordância entre Gravidade presumida e Gravidade comprovada	41
Tabela 8 - Comparação entre dados demográficos e gravidade comprovado dos chamados...	42
Tabela 9- Comparação entre Tipo de equipe e Gravidade comprovada.....	42
Tabela 10- Comparação entre decisão de destino e afecção comprovada de acordo com a gravidade comprovada.....	43
Tabela 11- Comparação entre destino final e afecção comprovada de acordo com a gravidade	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD - Atenção Domiciliar
APH - Atendimento Pré-hospitalar
AVC - Acidente vascular cerebral
BAV - Batalhão de Aviação Aérea
BM - Brigada Militar
CEP - Comitê de Ética e Pesquisa da SES
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
DAHA - Departamento de Atenção Hospitalar e Ambulatorial
DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM - Diabetes Mellitus
EUA - Estados Unidos da América
HAS - Hipertensão arterial sistêmica
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
MS - Ministério da Saúde
MT - Motolância
PNAU - Política Nacional de Atenção à Urgência
PRF - Política Rodoviária Federal
RAS - Redes de Atenção à Saúde
RBCE - Rede Brasileira de Cooperação em Emergências
RO – Rádios Operadores
RS - Rio Grande do Sul
RUE - Rede à Urgência e Emergência
SAMU - Serviço Atendimento Móvel de Urgência
SAV - Suporte Avançado de Vida
SEM - Serviço de Emergências Médicas
SES - Secretaria de Estado da Saúde
SMUR - Serviços Móveis de Urgência e Reanimação
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS - Unidade Básica de Saúde
UE – Urgência e Emergência
UMH - Unidades Móveis Hospitalares
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
UR - Unidades de Resgate
USA - Unidades de Suporte Avançado
UTI - Unidade Terapia Intensiva

UTIM - Unidades de Tratamento Intensivo Móvel

VIR - Veículo de Intervenção Rápida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 SUS E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	16
1.2 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	18
1.3 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA	19
1.3.1 Aspectos Históricos do Atendimento Pré-hospitalar.....	23
1.3.2 Implantação do SAMU no Brasil e no Rio Grande do Sul.....	25
1.4 ATENDIMENTO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS PELOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR	28
1.5 JUSTIFICATIVA	31
1.6 PROBLEMA DE PESQUISA	31
2 OBJETIVOS.....	32
2.1 OBJETIVO GERAL.....	32
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
3 MÉTODOS.....	33
3.1 HIPÓTESE	33
3.2 DESENHO DO ESTUDO	33
3.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO	33
3.4 LOCAL DO ESTUDO	33
3.5 POPULAÇÃO EM ESTUDO	34
3.5.1 Critério de inclusão	34
3.5.2 Critério de exclusão.....	35
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	35
3.7 INSTRUMENTO DE COLETA	35
3.8 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	35
3.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	36
4 RESULTADOS	37
5 DISCUSSÃO.....	45
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS.....	60
APÊNDICE B – CARTAS DE ACEITE E AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS	61
APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	63
ANEXO A - POPULAÇÃO COBERTA POR SAMU - SUPORTE AVANÇADO E SUPORTE BÁSICO, POR REGIÃO DE SAÚDE, RS, 2016.	61

1 INTRODUÇÃO

1.1 SUS E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como objetivos a formulação de políticas de saúde que promovam redução de riscos e que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços que visem promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo que estas ações devem acontecer de modo integrado (BRASIL, 1990; OLIVEIRA, 2008). Os sistemas de atenção à saúde devem oferecer respostas sociais às necessidades da população. Para que a resposta seja adequada é imprescindível que se conheça as necessidades que essa população expressa (MENDES, 2010). No entanto, a organização dos serviços de saúde, para que esses sejam oferecidos com qualidade e resolubilidade, ainda permanece um desafio para os trabalhadores da área da saúde bem como os usuários.

A transição demográfica e epidemiológica que ocorre no Brasil nos últimos anos afeta diretamente o funcionamento do sistema de saúde, as projeções demográficas indicam que em 2050 o tamanho da população será de 253 milhões de habitantes, a quinta maior população do planeta, abaixo apenas da Índia, China, Estado Unidos da América (EUA) e Indonésia. Além disso, as mudanças na estrutura etária têm indicado uma aceleração em direção a um maior envelhecimento da população. A proporção de jovens, 42% da população total em 1950, passou para 30% em 2000 e será 18% em 2050. Já os idosos, que em 1960, eram 2,7% da população total, passaram a representar 5,4% no ano 2000, e alcançarão 19% em 2050, superando os jovens (BRITO, 2007).

O Brasil tem uma população sob rápido processo de envelhecimento, o que representa incremento das condições crônico-degenerativas em um sistema de saúde estruturado predominantemente para atendimento de condições agudas e agudização de condições crônicas, organizado de forma fragmentada (MENDES, 2010). Nesse sentido, observa-se o uso frequente de serviços de emergência para atendimento de condições crônico-degenerativas, como as cardiovasculares, respiratórias e neurológicas em população predominantemente idosa (CASAGRANDE; STAMM; LEITE, 2013). Por outro lado, também se nota o impacto da pior condição socioeconômica no acesso ao serviço de saúde, modificando o padrão de utilização deles. Há uma associação entre piores condições socioeconômica e maior uso dos serviços de emergência, fazendo com ocorra prejuízo na adesão aos tratamentos propostos pela Atenção Primária à Saúde (APS) (PAZÓ et al., 2014).

A transição epidemiológica detectada no Brasil, portanto, se caracteriza pelo aumento da mortalidade e morbidade relacionadas a condições crônicas. Atualmente as condições crônicas correspondem a 75% da carga da doença no Brasil (MENDES, 2010).

Segundo Mendes (2010), a transição epidemiológica brasileira tem sido definida como tripla carga de doença, pois envolve uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; desafios das condições crônicas; e o forte crescimento das causas externas.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde dominam o cenário internacional. Esse modo de organização dos serviços de saúde apresenta um conjunto de pontos de atenção isolados e não comunicáveis entre si. Em decorrência dessa forma organizativa, não oferecem atenção contínua à população, limita-se a atenção que deve ser ofertada à população adscrita e inviabiliza uma gestão com base na população. Assim, se observa a APS sem comunicação com atenção secundária, e ambas não se comunicam com atenção terciária ou sistemas de apoio (MENDES, 2010).

Os sistemas de saúde precisam ser condizentes com as necessidades de saúde da população, para que eles ofereçam respostas de modo efetivo, eficiente e seguro às condições de saúde. Nesse sentido, considera-se modelos diferenciados para condições agudas e crônicas, sendo que para o primeiro o tempo-reposta às urgências e emergências deve ser a chave do modelo de atenção. Já para o segundo, é proposto a partir de dois grandes grupos: sistema de atenção à saúde e a comunidade (MENDES, 2010).

Sob a perspectiva da necessidade de serviços não fragmentados o Ministério da Saúde a partir da Portaria n.º 4279 de 30 de dezembro de 2010, estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. As RAS têm como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde, com foco na atenção integral, de qualidade, responsável e humanizada (BRASIL, 2010).

As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, os quais são apresentam ligação entre si por meio de missão única, objetivos comuns e ação cooperativa e interdependente, que devem oferecer atenção contínua e integral à população adscrita, coordenadas pela APS. e com responsabilidade sanitária e econômica por esta população. A APS como coordenadora visa que o cuidado seja prestado no tempo e lugar certos, com custo e qualidade certos e de forma humanizada (MENDES, 2010). Adicionalmente, o Decreto n.º 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, considera a RAS como um conjunto de ações e serviços de saúde que são articulados em níveis

crecentes de complexidade, cuja finalidade é garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011a).

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) pactua as diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual a respeito da organização das RAS, especialmente ao que se refere à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos (BRASIL, 2011b). Em 2011, na pactuação tripartite foram priorizadas cinco Redes de Atenção à Saúde temáticas: 1) Rede Cegonha, a qual se destina a atenção da gestante e criança até 24 meses (BRASIL, 2011c); 2) Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) (BRASIL, 2011d); 3) Rede de Atenção Psicossocial, a qual prioriza o enfrentamento de álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2011e); 4) Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, inicialmente focada no câncer, pela intensificação na prevenção de câncer de mama e colo de útero (BRASIL, 2014); 5) Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2013a).

A rede de atenção à saúde temática deve se organizar partindo da vulnerabilidade, agravos ou doenças que atingem as populações. As redes temáticas seguem uma lógica comum, quais sejam: identificação dos componentes de redes, como as formas de articulação e o estabelecimento de fases para a implementação das redes, seguindo as portarias específicas (BRASIL, 1990). Assim, considerando o perfil epidemiológico do Brasil, que demonstra alta morbimortalidade por violências e acidentes de trânsito na população até 40 anos de idade, já na população a partir dessa faixa etária predomina a morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório, verificou-se a necessidade de intervir de forma mais organizada e efetiva sobre essas condições e é apresentada a reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e instituída a RUE (BRASIL, 2011d).

1.2 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Portaria n.º 1.600, de 7 de julho de 2011 (BRASIL, 2011a), institui a RUE no SUS, que tem como finalidade articular e integrar todos os equipamentos de saúde, tendo como objetivo a ampliação e qualificação do acesso humanizado e integral aos usuários de SUS que se encontrar em situação de emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

Ainda a portaria considera que nos fluxos assistenciais da RUE é necessário o acolhimento com classificação de risco, qualidade e resolutividade em todos os pontos de atenção da rede (BRASIL, 2011d).

Os componentes que compreendem a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. O texto a seguir ilustra com maior clareza sobre os componentes (Figura 1) são: promoção, prevenção e vigilância à saúde; atenção primária; Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e demais serviços de urgência com funcionamento 24h; hospitalar; Atenção Domiciliar (AD) (BRASIL, 2011a).

Figura 1 - Rede de Atenção às Urgências



Fonte: BRASIL, 2013.

O SAMU 192 é um dos componentes da RUE e deve ordenar o fluxo assistencial, esse serviço é fundamental para o atendimento rápido e transporte de vítimas. Essa ordenação de fluxo é desenvolvida pelas Centrais de regulação médica das urgências, que é parte do SAMU (BRASIL, 2013a).

1.3 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Em junho de 1998, foi publicada a Portaria n.º 2923, que determinou investimentos nas áreas de Assistência Pré-hospitalar Móvel, Assistência Hospitalar, Centrais de Regulação de Urgências e Capacitação de Recursos Humanos. Os recursos destinados à implementação desta

proposta não foram devidamente utilizados e nenhuma central de regulação ou serviço de atendimento pré-hospitalar móvel foi criado. Apenas os recursos destinados à capacitação de profissionais foram parcialmente utilizados, na maioria das vezes, para a compra de cursos de grupos privados, com pouca integração com as necessidades e propostas do SUS (BRASIL, 1998).

Após o IV Congresso Internacional da rede Brasileira de Cooperação em Emergências, realizado em Goiânia em abril de 2000, sob a denominação: “Bases para uma Política Nacional de Atenção às Urgências”, houve uma aproximação entre técnicos que estavam na vanguarda desta discussão e o Ministério da Saúde (MS) resultou num processo de avaliação do impacto destes investimentos (BRASIL, 2006). Em 2002, pela Portaria n.º 2.048 foram definidas as normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos componentes assistenciais das urgências e emergências (BRASIL, 2002).

Em 29 de setembro de 2003 entraram em vigor duas portarias: a 1863 GM, que instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), a qual tem como um de seus componentes o atendimento pré-hospitalar móvel, enquanto a Portaria MS/GM nº 1864 oficializa a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro (BRASIL, 2003). Em 2012, as diretrizes para implantação do SAMU 192 e sua Central de Regulação das Urgências foram redefinidas, por meio da Portaria nº. 1.010 de 21 de maio de 2012 (BRASIL, 2012b).

É importante ressaltar que a formulação da política de urgência aconteceu em meio a insatisfação com o atendimento nas emergências hospitalares. O grande acúmulo de doentes resultava em filas e superlotações nos serviços de emergência, tanto no ambiente público como no privado (O'DWYER et al., 2017). E para a implementação da RUE considerou-se as evidências epidemiológicas de morbimortalidades que indicavam a necessidade de uma melhor estruturação do atendimento às urgências e emergências (BRASIL, 2013b).

A regulamentação e implantação do Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Brasil aconteceram ao longo dos anos, através de portarias que organizam o atendimento, seus componentes, diretrizes técnicas e financeiras, bem como os investimentos, elencadas no quadro 1.

Quadro 1: Portarias que regulamentam o processo de implantação do SAMU no Brasil.

Portarias	Conteúdos
Portaria 2048/2002	Estabeleceu as diretrizes em relação a Regulação, das Unidades que compõe o serviço de urgência, do atendimento pré-hospitalar móvel, bem como das diretrizes do componente hospitalar, as transferências e transporte inter-hospitalar e os Núcleos de Educação em Urgências
Portaria 1863/2003	Implementou no Brasil a Política Nacional de Atenção às Urgências, vigorando até o ano de 2011 quando então foi revogada pela Portaria GM/MS 1600, mais ampla na sua extensão e detalhamento.
Portaria 1864/2003	Foi instituído o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, suas Centrais de Regulação (Central SAMU-192) e dos Núcleos de Educação em Urgência, em municípios e regiões de todo o território brasileiro.
Portaria 3125/2006	Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define competências.
Portaria 2970/2008	Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU 192
Portaria 2971/2008	Institui o veículo motocicleta - motolância como integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda a Rede SAMU 192 e define critérios técnicos para sua utilização.
Portaria 1020/2009	Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locorregionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências
Portaria 1600/2011	Revogou a Portaria GM/MS 1863. Atualmente, a Portaria 1600 estabelece a reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde.
Portaria 2026/2011	Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências.
Portaria 1010/2012	Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
Portaria 2923/2013	Institui incentivo financeiro de investimento para a aquisição de equipamentos e materiais permanentes e de custeio para reforma, destinados à implantação e/ou implementação de Centrais de Regulação de Consultas e Exames e Centrais de Regulação de Internações Hospitalares de que trata a Portaria nº 1.559/GM/MS, de 1º de agosto de 2008, e implementação de Unidade Solicitante no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: Adaptado de Brasil (2002, 2003, 2006, 2008, 2009, 2011, 2012, 2013).

O SAMU 192 tem como objetivo chegar precocemente à vítima e prestar o primeiro atendimento após ter ocorrido alguma situação de agravo de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras, que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo a morte, por meio de veículos tripulados por uma equipe capacitada (BRASIL, 2012b).

Considera-se o SAMU 192, o principal componente móvel da rede de atenção às urgências, cuja publicação constitui um importante avanço na organização do Sistema de Saúde

do País, pois estabelece a estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada para a atenção às urgências, bem como a implantação de um processo de regulação que dê eficiência cotidiana ao sistema. A regulação ocorre por meio de Centrais de Regulação de Urgência, reiterando as definições do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (BRASIL, 2013a).

O serviço tem abrangência nacional, sendo que o socorro é acionado através de discagem rápida através do número 192, gratuitamente. A ligação é direcionada para a central de regulação, onde é realizada a regulação dos chamados telefônicos que necessitam de orientação e/ou atendimento de urgência, por profissionais médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica (TARM) e rádio-operadores (RO). Os chamados passam por classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, assim a central de regulação ordena o fluxo considerando a melhor resposta para cada situação, conforme a gravidade presumida durante o chamado telefônico (BRASIL, 1990; BRASIL, 2014; BRASIL 2012a).

Para situações em que é necessário deslocamento de unidade móvel para atendimento, a unidade a se deslocar pode ser:

- a) Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB);
- b) Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA);
- c) Equipe de Aeromédico;
- d) Equipe de Embarcação;
- e) Motolância;
- f) Veículo de Intervenção Rápida (VIR).

As centrais de regulação têm abrangência local ou regional, com o objetivo de oferecer acesso ampliado às populações. Para municípios com população superior a 500.000 habitantes poderão constituir uma região, considerando que os municípios no entorno tenham cobertura do serviço por outra regional (BRASIL, 2013a). Em 2017, o percentual de cobertura das centrais de regulação foi 79,37% da população brasileira, 87,28% da população da região Sul do Brasil, sendo que no estado do Paraná, no mesmo ano, teve 75,6% da população coberta, em Santa Catarina e Rio Grande do Sul, 100% e 91,13%, respectivamente (BRASIL, 2018a).

No Brasil, em 2017, o Brasil teve 3.385 municípios atendidos, por 2.505 USB e 571 USA. Somente na região Sul são 805 municípios, atendidos por 408 USB e 99 USA (BRASIL, 2018a). O Rio Grande do Sul tem 161 bases, que atendem 276 municípios, nas 30 regiões de saúde. A frota SAMU no Rio do Sul possui em funcionamento, 38 ambulâncias de Suporte

Avançado (USA) e 187 ambulâncias de Suporte Básico (USB), e mais 18 Motolâncias, 10 Veículos de Intervenção Rápida e 1 Aeronave (RIO GRANDE DO SUL, 2015a).

Para melhorar a qualidade do atendimento pre-hospitalar requer o desenvolvimento e implementação de medidas de avaliação do serviço que sejam cientificamente válidas e indicadores aplicáveis (MURPHY et al., 2016). Estudos mostram que maior tempo de atendimento está associado com piores desfechos traumas (MURAD et al., 2012; PARAVAR et al., 2014). As evidências elucidam que o uso de sistemas de atenção pré-hospitalar reduz a mortalidade (HENRY; REINGOLD, 2012).

1.3.1 Aspectos Históricos do Atendimento Pré-hospitalar

No século XVIII, no período Napoleônico, muitas vidas eram perdidas devido à demora no atendimento. Dominique Jean Larrey (1766–1842), médico cirurgião das tropas de Napoleão, criou os preceitos do atendimento às vítimas ainda em campo de batalha. A introdução dessas práticas trouxe resultados positivos, diminuindo o número de vítimas fatais e estabelecendo o conceito de acesso e transporte rápido (LOPES; FERNANDES, 1999). No século XIX, o treinamento de combatentes incluía noções de primeiros socorros para auxiliarem as vítimas ainda no campo de batalha; e a criação da Cruz Vermelha Internacional para atendimento de feridos de guerras (TELLES, 2018).

Na Segunda Guerra Mundial e no Vietnã, os feridos passaram a ser transportados por helicópteros, assegurando a rapidez e a qualidade do atendimento médico. A intervenção era realizada no local do acidente e mantida durante o transporte em helicópteros especiais, verdadeiras Unidades de Terapias de Urgência (UTI's) móveis (ALBINO; RIGGENBACH, 2004; MEIRA, 2007).

Das experiências em atendimento de feridos de guerra surgiram, nos Estados Unidos e na França, sistemas organizados de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), transpondo a experiência de guerra para a vida civil nos grandes centros urbanos (LOPES; FERNANDES, 2012; ALBINO; RIGGENBACH, 2004), são amplamente utilizados e servem como modelos para diversos serviços de atendimento de urgências.

O modelo de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) desenvolvido nos Estados Unidos foi adotado também em outros países, como no Reino Unido, Canadá Austrália e Nova Zelândia. O modelo, conhecido como Serviço de Emergências Médicas (SEM), tem como base o atendimento com remoção rápida da vítima do local, estabilização das funções vitais e rápida

transferência para a rede hospitalar - *load and go*. O atendimento é realizado por profissionais paramédicos especializados (LOPES; FERNANDES, 2012; MEIRA, 20017; CABRAL; SOUZA, 2008). A formação dos profissionais é realizada através de um programa com duração de três anos, e tem como pré-requisito o ensino médio completo (CABRAL; SOUZA, 2008).

Em 1962, os Estados Unidos criaram o primeiro serviço de atendimento pré-hospitalar tal como se conhece e programaram o primeiro curso para a formação de técnicos em Emergências Médicas formando, assim, surgiram os primeiros profissionais paramédicos norte-americanos (ALBINO; RIGGENBACH, 2004). Em 1975, os paramédicos foram reconhecidos pelo Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar, como pessoal treinado para serviços de Suporte Avançado de Vida (SAV) para atendimento para o trauma, cuidados cardíacos e outros problemas críticos que precisam de tratamento interventivo; terapia para o choque, administração de drogas e detecção e controle do ritmo cardíaco sempre seguindo os protocolos clínicos e com supervisão à distância (SADLER; DAVIS, 2017).

Com a regulamentação definitiva do SEM e dos técnicos em emergências médicas, os serviços de ambulância oferecidos pelos hospitais foram extintos e o cuidado pré-hospitalar foi direcionado para o Corpo de Bombeiros. Desde então, o APH nos EUA representa a associação de esforços da “*first responder*”, composta pelos bombeiros, policiais ou mesmo cidadãos comuns, treinados pelo SEM para o atendimento de reanimação cardiopulmonar básica (SADLER; DAVIS, 2017).

O sistema francês nasceu da necessidade observada pelos médicos anestesiologistas presentes nas ambulâncias que, tanto nos casos clínicos como no trauma, as chances de sobrevivência e redução de sequelas aumentariam consideravelmente se medidas fossem tomadas ainda no local. O sistema possui como característica diferenciada a centralidade no médico, tanto na regulação do sistema como no atendimento e monitoramento do paciente, até a recepção hospitalar. Trata-se de um serviço ligado ao Sistema de Saúde, hierarquizado, regionalizado e ligado aos centros hospitalares (OLIVEIRA, 2008).

Na França, o SAMU recebe chamadas para o atendimento de emergências clínicas e cirúrgicas, é realizada uma triagem através do médico regulador e a equipe é enviada ao local, composta, exclusivamente, pelo médico, enfermeiro e motorista socorrista (MEIRA, 2007).

Em 1965, os Serviços Móveis de Urgência e Reanimação (SMUR) com Unidades Móveis Hospitalares (UMH) foram criados oficialmente. Em 1968, o SAMU foi estabelecido com a finalidade de coordenar as atividades dos SMUR, comportando para tanto, um centro de regulação médica dos pedidos. As diretrizes do SAMU foram estabelecidas somente 30 anos

depois, através da Lei de 06 de janeiro de 1986 que institucionalizou o sistema, elegendo o SAMU como o serviço pré-hospitalar oficial da França (ALMOYNA; NITSCHKE, 1999). Posteriormente, em Lisboa, no ano de 1989, foram proclamadas as bases éticas da regulação médica, processo este conhecido como “Declaração de Lisboa” e que foi incorporada aos manuais de regulação brasileiros (LOPES; FERNANDES, 1999).

Os modelos francês e americano diferem na filosofia de atendimento. No modelo francês, nos casos de maior gravidade preconiza-se início de procedimentos médicos no local do incidente (CASAGRANDE; STAMM; LEITE, 2013). No americano, os socorristas realizam intervenções iniciais para posterior encaminhamento ao hospital, para assistência médica (BRASIL, 1998).

O sistema SAMU surgiu a partir da perspectiva francesa de enfrentar a problemática dos altos índices de mortalidade e desenvolveu-se concomitantemente à filosofia de que seria conveniente que a equipe médica se dirigisse ao local da ocorrência (MARTINS, 2004). O sistema permitiu que o traumatizado ou o doente dispusesse de intervenção médica imediata, ampliando as possibilidades de reestruturar os problemas que caracterizam a “urgência” (ALMOYNA; NITSCHKE, 1999). Então, a função primordial do SAMU é prestar atendimento sistematizado e rápido na primeira hora, com ênfase à estabilização mínima da vítima no local da ocorrência para a realização do transporte seguro (“*stay to treat*”), com a atuação de uma equipe multidisciplinar em saúde, embora centralizada na figura do médico (CABRAL; SOUZA, 2008).

1.3.2 Implantação do SAMU no Brasil e no Rio Grande do Sul

No Brasil, as questões relativas ao atendimento pré-hospitalar passaram a ser pauta de discussões na década de 1990, com a iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. O modelo francês, centrado no médico regulador, foi adotado como padrão norteador e as intervenções dos profissionais de enfermagem foram incluídas nos casos de menor complexidade. No mesmo período, os policiais militares do corpo de bombeiros também iniciaram capacitação em atendimento pré-hospitalar, porém baseado no modelo americano (MARTINS; PRADO, 2003).

De acordo com Lopes e Fernandes (1999), o funcionamento e os chamados para atendimento pré-hospitalar eram recebidos na central do Corpo de Bombeiros, pelo 193, que

tinha uma ligação direta com o “sistema 192 da secretaria de Saúde”. Já no ano de 1999, percebia-se a necessidade da expansão do projeto.

Os primeiros SAMUs implantados e inaugurados no Brasil estavam localizados em capitais, iniciando por São Paulo, em 1989, Belém em 1994 e Porto Alegre em 1995 (O'DWYER, 2017). A implantação dos SAMUs como resultado de um tratado de cooperação técnica firmado entre os governos francês e brasileiro, em meados de 1994, anterior à existência de normativas nacionais relativas à regulação médica das urgências. As normativas passaram a ser adotadas, inicialmente, de acordo com a Resolução nº 1.529/1998, do Conselho Federal de Medicina, e, a seguir, conforme portarias oriundas do Ministério da Saúde. Até 2006 a implantação do SAMU ficou concentrada nas capitais brasileiras, passando por uma descentralização a partir de 2008, em que passaram a predominar os SAMUs regionais (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

A implantação do SAMU em Porto Alegre, bem como a estruturação de outros SAMU no Brasil, como o do Vale do Ribeira e de Campinas, estimulou a formação de um grupo de profissionais e gestores de saúde, estava denominando a Rede Brasileira de Cooperação em Emergência, que, a partir de 1995, se organizou promovendo ampla discussão, em todo o Brasil, sobre a atenção às urgências no processo de construção do SUS (CICONET; MARQUES; LIMA, 2008). Os trabalhos da Rede contribuem para a discussão de bases técnicas e políticas e subsidiaram a elaboração de portarias, corroborando a implantação da atualmente existente Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2006).

O Estado do Rio Grande do Sul desenvolveu, em 2003, o projeto estadual para a implantação do serviço, instituído pelo decreto Nº 42.368, de 29/07/03, de 29/07/03. Por meio de uma comissão a secretaria de saúde e Departamento de Atenção Hospitalar e Ambulatorial (DAHA), iniciou com uma visita técnica a São Paulo e Rio de Janeiro para conhecer e se apropriar de mais subsídios para a elaboração do plano Estadual de Implantação do SAMU-192. O programa inicial teve como objetivo inicial, atuar na Região Metropolitana, para então gradativamente ser ampliado às demais regiões do Estado (BRASIL, 2006).

As primeiras ambulâncias e os veículos de Intervenção Rápida (VIR), foram adquiridos com recursos estaduais, assim como os uniformes e equipamentos para abertura das novas bases da região metropolitana. As primeiras cidades implantadas foram Canoas, São Leopoldo, Novo Hamburgo, Gravataí e Alvorada. A frota era composta por uma ambulância de Suporte Básico, uma de Suporte Avançado e um Veículo de Intervenção Rápida (RIO GRANDE DO SUL, 2004).

Visando a melhoria e ampliação da cobertura do programa SAMU/192 em 2008, através da resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nº 303/08, o Estado aprova a inclusão das centrais de Regulação de Bagé, Caxias do Sul e Pelotas (RIO GRANDE DO SUL, 2008).

O Estado do Rio Grande do Sul conta com cinco Centrais de Regulação de Urgência e Emergência onde cada uma é responsável por uma determinada região: Estadual (atende 247 municípios), Porto Alegre (atende capital), Pelotas (atende 11 municípios), Bagé (atende 04 municípios) e Caxias do Sul (atende 02 municípios). No ANEXO A consta a tabela com a população coberta por SAMU (RIO GRANDE DO SUL, 2008).

O SAMU do estado do Rio Grande do Sul constitui o serviço mais recente da rede de atenção às urgências e está organizado para atender as demandas mediante uma central de regulação, situada na cidade de Porto Alegre. A central de regulação médica do SAMU/RS conta com uma equipe multiprofissional de profissionais médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de regulação médica, rádio operador (RIO GRANDE DO SUL, 2015a; RIO GRANDE DO SUL, 2013).

A regulação dos atendimentos é realizada via telefone, acionando o número 192. Cada chamada é identificada pelo telefonista auxiliar de regulação médica e, posteriormente, avaliada pelo médico regulador. O médico define a melhor intervenção que pode variar entre uma simples orientação até o deslocamento de uma unidade móvel (CASAGRANDE; STAMM; LEITE, 2013). A norma, preconizada pelo Ministério da Saúde, tem o objetivo de garantir o encaminhamento mais adequado e permite que o médico regulador vá prestando as primeiras recomendações sobre o socorro, ainda pelo telefone, enquanto a pessoa aguarda a chegada da ambulância (BRASIL, 2006).

O modelo adotado pelo SAMU/RS combina-se entre o modelo francês e o americano. As equipes de atendimento cobrem cidades com mais de 100 mil habitantes ou conjuntos de cidades que atingem essa população (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

A unidade de suporte básico (USB) é um veículo destinado de socorro de pacientes com risco de vida conhecido ou desconhecido, não classificado com potencial para intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino. As 30 Regiões de Saúde do Estado possuem USB em atividade (COREN/PE, 2015).

A Unidade de Suporte Avançado (USA) é um veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar, daqueles que necessitam de cuidados médicos intensivos. A Motolância (MT) é conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento

para condução. O veículo de Intervenção Rápida é tripulado por, no mínimo, um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro. Ambos componentes servem para apoio às Unidades de Suporte Básico e/ou Avançada (MINAYO; DESLANDES, 2008).

O Serviço Aeromédico é realizado de forma conjunta entre a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria de Segurança Pública, a equipe é composta por um profissional médico, um enfermeiro do SAMU e dois pilotos do Batalhão de Aviação Aérea/ Brigada Militar (RIO GRANDE DO SUL, 2015a, 2016, 2015b).

1.4 ATENDIMENTO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS PELOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

O SAMU 192 deve chegar precocemente à vítima após a ocorrência de algum agravo de saúde, de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica ou outra. A Central de Regulação funciona como ordenadora da RUE, estabelecendo o fluxo das referências e contra-referências a partir da classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência (BRASIL, 2012b).

Estudos apontam para a grande parte dos acionamentos do SAMU 192 em função de agravos de natureza traumática, porém os acionamentos de natureza clínica também chamam atenção pelas maiores proporções de procura (CASAGRANDE, STAMM, LEITE, 2013; LEFUNDES et al., 2016; DIAS et al., 2016).

Lefundes et al. (2016) apontam para o atendimento de grande volume de condições clínicas, as quais poderiam ser resolvidas na APS.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam uma ameaça para a saúde e desenvolvimento a todas as nações. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima em cerca de 36 milhões as mortes anuais por esse grupo de doenças, cujas taxas de mortalidade já são muito mais elevadas nos países de baixa e média renda (MALTA et al., 2017).

Elas podem ser consideradas um dos maiores problemas de saúde pública, com destaque para as doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), além de diabetes mellitus (DM), câncer e doenças respiratórias crônicas (MALTA et al., 2017).

A população está em processo crescente de envelhecimento, resultando em um aumento significativo de doenças crônicas. O Brasil passa por transição epidemiológica e demográfica com queda das mortes por doenças infectocontagiosas e aumento das mortes por doenças

crônicas não transmissíveis (MALTA et al., 2017). As doenças crônicas constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes (WHO, 2014).

A partir dos anos 1970 é incorporado à população brasileira 650 mil novos idosos e a grande maioria é portador de alguma doença crônica. Em 1960, o número de idosos era em torno de três milhões, enquanto em 2008 esse valor já correspondia a aproximadamente 20 milhões, ocorrendo um aumento de quase 700% dessa população (VERAS, 2009).

Assim, o país está vivenciando e aumentando o número de doentes crônicos, pessoas vítimas de violência, de acidentes no trânsito e com condições infectocontagiosas, o Sistema Único de Saúde (SUS) se depara com o desafio de organizar o sistema de saúde de maneira interligada para que seja possível atender as diferentes complexidades e necessidades de saúde (LEFUNDES et al., 2016).

A complexa situação no Brasil tem sido definida, recentemente, como tripla carga de doenças, porque envolve, ao mesmo tempo: primeiro, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; segundo, o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada; e terceiro, o forte crescimento da violência e das causas externas (MENDES, 2010).

Diante dessa realidade, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, enfatizando ações populacionais para controlar as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doença respiratória crônica, predominantemente pelo controle do fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool (MENDES, 2010).

A organização da atenção e da gestão do SUS ainda se caracteriza por fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, existindo incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção. O modelo de atenção não tem acompanhado a mudança no perfil epidemiológico da população, na qual há ascensão das doenças crônicas, mostrando-se inadequado para enfrentar os desafios postos por essa situação de saúde (MENDES, 2010).

Para uma rede ser organizada, a fim de atender os principais problemas de doença dos usuários de urgência e emergência, é necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, no qual se evidencia um acentuado e rápido envelhecimento da população, além do aumento da expectativa de vida nas últimas décadas (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

O fator longevidade no País também deve ser considerada a acentuada queda da natalidade, para que novas estratégias em saúde sejam pensadas. O último Censo, realizado em 2010, apresentou, em relação a um aumento de 12,3% da população brasileira, o que revela uma objetiva diminuição do ritmo do crescimento populacional, se assemelhando a padrões europeus (BRASIL, 2018b). Neste contexto epidemiológico e de desenvolvimento do SUS, a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) tem se colocado como peça fundamental para o enfrentamento de obstáculos, tanto com relação ao cuidado das pessoas com doenças crônicas como nos sistemas de saúde nacionais Organización Panamericana de la (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010).

O cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral, essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede, em que cada serviço deva ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita (MALTA; MERHY, 2010).

A formação de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde tem se mostrado como forma de organização de sistemas de saúde eficaz para responder a alguns desses desafios os estruturais e epidemiológicos, trazendo melhores resultados para os indicadores de saúde (MENDES, 2010).

As condições crônicas podem evoluir para eventos agudos, decorrentes de sua agudização causados pelo mal manejo dessas condições crônicas pelos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Os eventos agudos são diferentes de condições agudas sendo comum que ocorram nas condições crônicas. Dessa forma, os pontos de atenção hospitalar, junto as unidades de pronto atendimento (UPA) e ao SAMU, fazem papel importante neste cuidado. O Ministério da Saúde realiza ações realizando esforços permanentes e progressivos no sentido de fortalecer a sua RUE em busca da resolutividade nesses cenários assistenciais (MENDES, 2010).

As portas de urgência e emergência podem ser importantes marcadores de qualidade de condição de saúde de uma população, bem como, a atuação do sistema de saúde. Podendo, também, identificar agravos à saúde de uma população e agravos recorrentes (MARQUES; LIMA; CICONET, 2011).

Estudo sobre usuários frequentes em emergência hospitalar que é um dos componentes da RUE) mostra o predomínio feminino, idosos, pessoas com doenças crônicas. Ainda, a

procura desse serviço prevalece em dias úteis e período diurno, com risco urgente, gerando tempo de permanência alto no serviço e grande taxa de internação (ACOSTA; LIMA, 2015).

Estudos apontam para influência da condição socioeconômica sobre o uso dos serviços de emergência, tanto pré-hospitalar quanto hospitalar, indicando a importância do papel da APS de qualidade e resolutiva (BRASIL, 2010; VANSTONE et al., 2014), bem como reportam o acionamento de serviços de emergência pré-hospitalar para condições crônico-degenerativas (CASAGRANDE; ESTAMM; LEITE, 2013; DIAS et al., 2016; VASTONE, 2014; VILLANI et al., 2017).

1.5 JUSTIFICATIVA

A história do SAMU 192 no Brasil é relativamente recente, porém o serviço contribuiu muito para o atendimento em situações de emergência da população brasileira. Contudo, a literatura reporta o grande uso do serviço de emergência pré-hospitalar para atendimento de causas clínicas. Em alguns casos, o uso está relacionado com a condição socioeconômica local e outros em decorrência da transição epidemiológica que o Brasil passa.

Em função do aumento da expectativa de vida populacional, há o aumento da carga de doenças crônico-degenerativas que não são devidamente tratadas na APS.

Apesar de algumas evidências apontando para o uso do SAMU 192 para atendimento de demandas de condições crônicas. Frente as decisões anteriores sobre a necessidade de atendimento pelo SAMU, com qualidade no âmbito do SUS se torna importante esse estudo que investigue especificamente parte destes atendimentos, em que se possa determinar as causas das doenças que demandam atendimento dos serviços de emergência pré-hospitalar, sua gravidade, tipo de serviço dispendido a esse atendimento, bem como seus desfechos.

1.6 PROBLEMA DE PESQUISA

Quais são as demandas de condições crônicas atendidas pela Central Estadual de Regulação de Urgências do Estado do Rio Grande do Sul nos anos de 2016 e 2017?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as demandas de atendimento das doenças pré-hospitalar do serviço de atendimento móvel de urgência através dos atendimentos da Central de Regulação de Urgência e Emergência do Estado do Rio Grande do Sul nos anos de 2016 e 2017.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar o perfil demográfico e clínico das chamadas de acionamento do SAMU para atendimento de condições crônicas;
- b) Verificar o tipo de unidade deslocada para atendimento de condições crônicas;
- c) Descrever os desfechos dos atendimentos de condições crônicas realizados pelo SAMU;
- d) Identificar a classificação de gravidade da condição crônica entre os atendimentos realizados pelo SAMU.

3 MÉTODOS

3.1 HIPÓTESE

H1: Acredita-se que a maioria dos acionamentos de chamadas de doenças crônicas sejam realizadas por mulheres, acima de 60 anos, sendo que a maior demanda de usuários com doenças crônicas do grupo de doenças cérebro vasculares.

H2: Os atendimentos realizados de casos de condições crônicas são removidos para portas hospitalares de atenção à urgência.

H3: Os atendimentos realizados pelo SAMU de condições crônicas, devido sua severidade são atendidos em maioria pelo suporte avançado de vida.

H4: Os atendimentos realizados pelo SAMU de condições crônicas são de casos com gravidade moderada ou alta.

3.2 DESENHO DO ESTUDO

Estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa.

3.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Com o propósito de dar resposta a pesquisa foram elegíveis as seguintes variáveis: doenças cardiovasculares, metabólicas e respiratórias. Perfil das vítimas atendidas (sexo, idade), tipo de classificação das chamadas (baixa, moderada e alta) e motivo da chamada, origem do chamado, horário da chamada, tipo de equipe enviada para a ocorrência e qual destino final do paciente atendido.

ESPECIFICAR COMO FOI AVALIADA AS VARIÁVEIS

3.4 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi elaborado a partir das informações obtidas do banco de dados disponibilizados pela Central Estadual de Regulação de Urgência e Emergência do estado do Rio Grande do Sul. que utiliza o *software* TRUE. A análise dos dados foi realizada nas

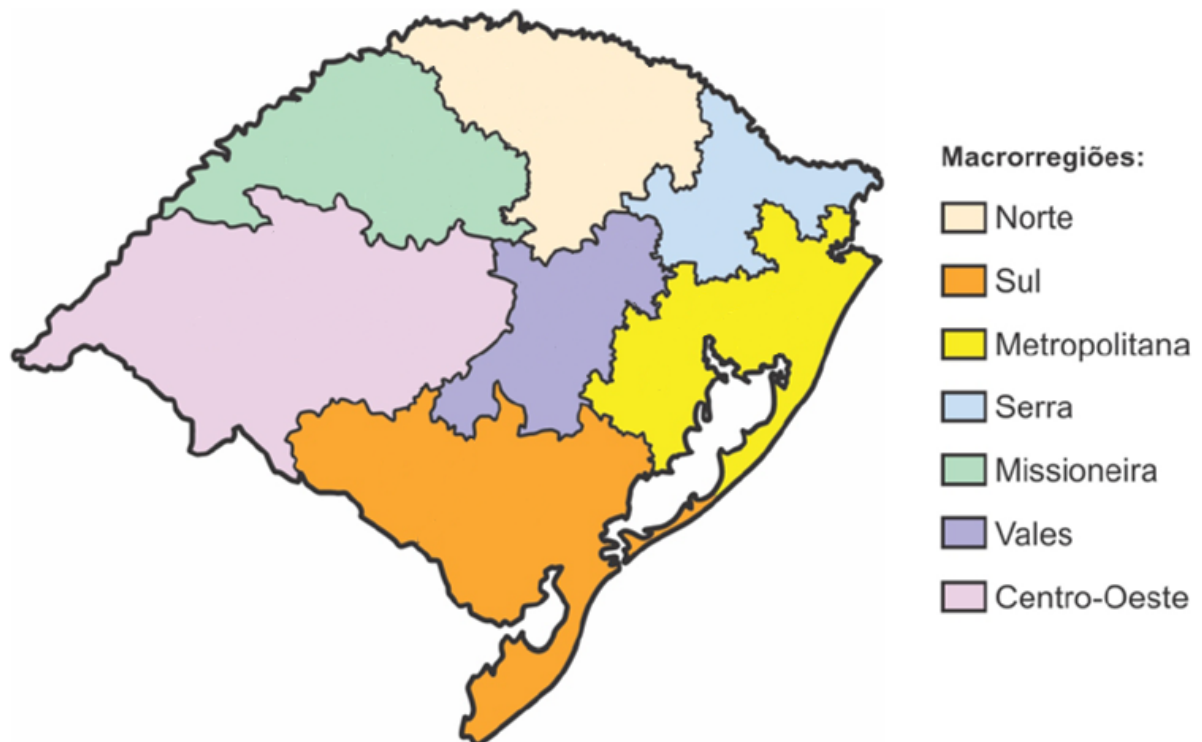
dependências do PPGSCOL pela equipe do *Grupo de pesquisa em gestão do cuidado, integralidade e educação em saúde* (GECIES).

DESCREVER ONDE FOI REALIZADO O ESTUDO

3.5 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população em estudo foram todos os usuários do sistema que fizeram chamadas por doenças não degenerativas. Contextualiza-se que o estado teve uma população estimada de 11.322.895 pessoas em 2017 (IBGE) e está dividido em sete macrorregiões (Figura 2), as quais têm as seguintes populações estimadas: Norte, 1.259.313; Sul, 1.075.977; Metropolitana, 4.951.606; Serra, 1.178.425; Missioneira, 912.190; Vales, 904.525; Centro-Oeste, 1.040.859.

Figura 2 – Macrorregiões do estado do Rio Grande do Sul



3.5.1 Critério de inclusão

Todos os registros das chamadas telefônicas efetuados pela população para atendimento de condições crônicas: doenças cardiovasculares, metabólicas e respiratórias.

3.5.2 Critério de exclusão

Foram excluídos os registros das chamadas telefônicas com dados incompletos, para atendimento de menores de 18 anos, condições infecciosas e condições cardiovasculares agudas, como infarto agudo do miocárdio.

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise estatística utilizou-se o banco de dados disponibilizado pelo SAMU. As variáveis qualitativas foram apresentadas em frequência absoluta e relativa. O teste de qui-quadrado de Pearson foi aplicado para a comparação entre grupos. A concordância entre gravidade presumida e comprovada foi feita através de Kappa.

Para todas as análises estatísticas foi adotado o valor de $p < 0,05$ para indicar diferença estatisticamente significativa entre os grupos. As análises foram realizadas no software estatístico SPSS, versão 20.0 IBM®.

3.7 INSTRUMENTO DE COLETA

O instrumento foi um roteiro elaborado pela pesquisadora a partir dos dados fornecidos pela Central de Regulação de Urgência/Emergência SAMU/RS, conforme roteiro elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE A) com base nas informações disponíveis no software TRUE. As informações coletadas foram: perfil do usuário, origem do chamado, horário de atendimento, tipo e motivo do agravo, chamados recorrentes, encaminhamentos médicos, tipo de veículo utilizado e destino pós atendimento.

3.8 RISCOS E BENEFÍCIOS

Os riscos da pesquisa foram mínimos, pois os dados utilizados foram a partir de informações contidas nos registros das chamadas telefônicas do SAMU. Acrescenta-se que o sigilo será mantido acerca de todas as informações que possam identificar dados pessoais, assim minimizando o risco anteriormente citado. Como benefício, a pesquisa oferecerá subsídios aos profissionais de saúde, gestores e usuários para que possam conhecer os indicadores

operacionais, contribuindo para o crescimento e o aprimoramento do SAMU, como serviço indispensável a população.

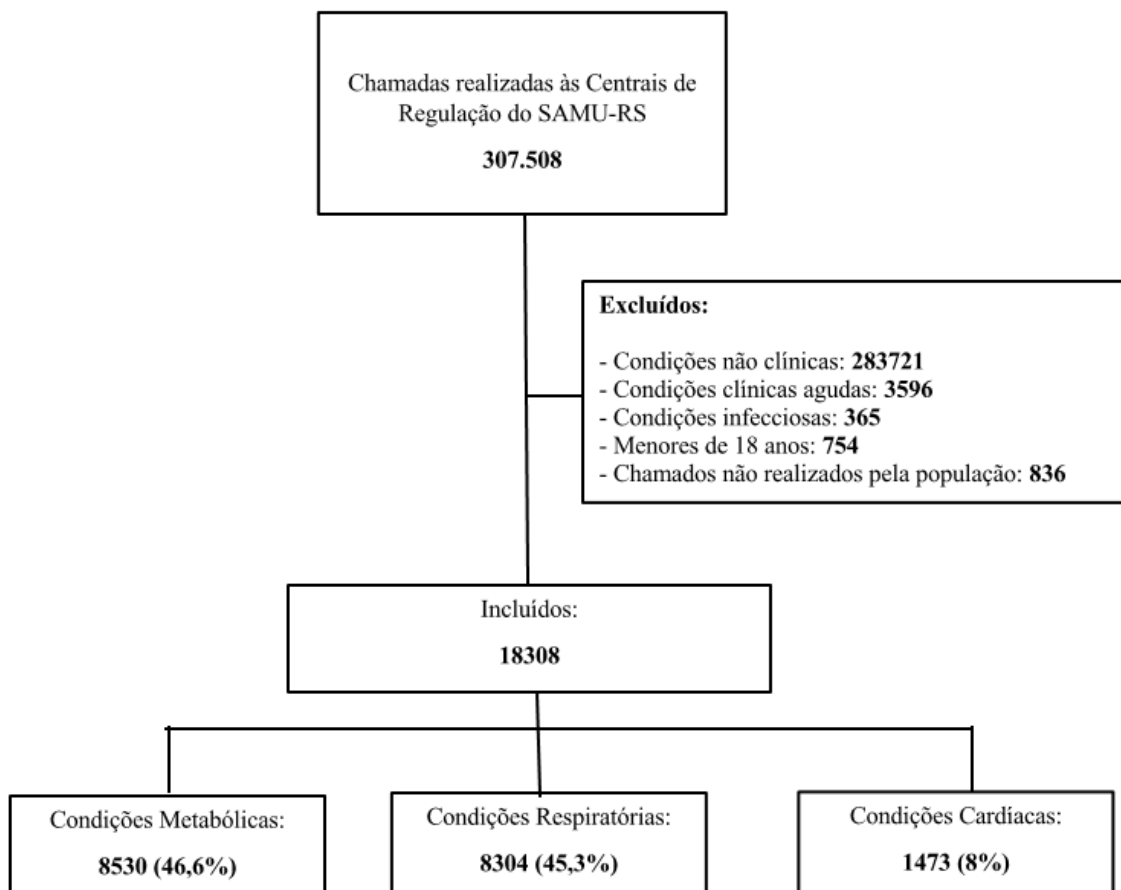
3.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa só foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense e autorização do local onde foi realizada a pesquisa mediante apresentação do projeto e Carta de Aceite (ANEXO B), tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos pacientes, conforme Termo de Confiabilidade (ANEXO C) e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica. Tratando-se de uma pesquisa que utiliza dados secundário, não é necessário o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo CEP – Parecer nº: 2.509.326/2018 (ANEXO D).

4 RESULTADOS

No período de 2016 a 2017 a central de regulação de urgência e emergência do SAMU-RS registrou 30.7580 chamados, dos quais, 18.308 foram incluídos no estudo. Os registros incluídos no estudo se distribuem da seguinte forma: (8530) 46,6% são chamados referentes às condições metabólicas; (8304) 45,3% respiratórias e (1473) 8% cardíacas (Figura 3). Ainda, ressalta-se que dentre as condições metabólicas as afecções que originaram o chamado foram Diabetes e Insuficiência Renal Crônica (ICR), dentre as respiratórias, Asma e DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica). E das cardíacas foram incluídos os chamados por arritmias.

Figura 3 - Fluxograma da inclusão dos chamados no estudo



A distribuição dos chamados nas macrorregiões do Estado do Rio Grande do Sul mostra a região Metropolitana com 47,1%, seguida pela Macrorregião do Centro Oeste com 13,5%

delas. A macrorregião com a menor frequência foi a Sul, com 2,2% das ligações (tabela 1). Cabe ressaltar as características de cada região, sendo a Metropolitana a mais populosa do estado.

Tabela 1 – Distribuição dos chamados por macrorregião do estado do Rio Grande do Sul

Macrorregião	n (%)
Macrorregião Norte	2125 (11,6)
Macrorregião Missioneira	1863 (10,2)
Macrorregião Vales	1902 (10,4)
Macrorregião Centro-Oeste	2480 (13,5)
Macrorregião Sul	403 (2,2)
Macrorregião Metropolitana	8625 (47,1)
Macrorregião Serra	907 (5,0)
Total	22717(100)*

Fonte: Dados fornecidos pelo SAMU. Dados apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%). *03 dados omissos no sistema.

A Tabela 2 apresenta o dia da semana, período da ligação ao SAMU e o tipo de solicitante.

Tabela 2 – Distribuição dos chamados de acordo com dia da semana, período

Dia da semana	n (%)
Domingo	2639 (14,4)
Segunda	2839 (15,5)
Terça	2607 (14,2)
Quarta	2464 (13,5)
Quinta	2567 (14,0)
Sexta	2663 (14,5)
Sábado	2529 (13,8)
Total	18308 (100)
Período	n (%)
Madrugada	3768 (20,6)
Manhã	6387 (34,9)
Tarde	4614 (25,2)
Noite	3539 (19,3)
Total	18308 (100)

Fonte: Dados fornecidos pelo SAMU. Dados apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%). PA: Pronto Atendimento.

Conforme a tabela 02, em relação ao dia da semana, segunda-feira ficou demonstrado a maior porcentagem das ligações (15,5%), seguido por sexta-feira (14,5) e domingo (14,4%). O dia da semana com o menor número de ligações ao SAMU foi quarta-feira

(13,5%), porém ressalta-se que não são observadas grandes variações nas frequências de chamados nos diferentes dias da semana. Em relação ao turno em que a ligação foi efetuada, pela manhã encontra-se 34,9% das ligações, seguido pela tarde com 25,2% e madrugada e noite com 20,6% e 19,3% respectivamente.

Tabela 3- Incidente no local do resgate e classificação da gravidade

Incidente e gravidade comprovada no local de atendimento	n (%)
Incidente local (n=107)	
Paciente Recusa Atendimento	23 (21,5)
Paciente Recusa Hospitalização	57 (53,3)
Outros incidentes	27 (25,2)
Classificação da gravidade* (n=14944)	
Baixa	3151 (21,1)
Moderada	10319 (69,1)
Alta	1474 (9,9)

Fonte: Dados fornecidos pelo SAMU. Dados apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%). *Classificação da gravidade comprovada no local de atendimento.

Dentre o total de chamados foram registrados 107 incidentes (0,6%), a recusa do paciente à hospitalização representou a maior porcentagem, com 53,3% do total (57 casos de incidentes) - Tabela 3. Quanto a gravidade, somente 14944 registros constavam a gravidade comprovada (81,6% do total de registros), dentre estes a grande maioria dos chamados eram de gravidade moderada 69,1% (10319), seguido de baixa 21,1% (3151).

As condições clínicas foram classificadas em: cardiovascular, metabólicas e respiratórias. Nas afecções cardiovasculares foram incluídas apenas as arritmias (1473), pois os demais registros incluíam afecções como infarto agudo do miocárdio e síndrome coronariana aguda. Quanto às afecções metabólicas (8530), diabetes mellitus representou 45,3% do total de chamados (8288) e insuficiência renal crônica teve 1,3% (242). Por último, as afecções do trato respiratório foram especificadas em asma (10,7% e 1968 casos) e DPOC – doença pulmonar obstrutiva crônica (34,6% e 6337 casos).

Tabela 4- Distribuição dos chamados de acordo com as condições clínicas

Condições Clínicas	n (%)
Cardiovascular	
Arritmia	1473 (8,0)
Metabólicas	
Diabetes Mellitus	8288 (45,3)
Insuficiência Renal Crônica	242 (1,3)
Respiratórias	
Asma	1968 (10,7)
DPOC	6337 (34,6)

Fonte: Dados fornecidos pelo SAMU. Dados apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%). DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

Referente as características do atendimento são descritas na tabela 5. A decisão de destino mais frequente foi a remoção necessária e possível, representando 70,3% dos chamados, seguida de remoção não necessária 29,2% (5342). O destino final do atendimento foi em sua maioria o hospital, com 75,3% (12879), seguido por Unidade de Pronto Atendimento com 24,1% e UBS com 0,7% dos casos. A equipe mais encaminhada para o atendimento foi a de Suporte Básico 87,5% (16015), sendo este o tipo de equipe mais frequentemente encontrado no SAMU.

Tabela 5- Decisão de destino do atendimento, Decisão do destino final e Tipo de transporte

Características do Atendimento	n (%)
Decisão destino	
Cancelado	67 (0,4)
Mantido em regulação	20 (0,1)
Remoção não necessária	5342 (29,2)
Remoção necessária e possível	12879 (70,3)
Total	18308 (100)
Destino final	
Hospital	8812 (75,3)
Unidade Básica de Saúde	77 (0,7)
Unidade de Pronto Atendimento/PA	2817 (24,1)
Total	11706 (100) *
Tipo de equipe	
Motolância e Intervenção Rápida	27 (0,1)
Suporte Avançado	2266 (12,4)
Suporte Básico	16015 (87,5)
Total	18308 (100)

Fonte: Dados fornecidos pelo SAMU. Dados apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%). PA: Pronto Atendimento. *Omissos no sistema 6602 casos.

Na tabela 6 nota-se que o sexo feminino representa a maior porcentagem de ligações com 52,5% (9616), em contrapartida o sexo masculino encontra a porcentagem de 47,5% e 8692 casos. Na faixa etária ressaltam-se os idosos sozinhos são responsáveis por mais da metade 71,8% (13136), e representam a população que mais possuem doenças crônicas. O envelhecimento da população é um fator que deve ser de preocupação dos gestores de serviços de saúde, pois um envelhecimento não saudável acarretará gastos na manutenção dos serviços de saúde. Quando o idoso é ativo, trará menos custo e será produtivo por mais tempo.

Tabela 6- Perfil demográfico dos solicitantes

Sexo	n (%)
Feminino	9616 (52,5)
Masculino	8692 (47,5)
Total	18308 (100)
Faixa etária	n (%)
Abaixo de 19 anos	92 (0,5)
20-29 anos	501 (2,7)
30-39 anos	868 (4,7)
40-49 anos	1184 (6,5)
50-59 anos	2527 (13,8)
60-69 anos	4049 (22,1)
70-79 anos	4663 (25,5)
Acima de 80 anos	4424 (24,2)
Total	18308 (100)

Fonte: Dados fornecidos pelo SAMU. Dados apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%).

Na tabela 7 foi analisada a concordância entre gravidade presumida pela equipe (no momento do chamado) e a gravidade comprovada (verificada no local do acidente). Observa-se o maior percentual casos presumidos e comprovados como gravidade moderada (72,1%), contudo não existe concordância entre a gravidade presumida e a comprovada ($p=0,426$).

Tabela 7- Análise de concordância entre Gravidade presumida e Gravidade comprovada

Gravidade presumida	Gravidade comprovada				Kappa	Valor de p
	Baixa	Moderada	Alta	Total (%)		
Baixa	20 (0,3)	64 (0,8)	2 (<0,1)	86 (1,1)	0,003	0,426
Moderada	1547 (19,8)	5626 (72,1)	541 (6,9)	7714 (98,8)		
	Alta	1 (1,4)	3 (5,1)	3 (<0,1)		
Total (%)	1568 (20,1)	5693 (72,9)	546 (7)	7807 (100)		

Fonte: Dados fornecidos pelo SAMU. Dados apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%). Análise de concordância de Kappa =0,003 e valor de $p=0,426$.

A tabela 8 ilustra os dados demográficos de acordo com a gravidade comprovada dos chamados. O maior percentual de chamados classificados como gravidade alta foi realizado para atendimento de idosos (71,9%; $p \leq 0,001$), enquanto o maior percentual de chamados classificados como baixa foram realizados pelo sexo feminino (54,5%; $p = 0,043$), porém ressalta-se que a maior parte dos chamados são classificados como gravidade moderada.

Tabela 8 - Comparação entre dados demográficos e gravidade comprovado dos chamados

Faixa Etária	Gravidade Comprovada				Valor de p
	Baixa	Moderada	Alta	Total (%)	
Até 19 anos	22 (0,6)	48 (0,5)	3 (0,2)	73 (0,5)	$\leq 0,001^*$
De 20-59 anos	973 (30,9)	2792 (27,1)	360 (24,4)	4125 (27,6)	
Acima de 60 anos	2156 (68,4)	7417 (71,9)	1059 (71,9)	10742 (71,9)	
Total (%)	3151 (100)	10316 (100)	1473 (100)	14940 (100)	
Sexo					
Feminino	1718 (54,5)	5363 (52)	774 (52,5)	7855 (52,6)	$\leq 0,043^*$
Masculino	1433 (45,5)	4895 (47,4)	700 (47,5)	7089 (47,4)	
Total	3151 (100)	10319 (100)	1474 (100)	14944 (100)	

Fonte: Dados fornecidos pelo SAMU. Dados apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%). *Indica significância estatística no teste de Qui-quadrado de Pearson.

As equipes foram divididas em 03: Intervenção Rápida (IR) e Motolância (MT), Suporte Avançado (SA), Suporte Básico (SB). A tabela 9 demonstra a comparação entre as variáveis descritas anteriormente. A equipe de suporte básico foi a mais frequentemente enviada para atender os chamados classificados como gravidade baixa (87,3%; $p = 0,001$), o que é um resultado esperado, considerando que este é o tipo de equipe mais comumente encontrada no SAMU e é adequada para atendimento desse tipo de gravidade.

Tabela 9- Comparação entre Tipo de equipe e Gravidade comprovada

Tipo de equipe	Gravidade comprovada				Valor de p
	Baixa	Moderada	Alta	Total (%)	
IR e MT	12 (0,4)	7 (0,1)	1 (0,7)	20 (0,1)	$0,001^*$
SA	388 (12,3)	1313 (12,7)	206 (14)	1907 (12,8)	
SB	2751 (87,3)	8999 (87,2)	1267 (85,9)	13017 (87,1)	
Total (%)	3151 (100)	10319 (100)	1474 (100)	14944 (100)	

Fonte: Dados fornecidos pelo SAMU. Dados apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%). *Indica significância estatística no teste de Qui-quadrado de Pearson. IR: Intervenção Rápida; MT: Motolância; SA: Suporte Avançado; SB: Suporte Básico.

Adicionalmente, foi realizada uma análise quanto a decisão de destino de acordo com a afecção comprovada, separadamente para cada classificação de gravidade (tabela 10).

Tabela 10 - Comparação entre decisão de destino e afecção comprovada de acordo com a gravidade comprovada

Decisão destino	Afecção comprovada			Total	Valor de P
	Cardiovascular	Metabólica	Trato respiratório		
Gravidade baixa					
Cancelado	2 (3,3)	6 (0,2)	3 (0,5)	11 (0,3)	
Mantido em regulação	0 (0)	2 (0,1)	0 (0)	2 (0,1)	
Remoção não necessária	7 (11,5)	2287 (90,3)	265 (47,5)	2559 (81,2)	≤0,001*
Remoção necessária e possível	52 (85,2)	237 (9,4)	290 (52)	579 (18,4)	
Total	61 (100)	2532 (100)	558 (100)	3151 (100)	
Gravidade moderada					
Cancelado	9 (0,9)	10 (0,2)	6 (0,1)	25 (0,2)	
Mantido em regulação	0 (0)	8 (0,2)	0 (0)	8 (0,1)	
Remoção não necessária	4 (0,4)	1643 (41,6)	94 (1,7)	1741 (16,9)	≤0,001*
Remoção necessária e possível	944 (98,6)	2293 (58)	5308 (98,2)	8545 (82,8)	
Total	957 (100)	3954 (100)	5408 (100)	10319 (100)	
Gravidade alta					
Mantido em regulação	0 (0)	3 (0,5)	0 (0)	3 (0,2)	
Remoção não necessária	1 (0,5)	214 (36,8)	12 (1,8)	227 (15,4)	≤0,001*
Remoção necessária e possível	222 (99,5)	364 (62,7)	658 (98,2)	1244 (84,4)	
Total	223 (100)	581 (100)	670 (100)	1474 (100)	

Fonte: Dados fornecidos pelo SAMU. Dados apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%). *Indica significância estatística no teste de Qui-quadrado de Pearson.

Quando analisadas as classificações moderada e alta a afecção cardíaca promoveu a maior frequência de remoção necessária (98,6%; $p \leq 0,001$ e 99,5%; $p \leq 0,001$, respectivamente), na classificação de gravidade baixa, em 90,3% das afecções metabólicas a remoção não foi necessária ($p \leq 0,001$), esse resultado sustenta a hipótese de que muitos chamados realizados ao SAMU poderiam ser resolvidos na atenção primária em saúde.

A tabela 11 apresenta o destino dos atendimentos realizados pela equipe do SAMU. Os casos classificados com gravidade baixa e alta, a principal decisão de destino das afecções cardíacas foi o hospital (67,3%; $p = 0,067$ e 93,5%; $p \leq 0,001$, respectivamente).

Tabela 11- Comparação entre destino final e afecção comprovada de acordo com a gravidade

Destino final	Afecção comprovada			Total	Valor de p
	Cardiovascular	Metabólica	Trato Respiratório		
Gravidade baixa					
Hospital	33 (67,3)	137 (61,4)	146 (55,3)	316 (59,0)	0,067*
UBS	0 (0)	0 (0)	6 (2,3)	6 (1,1)	
UPA/PA	16 (32,7)	86 (38,6)	112 (42,4)	231 (43,1)	
Total	49 (100)	223 (100)	264 (100)	536 (100)	
Gravidade moderada					
Hospital	654 (77,6)	1562 (74,4)	3601 (74,4)	5817 (74,7)	0,269
UBS	7 (0,8)	12 (0,5)	35 (0,7)	54 (0,7)	
UPA/PA	182 (21,6)	526 (25,1)	1189 (24,9)	1912 (24,6)	
Total	843 (100)	2100 (100)	4840 (100)	7783 (100)	
Gravidade alta					
Hospital	188 (93,5)	265 (80,3)	498 (85,1)	951 (85,2)	$\leq 0,001^*$
UBS	3 (1,5)	2 (0,6)	3 (0,5)	8 (0,7)	
UPA/PA	10 (5,0)	63 (19,1)	84 (14,4)	157 (14,1)	
Total	201 (100)	330 (100)	585 (100)	1116 (100)	

Fonte: Dados fornecidos pelo SAMU. Dados apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%). *Indica significância estatística no teste de Qui-quadrado de Pearson. UBS: Unidade Básica de Saúde; UPA: Unidade de Pronto Atendimento; PA: Pronto Atendimento.

5 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados neste estudo referem-se às demandas de atendimento de condições crônicas pré-hospitalar do serviço de atendimento móvel de urgência através dos atendimentos da Central de Regulação de Urgência e Emergência do Estado do Rio Grande do Sul nos anos de 2016 e 2017.

A macrorregião com maior número de ligações foi à metropolitana (n=10.693; 47,1%) devido ao maior número de municípios que ela absorve e, no total, maior populacional. Faz-se importante mencionar que a assistência do SAMU ainda é bastante desigual entre estados e regiões; tendo o Sul com uma cobertura significativa, acima de 80%, e simétrica entre os estados (O'DWYER et al., 2017). Explicam O'Dwyer et al. (2017) que a implantação das centrais reguladoras é de imprescindível para a prestação de serviços ser efetiva e eficiente, acrescenta-se ainda que o ato de regular é prerrogativa do médico, que é o profissional dependente das condições estruturais das Centrais de Regulação e do seu conhecimento e capacidade de mobilização dos recursos e regras cabíveis.

Dos 18308 registros, o dia da semana com mais ligações foi segunda-feira, sendo o período da manhã aquele com maior número de chamados. O estudo de Szyhta (2016), com pacientes em sofrimento mental, detectou o maior número de ligações na quarta-feira; com horário de pico de atendimento pela manhã, entre 11:00 até 12:00, sendo a quarta-feira o dia com mais ligações atendidas.

Foi evidenciado nessa pesquisa o dia e horário de maior pico de atendimento, o que destaca a relevância desse item tendo em vista a escassez na literatura sobre esse tipo de informação. Estudo realizado em Olinda/PE destaca que a maioria dos atendimentos (4,6%) ocorreu em finais de semana no primeiro semestre de 2006; em Campinas a situação é oposta, os sábados (13,5%) e domingos (12,4%) são os dias com menos número de chamados, estando as ligações concentradas no meio da semana (SZYHTA, 2016).

Para a organização do serviço é importante entender os dias com maior demanda de chamados pois, as escalas dos profissionais podem ser acertadas aos horários de pico e de maior tranquilidade no serviço; acrescenta-se ainda que há um maior ou menor número de ligações no SAMU em um dia ou horário específico, podendo assim entender que os serviços da rede de assistência à saúde trabalham de forma mais ordenada, ou com dificuldade de prestação de atendimento naquele período (SZYHTA, 2016). Nesse estudo se evidenciou um grande número de chamados na segunda-feira, nos períodos manhã e tarde, horários de funcionamento da

atenção primária. Ressalta-se, desse modo, que 81,2% dos atendimentos classificados como gravidade baixa a remoção não foi necessária.

Explicam Soares et al. (2018) esse tipo de atendimento de condições crônicas pré-hospitalar do serviço de atendimento móvel de urgência envolve, em sua maioria, um tipo de agravo à saúde no contexto da urgência e emergência, que na maioria das vezes são vivenciadas indivíduo, família e/ou comunidade em algum momento da vida.

Em relação a ocorrência de incidência e classificação da gravidade no local do atendimento, obteve-se maior número de paciente com recusa de hospitalização (n=61; 0,3%) e o tipo de gravidade foi a moderada (n=12.870; 56,7%). Vecina Neto e Malik (2007) afirmam que a procura pelos serviços de urgência e emergência decorrem dos mais variados quadros mórbidos que acometem a população. Além disso, destaca-se a fragilidade entre as atenções primárias e secundárias, acarretando uma maior demanda nos serviços de Urgência e Emergência (UE). Esse aumento na demanda por atendimento de UE pode ocasionar interferências e/ou perdas nas informações a serem repassadas entre os profissionais envolvidos com o atendimento. Podendo chegar ao local e detectar uma condição onde o paciente não aceita seguir para o hospital.

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 (ALMEIDA et al., 2016). Estudo realizado 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 (MARTINS, 2017).

Das afecções comprovadas e suas especificações, a maioria foi a metabólica, onde o diabetes mellitus representou o maior achado (n=8288; 45,3%) seguida da de DPOC de 34,6% (n=6337).

As doenças crônicas, as cardiovasculares se constituem uma significativa prevalência, e essa condição vem apresentando aumento de modo progressivo em relação com o avanço da idade (BRASIL, 2013b). Evidencia-se no Brasil um exacerbado crescimento da população idosa, o que valida uma expectativa do aumento de indivíduos maiores de 65 anos, acarretando o crescimento de doenças crônicas e infecciosas nessa população. Pode-se considerar também

as condições climáticas do Rio Grande do Sul, que favorece as afecções do trato respiratório (FECHINI; TROMPIERI, 2012).

A presente pesquisa identificou no perfil demográfico dos solicitantes, o sexo feminino foi mais representativo, sendo os idosos aqueles que majoritariamente acionaram os serviços. O estudo de Almeida et al. (2016) também identificou o maior número de solicitações para o sexo feminino, em concordância com o estudo de Martins (2017), onde a maioria dos pacientes atendidos foram do sexo feminino (n=849; 50,5%). Elucidam Almeida et al. (2016) que o resultado inerente a faixa etária acima dos 80 anos, 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 realizados no estudo, identificou um atendimento maior de pacientes jovens com possibilidade de inserção no mercado de trabalho.

Esta pesquisa também procurou analisar a concordância entre a classificação da gravidade no momento do chamado (gravidade presumida) e a classificação da gravidade no momento do atendimento (comprovada). Nosso estudo mostrou que não há concordância entre a gravidade presumida e a comprovada, podendo a equipe ser deslocada para atender um caso estimado como gravidade baixa e se deparar com casos de alta gravidade. Constata-se por meio desse estudo sua relevância por ser o único ou um dos poucos que descreve sobre gravidade no momento da chamada. Apenas o estudo realizado por Soares et al. (2012) que encontrou informações diferentes, onde as gravidades baixa e moderada foram a maioria dos dados identificados, mas não há comparação entre gravidade presumida e comprovada. A partir dos achados ressalta-se a importância de um sistema de classificação de risco para uma melhor padronização, entendimento adequado da equipe e envio de equipe adequada para o atendimento da ocorrência.

O estudo de Almeida et al. (2016) e de Martins (2017) também foram identificados um quantitativo maior de solicitações para o sexo feminino. Contudo, o resultado difere de outros semelhantes, como o de Tibães et al. (2018), onde os autores identificaram que a maioria dos atendimentos foi prestada a usuários do sexo masculino, perfazendo um total de 64.754 pessoas (55,22%), na faixa etária de 20 a 60 anos, correspondendo a 64.679 (55,62%) dos atendimentos. Também o estudo de Silva e Silva (2013) traz que, de um total de 120 atendimentos, observou-se que da população atendida 58,33% (70) eram do sexo masculino e 41,67% (50) do sexo feminino, sendo a principal faixa-etária desta população entre 60 a 69 anos de idade.

A pesquisa evidenciou o tipo de gravidade comprovada em relação a faixa etária e o sexo, percebeu-se que o sexo feminino e idosos foram mais frequentes em todas as

classificações de gravidade. Estudos realizados em unidades de atendimento pré-hospitalar, como o de Cabral e Souza (2008), também afirmam que as principais intercorrências envolvendo idosos se dão por complicações clínicas, devido à da incidência do Diabetes, problemas cardiovasculares e respiratórios. No estudo de Gonsaga et al. (2015) o motivo da chamada ao serviço de atendimento realizados em Palmas/TO revelaram que as causas externas graves foram os motivos principais para acionar o sistema, e com maior frequência, indivíduos com idade acima dos 60 anos. Nesse caso, cogita-se a queda como principal motivo de chamado. No presente estudo as causas externas foram excluídas, no intuito de representar os chamados por condições crônicas.

Gonsaga et al. (2013; 2015) explicam que essa tendência de aumento de chamados por idosos vem ocorrendo devido a mudanças importantes nas últimas décadas na pirâmide etária do Brasil, com o estreitamento de sua base e alargamento do corpo e topo, demonstrando um envelhecimento da população; sendo o reflexo no atendimento às urgências clínicas. No presente estudo se evidencia o grande número de chamados para atendimento de diabetes mellitus e DPOC, duas condições crônicas muito frequentes em idosos.

Na cidade de Porto Alegre/RS identificou-se a prevalência da taxa de 42% dos atendimentos gerados por indivíduos com idade acima dos 60 anos, com agravos clínicos graves (MARQUES; LIMA; CICONET, 2011). Por sua vez, Dias e Silveira (2017) citam um estudo que a faixa etária entre 20 a 60 anos foram prevalentes no SAMU da macrorregião centro sul do estado de Minas Gerais/MG. Semelhantes resultados foram identificados em um estudo realizado entre os de 2009 a 2013 no SAMU de Governador Valadares. No período pesquisado foi identificado um percentual maior nos atendimentos efetivos prestados na faixa etária de 20 a 59 anos, com 57,9% dos casos (DIAS; SILVEIRA, 2017). Cabe observar que estes estudos foram desenvolvidos com a população em geral, enquanto o estudo de Marques, Lima e Ciconet (2011) se assemelha com a presente pesquisa, que tem como foco condições crônicas atendidas pelo SAMU.

Segundo Miranda, Silva e Mendes (2016), os usuários na faixa etária de 60 anos ou mais, registraram o segundo maior número de atendimentos, o que está relacionado às mudanças ocorridas na pirâmide etária do Brasil, caracterizadas pelo envelhecimento da população e pela transição epidemiológica, com predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, sendo o serviço de urgência frequentemente solicitado nos casos de agudização de doenças crônicas. Silva e Silva (2013) ressaltam sobre a alta incidência de adoecimento nos primeiros anos do processo de senescência.

Os dados referentes ao tipo de equipe e a gravidade comprovada, o suporte básico foi o mais representativo em qualquer uma das classificações de nesse estudo. Os valores encontrados na pesquisa são bastante similares ao de Tibães et al. (2018), que, em seu estudo, nos atendimentos de urgência por unidades móveis predominaram as USB, com 87,5%. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Martins (2017), no qual o suporte básico obteve o total de 1114 (63,7%) e no estudo de Gomes et al. (2014), num trabalho desenvolvido em Curitiba, no Paraná, no qual se obteve do total de 5.839 atendimentos, 4.665 foram designados as USB.

Outros estudos realizados nos SAMU do país apresentam dados semelhantes aos achados sobre o tipo de suporte utilizado. Em Catanduva- SP, do total de 76.296 atendimentos realizados pelo SAMU no período de janeiro de 2006 a agosto de 2012, a USB foi utilizada em 90% das ocorrências (GONSAGA et al., 2013). Em Porto Alegre- RS, as equipes de suporte básico também foram as mais acionadas (MARQUES; LIMA; CICONET, 2011). Reforça-se que a equipe de suporte básico é o tipo de equipe que mais frequentemente atua no SAMU, portanto encontrar maior ativação desse tipo de equipe era um resultado esperado.

O estudo de Tibães et al. (2018) evidencia os atendimentos que, em sua maioria resultavam em remoção necessária e possível, com principal destino sendo o hospital, e atendimentos realizados por equipes de suporte básico (USB). As unidades são equipadas para realizar o primeiro atendimento às urgências e contam com técnico de enfermagem e condutor/socorrista, que intervém por meio de medidas não-invasivas sob orientação de médicos das centrais de regulação. As USB são em maior número no SAMU e sua utilização sinaliza atendimento de pacientes sem risco imediato de vida. Em alguns casos, as USB oferecem suporte às USA no atendimento a vítimas em estado grave.

Quando comparada a de destino com as condições que originaram os chamados, de acordo com a classificação da gravidade, as remoções necessárias e possíveis foram as mais frequentes nos chamados por agravos cardiovasculares, quando gravidade moderada ou alta, porém chama a atenção que dentre os casos de gravidade baixa as condições metabólicas foram responsáveis por mais de 90% chamados em que a remoção não foi necessária (90,3%). Casagrande, Stamm e Leite (2013), em relação aos motivos dos chamados entre os pacientes verificou maior prevalência para as condições cardiovasculares em 128 (20,5%) casos e respiratórias 107 (17,1%). No Brasil, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL. 2006), a maior causa de mortes é decorrente da doença cardiovascular e estima-se que as taxas tendem a

aumentar nos próximos anos em virtude do envelhecimento da população e a persistência de hábitos inadequados de alimentação e atividade física.

Quando comparados os destinos finais com as afecções que originaram os chamados, nota-se que independente da classificação de gravidade o principal destino foi o hospital para os chamados por condições cardíacas na pesquisa.

Elucidam O'Dwyer et al. (2017) sobre a importância de explicar que, diante da maior representatividade do hospital como destino final, deve-se se atender que a emergência está tradicionalmente superlotada principalmente nos locais de referência. Essa condição fica na dependência de uma integração com o restante do hospital para superar a superlotação. Também em concordância, Almeida et al. (2016), tem como principal desfecho dos atendimentos o encaminhamento das vítimas à unidade hospitalar (81,61%). O encaminhamento de pacientes para o hospital foi também verificado em outros estudos, como os de Gonsaga et al. (2015), Duarte, Lucena e Lorita (2011) e Casagrande (2013), sendo que neste último foi possível identificar que em 444 (71,2%) dos atendimentos o usuário foi transferido para o hospital local.

Segundo Silva e Silva (2013) a atenção dada aos atendimentos efetivados no local ressalta a necessidade de uma quantidade maior de unidades de pronto-atendimento e/ou unidades básicas de saúde, de modo que se possa viabilizar o atendimento rápido e eficaz para pacientes que apresentem chamados de baixa complexidade, evitando assim, o destino para os hospitais, que na presente pesquisa evidenciaram alto número casos em que a remoção não foi necessária em situações de baixa gravidade.

Além disso, é importante destacar que é o impacto econômico das doenças crônicas têm para o país. Este relaciona-se não só com os gastos por meio do uso do SUS, mas também com as despesas geradas em função do absenteísmo, das aposentadorias e da morte da população economicamente ativa (BRASIL, 2013b). Segundo estimativas, em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, cerca de 85%, apresentará pelo menos uma doença (IBGE, 2010).

O cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral. O modelo vigente, que utiliza propostas de cuidado fragmentado não tem tido sucesso na sua condução por não conseguir chegar ao singular de cada indivíduo e por impor olhares e fazeres que nada têm a ver com o usuário real, que está necessitando de atenção e de cuidado (MALTA; MERHY, 2010).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SAMU é um serviço público que atende os casos de urgência e emergência é responsável pelo componente de Regulação dos Atendimentos de Urgência, Atendimento Móvel de Urgência da região e transferências de pacientes graves, fazendo parte do sistema regionalizado e hierarquizado, capaz de atender, dentro da região de abrangência, todo enfermo, ferido ou parturiente em situação de urgência ou emergência, e transportá-los com segurança e com acompanhamento de profissionais de saúde habilitados técnica e legalmente até o nível hospitalar do sistema de saúde.

Através da Central de Regulação Médica das Urgências, são feitas as transferências inter-hospitalares de pacientes graves, promovendo o acionamento das equipes apropriadas e a transferência do paciente.

Ao avaliar as demandas de atendimento de condições crônicas pré-hospitalar do serviço de atendimento móvel de urgência através dos atendimentos da Central de Regulação de Urgência e Emergência do Estado do Rio Grande do Sul nos anos de 2016 e 2017, foram registrados 22720 chamados relacionados a atendimento crônicos.

Na caracterização do perfil demográfico e clínico das chamadas de acionamento do SAMU pelo atendimento de condições crônicas, o sexo feminino representou a maior parte dos usuários atendidos; os idosos foram os que mais acionaram o serviço e a macrorregião Metropolitana foi a região com o maior número de atendimentos.

A unidade de suporte básico foi a mais utilizada nos atendimentos, com predominância na segunda-feira no horário da manhã. Em relação à classificação da gravidade, a maioria foi moderada, a maioria dos usuários atendidos foi encaminhada para hospitais, o que revela uma tendência hospitalocêntrica, com preponderância de encaminhamento a hospital de referência (terciário).

Em geral, os idosos, apresentam multimorbidades, especialmente doenças crônicas degenerativas. No Brasil, a maioria das mortes são atribuídas às doenças crônicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares e respiratórias, diabetes, entre outras, incluindo as doenças renais.

Com isso, a transformação demográfica e epidemiológica no Brasil fez com que a demanda de serviços de ambulância sofresse modificações, diminuindo queixas agudas e aumento queixas relacionadas a condições crônicas, em pacientes mais idosos e que não necessariamente se beneficiam de atendimento imediato e do atendimento hospitalar.

O processo do envelhecer está associado a maior prevalência de doenças crônicas e de incapacidades, caracterizando-se por ser uma fase da vida na qual a utilização de serviços de saúde tende a aumentar. Ante ao exposto cabe destacar que envelhecer de modo saudável é um desafio dos novos tempos, para isso, faz-se necessária a implementação de uma política de saúde inovadora capaz de promover a saúde com diminuição da carga da doença.

No Brasil o SAMU é relativamente recente e vem contribuindo muito para o atendimento em situações de emergência da população brasileira.

Contudo, a literatura reporta o grande uso do serviço de emergência pré-hospitalar para atendimento de causas clínicas, em alguns casos o uso está relacionado com a condição socioeconômica local e outros em decorrência da transição epidemiológica que o Brasil passa devido ao aumento da expectativa de vida da populacional e por consequência o aumento da carga de doenças crônico-degenerativas. Embora as doenças crônicas sejam reconhecidas como prioridade de saúde em países de baixa e moderada renda, existe muitas pesquisas falta a aplicabilidade delas.

O SAMU, no entanto, precisa de mais tecnologias leves e duras como encontrar ferramentas para auxiliar no atendimento dessa demanda, através de orientações de saúde por via telefônica por médicos e enfermeiras de maneira qualificada, articulação com as redes de saúde, informando equipes de saúde da condição clínica do paciente e compartilhando a responsabilidade do cuidado com outros serviços.

O serviço de APH carece de uma integração com outros componentes da rede, e não apenas com as portas de pronto socorro, resultando cada vez mais em superlotações. Esta articulação demandará que a gestão dos serviços de saúde vá além da gerência individual dos componentes, direcionando para gestão integrada com o conceito de rede.

Entre as equipes do SAMU, o suporte básico são as que mais desenvolvem cuidados com os usuários. Essas equipes atendem e avaliam os pacientes e informando o profissional médico regulador, que prescreve a conduta e orienta sobre o serviço, para o qual o paciente deverá ser encaminhado.

Este estudo aponta para a necessidade de um sistema de classificação de risco dos chamados feitos ao SAMU, e para o número de atendimentos de baixa gravidade, para os quais não há necessidade de remoção da vítima, sendo o motivo do chamado principalmente por causas metabólicas. Entre essas a principal é o diabetes mellitus, que atinge grande parte da população, principalmente idosos.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. Frequent users of emergency services: associated factors and reasons for seeking care. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 337-44, fev./abr., 2015.

ALBINO, R. M.; RIGGENBACH, V. Medicina de urgência: passado, presente, futuro. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 33, n. 3, p. 3, 2004.

ALMEIDA, P. M. V. et al. Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.289-295, 2016.

ALMOYNA, M. M.; NITSCHKE, C. A. S. **Regulação Médica dos Serviços de Atendimento Médico de Urgência: SAMU**. 1999.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. 1990.

_____. Portaria nº 2923/GM/MS, de 09 de junho de 1998. **Institui incentivo financeiro de investimento para a aquisição de equipamentos e materiais permanentes e de custeio para re-forma, destinados à implantação e/ou implementação de Centrais de Regulação de Consultas e Exames e Centrais de Regulação de Internações Hospitalares de que trata a Portaria nº 1.559/GM/MS, de 1º de agosto de 2008, e implementação de Unidade Solicitante no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 1998.

_____. Portaria nº 2048 de 5 de novembro de 2002. **Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência**. 2002.

_____. Portaria nº 3125 de 7 de dezembro de 2006. **Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define competências**. 2006.

_____. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro De 2010. **Saúde**. M. D. 2010.

_____. Decreto nº 7508. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. 2011a.

_____. Portaria n 1459 de 14 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. 2011b.

_____. Portaria n 1600 de 7 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)**. 2011c.

_____. Portaria n 2.686 de 16 de novembro de 2011. **Redefine o Regimento Interno da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)**. Saúde, M. D. 2011d.

_____. Portaria n 3088 de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Saúde, M. D. 2011e.

_____. Portaria n 793 de 24 de abril de 2012. **Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Saúde, M. D. 2012a.

_____. Portaria N° 1.010 de 21 de maio de 2012. **Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências**. 2012b.

_____. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde: 84 p. 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

_____. Portaria n 483 de 1 de abril de 2014. **Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado**. Saúde, M. D. 2014.

_____. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. Cobertura e Centrais de Regulação das Urgências (Sistema de Regulação). 2018a. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/paineis/samu/corpao.php?uf_origem=BR-5570-201062789&uf_cidade=BR-&cidade_origem=&noestado=BRASIL>.

_____. **Informações de Saúde (TABNET)**. Demográficas e Socioeconômicas. SUS, D. D. I. D. 2018b.

BRITO, F. **A transição demográfica no Brasil**: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. UFMG/Cedeplar: Belo Horizonte, p.1-28. 2007.

CABRAL, A. P. D. S.; SOUZA, W. V. D. Mobile Emergency Care Service (SAMU): analysis of demand and its space distribution in a city of the Brazilian northeast. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 10, 2008.

CASAGRANDE, D.; STAMM, B.; LEITE, M. T. Perfil dos atendimentos realizados por uma Unidade de Suporte Avançado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Rio Grande do Sul. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v.23, n.3, p.149-155, 2013.

CICONET, R. M.; MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. **Interface: Comunicação Saúde e Educação** v.12, n.26, p.659-66, jul./set. 2008.

COREN/PE – Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco. **Parecer Técnico Coren-PE nº 003/2015**. 2015. Disponível em: <http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0032015_4124.html>. Acesso em: 8 de mai., 2019.

DIAS, E. G.; SILVEIRA, A. O. A. Perfil dos Clientes e Atendimentos Realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Macrorregião Norte de Minas. **Revista Interdisciplinar**, Minas Gerais, v. 10, n. 4, p. 50-59, out./nov./dez., 2017.

DIAS, J. M. D. C. et al. Perfil de Atención del Servicio de Atención Prehospitalaria Móvil de Urgencias Estatal. **Cogitare Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 1-9, jan./mar., 2016.

DUARTE, S. J. H.; LUCENA, B. B.; LORITA, L. H. M. Atendimentos prestados pelo Serviço Móvel de Urgência em Cuiabá, MT, Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.502-7, jul./set., 2011.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIRE, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**, São Paulo, Edição 20, v. 1, p.106-94, jan./mar., 2012.

GOMES, S. L. et al. Perfil das vítimas de acidentes motociclísticos admitidas nas terapias intensivas de um hospital público. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 7, p. 2004-2012, jul. 2014.

GONSAGA, R. A. T. et al. Características dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no município de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil, 2006 a 2012. **Epidemiologia, Serviço de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 2, p.317-324, abr./jun 2013.

GONSAGA, R. A. T et al. Padrão e necessidades de atendimento pré-hospitalar a idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2015; 18(1)19-28, 2015.

HENRY, J. A.; REINGOLD, A. L. Prehospital trauma systems reduce mortality in developing countries: a systematic review and meta-analysis. **J Trauma Acute Care Surg**, v. 73, n. 1, p. 261-8, jul., 2012.

LEFUNDES, G. A. A. et al. Caracterização das ocorrências do serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-10, 2016.

LOPES, S. L. B.; FERNANDES, R. J. **A Brief Review of Medical Prehospital Care.** Medicina, Ribeirão Preto, v. 32, p. 381-7, out./dez., 1999.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G.; O'DWYER, G. **Mobile Emergency Care Service: analysis of Brazilian policy.** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-28, jun., 2011.

MALTA, D.C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.51, Supl.1:4s, 2017.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010.

MARTINS, C. F. **Perfil do trabalho realizado pelo serviço de atendimento móvel de urgência em um município do sul brasileiro.** 2017. 81 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2017.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. D. S.; CICONET, R. M. Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre - RS. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 185-191, 2011.

MARTINS, P. P. S.; PRADO, M. L. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.56, n.1, p.71-75, 2003.

MARTINS, P. P. S. **Atendimento pré-hospitalar: atribuição e responsabilidade de quem?** Uma reflexão crítica a partir do serviço do corpo de bombeiros e das políticas de saúde “para” o Brasil à luz da filosofia da práxis. 2004. 264 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2004.

MEIRA, M. M. **Diretrizes para a educação permanente no serviço de 2007.** 2007. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal De Santa Catarina. Florianópolis, 2007.

MENDES, E. V. Health care networks. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-305, agost., 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.1877-1886, ago., 2008.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.507-519, 2016.

MURAD, M. K. et al. Prehospital trauma system reduces mortality in severe trauma: a controlled study of road traffic casualties in Iraq. **Prehosp Disaster Med**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 36-41, fev., 2012.

MURPHY, A. et al. Development of key performance indicators for prehospital emergency care. **Emergency Medicine Journal**, v. 33, n. 4, p. 286-92, abr., 2016.

O'DWYER, G. et al. Implementation of the Mobile Emergency Medical Service in Brazil: action strategies and structural dimension. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 7, p. e00043716, agost., 2017.

OLIVEIRA, É. A. D. Otimização da localização das bases de operação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: SAMU/BH através do uso do técnicas de Geoprocessamento. **Caminhos de Geografia**, Uberlândia, v. 9, n. 26, p. 12, junh., 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Séries Integradas de Servicios de Salud**: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. Washington, D.C. 4 2010. Disponível em: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf>. Acesso em 10 de fev., 2019.

PARAVAR, M. et al. Prehospital Care and In-hospital Mortality of Trauma Patients in Iran. **Prehosp Disaster Med**, v. 29, n. 5, p. 473-7, oc., 2014.

PAZÓ, R. G. et al. Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1891-1902, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 42.368 de 29 de julho de 2003. **Institui o Programa de Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar para Urgência e Emergência**. Saúde, S. E. D. Porto Alegre: Diário Oficial do Estado 2004.

_____. Resolução Nº 303/08 **Institui repactuação das centrais de regulação através da Comissão Intergestores Bipartite no Estado do Rio Grande do Sul (CIB/RS)**. SAÚDE, S. E. D. Diário Oficial do Estado 2008.

_____. Nota Técnica n 14: **Motolância SAMURS**. Saúde, S. E. D. 2016.

_____. Nota técnica 09: **Cadastramento do SAMU no CNES**. Saúde. S. E. D. 2013.

_____. Nota Técnica n 05: **Composição das Equipes de Intervenção do SAMU**. Saúde. S. E. D. 2015a.

_____. Nota Técnica n 11: **Atribuições e Competências dos condutores socorristas do SAMU/RS**. Saúde, S. E. D. 2015b.

SADLER, A. M.; DAVIS, A. How PAs became licensed to practice in the United States. **JAAPA**, v. 30, n. 7, p. 46-49, jul., 2017.

SILVA, A. P. F.; SILVA, L .L. Perfil epidemiológico dos idosos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) na cidade de Maceió/ AL. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Fits**, Maceió, v. 1, n. 2, p. 135-143, mai., 2013.

SZYHTA, C. C. **Perfil de atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Campinas com ênfase no cuidado de pacientes com sofrimento mental**. 2016. 84f. Dissertação (Mestrado Profissional em Medicina). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2016.

TELLES, V. D. S. **Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da USP - Movimento da Cruz Vermelha e a Cruz Vermelha brasileira**. 2018. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Documentos-anteriores-%C3%A0-cria%C3%A7%C3%A3o-da-Sociedade-das-Na%C3%A7%C3%B5es-at%C3%A9-1919/movimento-da-cruz-vermelha-e-a-cruz-vermelha-brasileira/Todas-P%C3%A1ginas.html>>. Acesso em: 10 de fev., 2019.

TIBÃES, H. B. B. et al. Perfil de Atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Norte de Minas Gerais. **Revista On Line de Pesquisa, Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 675-682, 2018.

VANSTONE, N. A. et al. Socioeconomic composition of low-acuity emergency department users in Ontario. **Canadian Family Physician**, v. 60, n. 4, p. 355-62, apr., 2014.

VERAS, R. **Population aging today: demands, challenges and innovations**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-54, junh., 2009.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1-9, jun., 2018.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, 2007.

VILLANI, M. et al. Utilisation of prehospital emergency medical services for hyperglycaemia: A community-based observational study. **PLoS One**, v. 12, n. 8, p. e0182413, 2017.

WHO - World Health Organization. 2008-2013 **Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases**. Geneva: WHO, 2014.

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS

1 PERFIL DO USUÁRIO

IDADE: _____ SEXO: () M () F () EM BRANCO () IGNORADO

2 ORIGEM DO CHAMADO

() DOMICÍLIO () UBS () UPA
() VIA PÚBLICA () CENTROS ESPECIALIZADOS () OUTROS

3 AGRAVO

3.1 TIPO

() CLÍNICO () OBSTÉTRICO () ORIENTAÇÕES
() TRAUMÁTICO () PSIQUIÁTRICO

3.2 MOTIVO SEGUNDO O TIPO DE AGRAVO

() ANAFILAXIA CLÍNICA	() DOR CLÍNICA INCAPACITANTE
() PCR	() AVC
() DOR TORÁCICA	() PIORA DO ESTADO GERAL
() CONFUSÃO MENTAL	() HEMORRAGIA CLÍNICA
() QUEDA DO SENSÓRIO	() CONVULSÃO
() ÓBITO PRESUMÍVEL	() SÍNCOPE
() DIARRÉIA E VÔMITOS	() OUTROS/CLÍNICA A ESCLARECER
() ABORTO	() DISPNEIA
() OUTROS/TRANSPORTE SOCIAL	() ECLÂMPsia/PRÉ-ECLÂMPsia
() PARTO CONSUMADO/NÃO HOSPITALAR	() PUÉRPERIO COMPLICAÇÕES
() TRABALHO DE PARTO	() DOR ABDOMINAL
() ABUSO DE ÁLCOOL	() ANSIEDADE
() MOTO X ANTEPARO	() ABUSO DE DROGAS
() CRISE CONVERSIVA	() COM AGITAÇÃO
() AGITAÇÃO PSICOMOTORA	() DEPRESSÃO
() TENTATIVA DE HOMICÍDIO	() TENTATIVA DE SUICÍDIO
() VÍTIMA DE ABUSO SEXUAL	() IDEAÇÃO SUICIDA
() SURTO PSICÓTICO	() ACIDENTE PLANTAS VENENOSAS
() ACIDENTE PRODUTO TÓXICO	() ACIDENTE ANIMAL PEÇONHENTO
() MORDEDURA DE ANIMAL	() FAB (FERIMENTO POT ARMA BRANCA)
() FAF (FERIMENTO POR ARMA DE FOGO)	() COMPLICAÇÕES GESTACIONAIS
() COMPLICAÇÕES PUERPERAIS	() AFOGAMENTO
() ASPIRAÇÃO CONTEÚDO GÁSTRICO/CE	() AGRESSÃO
() ATROPELAMENTO POR BICICLETA	() ATROPELAMENTO POR CAMINHÃO
() ATROPELAMENTO POR CARRO	() ATROPELAMENTO POR ÔNIBUS
() ATROPELAMENTO POR TREM	() COLISÃO ANIMAL X BICICLETA
() CAPOTAGEM DE VEÍCULO	() COLISÃO ANIMAL X MOTO
() COLISÃO CARRO X BICICLETA	() COLISÃO CARRO X CAMINHÃO
() COLISÃO CARRO X CARRO	() COLISÃO CARRO X MOTO
() COLISÃO CARRO X MURO/POSTE	() COLISÃO CARRO X ÔNIBUS
() COLISÃO CARRO X TREM	() COLISÃO CARRO X CAMINHÃO
() COLISÃO MOTO X CAMINHÃO	() COLISÃO MOTO X MOTO
() COLISÃO OUTROS	() ELETROPLESSÃO
() ENFORCAMENTO	() FAB
() FAF	() FERIMENTO CONTUSO
() QUEDA ALTURA	() QUEDA DE BICICLETA
() QUEDA DE MOTO	() QUEDA PRÓPRIA ALTURA
() QUEIMADURA	() CARDIO/ARRITIMIAS
() CARDIO/EAP e ICC	() CARDIO/SCA e IAM
() DOR AGUDA/ NEOPLASIA	() DOR AGUDA/ CÓLICA RENAL
() METABÓLICA/DIABETES	() METABÓLICA/IRC
() PNEMO/BCP e ASPIRAÇÃO	() PNEUMO/DPOC
() PNEUMO/ ASMA	
() AITT E AVC NÃO CANDIDATO À REFERFUSÃO	
() TRABALHO DE PARTO (SEM COMPLICAÇÕES)	

4 TIPO DE VEÍCULO UTILIZADO

() USA () VIR () MT () USB () AEROMÉDICO

5 DESTINO FINAL

() ENCAMINHAMENTO PARA REFERÊNCIA () FICA NO LOCAL COM ORIENTAÇÕES
() ÓBITO () REMOÇÃO POR OUTROS MEIOS

ANEXO A - POPULAÇÃO COBERTA POR SAMU - SUPORTE AVANÇADO E SUPORTE BÁSICO, POR REGIÃO DE SAÚDE, RS, 2016.

Região	Pop total	Pop coberta Sup. Avançado	%pop Coberta Sup. Avançado	Pop Coberta Sup. Básico	%pop coberta Sup. Básico
R1	435.021	273.489	62,9	389.687	89,6
R2	127.574	0	0,0	81.809	64,1
R3	476.748	129.580	27,2	457.895	96,0
R4	148.751	132.783	89,3	139.836	94,0
R5	218.625	192.595	88,1	210.821	96,4
R6	225.321	112.128	49,8	140.152	62,2
R7	799.530	780.499	97,6	786.811	98,4
R8	756.735	612.849	81,0	717.506	94,8
R9	403.907	173.795	43,0	338.934	83,9
R10	2.332.576	2.325.133	99,7	2.325.133	99,7
R11	292.789	150.934	51,6	255.434	87,2
R12	156.494	2.522	1,6	89.889	57,4
R13	231.229	182.547	78,9	199.932	86,5
R14	232.754	232.754	100,0	232.754	100,0
R15	191.333	23.161	12,1	146.837	76,7
R16	238.237	12.321	5,2	159.900	67,1
R17	403.557	257.495	63,8	326.626	80,9
R18	133.367	0	0,0	72.845	54,6
R19	119.545	0	0,0	71.403	59,7
R20	166.764	35.045	21,0	137.232	82,3
R21	879.864	549.089	62,4	830.126	94,3
R22	189.638	121.500	64,1	183.204	96,6
R23	574.115	470.223	81,9	566.920	98,7
R24	99.168	0	0,0	76.373	77,0
R25	298.581	112.318	37,6	221.575	74,2
R26	180.346	0	0,0	157.255	87,2
R27	206.937	85.830	41,5	159.419	77,0
R28	343.858	178.920	52,0	329.190	95,7
R29	219.296	127.697	58,2	195.636	89,2
R30	124.614	0	0,0	122.117	98,0
Total USB e USA	11.207.274	7.275.207	64,9	10.123.251	90,3
Total da População com cobertura SAMU: 10.136.202				Percentual de cobertura 90,44%	

Fonte: Coordenação Estadual do SAMU/RS

ANEXO B – CARTAS DE ACEITE E AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS



APÊNDICE B – CARTAS DE ACEITE E AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

AUTORIZAÇÃO COLETA DE DADOS

Ilmo. Sr.
Roberto Schindwein
Coordenadora da Central de Regulação Estadual RS
Secretaria de Estado da Saúde
Criciúma, Janeiro de 2018.

Eu, Camila Camila Cardoso Selau Vargas, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSCol, sob a orientação da Profa. Dra. Cristiane Tomasi, venho solicitar a Vossa Senhoria a autorização para coleta de dados nessa instituição, com a finalidade de desenvolver o projeto de Pesquisa de Dissertação de Mestrado intitulada: **CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA/ SAMU RS: UMA ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS ATENDIDAS EM 2016 E 2017**, cujo objetivo é "Avaliar as demandas de atendimento de condições crônicas pré-hospitalar do serviço de atendimento móvel de urgência através dos atendimentos da Central de Regulação de Urgência e Emergência do estado do Rio Grande do Sul". A coleta de dados ocorrerá mediante a utilização do roteiro para coleta de dados (Apêndice A), que consta em anexo a esta solicitação. Igualmente, assumo o compromisso de utilizar os dados obtidos somente para fins científicos, bem como de disponibilizar os resultados obtidos para esta instituição. Agradecemos antecipadamente e esperamos contar com a sua colaboração.

Atenciosamente,

Camila C. S. Vargas

Camila Cardoso Selau Vargas
Mestranda

Cristiane Damiani Tomasi

Profa. Dra. Cristiane Tomasi
Orientadora

de acordo
Schindwein

Roberto Soares Schindwein
Coordenador Estadual das Urgências,
Emergências e SAMU
(D: 1428772 - CRM 8863)
Coordenador da Central de Regulação Estadual
Roberto Schindwein

ANEXO C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



CEP
COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA
DE SERES HUMANOS



Termo de Confidencialidade

Título da Pesquisa: CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA/SAMU RS: UMA ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS ATENDIDAS EM 2016 E 2017

Objetivo: Analisar os atendimentos de condições crônicas atendidas pelo SAMU na Central Estadual de Regulação de Urgências no estado no Rio Grande do Sul nos anos de 2016 e 2017

Período da coleta de dados: 12/04/2018 a 12/06/2018

Local da coleta: Central de Regulação Estadual das Urgências e Emergências/RS

Pesquisador/Orientador: Cristiane Damiani Tomasi

Telefone: (48) 99627-5585

Pesquisador/Acadêmico: Camila Cardoso Selau Vargas

Telefone: (51) 98125-1242

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNESC

A pesquisadora (abaixo assinado) se compromete a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos com relação a toda documentação e toda informação obtidas nas atividades e pesquisas a serem coletados em prontuários e bases de dados, através de gravação, do local informado a cima.

Concordam, igualmente, em:

- Manter o sigilo das informações de qualquer pessoa física ou jurídica vinculada de alguma forma a este projeto;
- Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo de qualquer informação que componha ou tenha resultado de atividades técnicas do projeto de pesquisa;
- Não permitir a terceiros o manuseio de qualquer documentação que componha ou tenha resultado de atividades do projeto de pesquisa;
- Não explorar, em benefício próprio, informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa;
- Não permitir o uso por outrem de informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa.
- Manter as informações em poder da pesquisadora Camila Cardoso Selau Vargas por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Termo de Confidencialidade CEP/UNESC – versão 2018 | Página 1 de 2

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
Bloco Administrativo – Sala 31 | Fone (48) 3431 2606 | cetica@unesc.net | www.unesc.net/cep



CEP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DE SERES HUMANOS



Termo de Confidencialidade

Por fim, declaram ter conhecimento de que as informações e os documentos pertinentes às atividades técnicas do projeto de pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

ASSINATURAS	
Orientador(a)	Pesquisador(a)
<p><i>Cristiane Damiani Tomasi</i></p> <p>Assinatura</p> <p>Nome: Cristiane Damiani Tomasi CPF: 047.981.899-10</p>	<p><i>Camila C. S. Vargas</i></p> <p>Assinatura</p> <p>Nome: Camila Cardoso Selau Vargas CPF: 838.571.170-87</p>

Criciúma (SC), 09 de Fevereiro de 2018.

ANEXO D – CEP – PARECER Nº: 2.509.326/2018



RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Parecer nº: 2.509.326

CAAE: 83293718.8.0000.0119

Pesquisador (a) Responsável: Cristiane Damiani Tomasi

Pesquisador (a): CAMILA CARDOSO SELAU VARGAS

Título: "CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA/SAMU RS: UMA ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS ATENDIDAS EM 2016"

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 23 de fevereiro de 2018.

Renan Antônio Ceretta
Coordenador do CEP