

## **Prevalência dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/GV) nos anos 2009-2013**

Fagner Martins de Oliveira<sup>1</sup>  
Carlos Alberto Dias<sup>2</sup>  
Suely Maria Rodrigues<sup>3</sup>  
Gilvan Ramalho Guedes<sup>4</sup>

### **Resumo:**

Objetivando identificar a prevalência e demanda dos atendimentos realizados pelo SAMU/GV nos anos 2009-2013 analisou-se dados secundários obtidos da estatística fornecida pelo SAMU/GV. No período foram realizados 44.639 atendimentos com envio de ambulâncias apresentando as distribuições entre meses, características heterogêneas. As Unidades de Suporte Básico foram as responsáveis pelo maior número de atendimentos. Os indivíduos mais acometidos encontram-se entre o sexo feminino e na faixa etária de 21–59 anos, sendo o agravo de natureza clínica prevalente. Conclui-se pela necessidade da disponibilização de dados a nível nacional de todos os SAMUs, viabilizando novas políticas públicas de atenção às urgências.

### **Palavras-chave:**

Busca e Resgate; Assistência Pré-Hospitalar; Serviços Médicos de Emergências.

### **Área Temática:**

4 - Políticas Públicas

---

<sup>1</sup> Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce.

<sup>2</sup> Doutor em Psicologia, professor da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

<sup>3</sup> Doutora em Saúde Coletiva, professora da Universidade Vale do Rio Doce

<sup>4</sup> Doutor em Demografia, professor da Universidade Federal de Minas Gerais

## 1. INTRODUÇÃO

O atendimento pré-hospitalar (APH) de urgência e emergência pode ser definido como o serviço de assistência a saúde prestada em primeiro nível às vítimas de agravos clínicos, traumáticos, psiquiátricos ou obstétricos que envolvem riscos eminentes à vida do indivíduo por interferência a sua saúde podendo ocasionar as vítimas destes agravos sequelas ou morte (BRASIL, 2006).

Segundo Ramos e Sanna (2005), o APH às vítimas de agravos foi legitimado no Brasil no início da Primeira República. O Senado da aprovou no dia 07 de outubro de 1893 o Decreto n.395 legitimando o direito aos atendimentos às vítimas de agravos agudos em âmbito pré-hospitalar, tornando o Rio de Janeiro, a primeira cidade do país a possuir este tipo de serviço. Seis anos depois, em 1899, a primeira ambulância por tração animal comandada pelo Corpo de Bombeiros na cidade do Rio de Janeiro iniciou suas intervenções de atendimentos pré-hospitalares.

Durante a última década do século XIX e primeiro quarto do século XX as ambulâncias e o serviço de APH passaram por grandes transformações e reformas, até que as ambulâncias fossem adaptadas a veículos com motores de combustão (SILVA et al., 2010). Contudo foi somente após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) que os serviços de APH passaram a ser implementados e desenvolvidos no meio civil, tornando-se novos fenômenos nos grandes centros urbanos da França e dos Estados Unidos.

Este fenômeno teve como marco a criação dos modelos de APH Francês e Norte Americano. Desde a implantação do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) na França em 1965, as exacerbadas quantidades de ligações recebidas pelo serviço tornaram necessário seu gerenciamento pelo profissional médico, o que deu origem ao princípio da regulação médica. Embora tenha perspectiva diferente do modelo francês, o APH Norte Americano denominado *Emergency Medical Service* (EMS), foi instituído em 1969 pela Associação Médica Americana (MARTINS, 2004).

No Brasil o Decreto 27.664, de dezembro de 1949, institucionalizou o Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência (SAMDU), prevendo assistência médica domiciliar e de socorros urgentes aos beneficiários dos Institutos, Caixas e Pensões da época. Segundo Almoyna & Nitschke (1999) o SAMDU foi a primeira experiência de APH no Brasil garantidos através do financiamento de todos os Institutos e caixas na época existentes. Ainda segundo os autores este período se destacou devido ao passado de ausência dos personagens médicos atuantes no serviço público de saúde, que na época começaram a ser solicitados para o serviço de APH.

Com o fim do SAMDU em novembro de 1966, a Prefeitura Municipal da cidade de São Paulo e o Corpo de Bombeiros Militar assinaram, em 1979, um acordo de intenção, originando um serviço de ambulâncias da prefeitura municipal, da qual funcionários da Secretária Municipal de Saúde seriam treinados para o trabalho junto com o Corpo de Bombeiros nos atendimentos às vítimas de acidentes de trânsito (RAMOS; SANNA, 2005).

Em decorrência surgiu no país uma nova interface de assistência aos atendimentos pré-hospitalares de saúde. O Estado de São Paulo se destacou com a criação do projeto *RESGATE* de autoria da Secretaria da Saúde e de Segurança Pública do Estado de São Paulo, regularizando atendimentos de saúde pré-hospitalar e proporcionando a população do Estado de São Paulo veículos compostos por profissionais bombeiros e profissionais da saúde como, médicos e enfermeiros (SILVA et al., 2010). Este projeto iniciou com 35 viaturas de resgate e 02 viaturas de Unidade de Suporte Avançado (RAMOS; SANNA, 2005).

A institucionalização do projeto resgate fez-se através da Resolução 042 de 22/05/1989. Neste mesmo ano foi iniciada uma parceria entre o SAMU da França e a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo introduzindo o APH no Estado. Esta parceria deu origem a um serviço de atendimento pré-hospitalar misto, nos moldes norte-americanos com suporte básico de vida e nos moldes francês adaptado as unidades de suporte avançado (MARTINS, 2004).

Outra cidade a se destacar nesta época foi Curitiba com o novo programa proposto pelo Governo Federal no ano de 1990, intitulado Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE) (SILVA et al., 2010). De acordo com Martins e Prado (2003), o SIATE contava com socorrista do agrupamento do Corpo de Bombeiros de Curitiba e na regulação um médico que poderia ser deslocado da central conforme a necessidade do atendimento. Este projeto revolucionou o serviço de APH no Brasil e ofereceu ferramentas e experiências para as construções posteriores das políticas públicas.

A necessidade de se instalar uma política nacional para o atendimento às demandas de situações de urgência e emergência em ambiente pré-hospitalar pelo Governo brasileiro foi evidenciada em diversos fóruns. Um marco dessa discussão foi o ocorrido em 1993, na cidade de Brasília, com participação de profissionais e administradores de serviços públicos e do Ministério da Saúde com apoio do serviço pré-hospitalar francês. Nesta ocasião trabalhou-se abordagens temáticas de implantação do sistema de urgência e emergência em todo território brasileiro (AQUINO, 2007). A autora retrata que no ano de 1995, ainda com apoio dos franceses aconteceu o I Simpósio Internacional de Atenção às Urgências Pré-Hospitalar. Graças as discussões neste simpósio deu-se origem a Rede Brasileira de Cooperação em Emergência (RBCE) com o objetivo de construir e legitimar políticas públicas para o atendimento às urgências em todo o território nacional.

Fruto deste caminhar, o Ministério da Saúde no dia 05 de novembro de 2002 divulgou a Portaria GM n.º 2.048 cujo objetivo era o aperfeiçoamento do atendimento às urgências e emergências em todo o território brasileiro através da criação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento as Urgências e Emergências. O objetivo desse Sistema era garantir a organização e o atendimento de urgência e emergência no país de forma a reduzir as dificuldades do atendimento decorrentes dos seguintes fatores: grande expansão territorial do país; dificuldades de deslocamento de residentes de municípios de pequenos e médios portes aos centros de referências hospitalares; ordenação dos atendimentos de urgência e emergência (BRASIL, 2003).

Oriunda da necessidade de legitimar o serviço pré-hospitalar e proporcionar campos seguros deste tipo de atuação surge a política de atenção às urgências estabelecidas pela Portaria GM nº. 1.863, de 29 de setembro de 2003. Esta, além de estabelecer a implantação da política de atenção às urgências reforçavam os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2003).

Assim, com a Portaria GM nº. 1864, publicada no dia 29 de setembro de 2003, é legitimado o componente pré-hospitalar móvel, fruto da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Este tem por meta o atendimento em municípios e regiões de todo o território brasileiro. Para sua implantação o Ministério da Saúde custeou inicialmente a aquisição de 650 unidades de suporte básico de vida (USB) e 150 unidades de suporte avançado de vida (USA), construções e/ou reformas de 152 centrais de regulação médica. Ficou estipulado que as ambulâncias seriam adquiridas pelo Ministério da Saúde na proporção de uma USB para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes, e um veículo de USA para cada grupo de 400.000 a 450.000 habitantes dos municípios contemplados pela implantação do SAMU (BRASIL, 2003).

Em síntese pode-se dizer que a assistência segura é um fator importante na atuação da política de atenção às urgências, auxiliando na diminuição da mortalidade e agravos. Desta forma, este estudo objetivou identificar a prevalência e a demanda dos atendimentos realizados pelo SAMU/GV no triênio 2009-2013.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

No dia 12 de agosto de 2005, o poder executivo sancionou a Lei Municipal Nº 5469, instituindo a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no município de Governador Valadares, ficando este vinculado a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Foram investidos 2.000.000,00 (dois milhões de reais), voltados às instalações e custeio com veículos e aquisição de materiais, contando com as seguintes fontes financiadoras: Governo federal com 50%; Município 25% e Governo do Estado de Minas Gerais também com 25%.

A partir da instalação do SAMU o município forneceu à população acesso gratuito ao serviço pelo telefone 192 (um, nove, dois), a partir do qual a ocorrência seria avaliada pelo profissional médico, designado “médico regulador”, para presumir a gravidade do caso e enviar os recursos necessários ao atendimento do solicitante (GOVERNADOR VALADARES, 2005).

Deve-se ressaltar que o atendimento do SAMU em Governador Valadares não se restringe a ocorrências de acidentes ou de saúde propriamente ditas. Dentre os determinantes em saúde que exigem a atuação deste serviço situam-se tanto os diversos agravos resultantes da violência do trânsito quanto os derivados da violência contra a pessoa. Mascarenhas e Pedrosa (2008) consideram que é fundamental obter o maior número de conhecimento possível sobre a violência em seus diferentes aspectos, a fim de reunir,

sistematicamente, dados sobre a extensão e características desse problema de saúde pública em nível local.

Devido ao elevado número de homicídios ocorridos em Governador Valadares, a cidade tornou-se destaque a partir da divulgação desta violência em jornais e outros veículos de comunicação. Estudos desenvolvidos no ano de 2009 pela *Secretaria de Desenvolvimento Humano (SEDH)*; *United Nations Children's Fund (UNICEF)*; *Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)*, indicaram que a cidade de Governador Valadares – Minas Gerais, ocupa a segunda posição no *ranking* nacional com média de 8,5 adolescentes assassinados a cada 1.000 mortes. Este dado tem por base os índices de homicídios de adolescente entre 12-18 anos identificados em 267 municípios com população superior a 100.000 habitantes. Mais precisamente neste ranqueamento o município perdeu apenas para a cidade de Foz do Iguaçu – Paraná, cuja média é de 9,7 adolescente assassinado a cada 1.000 mortes.

Neste contexto, Castro *et al.* (2004) constataram que os homicídios oriundos de arma de fogo em Governador Valadares, são consequências de tentativas de resolução de conflitos sendo, em sua maioria, de origem banal.

Analisar os Relatórios de Atendimentos dos Socorristas do SAMU e identificar os perfis multidimensionais das vítimas atendidas em Governador Valadares permite conhecer a população atendida e estabelecer estratégias norteadoras de ações no âmbito da prevenção da vida e da saúde. Conforme afirma Castro *et al.* (2004), as elevadas taxas de criminalidade no Brasil, motivam os gestores dos territórios constituídos a elaboração e implementação de políticas públicas de controle da violência.

Conforme Czeresnia e Ribeiro (2000), os diversos tipos de doenças se apresentam como elementos característicos de territórios específicos. Assim o modo como são estruturadas a vida e as relações em cada território contribui para o adoecimento sistemático dos sujeitos que dele fazem parte, bem como possibilita o surgimento de novas patologias. A rigor o desorganizado processo de urbanização no qual estão implicados os aspectos ecológicos e sociais, favorece a emergência de doenças a ele associadas. Neste contexto, a identificação dos perfis multidimensionais a partir do grupo estudado “possibilita a abordagem dos problemas de saúde e doença de um ponto de vista específico para cada grupo populacional e, ao mesmo tempo, de uma perspectiva interdisciplinar e intersetorial”.

Espera-se que com o delineamento dos perfis multidimensionais propostos neste estudo, aspectos relevantes dos usuários do SAMU ainda não conhecidos sejam revelados. Como preconizado por Fernandes (2004), conhecer variáveis como sexo e idade das vítimas atendidas permite a implementação de ações preventivas, a partir do estabelecimento de correlações entre estas e outras variáveis.

### **3. METODOLOGIA**

Foi adotada, nesta investigação, uma abordagem quantitativa. Os estudos quantitativos são métodos orientados à busca da magnitude e das causas dos

fenômenos sociais, sem interesse para a dimensão subjetiva. São descritos como objetivos, reprodutíveis e generalizáveis, sendo amplamente utilizados para avaliar programas que tenham um produto final estável e mensurável (SERAPIONI, 2000).

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal. O modelo de estudo do tipo transversal é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, bem como analisar sua incidência e inter-relação num determinado momento (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2006).

A pesquisa foi realizada na zona urbana do município de Governador Valadares-MG, localizado na região leste do Estado de Minas Gerais na mesoregião do Vale do Rio Doce. Possui uma população de 263.689 habitantes (BRASIL, 2010), vivendo a maioria (95%) em perímetro urbano.

O universo deste estudo foi constituído por dados secundários disponibilizados pela Secretária Municipal de Saúde e pela Coordenação Geral do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Município de Governador Valadares nos anos 2009-2013. Esses dados são relativos a estatística mensal utilizada para alimentar o banco de dados da Secretária Estadual de Saúde, Ministério da Saúde e Coordenação Geral de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde.

A amostra foi constituída a partir do total de dados estatísticos referentes aos anos 2013 – 2009 e representam o cenário do atendimento geral por ano; deslocamento das Unidades Básicas de Atendimento Móvel de Urgência (USB) e a Unidade Avançada de Atendimento Móvel de Urgência (USA); Faixa etária da clientela do SAMU por descrição dos agravos e a exposição da natureza do agravo e atendimento, em trauma ou clínico.

A escolha da fonte dos dados e desta metodologia se justifica por não haver informações secundárias disponíveis em nível nacional da quantificação dos atendimentos realizados pelos diversos Serviços de Atendimentos Móveis de Urgência. Este resultado poderá garantir a permuta destas informações e possibilita a intervenção nas políticas públicas de saúde do município.

Para a utilização e divulgação destes dados, houve a solicitação com aprovação pelo gestor municipal de saúde e pelo coordenador do SAMU. A pesquisa foi desenvolvida de acordo com a resolução CNS 196/96, sendo submetida e posteriormente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce.

#### **4. RESULTADO E DISCUSSÃO**

No período de 2009 a 2013, o SAMU de Governador Valadares (SAMU-GV) realizou o total de 44.639 atendimentos com envio de todas as unidades móvel. Tendo o ano de 2012 realizado 9451 atendimentos o qual corresponde ao maior número de atendimentos entre todos os anos. O segundo maior conjunto de atendimentos foi no ano de 2013 com 9382 atendimentos com envio geral de todas as unidades móvel, conforme apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1** – Total de atendimentos realizados com envio de ambulâncias nos anos de 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013.

<b>Ano</b>	<b>N. de ocorrências</b>
<b>2009</b>	8811
<b>2010</b>	7721
<b>2011</b>	9274
<b>2012</b>	9451
<b>2013</b>	9382
<b>Total</b>	44.639

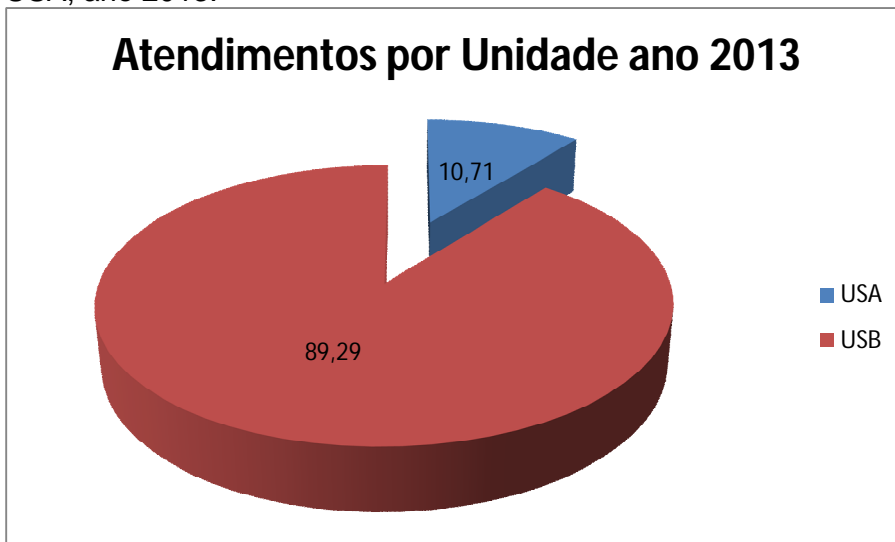
**Tabela 2** – Distribuição mensal e percentual dos atendimentos realizados com envio de ambulâncias nos anos de 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013.

<b>MÊS</b>	<b>ANO</b>									
	<b>2009</b>		<b>2010</b>		<b>2011</b>		<b>2012</b>		<b>2013</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Janeiro</b>	737	8,36	743	9,62	825	8,89	721	7,62	788	8,39
<b>Fevereiro</b>	659	7,47	570	7,38	683	7,36	675	7,14	673	7,17
<b>Março</b>	754	8,55	779	10,08	782	8,43	756	8,00	782	8,33
<b>Abril</b>	738	8,37	656	8,49	804	8,66	770	8,14	753	8,02
<b>Maiο</b>	773	8,77	669	8,66	<b>860</b>	<b>9,27</b>	<b>1040</b>	<b>11,00</b>	791	8,43
<b>Junho</b>	771	8,75	503	6,51	812	8,75	757	8,00	800	8,52
<b>Julho</b>	<b>844</b>	<b>9,57</b>	525	6,79	845	9,11	830	8,80	817	8,70
<b>Agosto</b>	687	7,79	554	7,17	787	8,48	767	8,11	799	8,51
<b>Setembro</b>	756	8,58	662	8,57	726	7,82	799	8,45	759	8,08
<b>Outubro</b>	733	8,31	545	7,05	769	8,29	815	8,64	818	8,71
<b>Novembro</b>	630	7,15	698	9,04	714	7,69	752	7,95	763	8,13
<b>Dezembro</b>	729	8,27	<b>817</b>	<b>10,58</b>	667	7,19	769	8,15	<b>839</b>	<b>8,94</b>
<b>Total</b>	<b>8811</b>	<b>100</b>	<b>7721</b>	<b>100</b>	<b>9274</b>	<b>100</b>	<b>9451</b>	<b>100</b>	<b>9382</b>	<b>100</b>

A distribuição mensal e os percentuais de atendimentos entre todos os anos comportam-se de forma heterogênea. Para o ano de 2009 houve ascendência do mês de julho, com a realização de 884 atendimentos efetivos com envio de ambulâncias, correspondendo a 9,57% do total dos atendimentos realizados neste ano. O ano de 2010, a distribuição mensal dos atendimentos apresentou superioridade do mês de dezembro em relação aos outros meses do mesmo ano, resultando em 817 atendimentos realizados pelas equipes, que obedeceu ao percentual de 10,58% dos atendimentos realizados neste ano. Para o ano de 2011 considerou o mês de maio com o maior número de atendimentos com envio de ambulâncias, totalizando 860 atendimentos, percentual de 9,27% de todo o ano. Em 2012 o mês de maio também foi referencia em termo quantitativo com 1040 atendimentos do qual se refere a 11% do total destes

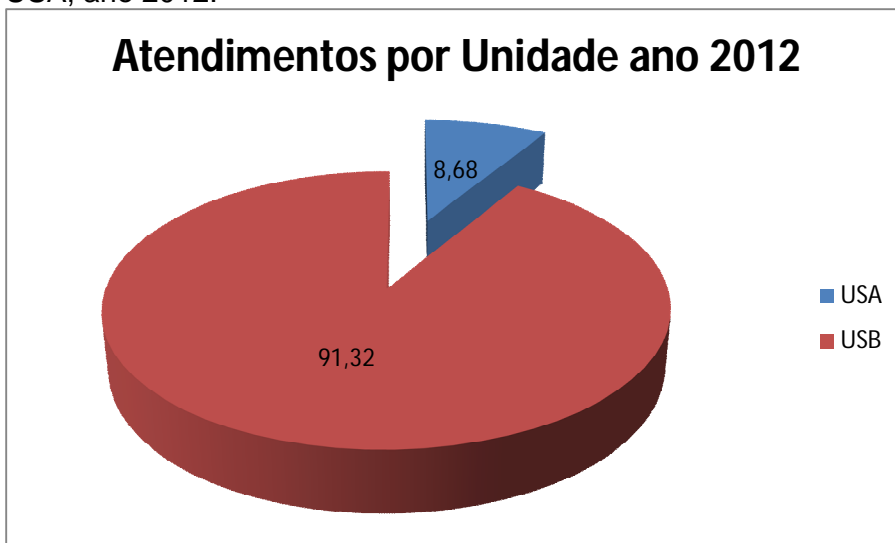
atendimentos. Enfim, para ano de 2013 o mês de dezembro realizou 839 atendimentos correspondendo a 8,94%. Conforme demonstrado na Tabela 2.

**Figura 1-** Distribuição de atendimentos realizados em percentual por USB, USA, ano 2013.



Fonte: SAMU - GV

**Figura 2-** Distribuição de atendimentos realizados em percentual por USB, USA, ano 2012.

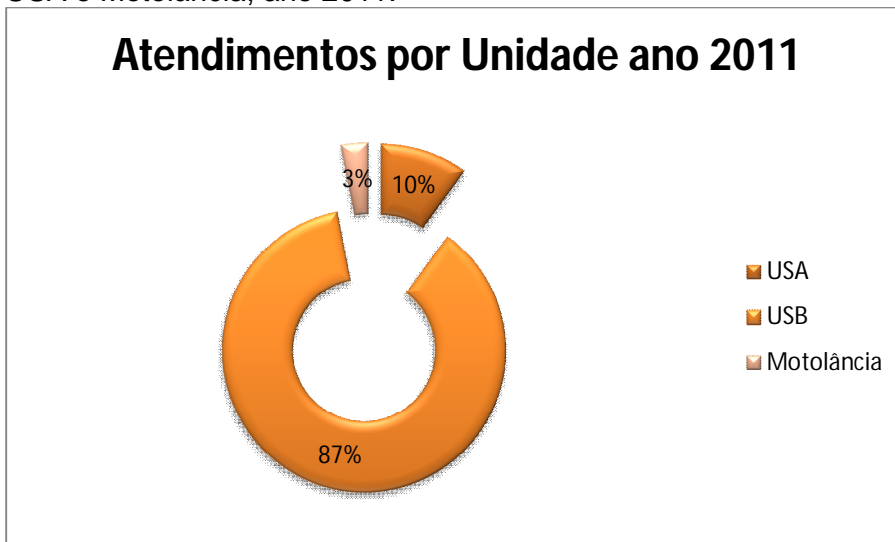


Fonte: SAMU - GV

Tanto nas figuras 1 e 2 podemos considerar a dominação dos atendimentos realizados pela USB. Sendo para o ano de 2013 o total de 9382 e para o ano de 2012 o total de 9451 conforme apresentado na tabela 2. Significando que 8377 atendimentos foram realizados pela unidade de suporte básica e apenas 1005 atendimentos são de suporte avançado em 2013. O cenário não muda para o ano de 2012, sendo a USA responsável por somente 8,68% o que contém a 820 atendimentos.



**Figura 3-** Distribuição de atendimentos realizados em percentual por USB, USA e Motolância, ano 2011.

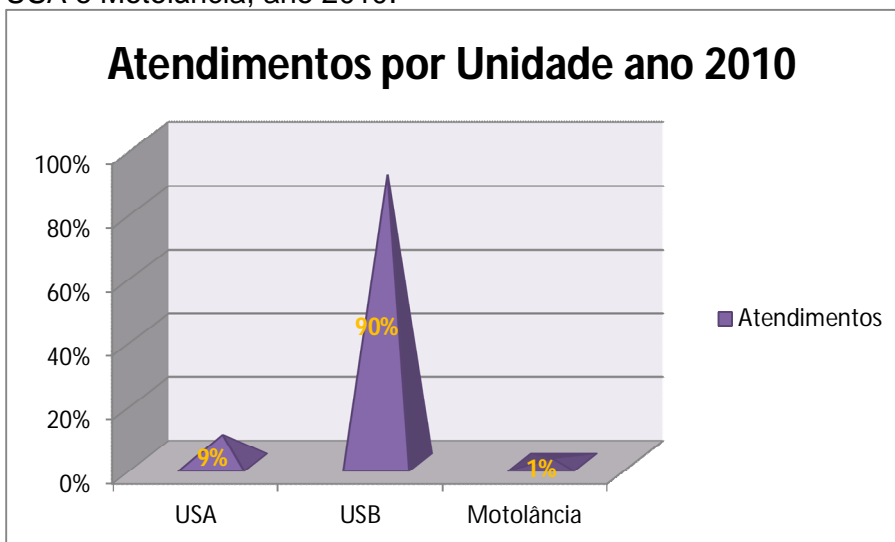


**Fonte:** SAMU - GV

Conforme demonstrado na Figura 3, houve ascensão das saídas para atendimentos da USB, estes representam o percentual de 87%, a Unidade de Suporte Avançado ficou em segundo lugar com percentual de 10% e a motolância com apenas 3% dos atendimentos, este baixo percentual justifica pela suspensão do serviço da motolância no mês de junho.

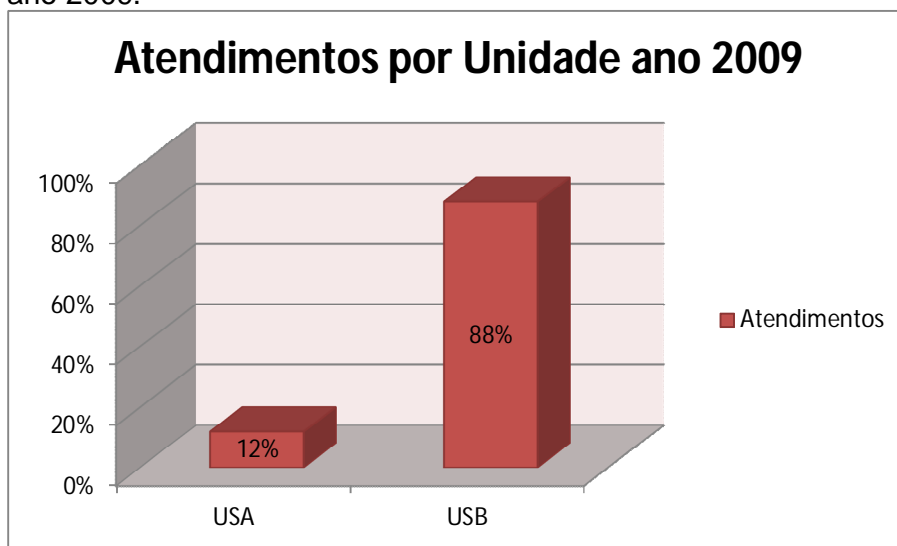
Os valores percentuais em relação às distribuições de atendimentos efetivos de USA e USB não se alteram bruscamente para os outros anos contemplados neste estudo, portanto, a distribuição de atendimentos efetivos para a motolância contempla valores de percentuais abaixo para o ano de 2010, devido o início de suas atividades ter ocorrido no mês de outubro, conforme demonstram as figuras 3 e 4.

**Figura 4 -** Distribuição de atendimentos realizados em percentual por USB, USA e Motolância, ano 2010.



**Fonte:** SAMU - GV

**Figura 5** - Distribuição de atendimentos realizados por USB, USA e Motolância, ano 2009.



**Fonte:** SAMU - GV

Resultados semelhantes ao deste trabalho foram encontrados para a cidade de Porto Alegre – Rio Grande do Sul por Marque e colaboradores (2010), onde cerca de 91,8% dos atendimentos foram realizados pelas USB e 8,1% pelas USA. Já no estudo de Barros e colaboradores (2010), para a cidade de Recife – Pernambuco observou resultados contrários ao estudo referido, com superioridade de atendimento pela USA com percentual de 55,6% em 44,4% da USB.

A decisão gestora a respeito dos meios disponíveis que são USA ou USB e os locais de recebimentos das vítimas é função privativa do médico regulador conforme determina a Portaria GM 2048/2002 que dispõem, entre outros, as diversas funções de todo o corpo de colaboradores do SAMU.

As solicitações de socorros são recebidas através das chamadas realizadas pelo número 192, o médico regulador apresenta além da decisão gestora, as funções de ordenar, orientar e controlar o fluxo no que se refere às decisões técnicas referentes aos pedidos de socorros.

Quando a solicitação de socorro é regulada como grave é deslocado uma USA, cuja sua tripulação para a cidade de Governador Valadares é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e um condutor socorrista. As regulações dos pedidos de socorros quando identificadas de baixa gravidade e dispensável da presença médica durante o atendimento é enviada uma USB, cuja sua tripulação é formada por um condutor socorrista e dois técnicos em enfermagem.

As tabelas 3 e 4 apresentam a distribuição das ocorrências de acordo com os grupos de faixas etárias e sexos. As análises dos dados cedidos permitiram identificar prevalência do sexo feminino durante todo o período deste estudo. Esses dados apresentam como característica contrária a demais estudos que

seguem a mesma lógica metodológica. Portanto, como observado na Figura 4, a natureza de atendimentos prevalente é clínica. Isso pode justificar a predominância do sexo feminino como sendo a população mais atendida nos anos de interesse deste estudo. Assim, o resultado se compara ao realizado por Cabral e Souza em 2008, com o SAMU de Olinda, em Pernambuco, quando os atendimentos clínicos realizados de fevereiro a junho de 2006 apresentaram valores de percentual para o sexo feminino de 55,1% contra 44,9% do sexo masculino.

Outros estudos como o de Barros *et al.* (2010), relaciona a prevalência do sexo masculino pela inclusão maior de homens em ocorrências de riscos como acidentes de trânsito, agressões e ao fato das doenças cardiovasculares acometerem mais frequentemente os homens a partir dos 45 anos.

Ressaltando os aspectos biopsicossociais da violência, percebe-se que Governador Valadares apresenta alta taxa de mortalidade do sexo masculino por violência, principalmente entre o grupo de 10-20 anos, o que não justificaria a prevalência do sexo feminino no atendimento a natureza de trauma. Conforme demonstra o resultado do estudo realizado pela Secretaria de Desenvolvimento Humano (SEDH); United Nations Children's Fund (UNICEF); Universidade Estadual do Rio de Janeiro (LAV/UERJ) no ano de 2009, onde o índice de homicídios em adolescente entre 12-18 anos, referente a 267 municípios estudados, com população total superior a 100.000 habitantes, a cidade de Governador Valadares – Minas Gerais, ocupa a segunda posição no ranking, com média de 8,5 adolescentes assassinados por 1.000 mortes, perdendo apenas para a cidade de Foz do Iguaçu – Paraná, com média de 9,7 adolescentes assassinado por 1.000 mortes.

Segundo Bastos *et al.* (2005), o abuso de drogas e álcool, a busca pela emoção, prazer em experimentar sensações de risco e a impulsividade são condições de vulnerabilidade que hipóteses colocam os jovens e os adultos jovens na faixa etária mais acometida pelos agravos de natureza traumática.

Deste modo, não coube a este estudo analisar as discriminações referentes aos tipos dos atendimentos, não podendo concluir resultados para discussão no que se refere ao paralelo entre os atendimentos clínicos e os de trauma.

Nos dados referentes à idade foi mantido o agrupamento de idades de acordo com a faixa etária estabelecida pela estatística do SAMU, grupos de 0-1ano, 2-9 anos, 10-20 anos, 21-59 anos e o grupo acima de 60 anos, o resultado apontou prevalência do grupo da faixa etária de 21-59 anos, seguido do grupo de 10-20 anos.

**Tabela 3** - Distribuição e percentual dos atendimentos efetivos com envio de ambulâncias por grupo de faixa etária conforme os anos de 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013.

Grupo Faixa etária	Ano									
	2009		2010		2011		2012		2013	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>00 a 01 Ano</b>	88	1	155	2	278	3	235	2,5	263	2,8
<b>02 a 09 Anos</b>	530	6	463	6	557	6	661	7	449	4,8
<b>10 a 20 Anos</b>	1233	14	1004	13	1298	14	1091	11,5	1116	12
<b>21 a 59 Anos</b>	<b>5198</b>	<b>59</b>	<b>4555</b>	<b>59</b>	<b>5101</b>	<b>55</b>	<b>5528</b>	<b>58,5</b>	<b>5472</b>	<b>58</b>
<b>&gt; de 60 Anos</b>	1762	20	1544	20	2040	22	1936	20,5	3031	22
<b>Total</b>	<b>8811</b>	<b>100</b>	<b>7721</b>	<b>100</b>	<b>9274</b>	<b>100</b>	<b>9451</b>	<b>100</b>	<b>9382</b>	<b>100</b>

**Fonte:** SAMU – GV

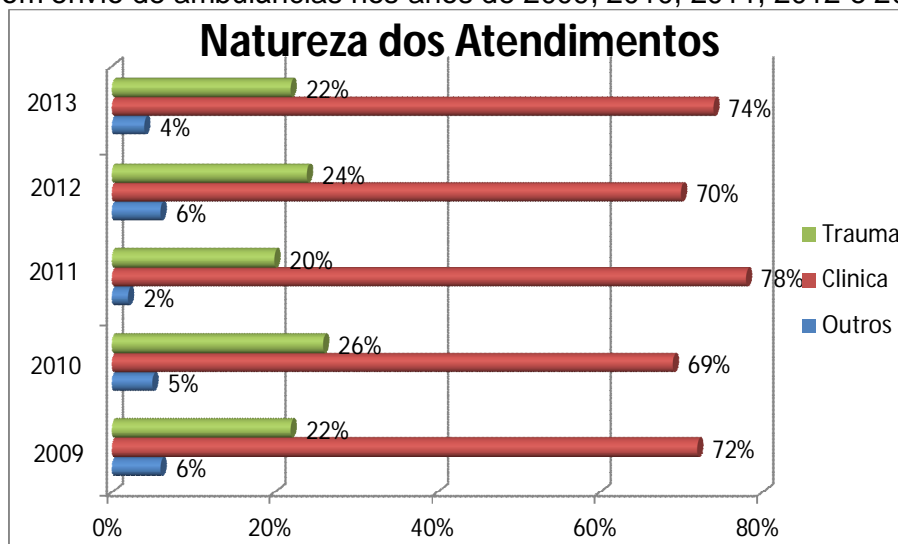
**Tabela 4** – Distribuição e percentual por sexo atendimentos efetivos com envio de ambulâncias por grupo de faixa etária conforme os anos de 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013.

Sexo	Ano									
	2009		2010		2011		2012		2013	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Masculino</b>	4361	49,5	3706	48	4173	45	4444	47	4418	47
<b>Feminino</b>	4450	50,5	4015	52	5101	55	5007	53	4964	53
<b>Total</b>	<b>8811</b>	<b>100</b>	<b>7721</b>	<b>100</b>	<b>9274</b>	<b>100</b>	<b>9451</b>	<b>100</b>	<b>9382</b>	<b>100</b>

**Fonte:** SAMU - GV

A prevalência dos atendimentos clínicos no triênio deste estudo, Figura 4, se compara ao estudo de Cabral *et al.* (2008), com o SAMU de Recife – Pernambuco, onde foi identificada a prevalência dos atendimentos clínicos com 58%, seguido de 34% de atendimentos de trauma e 8% de remoções. Não obstante o estudo de Marques *et al.* (2011), demonstrou que o SAMU de Porto Alegre – Rio Grande do Sul, obteve resultados de atendimentos com percentuais clínicos de 39,28% em 5,82% de trauma.

**Figura 6** – Relação de atendimentos efetivos entre clínicos, traumas e outros com envio de ambulâncias nos anos de 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013.



**Fonte:** SAMU – GV

Analisando a figura acima, percebe-se que os agravos de natureza clínica concentraram-se da seguinte forma, ano 2009 (72%), 2010 (69%), 2011 (80%), 2012 (70%) e 2013(74%) resultando em média de 73% de predominância. Já para os agravos de natureza traumática o ano de 2009 (22%), 2010 (26%), 2011 (20%), 2012 (24%) e 2013(22%) com média 23%, o que demonstra que nos últimos três anos os atendimentos clínicos apresentaram diferença positiva de 50% dos atendimentos realizados pelo SAMU – GV.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observado a revisão literária apresentada neste estudo, o SAMU constitui-se em uma conquista social alcançada ao longo da história do Brasil República.

Apesar de existirem algumas limitações, este estudo conseguiu descrever a prevalência dos atendimentos realizados pelo SAMU-GV. Estes resultados fornecem informações importantes sobre a quantificação de atendimentos efetivos, grupos etários prevalentes e a natureza dos atendimentos que reflete a disponibilidade do serviço e os atendimentos ofertados a população.

O predomínio do sexo feminino entre os atendidos revela a necessidade da realização de outros estudos na área de abrangência do SAMU/GV que incluem métodos mais detalhados permitindo a descrição de perfis multidimensionais da população feminina atendida.

Quanto à predominância da natureza clínica nos atendimentos é comum encontrar resultados iguais em outros estudos, portanto, este resultado revela a necessidade de empenho da atenção básica de saúde na prevenção e acompanhamento dos pacientes portadores de patologias crônicas.

O conhecimento da prevalência das variáveis estudadas nesta pesquisa funciona como ferramenta para gestão do município que permite desenvolver estratégias para minimizar as ocorrências emergenciais, através da criação e desenvolvimento de projetos de prevenção e seus resultados possibilitam intervenção participativa nas políticas públicas de saúde.

Observa-se que deveria existir maior comprometimento do Ministério da Saúde em concretizar a disponibilização a nível nacional dos dados referentes aos atendimentos de todos os SAMU, uma ferramenta como um banco de dados que se possibilita o acesso e uso para análise e discussão.

## REFERÊNCIAS

BARROS, Aloísia Pimentel; SILVEIRA, Cibele de Lima Souza; RODRIGUES, Clarice Maria de Araújo; ROMÃO, Leonardo Leite; LIMA, Luciane Soares de. Perfil Epidemiológico de Óbitos Atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Recife, Pernambuco. **Revista emergências clínicas**, São Paulo, v.05, n22, p.28-34, 2010. Disponível em: <[http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/32970\\_4208.pdf](http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/32970_4208.pdf)>. Acesso em: 25 de jul.2012.

BASTOS, Yara Gerber Lima; ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antônio. Características dos acidentes de trânsito e das vítimas atendidas em serviço pré-hospitalar em cidade do Sul do Brasil, 1997/2000. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.815-822, 2005. Disponível em:<[www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/15.pdf)>. Acesso em: 25 de jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção às urgências**. 3. ed. ampl. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a **Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão**. Diário Oficial da União, Brasília, 6 out. 2003. Seção 1, p. 56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1864, de 29 de setembro de 2003. **Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192**. Diário Oficial da União, Brasília, 6 out. 2003. Seção 1, p. 57-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2048, de 5 de novembro de 2002. **Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência**. Diário Oficial da União, Brasília, 12 nov. 2002. Seção 1, p. 32-54

CABRAL, Amanda Priscila de Santana; SOUZA, Wayner Vieira de.

CZERESNIA, Dina; RIBEIRO, Adriana Maria. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Caderno de**

**saúde pública**. Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.595-617, jul-set. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n3/2947.pdf>>. Acesso em: 04 de mai. 2012.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; CICONET, Rosane Mortari. 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. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/05.pdf>>. Acesso em: 25 de jul. 2012.

RAMOS, Viviane Oliveira; SANNA, Maria Cristina. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v.58, n.3, p.355-360, maio-jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a20v58n3.pdf>>. Acesso em: 10 de abr. 2012.

SAMPIERI, R. H., COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Editora Mc Graw–Hill, 2006.

SEDH, Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da Republica; UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância; LAV/UERJ, Laboratório de Análise da Violência. **Índice de homicídios na adolescência: Análise preliminar dos homicídios em 267 municípios brasileiros com mais de 100 habitantes**. Jul. 2009. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/IHA.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2011.

SERAPIONI, M. **Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para interação**. Ciência & Saúde Coletiva, v.5, n.1, p.187-192, 2000.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v.11, n.4, p.530-540, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n4/01.pdf>>. Acesso em: 25 de jul.2012.

SILVA, Elisângelo Aparecido Costa da; TIPPLE, Anaclara Ferreira Veiga; SOUZA, Joaquim Tomé de; BRASIL, Virginia Visconde. Aspectos históricos da implantação de um serviço pré-hospitalar. **Revista eletrônica de enfermagem**, Internet, v.12, n.3, p.571-577, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/pdf/v12n3a23.pdf>>. Acesso em: 10 de abr. 2012.

VALADARES, Governador. Lei nº 5469 de 12 de agosto de 2005 de Governador Valadares. **Dispõe sobre a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU no âmbito do município de Governador Valadares, vinculada a secretaria municipal de saúde - SMS e dá outras providências**.