UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ROSANA JOAQUIM FERNANDES

CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DA
SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO
DE RIBEIRÃO PRETO-SP

Ribeirão Preto

2004

ROSANA JOAQUIM FERNANDES

**CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DA SECRETARIA
DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO-SP**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Fundamental junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializado, inserida na linha de pesquisa “Dinâmica da Organização dos Serviços de Saúde de Enfermagem”.

Orientadora: Prof^a Dr^a Clarice Aparecida Ferraz

Ribeirão Preto
2004

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, para qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Fernandes, Rosana Joaquim
Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria da Saúde do município de Ribeirão Preto-SP.
Rosana Joaquim Fernandes. Ribeirão Preto, 2004.
101f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
Orientador: Profª Drª Clarice Aparecida Ferraz.

1. Atenção de urgência. 2. Atendimento pré-hospitalar. 3. Gestão de saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Rosana Joaquim Fernandes

Caracterização da atenção pré-hospitalar
móvel da Secretaria da Saúde do município de
Ribeirão Preto-SP

Dissertação apresentada à Escola
de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre.
Área de concentração: Enfermagem
Fundamental

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Clarice Aparecida Ferraz

Instituição: _____ Assinatura _____

Profª Drª Miyeko Hayashida

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof Dr Sandro Scarpelini

Instituição: _____ Assinatura _____

Dedico este trabalho aos meus queridos **pais**, aos meus irmãos,
sobrinhos e cunhado (a), que sempre permaneceram
ao meu lado, durante todos esses anos, me amando,
motivando e sempre me confortando.

AMO VOCÊS E OBRIGADO POR TUDO

Agradeço a Deus por
tê-los presente
em minha vida.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A minha orientadora, Prof^a Dr^a CLARICE APARECIDA FERRAZ pela orientação:

"Ser Mestre não é apenas lecionar.
Ensinar não é só transmitir a matéria.
Ser mestre é ser humano e amigo, guia
e companheiro, é caminhar com o aluno,
passo a passo e transmitir a estes, o segredo
da caminhada. Ser mestre é ser exemplo de
dedicação, doação, dignidade pessoal e
sobretudo de amor".

A Prof^a Dr^a MIYEKO HAYASHIDA pela disponibilidade, gentileza, compreensão e apoio constante.

Ao Prof Dr SANDRO SCARPELINI pelas orientações, que fortaleceram e concretizaram este trabalho.

Aos amigos, que durante esta caminhada sempre se fizeram presentes, me fazendo acreditar que tudo é possível, e que:

A esperança é um sonho desperto - Aristóteles

LEILA, JANE e ANDREA
CONCEIÇÃO e SIMONE
REGILENE e SÉRGIO
PROF^a DR^a MARIA CÉLIA BARCELLOS DALRI
PROF^a DR^a SUELI NOGUEIRA

O homem não é outra coisa
Senão seu projeto, e só existe
à medida em que o realiza.

Jean Paul Sartre

Agradeço a Deus por conhecê-los.

TUDO É POSSÍVEL

Tudo é possível celebra o otimismo e
a coragem necessários para conseguir coisas
que sempre desejamos fazer.

Muitas vezes a vida parece transcorrer
numa cômoda rotina. Mais ou menos
prazerosa, mais ou menos difícil e inquietante.

E, subitamente, em ondas mansas ou rápidas,
emerge a necessidade de uma mudança.
Nasce do mais íntimo de nós mesmos
ou o mundo exterior nos coloca frente a frente
com ela. Mas, não importa o aspecto sob
o qual se apresente, a nossa vida já não será
a mesma. Nós não seremos os mesmos.

Um trabalho novo, exercer a profissão,
um casamento ou uma separação, a chegada
de um filho, pôr em marcha um projeto,
uma mudança de casa..., de país, uma atitude
interna ou externa diferentes:
todos estes são fortes e comovedores desafios.

Então, primeiro virão os medos e as dúvidas;
Em seguida, a convicção e a força. Finalmente,
Se vencermos os obstáculos: a alegria
De um novo amanhecer.

Lidia Maria Riba

SUMÁRIO

Resumo
Abstract
Resumen

Apresentação.....	i
1 Introdução.....	01
1.1 Considerações gerais.....	02
• Definição de urgência e emergência.....	02
• A importância das urgências e emergências traumáticas.....	03
• A importância das urgências e emergências clínicas.....	07
1.2 Sistemas de urgências e emergências.....	09
• Modelo Americano.....	09
• Modelo Francês.....	12
• Modelo Brasileiro.....	13
• Legislação Brasileira.....	17
1.3 O Atendimento Pré-Hospitalar - APH.....	20
• A implantação do Atendimento Pré-Hospitalar no Brasil e no estado de São Paulo.....	24
• A implantação do Atendimento Pré-Hospitalar no município de Ribeirão Preto-SP.....	26
2 Objetivos.....	32
2.1 Objetivo geral.....	33
2.2 Objetivos específicos.....	33
3 Material e método.....	34
3.1 Tipo de estudo.....	35
3.2 Local de estudo.....	35
3.3 Fontes de dados.....	36
3.4 Procedimento de coleta de dados.....	36
3.5 Dados coletados.....	37
3.6 Aspectos éticos.....	38
4 Resultados.....	39
5 Discussão.....	62
6 Considerações finais.....	80
Referências.....	84
Anexos.....	94

RESUMO

FERNANDES, R.J. **Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria da Saúde do município de Ribeirão Preto-SP**. 2004. 101 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

O Atendimento pré-hospitalar (APH) móvel é uma modalidade de assistência recente no Brasil e, em especial, no município de Ribeirão Preto-SP, tendo sido criada em 1996, com a finalidade de atendimento a toda e qualquer solicitação de ajuda, fora do âmbito hospitalar, visando a manutenção da vida e/ou a minimização das seqüelas, podendo ser oriunda do próprio cidadão ou ainda de instituições de saúde. Tendo em vista a recente implantação deste serviço, os objetivos do presente estudo são descrever a epidemiologia do atendimento pré-hospitalar móvel primário e secundário de urgência e emergência, o fluxo de atendimento pré-hospitalar móvel secundário e o fluxo do atendimento pré-hospitalar móvel da unidade de suporte avançado no município de Ribeirão Preto. Nossa pesquisa trata-se de um estudo de natureza descritiva, em que utilizamos dados de fonte secundária com transcrição de informações específicas do Serviço de APH do Município em Ribeirão Preto-SP, quando da solicitação de atendimento em situações de agravos à saúde. Os dados referentes ao objeto de estudo, foram coletados junto ao Programa de Assistência Médica Emergencial da Secretaria Municipal da Saúde. A base de dados analisada permitiu delinear a caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria Municipal da Saúde. Os resultados da pesquisa revelam o perfil das solicitações de atendimento das urgências e emergências com análises importantes que poderão subsidiar futuras reorganizações do serviço de APH móvel primário e secundário. O estudo poderá subsidiar ainda decisões dos atores sociais envolvidos na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação aos agravos à saúde, tais como: conselhos de saúde, gestores de saúde, prestadores de serviços, usuários, conselhos de classes, órgãos de educação, promoção social, segurança social, transporte e outros.

Palavras-chave: Atenção de urgência. Atendimento pré-hospitalar. Gestão de saúde

ABSTRACT

FERNANDES, R. J. **Characterization of the pre-hospital mobile attention from the Health Secretary Care of Ribeirão Preto – São Paulo.** 2004. 101. Dissertation (Masters) Nursery School of Ribeirão Preto, São Paulo University, Ribeirão Preto, 2004.

The pre-hospital mobile attendant is a recent modality of assistance in Brazil, in special, at the District of Ribeirão Preto – SP, created since 1996, with the intention of attending any help of solicitation of care outside the hospital environment, looking for a life maintenance and/or a sequel minimization, and still looking to be accepted for the health institutions or the own patient. Because of the this new system implementation of service, the goals for the recent studies are to describe the pre-hospital assistance mobile of Epidemiology for the first and second degrees of emergency and urgent care, the overflowing of the system now settle at this district of Ribeirão Preto for this type of help/ work with patients. Our research is about a descriptive nature where we can use secondary sources of database with transcription of specified information of the APH Service in the District of Ribeirão Preto-SP, when in need of care the solicitation of worst problems for health at own. The database collected for the goals of this research were taken at the Emergency Medical Assistance Program of the Health Minister of Care. The base studied let us create a line of attention in characterization of the pre-hospital mobile assistance from the Health Municipal Secretary . The results of the research reveals the profile of each assistance solicitations of emergencies and urgent cases with very important analyses which can create future reorganizations of the first and secondary mobile APH service. This study will subside many important decisions of the social actors involved at this promotion, prevention, recover, rehabilitation of the worst problems in health care such as: health counseling, health managers, services, utilitarian, class counseling, education organism, social promotion, social security, transportation and others.

Key Words: Urgent Attention. Pre-Hospital Assistance. Health Managing Care.

RESUMEN

FERNANDES, R.J. **Caracterización de la atención pre-hospitalar móvil de la Secretaría de Salud del municipio de Ribeirao Preto-SP.** 2004 101 p. Disertación de Maestría. Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

La atención pre-hospitalar (APH) móvil es una modalidad de asistencia resiente en el Brasil y en especial en el municipio de Ribeirão Preto-SP, habiendo sido creada en 1996, con la finalidad de atender cualquier solicitud de ayuda, proveniente del ciudadano o de las instituciones de salud, fuera del ámbito hospitalar visualizando la manutención de la vida y minimización de secuelas. Considerando la reciente implementación de este servicio, los objetivos de este estudio son describir la epidemiología de la atención pre- hospitalar móvil primaria y secundaria de urgencia y emergencia; el flujo de atención pre- hospitalar móvil secundario y el flujo de atención pre-hospitalar móvil de la unidad de apoyo avanzado en el minicipio de Ribeirao Preto. Nuestra pesquisa se trata de un estudio de naturaleza descriptiva, en que utilizamos datos de fuente secundaria con transcripción de informaciones específicas del servicio de APH del municipio en Ribeirao Preto-SP, de la solicitud de atención en situaciones de agravios a la salud. Los datos referentes al objeto de estudio, fueron colectados en el programa de asistencia médica de emergencia de la secretaria municipal de salud. La base de datos analizada permitió delinear la caracterización de la atención pre-hospitalar móvil de la Secretaría municipal de Salud. Los resultados de la investigación revelan el perfil de las solicitudes de atención de las urgencias y emergencias con análisis importantes que pueden subsidiar futuras reorganizaciones del servicio de APH móvil primario y secundario.

El estudio podrá subsidiar inclusive decisiones de los siguientes actores sociales: consejos de salud, gestores de salud, prestadores de servicios, usuarios de consejos de clases, órganos de educación, promoción social, seguridad social, transporte y otros involucrados en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de los agravios a la salud.

Palabras clave: Atención de urgencia. Atención pre-hospitalar. Gestión de salud.

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO

2 OBJETIVOS

3 MATERIAL E MÉTODO

4 RESULTADOS

5 DISCUSSÃO

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS

ANEXOS

Durante o curso de graduação, junto aos mestres, colegas e demais estudantes da área da saúde, fui percebendo que havia feito a opção adequada. Meu interesse na busca de conhecimentos foi crescendo e, cada vez mais, se materializando e transformando alguns conceitos vivenciados até então.

Enquanto estudante, identifiquei diversas áreas de atuação do enfermeiro e a minha tendência inicial foi a de escolher a habilitação em saúde pública, porém, quando estava no terceiro ano, tive uma experiência familiar permanecendo três meses no hospital junto a uma irmã. A partir desse momento comecei a despertar para área de urgência e emergência.

Em 1986, logo após a formatura, fui trabalhar em um hospital filantrópico na região de Ribeirão Preto, onde o atendimento às urgências era constante, por possuir um pronto-socorro que prestava assistência o grande número de trabalhadores rurais e por ser referência aos pacientes do Sistema Único e Descentralizado de Saúde – SUDS.

Nessa época algumas preocupações começaram a surgir a respeito da assistência prestada aos pacientes nas urgências clínicas e traumáticas, despertando interesse pelo serviço de ambulâncias. Assim, começo a me preocupar com as dificuldades no transporte de pacientes e com as necessidades de assistência complexa no local e no percurso até o pronto-socorro.

Mais tarde, atuando como enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto - SP, participei de projetos e comissões para a reestruturação do pronto atendimento municipal e do serviço de transporte por ambulâncias. Esse projeto me deu a oportunidade de realizar um dos primeiros cursos de urgência e emergência pré-hospitalar para enfermeiros, promovido pela Faculdade de Medicina de Marília – SP, em parceria com o Centro de Referência e Treinamento da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo.

Após alguns meses, comecei a compartilhar minhas atividades de enfermeiro assistencial no pronto socorro infantil com a organização do serviço municipal de transporte de pacientes. Esta última atividade, de cunho administrativo, em que atuava junto ao setor de radiotelefonia, para onde eram dirigidos os pedidos de ajuda das pessoas que necessitam de atendimento em instituições de saúde, e

que não tinham como se locomover até o local, seja por problemas relacionados ao próprio agravo, por incapacidades físicas ou sociais.

Tais solicitações ainda são realizadas através do número telefônico 192, conhecido em âmbito nacional como o número gratuito de socorro para agravos à saúde, principalmente de natureza clínica. Em alguns municípios as urgências clínicas e traumáticas são direcionadas ao sistema estadual, do Corpo de Bombeiro, conhecido como Resgate.

Nesse trabalho com as radiotelefonistas no atendimento telefônico à população de Ribeirão Preto, certifiquei-me da importância desse tipo de serviço na medida em que, através de informações ágeis, pode-se melhorar a qualidade da assistência prestada fora do ambiente hospitalar.

Considerando minha vivência profissional nesse setor desde 1993, e, posteriormente, como enfermeira da unidade de suporte avançado, deparei-me com algumas indagações e inquietações a respeito da organização e das características do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel no município de Ribeirão Preto, as quais constituíram-se objeto desta investigação.

Desta maneira, considero essa temática relevante e me proponho estudar a caracterização/organização das urgências e emergências, dando enfoque ao atendimento pré-hospitalar móvel, visando contribuir na melhoria da qualidade da assistência prestada, uma vez que o atendimento às urgências se inicia quando a radiotelefonista recebe o pedido de ajuda.

1.1 Considerações gerais

- **Definição de urgência e emergência**

As definições de urgência e emergência relativas à atenção médica não são claras para a maioria dos profissionais de saúde, sendo esses termos utilizados indiscriminadamente no cotidiano.

O termo emergência médica identifica-se com problemas de saúde que necessitam de cuidados especializados imediatos para evitar a morte ou complicações graves no indivíduo, e a urgência médica é definida como aquela situação que afeta ou coloca em perigo a saúde de uma ou de mais pessoas (RODRIGUEZ, 2000; MORALES apud TACSI, 2003, p. 34).

Sob este aspecto o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, CFM (1995), através da Resolução 1.451/95, definiu a urgência como sendo uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata, diferenciando da emergência em que conceituou como a constatação médica de condições de agravo à saúde que implicam em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

Na opinião de Ferreira (1999) estas palavras são sinônimas, e a linguagem médica brasileira as diferencia quer pela necessidade de uma ação imediata (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA-CRM) quer pela existência de risco de vida (CFM). Isto não ocorre em outros países de línguas latinas e nem nos de línguas anglosaxônicas.

As urgências médicas, de acordo com Martinez e Nitschke (2001), podem ser conceituadas como um evento caracterizado como vital pelos indivíduos e/ou pela sociedade, e que apresenta uma gravidade considerada ameaçadora à integridade física ou psicológica da pessoa. As emergências são passíveis de tratamento, desde que reconhecidas e rapidamente instaladas as medidas terapêuticas.

Segundo Martinez e Nitschke (2001), o grau de urgência é uma combinação multifatorial complexa, onde não se trata apenas do conhecimento

médico ou de patologias. A qualificação do grau de urgência está associada a dois grupos de fatores, sendo um deles médico e técnico e o outro social. O fator médico é analisado a partir da conjunção da gravidade e do tratamento, uma vez que uma urgência tem habitualmente diferentes níveis de gravidade, e subentende que os cuidados sejam prioritários a graus de complexidade diferentes. A gravidade e os cuidados são ponderados pelo tempo, pois quanto menor o tempo maior a urgência. Assim, a urgência médica é prioritária em relação a certos pacientes, porque sua patologia evolui muito rapidamente para estados graves, sendo esta uma das razões que delimitam a organização dos cuidados de urgência. Um outro aspecto a considerar é a definição sociológica de urgência, quando trata da noção de prioridade ou de conflito de status social de uma urgência em relação à outra.

Alguns autores relatam que o principal objetivo dos serviços de emergência é diminuir a morbi-mortalidade e as seqüelas incapacitantes, para tanto é preciso garantir os elementos necessários para um sistema de atenção de emergência relacionados a recursos humanos, infra-estrutura, equipamentos e materiais, de modo a assegurar uma assistência integral, com qualidade aceitável e contínua (MORALES; GARCIA-CASTRILLO; DEL BUSTO apud TACSI, 2003, p.36).

Nesta perspectiva, os conceitos de urgência e emergência são amplos, técnico, médico e social e definí-los com rigor nem sempre é uma tarefa fácil. Os profissionais da saúde que atuam diretamente com estas situações norteiam-se em experiências adquiridas e no bom senso para classificá-las, definí-las de acordo com o grau de comprometimento e complexidade presente em cada evento, para então deflagrar medidas de tratamento, essenciais à assistência adequada, evitando agravos adicionais aos já instalados em decorrência da própria patologia.

- **A importância das urgências e emergências traumáticas**

As publicações da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), de 12 de maio de 2003, apontam para uma triste realidade ao mostrar que os traumas matam mais de cinco milhões de pessoas por ano, na proporção de uma para cada 10 mortes no geral. Dez milhões de pessoas visitam os departamentos de emergência anualmente em decorrência de agravos de natureza traumática, desencadeados por diversos fatores intencionais como as guerras, suicídios,

homicídios, e de fatores involuntários como colisões em rodovias, afogamentos, quedas, afetando pessoas de todas as idades e grupos econômicos.

Em termos econômicos, os custos associados com cirurgias, hospitalizações prolongadas, e longo tempo de reabilitação aliado aos custos da perda de produtividade, representam bilhões de dólares a cada ano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

No Brasil, o aumento do número de acidentes e a crescente violência urbana configuram um grande problema de saúde pública provocando forte impacto na morbimortalidade da população.

Para o MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), os acidentes e a violência representam um conjunto de agravos à saúde, que podem ou não levar a óbito, sendo resultante de causas acidentais e/ou intencionais. Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças, CID (OMS, 1985 e OMS, 1995) – sob a denominação de Causas Externas que incluem todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamento, entre outros (BRASIL, 2001a).

Na década de 1930, apenas 2% das mortes eram devidas à violência, em 1988 esse percentual subiu para 12,3% e atualmente representa 15% das causas de morte. Um crescimento de aproximadamente 30% na proporção de mortes por causas externas. Nos dados do MS, no ano de 1995, dos 839.877 óbitos, 114.887 foram devidos a causas externas e destes, 32,3% em razão de homicídios (GONÇALVES; RODRIGUES, 2001).

Figueiredo et al. (1996) acrescentam que o trauma, no ano de 1996, deixou 3,5 milhões de pessoas com incapacidade temporária e 120.000 com incapacidade definitiva e, que o número de internações foi de 1,7 milhões.

Lebrão; Melo Jorge e Laurenti (1997), mostra que as hospitalizações por causas externas, no Brasil na última década, têm sido responsável por 5 a 6 % do total de internações.

Segundo Scarpelini (2001), o número anual de mortes no Brasil decorrentes de causas externas, cresceu 80% nas últimas duas décadas, saltando de 65.253, em 1979, para 117.600, em 1998. Entretanto, a proporção entre óbitos e seqüelados, graves ou leves, é desconhecida.

A este respeito Santos e Santos Jr. (2001) afirmam que o trauma tem um perfil sócio econômico bem delineado provocando no Brasil, em 1999, 130.000

mortes e um número três vezes maior de invalidez permanente. Segundo dados do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o trauma gerou, em 1977, um gasto global de R\$ 84 bilhões. Em 1998 o CRM, aponta que os custos da violência no continente em 1997 representaram R\$ 168 bilhões por ano e em alguns países representam até 14% do produto interno bruto (PIB).

Este cenário é confirmado por Oliveira; Parolin e Teixeira Jr. (2002) o qual relata que o trauma é considerado a terceira causa de mortalidade, depois das doenças cardiovasculares e do câncer. Entretanto, estatísticas mais recentes apontam as lesões externas ocupando o segundo lugar no ranking das causas de morte em alguns centros. Como Neto e Gomes (2001), consideram o trauma como uma pandemia contemporânea, como a doença mais significativa em perda de anos de vida produtivos.

O impacto dessas mortes pode ser analisado por meio do indicador relativo a Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP). Por incidirem com elevada frequência no grupo de adolescentes e adultos jovens, os acidentes e as violências são responsáveis pelo maior número de anos potenciais de vida perdidos. No Brasil, entre 1981 e 1991, o indicador de APVP aumentou 30% em relação a acidentes e violência, enquanto que para as causas naturais, os dados encontram-se em queda (REICHENHEIM; WERNECK, 1994; IUNES, 1997; VERMELHO, 1994 apud BRASIL, 2001a, p. 55).

Por outro lado, o impacto econômico dos acidentes e violências no Brasil pode ser analisado através dos gastos hospitalares com internação. Em 1997, esses gastos corresponderam a R\$ 232.376.612,16 (BRASIL, 2001a).

Na opinião de Queiroz (2001), a incidência de trauma no Brasil aumenta a cada dia, mês e ano. No Brasil, o trânsito mata oito vezes mais do que nos Estados Unidos da América (EUA), cinco vezes mais do que no Japão e na Inglaterra, três vezes mais do que na França e Alemanha. Isto demonstra, não estar somente associado aos fatores correspondentes ao crescimento da população e ao crescimento do número de veículos, e sim, em grande parte, associado à exposição ao risco. Por sua vez, deixa clara a ligação ao comportamento das pessoas frente a uma situação, ao grau de prudência, à maneira de agir e à maneira de sentir, as quais refletem na forma de conduzir os veículos.

Apresentamos o maior índice de mortes em todo o mundo, com 25,9 vítimas anuais para cada grupo de 10.000 veículos. De 1963 a 1972 – a população

cresceu 29%, a frota de veículos cresceu 153%, o índice de acidentes 381% e o número de vítimas fatais 212% (QUEIROZ, 2001).

No Brasil, o trauma é a primeira causa de morte quando consideramos a faixa etária de 1 a 40 anos, sendo predominante dos 20 aos 29 anos de idade, e em vítimas do sexo masculino (OLIVEIRA; PAROLIN; TEIXEIRA JR., 2002).

Com relação ao estado de São Paulo deparamos com dados alarmantes. No ano de 1997, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 30,8% dos óbitos, as neoplasias por 14%, e as causas externas, como a terceira causa de óbito, com 13,9%. Foram seguidas pelas doenças do aparelho respiratório com 10,7% e 5,6% por doenças infecciosas e parasitárias. Considerando a população do sexo masculino, as causas externas ocupam o segundo lugar entre todas as causas de mortalidade com 19,6%. Quando a análise leva em consideração a faixa etária compreendida entre 1 a 49 anos, o número de óbitos decorrentes de causas externas ocupa o primeiro lugar em relação às demais causas no estado de São Paulo (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA et al., 1998).

Em 2001, segundo dados do MS, não houve alteração das três principais causas de óbito, permanecendo em primeiro lugar as doenças do aparelho circulatório, com 70.829 mortes, seguido das neoplasias com 36.104 óbitos e as causas externas que foram responsáveis por 33.560 mortes (BRASIL, 2001a).

Na região de Ribeirão Preto, (Divisão Regional de Saúde de Ribeirão Preto-SP – DIR XVIII) a distribuição de óbitos por causas externas configura-se da seguinte forma: 318 casos de homicídios, 222 por acidentes de transporte, 42 suicídios, 37 afogamentos e 204 por causas diversas, totalizando 823 casos no ano de 2000 (RIBEIRÃO PRETO, s.d.).

Segundo levantamento realizado pela empresa de transporte coletivo da cidade, em parceria com outros órgãos, o número de acidentes de trânsito na área urbana de Ribeirão Preto, decresceu nos últimos anos, embora continue com índices abusivos. Em 2000, ocorreram 14.149 acidentes e em 2002 o número foi de 12.410. Para cada acidente com vítima, houve cinco acidentes sem vítima. Também foi demonstrada diminuição do número de vítimas fatais. Em 2000 e 2002, respectivamente, 75 e 48 vítimas fatais (RIBEIRÃO PRETO, 2002a).

Quanto à natureza dos acidentes, em 2002, foi demonstrado que a colisão, (impacto entre veículos em movimento) foi responsável por 55,4% dos acidentes, seguido pelo choque, (impacto de um veículo contra um obstáculo ou

veículo sem movimento) com 34,3% do total. Ainda de cada quatro acidentes com vítimas não pedestres, três foram do tipo colisão (75,1%), sendo que os acidentes do tipo choque representaram 19,4% do total (RIBEIRÃO PRETO, 2002a).

As análises mostraram que em 2002, em Ribeirão Preto, foi registrado um acidente a cada 42 minutos; um acidente com vítima não pedestre a cada 4,8 horas; um acidente sem vítima a cada 51 minutos; um atropelamento a cada 15 dias. Ainda um ocupante de veículo morto a cada 9,9 dias, um motociclista morto a cada 21,5 dias, um ocupante de veículo ferido a cada 4,1 horas, um pedestre ferido a cada 1,6 dias e um pedestre morto a cada 33,3 dias, totalizando uma pessoa morta a cada 7,6 dias (RIBEIRÃO PRETO, 2002a).

- **A importância das urgências e emergências clínicas**

Assim como os agravos traumáticos, os agravos clínicos merecem ser estudados do ponto de vista das urgências, pois estão entre as primeiras causas de morbimortalidade no mundo e no Brasil, com destaque para as doenças cardiovasculares.

Segundo a OMS, o avanço dos agravos clínicos, é motivo de preocupação, pois tem sido demonstrado um crescimento contínuo da incidência de doenças cardiovasculares, com uma estimativa de 17 milhões de óbitos a cada ano, destacando-se as isquemias cardíacas e cerebrais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004b).

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das doenças mais comuns nos serviços de emergência, corresponde a terceira causa de mortalidade nos EUA, e é responsável por um custo médio de 19 bilhões de dólares/ano, considerando a perda de produtividade e despesas médicas secundárias à sua morbidade. Aproximadamente 500 mil pessoas apresentam um AVC novo ou recorrente a cada ano, dessas 150 mil morrem (OLIVEIRA; ANDRADE, 2001; BRAGA et al., 2003).

Nos EUA, em 1984, e na Alemanha, em 1997, foi comprovado que cuidados de ressuscitação cardiopulmonar pré-hospitalar, combinados à instalação de medidas que garantam a permeabilidade das vias aéreas, como a intubação endotraqueal e transporte rápido para centros de estabilização clínica, podem representar medidas eficientes na ressuscitação das vítimas de agravos clínicos e

traumáticos podendo representar o limite entre a vida e a morte (COPASS et al., 1984; REGEL et al., 1997).

Na Espanha, estudiosos tecem considerações sobre a importância da assistência pré-hospitalar realizada por unidades móveis de emergência, a pacientes com síndromes coronarianas agudas, que requerem atendimento por equipe treinada, com intervenções medicamentosas e realização de eletrocardiograma (AGUAVIVA et al., 2000; AGUAYO et al., 2001).

Estudos em diversos países têm demonstrado as vantagens do uso do desfibrilador externo automático ou semi-automático, associados a manobras de suporte básico, na sobrevivência dos pacientes vítimas de parada cardio-respiratória (PCR) em ambiente extra-hospitalar (CASACCIA et al., 1995; TIMERMAN et al., 1998).

No Brasil, os agravos clínicos são responsáveis pela primeira e segunda causa de óbito. Segundo o DATASUS, das causas de mortalidade cardiovascular em 1996, 23% corresponderam a infarto agudo do miocárdio (IAM), 25% foram decorrentes de acidente vascular cerebral, 9% a hipertensão arterial e os 43% restantes foram relacionados a outras lesões (FERREIRA, 1999; RIBEIRÃO PRETO, s.d.).

Em 1997, as doenças do aparelho circulatório em indivíduos com mais de 40 anos, foram responsáveis pela maioria das causas de internação. As neoplasias constituíram a segunda causa de internação dos 40 aos 69 anos (FERREIRA, 1999).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística demonstram uma tendência de crescimento da população idosa, o que poderá representar um aumento ainda maior dos agravos clínicos, com reflexos para o atendimento pré-hospitalar (APH) (BRASIL, s.d.).

No estado de São Paulo, a distribuição da mortalidade em 2000, segue o padrão internacional, sendo as doenças do aparelho circulatório responsável por 33,3% dos óbitos, as neoplasias por 17%, as causas externas por 15%, as afecções do aparelho respiratório por 9%, as patologias do aparelho digestivo por 5,7%, as doenças infecto parasitárias por 4,9%, e as demais causas corresponderam a 10,4% (AZEVEDO, 2002).

Para a regional de Ribeirão Preto (DIR XVIII) verificamos que, em 2001, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 2.139 óbitos, as neoplasias por 1.111 óbitos, e as causas externas por 793 óbitos, seguidas pelas

doenças do aparelho respiratório e digestivo com 746 e 422 óbitos, respectivamente, dentro de uma população de 1.129.487 pessoas (BRASIL, 2001c).

No município de Ribeirão Preto, dados apresentados pelo sistema de informação da SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE (SMS), mostraram que em 1999, ocorreram 3324 óbitos. As doenças isquêmicas do coração representaram a primeira causa de óbitos, com 398 casos, sendo o IAM, responsável por 57 óbitos no sexo masculino e 30 óbitos no sexo feminino (RIBEIRÃO PRETO, s.d.).

Na visão do MS, o desenvolvimento da tecnologia, o avanço da ciência, as medidas de prevenção às doenças cardiovasculares, às neoplasias e as causas externas, ainda não foram suficientes para modificar o perfil epidemiológico dessas doenças, estimulando novas estratégias de planejamento das ações de saúde (BRASIL, 2001a).

1.2 Sistemas de urgência e emergência

O APH, como parte integrante dos sistemas de assistência às urgências e emergências, constitui um tipo de ação de saúde recente no Brasil, e foi influenciado por dois modelos com conceituações distintas, o modelo americano e o francês.

- **Modelo Americano**

O desenvolvimento dos Sistemas de Emergências Médicas – EMS, nos EUA, se fortaleceu em 1966, após a publicação de uma pesquisa intitulada “Morte e Deficiência por acidentes: Uma doença negligenciada pela sociedade moderna”, alertando para a inadequação do atendimento pré-hospitalar naquele país. Mostrou índices estatísticos da qualidade de vida dos sobreviventes e a recuperação das vítimas de acidentes envolvendo traumas e choques, quando atendidas de forma adequada. A partir desta publicação, o governo americano determinou que as entidades governamentais de Segurança Rodoviária desenvolvessem um sistema de atendimento em emergências que fosse realmente eficiente, caso contrário o governo reduziria um percentual dos fundos para manutenção das rodovias federais (FERREIRA, 1999).

Em 1968, foi criado o número telefônico único 911, centralizando todos os chamados de emergência. As emergências médicas são direcionadas para o profissional da área, que avaliará a ocorrência e enviará a equipe mais adequada, de acordo com os recursos, organização e protocolos pré-estabelecidos pelos médicos responsáveis, em cada região (FERREIRA, 1999).

Segundo Azevedo (2002), a Academia Nacional de Ciências dos EUA realizou, nos anos 70, um estudo comparativo entre vítimas da guerra do Vietnã, e vítimas de trauma nas grandes cidades americanas. Encontrou maior sobrevivência dos soldados, justificado por um atendimento imediato após a lesão, enquanto que as vítimas civis eram apenas transportadas aos hospitais, sem qualquer atendimento inicial. Este estudo evidenciou a importância do atendimento no local do evento, com intervenções básicas para a manutenção da vida, e impulsionou a implementação de sistemas organizados de emergência nas grandes cidades americanas.

Em 1982, o Departamento de Transporte Americano apresentou os resultados de um estudo realizado entre 1966 e 1981, sobre a diminuição dos índices de mortalidade pré-hospitalar de vítimas de acidente de trânsito, no qual foi constatada uma relação entre a queda da mortalidade e a implantação do serviço de APH (AZEVEDO, 2002).

Sobre esse aspecto, Oliveira; Parolin e Teixeira Jr. (2002) relata que o médico norte-americano D. Trunkey, M.D. realizou um estudo em 1982, categorizando as mortes por trauma e afirmando que sistemas de APH e hospitalar adequados podem reduzir 20% a 50% o número de óbitos, além de diminuir as seqüelas temporárias ou definitivas, nos traumas.

O APH americano é realizado por profissionais não médicos. Atendem às vítimas de trauma e às emergências clínicas, particularmente a parada cardíaca. Atualmente, nesse país, existem dois sistemas que se complementam: o “Emergency Medical Systems” inspirado no modelo de Belfast, em que o controle médico se efetiva na elaboração e supervisão dos protocolos de atuação, e eventualmente nas ações pré-hospitalares de maior gravidade, quando as equipes de emergência têm necessidade de distanciar-se dos protocolos, e o “Trauma Systems” (MOORE et al. apud FERREIRA, 1999, p.37).

A equipe de assistência às emergências, nos EUA, é subdividida em quatro categorias de profissionais, com grandes variações regionais. Os socorristas ou “first-responder”, representados pelos bombeiros, policiais ou mesmo cidadãos

comuns, treinados nas técnicas de reanimação cardio-respiratória básica; o técnico médico de emergência de ambulância ou técnico de emergência básica; o técnico médico de emergência intermediário e o técnico médico de emergência paramédico.

Suas ações variam de acordo com a capacidade, e o grau de conhecimento dos profissionais, os quais são autorizados a realizar diferentes atividades e procedimentos, conforme a categoria a que pertencem e a protocolos previamente estabelecidos. A integração desses diferentes níveis de assistência depende da organização e dos recursos locais de cada região. Nas áreas rurais, os serviços dispõem somente de técnicos que realizam o suporte básico. Nas áreas urbanas, além do suporte básico, dispõem do suporte avançado realizados por paramédicos.(GOMEZ; NEIRA, 1996; STOUT; GABRAM et al.; KUHEL apud FERREIRA, 1999).

Gomez e Neira (1996), relatam que, assim como nos EUA, em outros países europeus a sobrevivência dos traumatizados em acidentes de trânsito tem sido elevada em decorrência das ações das equipes de paramédicos que, em conjunto com bombeiros capacitados e legalmente autorizados, realizam manobras avançadas de reanimação, como a intubação traqueal. A Alemanha é um dos países onde melhor funciona o sistema protocolar de atenção regional a traumatizados. Prima pela instalação e distribuição estratégica de centros especializados próximo às principais autopistas, possibilitando rápido transporte pré-hospitalar, com demora máxima de 30 minutos para chegar a um centro de referência.

Nos EUA, a formação de uma associação de profissionais de enfermagem voltada para essa área ocorreu em 1970, a Associação de Enfermagem em Emergência, sendo criada com o objetivo de fornecer programas de instrução e proporcionar uma linguagem comum a esses profissionais envolvidos no cuidado de emergência.

Em 1985, o nome desta entidade foi mudado para Associação da Enfermeira da Emergência, com a finalidade de ressaltar o papel específico deste profissional, na prática dos cuidados de emergência, atuando em três níveis de competência: o primeiro requer competência para prestar atendimento aos pacientes traumatizados; no segundo o profissional necessita de formação específica em enfermagem de emergência e no terceiro, o enfermeiro deve ser especialista em área específica e atuar no âmbito pré e intra-hospitalar. Atualmente, essa associação fornece cursos em cuidados avançados sobre o trauma e triagem, e um

programa de orientação com publicações, atividades de pesquisa e de instrução continuada (WEHBE; GALVÃO, 2001; TACSI, 2003).

- **Modelo Francês**

Outro modelo de assistência em saúde, o sistema francês, iniciou-se nos anos 60. Naquela época, os médicos começaram a constatar a disproporção entre os meios modernos, colocados à disposição de feridos no hospital, e os meios arcaicos utilizados na fase pré-hospitalar. Foi proposto, então, que a equipe médica se deslocasse ao local da ocorrência para iniciar a assistência o mais rápido possível (FONTANELLA; CARLI; LARENG, 1992).

O sistema francês tem características específicas, por ser financiado pela seguridade social, com contribuição obrigatória de todo cidadão. O setor público é composto por hospitais de diferentes graus de complexidade, e a assistência ambulatorial é, em sua grande parte, oferecida pelo setor privado, por meio dos médicos generalistas, instalados em seus próprios consultórios, ou por associações médicas, que prestam assistência diretamente no domicílio dos pacientes. Quando há necessidade de transporte rápido para o hospital, acionam, de acordo com a gravidade do caso, uma ambulância privada ou uma Unidade Móvel Hospitalar (UMH) (FERREIRA, 1999).

Na França, todas as solicitações de ajuda médica são direcionadas para o Centro de Controle de Operações (Centro 15), com um número específico para emergências em saúde, na qual o solicitante sempre recebe uma resposta médica. O sistema se originou com o objetivo de prestar assistência rápida aos acidentados do trânsito, aprimorando-se ao longo dos anos para imprimir mais rapidez no início do tratamento. Aos poucos, este serviço se constituiu em uma forma de articular a rede pública hospitalar como um todo, racionalizando o acesso aos serviços de urgência (FONTANELLA; CARLI; LARENG, 1992).

Este sistema é baseado em seis princípios, a saber: o auxílio médico urgente é uma atividade sanitária; as intervenções no local devem ser rápidas, eficazes e com meios adaptados; a abordagem de cada caso deve ser simultaneamente médica, operacional e humana, as atribuições são definidas por profissionais e a coordenação da equipe deve ser estabelecida de forma clara; a

qualidade dos resultados depende, em grande parte, do nível de competência dos profissionais e finalmente a ação preventiva deve ser um complemento da ação de urgência (REZENDE, s.d.).

Em 1992, o Sistema de Atendimento Médico de Urgência na França, com seus 96 centros de recepção de chamados, realizaram 2.000.000 transações, sendo distribuídas da seguinte forma: 20% foram supridas com informações/conselhos; 28% requereram o envio de um médico generalista de plantão, 24% necessitaram do envio de uma ambulância simples e 28% exigiram o envio de uma UMH. Destacamos que as enfermeiras são profissionais com experiências, muitas delas especialistas (auxiliares de anestesia e reanimação). Todos os profissionais recebem uma formação complementar para atuarem em uma UMH (MARTINEZ; MORANO, 1995; REZENDE, s.d.).

O modelo francês é centralizado numa rede de comunicações e baseado na regulação médica. Todas as chamadas são analisadas por médico, que define a resposta mais eficiente, maximizando os recursos disponíveis. Esta experiência vem sendo validada há anos, mostrando ser um importante instrumento para as ações em saúde, uma vez que permite o conhecimento das necessidades reais do paciente, e dos recursos disponíveis à prestação da assistência, dentre outras informações, possibilitando o gerenciamento da demanda. Em função destas características, o sistema francês tem servido de modelo para a construção dos serviços brasileiros.

• Modelo Brasileiro

No Brasil, existem diferentes modelos de atendimento às emergências, estruturados conforme o perfil quantitativo e qualitativo da população assistida. Todos os sistemas são integrados dentro de uma mesma lógica, contemplando medidas preventivas, redes de atendimento pré-hospitalar, serviços assistenciais hospitalares hierarquizados e centros de reabilitação (MARTINI, 2001).

Gonçalves e Rodrigues (2001), enfatizam que estas etapas devem se integrar de modo efetivo, a fim de reafirmar o conceito de sistema de atendimento. Oliveira; Parolin e Teixeira Jr. (2002), acrescentam que além das etapas citadas,

devem ser considerados o planejamento de atendimento a catástrofe e grandes desastres.

A organização do sistema de atendimento às urgências e emergências brasileiro, está em construção. O eixo de partida para a organização é o diagnóstico das necessidades da população, baseado em indicadores de saúde e dados de morbimortalidade de uma determinada área geográfica (CARDOSO et al., 2000).

No Brasil o Sistema de Atenção Integral à Saúde é composto por vários níveis de assistência procurando contemplar ações dos níveis mais simples aos mais complexos, respectivamente, primário, secundário e terciário. Historicamente, prevaleceram modelos de atenção às urgências centrados na assistência curativa, realizada em prontos socorros e hospitais.

Na última década, ocorreu uma série de eventos primordiais para o desenvolvimento do conhecimento científico e para a formulação de políticas de organização de sistemas de atendimento às urgências e emergências de âmbito nacional. Dentre eles destaca-se o Fórum de Discussão em 1993, na cidade de Brasília, com a temática da implantação dos sistemas de urgências, onde estiveram presentes gestores públicos da saúde, profissionais e técnicos do Sistema de Atendimento Médico de Urgência, patrocinado pela Coordenação de Emergências e Traumas do Ministério da Saúde em conjunto com a Cooperação Francesa. As primeiras experiências no Brasil foram relatadas com propostas de encaminhamentos, visando à construção adequada de um sistema de urgências e emergências que refletisse a política pública do governo (GONÇALVES; RODRIGUES, 2001).

O encontro de 1993 e suas decisões foram essenciais para desencadear uma seqüência de outras determinações, principalmente as do 1º Simpósio Internacional de Atenção Pré-Hospitalar -, Urgências e Trauma, realizado na cidade de Porto Alegre em 1995, onde aconteceu a criação da rede 192, denominada REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS - RBCE, com o objetivo principal de ajudar a construir uma política pública para o atendimento às emergências em âmbito nacional (GONÇALVES; RODRIGUES, 2001).

Após o encontro de 1995, ocorreu no ano seguinte o Seminário Anual da RBCE, em Campinas, em que foi criado o marco conceitual de sistemas de urgência, com a presença de representantes de 20 estados brasileiros e de cinco países, os

quais subsidiaram a discussão sobre planejamento e organização de sistemas de urgência (GONÇALVES; RODRIGUES, 2001).

Com os avanços alcançados, foi realizado em Campinas, em 1997, o III Simpósio Internacional de Atenção Pré-Hospitalar às Urgências e Emergências promovido pela RBCE, sendo realizado o primeiro curso nacional de regulação médica, acompanhado do debate de questões fundamentais para a organização dos Sistemas de Atendimento às Urgências e Emergências, destacando-se o papel político e técnico da universidade nos sistemas de urgência. O resultado final culminou com a elaboração do documento intitulado “Formulação de Políticas Públicas na Área de Emergência”, relatado pela RBCE (1997), onde se destacam:

- Sistema de Urgência deve ser regionalizado, com hierarquização dos serviços acordado entre os municípios, o que é possível segundo a programação pactuada e integrada (PPI) prevista pela NOB-96;
- município, gestor do Sistema de Saúde, deve formular e executar as políticas de saúde municipais e participar da formulação das políticas regionais;
- modelo tecno-assistencial deve ser coerente com as diretrizes do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) que responda às necessidades sociais em saúde;
- a política de urgência regional é parte da política de saúde e deve responder ao diagnóstico de necessidades, pautado em critérios epidemiológicos, demográficos e sócio-econômicos;
- a regulação médica como instrumento para a articulação do nível pré-hospitalar com o hospitalar;
- modelo de gestão deve ser coerente com as definições do modelo técnico assistencial;
- todo o financiamento deve obedecer à lógica prevista no SUS.

Posteriormente a esse encontro, em 1998, realizou na cidade de Sorocaba, a Reunião Paulista da RBCE, na qual foram abordados temas referentes às políticas para o estado de São Paulo. No relatório da reunião, apresentado pela Secretaria de Estado da Saúde, destaca-se: integração dos diversos serviços já existentes ou em fase de implantação no estado de São Paulo; financiamento dos recursos e requisitos para a formação da Rede Regional Hospitalar de nível terciário; estratégias para o treinamento e capacitação de recursos humanos para urgência e

emergência; participação da rede em reuniões junto ao CFM nas discussões para a elaboração da Normatização dos Serviços de APH.

Cabe também ressaltar alguns pontos primordiais discutidos durante o IV Congresso Internacional da RBCE, realizado na cidade de Goiânia em abril de 2000, cujo tema central desenvolvido foi “Bases para uma Política Nacional de Atenção às Emergências”, e relatados pela comissão organizadora como: o futuro dos sistemas e serviços de urgência, no contexto de construção do SUS, as perspectivas da formação médica nas urgências, e as estratégias de educação permanente; o complexo hospitalar na atenção às urgências; horizontalização e contratualização das urgências hospitalares; o hospital e as urgências integradas ao sistema de saúde/internação domiciliar; conceito de vaga zero nas urgências; integração da porta de urgência com a central de leitos (DE NEGRI FILHO et al., 2000).

A implantação e implementação de uma política integral de atenção às urgências e emergências, têm representado um desafio para os gestores, atores sociais e profissionais de diversas categorias. Mesmo que lentamente, avanços vêm ocorrendo, destacando-se a proposta da Política Nacional de Atenção às Urgências, e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no âmbito do SUS, do atual governo federal (2002-2003).

Dentre os acontecimentos de 2003, destacamos a posição do MS, aprovando oficialmente a sigla SAMU, para designar os serviços que venham a se organizar com essa finalidade, e reforçando os já existentes. Destacam-se também as iniciativas para a padronização dos veículos, uniformes das equipes, e equipamentos. Em 29 de setembro de 2003, dando continuidade às medidas já adotadas, o MS lança a Política Nacional de Atenção às Urgências e o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, no âmbito do SUS.

Em 29 e 30 de outubro de 2003, ocorreu na cidade de Brasília, o Seminário Nacional de Política de Atenção às Urgências, com alguns objetivos específicos, dentre os quais destacamos: discutir as necessidades sociais na atenção às urgências; sensibilizar e oferecer subsídios para a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências, com a distribuição do roteiro para a elaboração do projeto. Os tópicos discutidos estão disponíveis no site do MS, funcionando assim como meio de intercâmbio entre gestores e Ministério.

O final de 2003 e o primeiro trimestre de 2004, foi marcado por ações voltadas à aplicação de medidas estabelecidas por esta nova política.

Desta maneira, encontramos atualmente no Brasil, 16 SAMUs em funcionamento. Nove integrados à Rede Nacional do SAMU, recebendo as verbas determinadas pelos critérios estipulados sendo eles: São Paulo, Porto Alegre, Vitória da Conquista, Aracaju, Recife, Natal, Campinas, Belo Horizonte, Fortaleza. Os demais ainda financiam seus próprios serviços, devendo, em breve, ser reintegrados à Rede, por já terem formalizado sua adesão. São eles: Araras, Belém, Ribeirão Preto, Betim, Maceió, Piracicaba, e região do Vale do Ribeira (BRASIL, 2003).

- **Legislação brasileira**

Paralelamente ou, até mesmo, em decorrência desses eventos científicos de abrangência política, medidas foram sendo criadas para permitir uma uniformidade técnica e legal, respaldando as ações adotadas em urgência e emergência.

Em 1990, o MS criou o Programa de Enfrentamento às Urgências e Trauma tendo como objetivo reduzir a incidência e a morbi-mortalidade por agravos externos (TACSI, 2003).

A Portaria do Centro de Vigilância Sanitária CVS-9, de 16 de março de 1994, foi a primeira a estabelecer os diversos níveis de transporte e atendimento de acordo com a gravidade do caso, e critérios para a padronização das viaturas (BRASIL, 1994).

Logo após, o CFM (1995), considerando a necessidade de organização dos sistemas de atendimento hospitalar e a existência de serviços pré-hospitalares de urgência/emergência, aprova a Resolução n.º 1.451 de 10 de março de 1995.

Considerando as dificuldades do atendimento hospitalar, o MS publica em 9 de junho de 1998, a Portaria MS/GM n.º 2.329, instituindo o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência (BRASIL, 2001a).

O MS através das Portarias n.º 3.564 e 3.566 de 02 de setembro de 1998, institui o Comitê Técnico Científico de Assessoramento ao Grupo Técnico para Acidentes e Violência subordinando as atribuições da área técnica à Secretaria de Política de Saúde (BRASIL, 1998a, b).

Nessa perspectiva, em 4 de setembro de 1998, o CFM aprova a Resolução n.º 1.529, que normatiza a atividade médica na área de emergência na sua fase pré-hospitalar, definindo ainda a chamada Regulação Médica das Emergências como o elemento orientador da atenção pré-hospitalar.

A Central de Regulação Médica consiste em uma forma organizada de responder adequadamente a toda situação de urgência que necessite de meios médicos ou não, possibilitando a racionalização de recursos, funcionando assim como a coordenadora e disponibilizadora do atendimento pré-hospitalar à população local, cabendo-lhe algumas funções: avaliação técnica da gravidade das solicitações de socorro; administração dos meios disponíveis para prestação do atendimento e definição e articulação com a unidade de saúde que irá receber o paciente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1998).

Dentro do contexto regulatório, o MS publicou em 24 de junho de 1999, a Portaria n.º 824 que trata da normatização do APH no País. Esta Portaria foi revogada em 1 de junho de 2001 e substituída pela Portaria n.º 814/GM que além de normatizar o APH móvel de urgências já existentes, bem como dos que venham a ser criados, estabelece o conceito geral, os princípios e as diretrizes da Regulação Médica das Urgências (BRASIL; 1999, 2001b).

Em conformidade com essa proposta o CFM (2000) também aprova a Resolução n.º 1.596 de 7 de junho de 2000, na qual regulamenta as responsabilidades técnicas, atribuições, e competências do serviço de transporte aeromédico.

Ainda na tentativa de respaldar todos os profissionais que desenvolvam, ou possam a vir desenvolver suas atividades no APH, é aprovado em 17 de outubro de 2000, a Resolução n.º 354/2000, que dispõe sobre a assistência farmacêutica em APH às urgências e emergências (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA-CFF, 2000).

Frente às necessidades identificadas, o MS, utilizando-se de instrumentos baseados nas estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, bem como na adequação das ações relativas à assistência, recuperação e reabilitação, aprova, em 16 de maio de 2001 a Portaria 737/GM, que determina a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (BRASIL, 2001a).

Paralelamente as legislações publicadas pelo MS, CFM, e CFF, o Conselho Federal e Regional de Enfermagem adotam as seguintes resoluções e decisões:

- Resolução n.º 225 de 28 de fevereiro de 2000, que dispõe sobre o cumprimento de prescrição medicamentosa/terapêutica à distância.
- Decisão COREN-SP-DIR/01/2001 de 22 de março, que regulamenta a assistência de enfermagem em APH e demais situações relacionadas com o suporte básico e avançado de vida.
- Resolução COFEN-260/2001 de 12 de julho, que fixa as especialidades de enfermagem, de competência do enfermeiro, na qual contempla o APH.

Em 1995, foi criada a Sociedade Brasileira dos Enfermeiros do Trauma (SOBET), que se constituiu na primeira associação de enfermagem especializada em trauma no país (WEHBE; GALVÃO, 2001).

Frente aos avanços das atividades do APH, o MS, tendo como política nacional a redução da morbimortalidade por acidentes e violências, aprovou a Portaria n.º 2.048/GM em 5 de novembro de 2002, que dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgências e emergências, estabelecendo os princípios e diretrizes, as normas e os critérios de funcionamento, a classificação e o cadastramento desses serviços. Estabelece normas para a elaboração dos planos estaduais de atendimento e de regulação médica das urgências e emergências, normaliza os atendimentos pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel e hospitalar, o transporte inter-hospitalar e a criação de núcleos de educação de emergência e urgência. Para atender a essas diretrizes a portaria apresenta ainda a proposta de grades curriculares mínimas para a capacitação de recursos humanos nessa área (BRASIL, 2002b).

O MS editou a Portaria 344, em 19 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito (BRASIL, 2002a).

Mediante a necessidade de melhoria da qualidade da informação, o MS aprovou, em 11 de dezembro de 2002, as Portarias n.º 969 e 970, as quais instituem no âmbito do SUS, o novo modelo de formulário de registro de atendimento de urgência e emergência, e o sistema de informações em saúde para os acidentes e violências/causas externas/SISAV, desenvolvido pela Secretaria de Assistência à Saúde (BRASIL, 2002c,d).

Recentemente, em 9 de julho de 2003, a Resolução n.º 1.529/98 do CFM, foi revogada e substituída pela Resolução n.º 1.671/03 que dispõe sobre a "Normatização da Atividade na Área da Urgência-Emergência na sua Fase Pré-Hospitalar". Na mesma data, através da Resolução n.º 1.672/03, este mesmo Conselho, determina as normas e critérios para o transporte inter-hospitalar, tecendo considerações importantes a cerca da responsabilidade das instituições envolvidas nesta atividade, assim como da equipe de APH que, juntamente com as demais, deverão responsabilizar-se pela efetiva aplicação das normas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2003a,b).

Finalmente, a Portaria n.º 1.863/GM, 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, e a Portaria n.º 1.864/GM, editada na mesma data, institui o componente pré-hospitalar móvel por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU – 192.

Esta última Portaria é ampla, estabelecendo delineamentos acerca do financiamento para investimento e custeio do componente pré-hospitalar, com normas determinadas para custeio de recursos humanos, físicos e materiais, bem como critérios de acompanhamento e avaliação das ações. Quanto às medidas de regulação da atenção às urgências, explicita os papéis e responsabilidades dos gestores do SUS. Define a estrutura e as responsabilidades no âmbito dos Comitês Gestores, fazendo menção à formação dos núcleos de educação em urgência. Determina a elaboração de diagnósticos de saúde dentro do planejamento da operação dos Sistemas de Atenção às Urgências e finalmente padroniza os veículos, equipamentos, bem como uniformiza as equipes (BRASIL, 2003b).

1.3 O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR – APH

O APH pode ser definido como toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, com o intuito de dar a melhor resposta à solicitação de ajuda ao usuário. Essa resposta pode variar de um simples conselho ou orientação médica ao envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência, visando a manutenção da vida e/ou a minimização das seqüelas (LOPES; FERNANDES, 1999a).

Segundo o MS, o APH é classificado em fixo e móvel. O APH fixo é a assistência prestada ao usuário, num primeiro nível de atenção, através das unidades básicas de saúde, unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia ou unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências (BRASIL, 2002b).

O APH móvel pode ser definido como sendo “o atendimento que procura chegar precocemente à vítima após ter ocorrido o agravo à sua saúde (clínico, cirúrgico, traumático, ou psiquiátrico), com risco de sofrimento, seqüelas ou morte, necessitando, portanto, de socorro ou transporte adequado para um serviço de saúde”.

Denomina-se de APH móvel primário, o socorro fornecido diretamente ao pedido de um cidadão, e secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente esteja recebendo o primeiro atendimento, necessitando ser conduzido a outro serviço de maior complexidade (BRASIL, 2002b).

O APH móvel primário compreende três etapas distintas de igual importância. A primeira corresponde ao atendimento realizado na cena do evento, seguida pela assistência durante o transporte até o hospital de referência, e finalmente a chegada ao hospital (PAVELQUEIRES, 1997).

O APH móvel objetiva estabilizar as condições vitais, evitando a morbimortalidade, por meio de condutas adequadas durante a fase de estabilização e transporte, assim como as iatrogenias que possam culminar com adventos variados desde as incapacidades físicas temporárias ou permanentes até a morte (PAVELQUEIRES, 1997).

A esse respeito Pavelqueires (1997) assinala que para atingir os objetivos é preciso que o sistema de APH disponha de viaturas básicas e avançadas sendo estas aéreas ou terrestres, com medicamentos, equipamentos, materiais para resgate e estabilização das vítimas, sistemas eficientes de radio-comunicação que permita contato da cena do evento com as equipes da central, rede hospitalar hierarquizada e organizada, e equipe capacitada a exercer atividades em ambientes extra hospitalares dispondo de protocolos de atendimento os quais devem ser conhecidos e seguidos por toda equipe.

Soares; Almeida e Gonçalves (1996) referem-se aos componentes do sistema conforme, Pavelqueires (1997), acrescido da necessidade de reciclagem permanente e supervisão com controle de qualidade.

Na opinião de Ribeiro (2001), outro aspecto importante a ser considerado no APH, é o conhecimento da categorização das vítimas através da aplicação dos escores de trauma (escala de coma de Glasgow e o índice de trauma Score), que permitem classificar o paciente, de acordo com o grau de comprometimento e encaminhá-lo adequadamente, bem como promover avaliações subsequentes, possibilitando estabelecer a evolução do estado do doente, facilitando e contribuindo no processo de triagem das vítimas.

O APH, segundo Eidi et al. (s.d.), deverá obedecer a cinco princípios básicos: a intervenção no local da ocorrência deve ser rápida, segura e eficaz; o estabelecimento da responsabilidade de cada profissional e das inter-relações deve ser claro; a garantia da qualidade da assistência está diretamente relacionada à competência dos profissionais e do desenvolvimento do trabalho em equipe; as ações preventivas e educativas fazem parte das ações de urgência; os profissionais envolvidos devem ter conhecimento do Código de Ética, da Lei do Exercício Profissional, de acordo com a sua formação acadêmica e função desempenhada, assim como do Código Nacional de Trânsito, e Código Penal.

No contexto do APH, as ações são divididas em suporte básico e avançado de vida. O suporte básico de vida é definido como sendo a estrutura de apoio oferecida a pacientes com risco de morte desconhecido, promovida por profissionais de saúde, por meio de medidas conservadoras não-invasivas, tais como: imobilização cervical, compressão de sangramento, curativos oclusivos, imobilização em prancha longa. O suporte avançado de vida corresponde a estrutura de apoio oferecida a pacientes em risco de morte, promovida por profissionais médicos, por intermédio de medidas não-invasivas ou invasivas tais como: intubação endotraqueal, toracocentese, drenagem de tórax, pericardiocentese, acesso venoso, etc. (BRASIL, 2001a).

A assistência exercida pelos profissionais de saúde do APH está centrada em agravos de natureza clínica ou traumática, porém quando analisamos as lesões presentes nos pacientes politraumatizados, constatamos que, segundo a curva de mortalidade por trauma, o APH passa a ser de grande valia principalmente no segundo pico de morte, aquele que ocorre entre os primeiros minutos e algumas

horas após o acidente. As lesões potencialmente reversíveis, são melhor tratadas quando atendidas neste espaço de tempo. A atuação dentro da chamada Hora de Ouro ou "Golden Hour", dá prioridade para as medidas terapêuticas mais emergentes.

Segundo Whitaker; Gutiérrez e Koizumi (1998); Malvestio (2000); Moraes e Malvestio (2001), o relógio é um dos maiores inimigos para os atendimentos. Fatores como horário do dia, trânsito, distribuição das ambulâncias e local para onde o paciente será encaminhado, influenciam diretamente no tempo de atendimento pré-hospitalar, e os profissionais do APH buscam melhorar suas médias. Os tempos ideais são de seis minutos para a chegada até a vítima, atendê-la em oito e deixá-la no hospital em cinco minutos. Em outros países o tempo de socorro é menor, pois existem locais em que cada ambulância atende um raio de cinco quilômetros de abrangência.

Além do fator tempo, o salvamento de pacientes politraumatizados exige materiais, equipamentos e equipes múltiplas, organizadas e experientes que devem abordar as vítimas rápida e eficientemente nas várias fases: do resgate à reanimação e da avaliação ao tratamento definitivo. A organização do sistema de saúde, com a regionalização de centros capazes de atender e dar continuidade ao processo iniciado na cena do acidente, permitindo o tratamento definitivo dentro da primeira hora da ocorrência é outro fator importante a ser considerado (SOARES; ALMEIDA; GONÇALVES, 1996; PAVELQUEIRES, 1997; SANTOS; SANTOS JR., 2001).

A qualificação das equipes e a experiência prévia na área de emergência são fatores primordiais que estão diretamente relacionados ao sucesso do atendimento, enfatizando a importância de cursos específicos para as equipes de resgate pré-hospitalar (DANTAS; SEIXAS, 1998; CIOFF, 2001; FONSECA, 2003).

Na opinião de Shapiro (2000), o APH pode representar uma diferença na sobrevivência dos pacientes, contudo existem poucos trabalhos que demonstram a eficiência desta nova modalidade de assistência.

Outra modalidade de assistência do APH é o transporte inter-hospitalar, definido como a transferência de um paciente de um centro a outro, que poderá ocorrer quando os benefícios esperados para o paciente crítico excederem os riscos inerentes ao transporte e, também, quando o hospital de origem não dispõe de

recursos que supram as necessidades do paciente (PEREIRA JR; NUNES; BASILE-FILHO, 2001).

- **Implantação do atendimento pré-hospitalar no Brasil e no estado de São Paulo**

Até a década de 80, a ausência de diretrizes nacionais para a área de emergência, particularmente de APH, levou com que alguns estados criassem seus serviços, sem uma linha de orientação e de normatização Surgiram assim, diferentes modelos no setor público e privado, em sua maioria com deficiências técnicas (BRASIL, 2001a).

Na década de 1990, foram criados, em diversos estados brasileiros uma série de serviços de APH, operados por militares vinculados ou não às secretarias de saúde estaduais e/ou municipais. Estes serviços, apesar de desempenharem a contento suas obrigações, tiveram debilidades no que se refere a falta de um conceito mais amplo de sistemas de urgência. Desta forma os pacientes graves começaram a chegar às portas de emergências, despreparadas para o atendimento (GONÇALVES; RODRIGUES, 2001; OLIVEIRA PAROLIN; TEIXEIRA JR., 2002).

O primeiro serviço de APH foi instalado no Estado do Rio de Janeiro, seguido pelo Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo, Distrito Federal, Pernambuco e Ceará, a partir daí outros Estados iniciaram o processo de implantação, incentivados pelo projeto de Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS).

O primeiro serviço de socorro médico de urgência, provido pelo Estado, na cidade de São Paulo, remonta a 1893, quando médicos do serviço legal da Polícia Civil do Estado passaram a atender as emergências da cidade. Com o crescimento da cidade, em 1924, criou-se o Posto Médico da Assistência Policial. Em 1950, o governo do Estado passa para o município a responsabilidade do atendimento de urgência assumindo o Pronto-Socorro, tendo como retaguarda alguns hospitais.

Como existiam pronto-socorros isolados, sem retaguarda hospitalar percebeu-se a necessidade de um sistema de remoção de pacientes para internação. Em 1956, foi instalado o primeiro PABX para atender às necessidades de remoção dos pronto-socorros municipais e também as solicitações da população em situações de urgência e emergência.

Nesta época era realizada uma triagem e, dependendo da ocorrência, enviava-se uma ambulância, sem equipamentos específicos, para o local do chamado e tripulada por equipe sem habilidades para o atendimento extra hospitalar, que além de desenvolverem suas atividades no plantão do pronto-socorro, cumpriam uma escala para eventuais saídas (AZEVEDO, 2002).

Este serviço, ao longo dos anos, passou por uma série de mudanças, sendo criada uma Central de Comunicações (CECOM). Esta Central controlava as vagas hospitalares, recebia as solicitações de serviços de emergência feitas pela população, através de ligações telefônicas pagas, e encaminhava para o pronto-socorro ou hospital mais próximo (AZEVEDO, 2002).

Em março de 1980, a Central passou a atender, por telefone, através dos dígitos 192, tornando-se o órgão centralizador do processo de comunicação. Em 1986, com acordo firmado entre o Governo Municipal e Federação dos Municípios Canadenses (Toronto), foi possível priorizar a organização do Sistema de Emergência Pré-Hospitalar, com incremento do serviço de comunicação de emergência, treinamento de pessoal e planejamento do atendimento em casos de catástrofes e acidentes de grandes proporções.

Em 1988 é constituído o Grupo Especial de Programas de Emergências – GERPRO, cujo objetivo era o de desenvolver, implementar e fiscalizar o programa de emergência. Em 1989, através da resolução conjunta SS-SSP 042 de 22/05/89, assinada entre a Secretaria de Estado da Saúde (Sistema de Atendimento Médico de Urgência – SAMU –SP) e a Secretaria da Segurança Pública, através do Corpo de Bombeiros e Grupamento de Rádio Patrulha Aéreo (GRPAE), teve origem o Projeto Resgate.

O acionamento do Resgate é feito pelo telefone 193, Central de Operações do Corpo de Bombeiros (COBOM), cabendo ao médico regulador e ao oficial de operações, por meio das informações recebidas, despachar a viatura adequada, bem como indicar o melhor recurso hospitalar para cada tipo de atendimento, de acordo com a regionalização e hierarquização dos hospitais normatizados pelo Plantão Controlador Metropolitano (PCM) da Grande São Paulo (SÃO PAULO, s.d.).

Hoje, o SAMU, o PCM e a Central de Vagas formam o Sistema de Regulação Metropolitano (SRM), vinculado à Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo.

Esse sistema apresenta alguns problemas, como a falta de uma instância única que garanta a integração entre o sistema de resgate, o sistema de atendimento pré-hospitalar da Prefeitura de São Paulo, e o Plantão Controlador Metropolitano, assim como a distribuição das viaturas que resulta na sua multiplicidade em algumas regiões, deixando outras descobertas (FERREIRA, 1999).

Em 1998, o Projeto Resgate espalhou-se para todo o Estado de São Paulo, e neste ano foram atendidas 140.000 ocorrências, com 200 viaturas de suporte básico e três de suporte avançado sendo duas terrestres e uma aérea (GONÇALVES; RODRIGUES, 2001; OLIVEIRA PAROLIN; TEIXEIRA JR., 2002).

• **Implantação do atendimento pré-hospitalar no município de Ribeirão Preto-SP**

O município de Ribeirão Preto situa-se no nordeste do estado de São Paulo. Segundo o censo demográfico de 2000 possui 504.923 habitantes. A rede municipal de saúde está organizada em cinco Distritos de Saúde definidos por critérios geográficos, populacionais, econômicos e sociais. Cada Distrito de Saúde é composto por uma Unidade Básica Distrital de Saúde – UBDS e várias Unidades Básicas de Saúde – UBS. Em síntese, a rede municipal de saúde conta com cinco UBDS, 28 UBS, um Núcleo de Gestão Assistencial – NGA, dois Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS-1 e NAPS-F e um ambulatório regional de saúde mental.

A rede hospitalar pública conta com o complexo Hospitalar das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, disposto em duas unidades hospitalares com capacidade instalada de 845 leitos e com o Hospital Psiquiátrico. Para suprir a demanda do SUS, existem convênios firmados com hospitais filantrópicos: Instituto Santa Lydia, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto, Sociedade de Beneficência Portuguesa e a Maternidade Sinhá Junqueira. Desta forma, o município de Ribeirão Preto – SP disponibiliza à população 1.296 leitos para o SUS.

A organização do atendimento de urgência e emergência iniciou-se, na década de 60, com a instalação, pela Secretária Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SMS do serviço de atendimento por ambulância, conhecido como serviço 192, com a finalidade de contemplar as demandas de cunho social e as relacionadas a transporte de pacientes.

No ano de 1990 foi instalado o sistema Resgate do Corpo de Bombeiros, acionado pela linha telefônica 193, seguindo o Projeto Estadual.

A organização destes serviços, não previu a regulação do fluxo de pacientes para hospitais hierarquizados, levava à saturação da capacidade instalada do maior hospital público da região, a Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (SCARPELINI, 2003).

Ainda nos anos 90, o serviço – 192 contava com poucas ambulâncias para atender a remoção de pacientes e, apenas pontualmente, atendiam casos de urgência e emergência. Essas viaturas eram centralizadas no Pronto-Socorro onde estava alocada a central de chamada de Ambulância. As telefonistas faziam a recepção e liberação das viaturas sem critérios técnicos ou controle da equipe de saúde (RIBEIRÃO PRETO, 1989). A priorização dos chamados baseava-se nos conhecimentos empíricos e nas informações recebidas quando da solicitação de ajuda, não havendo protocolos de despachos.

Quanto ao fluxo de pacientes aos hospitais, cabe registrar que em muitos momentos as viaturas, com suas equipes, foram paralisadas em decorrência da retenção das macas. Muitas vezes, o recebimento de pacientes, era cessado, exigindo peregrinação pela rede hospitalar em busca de uma vaga. Em diversas ocasiões foi necessário o acionamento da polícia para intervir em prol do paciente.

Diante desta, situação crítica, a Secretaria da saúde nomeia uma equipe de trabalho para reestruturar o Serviço-192. Após avaliação foi elaborado o Projeto-192 que passou a ser coordenado pela Divisão de Enfermagem com a participação de enfermeiros do Pronto-Socorro (CASTRO, 1990).

Tal Projeto incluía treinamento em emergências clínicas e traumáticas às equipes do Pronto-Socorro e às equipes das ambulâncias. Posteriormente, estes profissionais deveriam atuar como multiplicadoras para equipes das UBS e outras instituições.

O projeto foi executado parcialmente no período de 1990 a 1992, incluindo o treinamento de equipes de enfermagem, das telefonistas do Serviço – 192 e a elaboração de um manual básico de urgência. Nesse mesmo período uma comissão formada por profissionais representantes de cada UBDS propôs medidas visando equacionar problemas relativos à padronização de equipamentos e materiais para as UBS, UBDS e viaturas, bem como, uniformes para as equipes de atendimento externo.

Em 1992, uma equipe técnica da SMS participou do 1º Simpósio Regional de Atualização do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências de São Paulo, realizado em Marília-SP, quando foram discutidos temas de APH (DELLATORRE, 1992).

A SMS em 1993 propõe uma reestruturação da rede de serviços de saúde, ampliando o número de UBS e o horário de funcionamento, definido regras para o serviço de rotina de remoção de pacientes com limitações físicas, dependentes de transportes para tratamentos específicos de fisioterapias, quimioterapias e hemodiálise. Criam-se também critérios para liberação das viaturas para atendimentos fora da rotina, como eventos públicos (Ribeirão Preto, 1993a).

Em novembro, em 1993, o secretário da saúde cria, por meio da resolução interna nº 26/93, o grupo de trabalho sobre “Atendimento de Urgência na Rede de Unidade de Saúde da Secretaria Municipal”, composto por uma equipe técnica multidisciplinar, com a função de normatizar o serviço de atendimento externo de ambulâncias, seu relacionamento com outros serviços de remoção, elaboração de rotinas, procedimentos e equipamentos para o atendimento de urgência culminando com a elaboração de manual de procedimentos de emergência da SMS-RP (RIBEIRÃO PRETO, 1993b).

A equipe de enfermagem das viaturas não era específica. Os profissionais que trabalhavam em pronto atendimento nas UBS e UBDS cumpriam também escala de trabalho nas ambulâncias.

Porém, o atendimento das urgências permaneceu com várias limitações em função da falta de recursos econômicos e humanos, principalmente o Serviço – 192, continuou com problemas que comprometem a qualidade da assistência (RIBEIRÃO PRETO, 1994).

Durante o ano de 1995, a SMS institui a descentralização das ambulâncias para as UBDS, a aplicação do manual de atendimento externo, a modificação na ficha de registro das atividades dos auxiliares de enfermagem e a introdução de outras fichas controles (FERNANDES et al., 1995).

Em 1996, em um momento político favorável, o assistente técnico do Departamento Médico da SMS, Dr. Sandro Scarpelini e o Programa de Assistência Médica Emergencial, Dr. Flávio Farah Patta, elaboraram a proposta da “Criação do Núcleo de Atendimento Médico de Urgência de Ribeirão Preto”, dando início a uma nova fase deste serviço (SCARPELINI; PATTA, 1996).

Em Ribeirão Preto, o Serviço de Atendimento Médico de Urgências - SAMU entrou em operação no dia 08 de outubro de 1996, após um longo período de idealização e adequação, sendo moldado a partir do modelo francês, com financiamento municipal. Foi constituído inicialmente com apenas uma equipe de suporte avançado composto por médico, enfermeiro e motorista.

Seu objetivo primordial era atender vítimas de agravos clínicos e traumáticos no local da ocorrência, dando-lhes suporte de vida e remoção adequada a serviços de saúde apropriados. Desta forma, o SAMU integra-se à rede de serviços de saúde disponível no município naquele momento (LOPES; FERNANDES, 1999a).

O serviço ocupou lugar no atendimento emergencial pré-hospitalar no município, atividade, até então, exclusiva da equipe de Resgate do Corpo de Bombeiros. Neste período, foi dimensionada a real função do SAMU frente à população local e às autoridades competentes.

No início, o SAMU, ainda desprovido de protocolos de despacho de viaturas, atuou mais amplamente do que o realmente devido, prestando atendimento a um grande número de pessoas, muitas vezes sem necessidade de atendimento médico de urgência.

Em janeiro de 1997, após um acidente, o serviço ficou inoperante. Durante este período, foi possível a elaboração de novas diretrizes para o SAMU, sendo idealizado o serviço de regulação médica, a hierarquização dos hospitais, formulando-se assim, um mapeamento de capacidades físicas e funcionais da rede. Também, neste período houve a aquisição de novas Unidades de Suporte Avançado – USA, que voltaram a funcionar em agosto do mesmo ano.

Em março de 1998, foi iniciada, provisoriamente, a Central de Regulação Médica. A atividade do médico regulador era exercida pelo próprio médico da USA. Em outubro foi implantada, nas dependências da UEHCFMRP-USP, a Central de Regulação Médica do SAMU, através da celebração de um convênio firmado entre a Prefeitura Municipal e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (LOPES; FERNANDES, 1999a). A partir daí o médico regulador passou a fazer parte da equipe de telefonistas nesta Central, exercendo suas competências na tomada de decisões técnicas e gestoras do sistema de urgências, contudo ainda não existiam profissionais em número suficiente para a cobertura 24 horas.

Em fevereiro de 1999, o SAMU, foi expandido com a inclusão das Unidades de Suporte Básico USB e com equipes previamente treinadas.

Lopes e Fernandes (1999b), elaboram a estrutura organizacional e funcional do SAMU, contemplando a regulação médica, perfil e funções dos profissionais, atuação das equipes da USB e USA, protocolos de despacho das viaturas, bem como das remoções inter-hospitalares, transportes de pacientes e da solicitação de apoio.

Scarpelini (2003) relata que, após grande esforço conjunto da SMS - RP, do HCFMRP-USP e da Direção Regional de Saúde – DIR XVIII, em janeiro de 2000 é criada oficialmente a Central Única de Regulação Médica (CURM), embasada em portaria ministerial, com o intuito de permitir uma escuta médica permanente a todas as emergências médicas municipais e regionais, responsabilizando-se pelo monitoramento do APH e encaminhamentos hospitalares. Neste momento, os médicos reguladores da SMS e os médicos da triagem do UEHCFMRPUSP, se unem compondo a CURM, a partir daí a Central passa a funcionar ininterruptamente com médicos reguladores.

A equipe da CURM é composta por coordenador médico e de enfermagem, 18 médicos reguladores, 22 radiotelefonistas atuando como auxiliares de regulação médica, dispondo também de pessoal de apoio administrativo. O APH móvel dispõe de 53 auxiliares/técnicos de enfermagem e quatro enfermeiros, para o desenvolvimento das atividades da USB e oito enfermeiros e nove médicos para o atendimento realizado na USA. Ainda estão lotados 58 motoristas que desempenham suas funções no APH (RIBEIRÃO PRETO, s.d.).

Todo o processo desenvolvido na CURM é pactuado por um Conselho Gestor, composto por gestores municipais e estaduais, representantes dos hospitais filantrópicos, coordenador da UEHCFMRPUSP e representante do Corpo de Bombeiros e da Polícia Militar, representante das entidades de ensino superior da área de saúde, bem como representante do CREMESP e do Centro de Medicina Legal, dentre outros.

A CURM dispõe de um Regimento Interno, elaborado conjuntamente pela Coordenação da UEHCFMRP-USP, SMS-RP e DIRXVIII, aprovado na reunião do Conselho Intergestores Regionais (CIR), realizada em 12.01.2000, o qual regulamenta e organiza as atividades que envolvem os atendimentos de urgência e emergência na cidade e nos municípios que compõe a DIR XVIII (SANTOS, 2001).

O Regimento também foi aprovado através da Resolução 02.2000, pelo Secretário municipal da saúde, destacando a função de normatizar as atividades dos profissionais de saúde para a regulação em urgência e emergência. Declara ainda a atividade de integração do sistema municipal e regional de atenção às urgências e emergências, e de formação, capacitação, educação continuada, das equipes integrantes do sistema, através da SES-SP (RIBEIRÃO PRETO, 2000a).

Portanto, o SAMU encontra-se constituído conforme idealizado, em parceria com a CURM com suas respectivas equipes técnicas. O serviço de APH com equipes de suporte básico e avançado, além das equipes de apoio. Conforme determinado pelo MS, está em andamento a formação de novos polos de capacitação com a participação de diversas instituições prestadoras de serviços e formadoras de recursos humanos em saúde. Em 2003, foi criado o primeiro pólo de capacitação em urgência e emergência com componentes do SAMU, HCFMRP e DIR XVIII, com colaboração e patrocínio da SES - RP e entidades de APH privadas. Foram ministrados em média dez cursos/ano para médicos e enfermeiras pelos instrutores formados pelo Centro de Referência e Treinamento do SAMU - SP (RIBEIRÃO PRETO, s.d.).

Segundo Santos (2000), a CURM representa um dos instrumentos mais, acessíveis da rede de assistência do SUS, pois pode ser acionada a qualquer hora, através de um telefone de utilidade pública, pela população, equipes de saúde e organizações sociais. Também relata que, o conhecimento e a utilização plena dos recursos podem garantir a harmonia do Sistema, assim como a utilização dos recursos de telemedicina que permitem a agilidade na comunicação.

Esse mesmo autor coloca que as ações da CURM fornecem informações que permitem o conhecimento das práticas cotidianas de todos os segmentos envolvidos na atenção às urgências e emergências junto ao SUS, realizando, em tempo real, o diagnóstico das dificuldades, possibilitando aos gestores de saúde a realização de um planejamento com mais racionalidade.

2.1 Objetivo geral

Caracterizar o Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel Primário e Secundário de Urgência e Emergência (SAMU) no município de Ribeirão Preto-SP, através do Programa de Assistência Médica Emergencial da Secretaria Municipal da Saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever a epidemiologia do atendimento pré-hospitalar móvel primário e secundário de urgência e emergência no município de Ribeirão Preto-SP;
- Descrever o fluxo do atendimento pré-hospitalar móvel secundário (regulação médica) de urgência e emergência no município de Ribeirão Preto-SP;
- Descrever o fluxo do atendimento pré-hospitalar móvel da unidade de suporte avançado (USA) no município de Ribeirão Preto-SP.

3.1 Tipo de estudo

Essa pesquisa é de natureza descritiva, na qual utilizamos dados de fonte secundária com transcrição de informações específicas do Serviço de APH da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, quando da solicitação de atendimento em situações de agravos à saúde. Para Hearst (2003) a análise de dados secundários permite começar com uma base de dados e a partir da sua análise levantar questões da área de interesse, ou ainda, cabe ao pesquisador buscar uma base de dados que possa responder a questões que emergem de uma área específica de seu interesse.

Na concepção de Polit e Hungler (1995) a pesquisa descritiva tem como propósito observar, descrever e explorar aspectos de uma situação. O uso de informações a partir de registros pré-existentes permite realizar um exame das tendências sobre o fenômeno estudado. O pesquisador se apoia na fundamentação teórico/prática que demanda uma revisão aprofundada da literatura sobre o tópico em estudo.

3.2 Local de estudo

O município de Ribeirão Preto conta com o Programa de Assistência Médica Emergencial (PAME) vinculado ao Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas (DASP), coordenado e administrado pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS. Este programa, juntamente com o programa de serviços externos é responsável pela operacionalização e coordenação da Central Única de Regulação Médica (CURM) em âmbito municipal, situada nas dependências da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-HCFMRP-USP, parceira da Secretaria Municipal da Saúde-SMS e Secretaria Estadual da Saúde -SES.

O Programa reúne dados referentes ao objeto de nossa pesquisa, destacando-se como suporte para o fornecimento de dispositivos para coordenação

do fluxo de atendimentos e encaminhamentos de pacientes vítimas de agravos à saúde de etiologia variada, em situações de urgência e emergência.

A CURM-RP tem como função controlar a demanda pelos leitos hospitalares, através da racionalização e utilização dos recursos preservando o atendimento de alta complexidade e garantindo o atendimento imediato às situações que colocam a vida em perigo iminente. Realiza, também, a análise e decisão técnica sobre a solicitação de ajuda aos usuários, disponibilizando os recursos essenciais ao atendimento adequado.

A equipe de saúde da CURM é composta pelo coordenador médico, coordenador de enfermagem, radiotelefonista (técnico auxiliar de regulação médica), pessoal de apoio (agente administrativo), médicos reguladores.

3.3 Fontes de dados

Os dados foram obtidos por meio de consulta às seguintes fontes:

- Ficha chamada de ambulância (Anexo A1 e A2);
- Ficha controle de tráfego (Anexo B);
- Ficha CURM (AnexoC).

3.4 Procedimento de coleta de dados

Para a sistematização das informações contidas nas diferentes fichas foi criado um instrumento de coleta de dados (anexo D), na qual foram respeitados os seguintes critérios de exclusão:

- solicitação de remoção agendada, realizadas pelas viaturas específicas a essa atividade (viaturas de remoção);
- solicitação de autorização para atendimento direto nos hospitais do SUS (demanda espontânea);
- solicitação de encaminhamentos de pacientes não pertencentes ao município de Ribeirão Preto-SP;
- solicitação de transporte inter municipal;
- solicitação de regulação de outros serviços de Atendimento Pré-Hospitalar (Bombeiros, Concessionárias, serviço privado de medicina).

Os dados coletados correspondem ao período de 01 a 10 de abril de 2003, os quais foram codificados manualmente e digitados em uma base de dados no Programa Excell, para posterior análise no Programa Epinfo 6.0.

3.5 Dados coletados

Os dados foram coletados com o intuito de contemplar os objetivos estipulados na pesquisa. Para tanto, foram enumerados tópicos que caracterizassem o Sistema, sendo distribuídos em três partes:

3.5.1 Quanto ao atendimento pré-hospitalar móvel primário e secundário de urgência e emergência no município de Ribeirão Preto–SP foram investigados os seguintes tópicos:

- dia do mês, e da semana em que ocorreu a solicitação;
- natureza e origem da solicitação de atendimento;
- motivo da solicitação de atendimento;
- idade e sexo do cliente atendido;
- tipo de viatura utilizada para o atendimento;
- destino dos pacientes atendimentos;
- horário de solicitação, e atendimento do pedido;
- tempo de resposta – entendido como a diferença entre o tempo de solicitação e o despacho da viatura ao local da ocorrência.

3.5.2 Quanto ao atendimento pré-hospitalar móvel secundário (regulação médica) de urgência e emergência no município de Ribeirão Preto-SP, foram realizados estudos referente aos tópicos:

- diagnóstico médico provável de encaminhamento;
- unidade de saúde de origem e destino dos pacientes atendidos;
- especialidade médica de destino;
- tempo de resposta da regulação médica.

3.5.3 Quanto ao atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência realizado pela unidade de suporte avançado, no município de Ribeirão Preto-SP, foram pesquisados os seguintes dados:

- dia do mês e da semana em que ocorreu a solicitação;
- motivo e origem da solicitação de atendimento;

- idade e sexo do cliente atendido;
- horário de solicitação, e atendimento do pedido;
- destino dos pacientes.

3.6 Aspectos éticos

O projeto foi submetido à instância superior da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP, com carta de apresentação (Anexo E) e, posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –Universidade de São Paulo (Anexo F).

A solicitação foi autorizada mediante OF. 4059/03-GS. DE pelo Secretário Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (Anexo G) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, OF. CEP-EERP/USP-012/2004 (Anexo H).

Os resultados serão apresentados e analisados de acordo com os objetivos específicos propostos para o presente estudo, particularizando os tópicos indicados.

Durante a coleta de dados foi verificado que, na população de estudo, haviam também atendimentos caracterizados como não urgentes, mesmo respeitando os critérios de exclusão determinados anteriormente. Ao investigarmos essa diferença, detectamos que era em decorrência da realização de atendimentos eletivos (remoção, medicação, curativo, etc.) pelas viaturas destinadas ao atendimento de urgência e emergência.

Com esse diagnóstico, optamos por apresentar o resultado dos dados em duas partes. A primeira parte contemplando alguns dados referentes a todas as solicitações de atendimento pré-hospitalar móvel registrada na Central Única de Regulação Médica, e a segunda parte direcionada ao foco do nosso estudo, as solicitações de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência, excluindo-se as remoções e atendimentos eletivos realizados pelas viaturas destinadas às urgências.

4.1 Primeira parte – Caracterização das solicitações de atendimento pré-hospitalar móvel primário e secundário no município de Ribeirão Preto – SP

4.1.1 Quanto à natureza do chamado e a origem da solicitação de atendimento

Nos dez dias considerados para o estudo foram registradas 3874 solicitações de atendimento, distribuídas em três categorias de acordo com a natureza do chamado (Tabela 1). Pode-se verificar que 40,32% das solicitações foram oriundas de cidadãos usuários para atendimento inicial no local da ocorrência, seja em domicílios, vias públicas, ou outros locais; enquanto as solicitações oriundas de serviços de saúde desencadeadas por profissionais para continuidade da assistência em instituições de maior complexidade corresponderam a 25,33%. A Tabela 1 mostra ainda que 34,35% das solicitações emergiram de diversos locais reivindicando transporte de pacientes a instituições hospitalares, a unidades de saúde, ao domicílio, dentre outros.

Tabela 1 – Frequência e porcentagem das solicitações de atendimento registradas na Central Única de Regulação Médica, segundo a natureza do chamado, Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

NATUREZA DO CHAMADO	f	%
Atendimento pré-hospitalar móvel primário	1562	40,32
Atendimento pré-hospitalar móvel secundário	981	25,33
Remoção social, curativo, medicação	1331	34,35
TOTAL DE ATENDIMENTO	3874	100,00

Com relação à origem da solicitação pode-se verificar que houve predominância das solicitações de atendimentos realizadas pelas UBS/UBDS, que representou o maior percentual 44,81%. O menor correspondeu às solicitações oriundas dos Núcleos de Saúde da Família com 9 (0,23%), conforme (Tabela 2).

Tabela 2 – Frequência e porcentagem das solicitações de atendimento registradas na Central Única de Regulação Médica, segundo a origem da solicitação, Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

ORIGEM DA SOLICITAÇÃO	f	%
UBDS/UBS	1736	44,81
Domicílio	1556	40,17
Hospital	293	7,56
Via pública	183	4,72
Núcleo PSF	9	0,23
Outros	97	2,50
TOTAL DE SOLICITAÇÃO	3874	100,00

UBDS = Unidade básica distrital de saúde; UBS = Unidade básica de saúde; NPSF = Núcleo da saúde da família

4.1.2 O sexo e a idade dos pacientes que originaram as solicitações de atendimento

Do total de 3874 solicitações de atendimento registradas, não havia identificação do sexo do paciente em 270 (7,0%) fichas. As informações registradas indicaram semelhança da frequência para ambos os sexos: 1791 (46,2%) pacientes do sexo masculino e 1813 (46,8%) do feminino.

A idade dos pacientes variou de menos de 1 ano a 99 anos, com uma média de 33,6 anos (DP = 24,3) e mediana de 31 anos. Podemos visualizar na Tabela 3, que o maior percentual encontra-se na faixa etária correspondente ao intervalo de 20 a 30 anos com 14,06% e o menor percentual concentrou na faixa etária superior a 90 anos, com 1,05%.

Tabela 3 – Frequência e porcentagem das solicitações de atendimento registradas na Central Única de Regulação Médica, segundo a faixa etária dos pacientes, Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

FAIXA ETÁRIA	f	%
< 1 ano	172	4,43
01 I – 05	348	8,98
05 I – 10	236	6,09
10 I – 20	370	9,56
20 I – 30	545	14,06
30 I – 40	444	11,46
40 I – 50	447	11,53
50 I – 60	309	7,97
60 I – 70	270	6,96
70 I – 80	200	5,16
80 I – 90	111	2,87
90 I – 100	39	1,05
Sem registro	383	9,88
TOTAL DE ATENDIMENTO	3874	100,00

4.1.3 Bairro de procedência dos pacientes atendidos

Na análise desta variável, foram considerados dois aspectos para efeito de registro. Um refere-se ao bairro de procedência do usuário o qual foi contabilizado normalmente; o segundo diz respeito à solicitação oriunda de UBDS e/ou hospital, estes foram registrados separadamente, para não levar a sobreposição de solicitações no bairro correspondente à instituição, o que causaria uma falsa idéia de demanda para a região. Essas solicitações contabilizaram 1151 (29,71%) do total (Tabela 4).

Considerando a agregação de dados das regiões encontramos 2604 (67,19%) solicitações, as quais corresponderam ao próprio endereço do paciente. Da região oeste, originou o maior montante, ou seja, 663 (17,11%) solicitações de atendimento e da região leste o menor percentual correspondendo a 337 (8,69%).

Tabela 4 – Frequência e porcentagem das solicitações de atendimento registradas na Central Única de Regulação Médica, segundo o bairro de procedência do paciente, Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

REGIÃO	BAIRRO	f	%
Região Oeste (Distrital do Sumarezinho)	Ipiranga	314	8,10
	Jardim Jandaia	57	1,47
	Jardim Maria Casagrande Lopes	37	0,95
	Sumarezinho	37	0,95
	Vila Albertina	35	0,90
	Monte Alegre	32	0,82
	Jardim Presidente Dutra	23	0,59
	Vila Recreio	18	0,46
	Alexandre Balbo	17	0,43
	Orestes Lopes de Camargo	17	0,43
	José Sampaio	15	0,38
	Dom Mielli	13	0,33
	Outros	48	1,23
	Subtotal	663	17,11
Região Central (Distrital Central)	Campos Elíseos	186	4,80
	Centro	116	2,99
	Vila Tibério	66	1,70
	Tanquinho	39	1,00
	Jardim Independência	21	0,54
	Jardim Paulista	16	0,41
	Vila Carvalho	15	0,38
	Outros	63	1,62
	Subtotal	522	13,47
Região Norte (Distrital do Simione)	Jardim Salgado Filho I	69	1,78
	Simione	69	1,78
	Jardim Aeroporto	56	1,44
	Jardim Marincek	52	1,34
	Vila Mariana	49	1,26
	Avelino Palma	44	1,13
	Quintino Facci I	42	1,08
	Quintino Facci II	42	1,08
	Heitor Rigon	21	0,54
	Outros	60	1,54
	Subtotal	506	13,06
Região Sul (Distrital de Vila Virgínia)	Vila Virgínia	136	3,51
	Parque Ribeirão Preto	131	3,38
	Jardim Marchesi	68	1,75
	Jardim Progresso	52	1,34
	Jardim Branca Sales	46	1,18
	Outros	24	0,61
	Subtotal	457	11,79
Região Leste (Distrital do Castelo Branco)	Ribeirão Verde	33	0,85
	Jardim Zara	31	0,80
	Vila Abranches	28	0,72
	Parque São Sebastião	27	0,69
	Jardim Helena	23	0,59
	Castelo Branco	22	0,56
	Jardim Juliana	21	0,54
	Parque Flamboyam	15	0,38
	Jardim do Trevo	12	0,30
	Jardim Interlagos	11	0,28
	Outros	114	2,94
	Subtotal	337	8,69
Região do Distrito de Bonfim Paulista		119	3,07
Sem especificar o bairro		1151	29,71
Sem registro		119	3,07
TOTAL DE ATENDIMENTO		3874	100,00

4.1.4 Tipo de viatura destinada ao atendimento dos pacientes

Ao analisarmos o tipo de viatura utilizada para o atendimento das solicitações dos munícipes de Ribeirão Preto, constatamos que 3201 (82,75%) foram atendimentos realizados pelas dez unidades de suporte básico, enquanto que o atendimento com a unidade de suporte avançado correspondeu a 61(1,57%) das solicitações. Visualizamos ainda na Tabela 5 que as 11 viaturas juntas realizaram 14,07 atendimentos por hora.

Tabela 5 - Frequência e porcentagem das solicitações de atendimento, registradas na Central Única de Regulação Médica, segundo o local de lotação, tipo da viatura, tempo em horas de funcionamento por dia, atendimento por Unidade Distrital e por hora, destinada ao atendimento dos pacientes, Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

LOCAL DE LOTAÇÃO	TIPO DE VIATURA	TEMPO DE TRABALHO / DIA	f	%	AT / UBDS	AT / HORA
UBDS Central	USB 1	24 h	329	8,49	583	1,37
	USB 2	18 h	254	6,55		1,41
	USA	24 h	61	1,57	61	0,25
UBDS Simione	USB 3	24 h	400	10,32	764	1,66
	USB 4	24 h	364	9,39		1,51
UBDS Vila Virgínia	USB 5	24 h	375	9,67	684	1,56
	USB 6	18 h	309	7,97		1,71
UBDS Castelo Branco	USB 7	24 h	300	7,74	300	1,25
UBS Bonfim Paulista	USB 8	24 h	102	2,63	102	0,42
UBDS Sumarezinho	USB 9	24 h	315	8,13	648	1,31
	USB 10	24 h	333	8,59		1,38
Atendido outro veículo	-	-	416	10,73	-	-
Removido pela UR	-	-	08	0,20	-	-
Não especificou a viatura	-	-	59	1,52	59	0,24
Cancelado/outros motivos	-	-	249	6,42	-	-
TOTAL DE ATENDIMENTO			3874	100	3201	14,07

USB = Unidade de suporte básico; USA = Unidade de suporte avançado; UBDS = Unidade básica distrital de saúde; USB = Unidade básica de saúde; AT= atendimento; UR = unidade de resgate

4.1.5 Horário de recebimento e distribuição das solicitações

Verificamos, na Tabela 6, que o quarto turno de serviço é o que mais recebe e despacha viaturas. E o horário de maior pico, é o das 18:00 às 19:00 horas.

Tabela 6 – Frequência e porcentagem das solicitações de atendimento, registradas na CURM, segundo o horário de recebimento e distribuição da solicitação em relação ao turno de serviço das telefonistas, Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

DISTRIBUIÇÃO DO HORÁRIO DE ATENDIMENTO					
Turno de serviço	Horas	Solicitação recebida		Solicitação distribuída	
		F	%	f	%
Primeiro	00:00 a 00:59	106	2,7	117	3,0
	01:00 a 01:59	97	2,5	107	2,8
	02:00 a 02:59	80	2,1	85	2,2
	03:00 a 03:59	44	1,1	56	1,4
	04:00 a 04:59	53	1,4	46	1,2
	05:00 a 05:59	36	0,9	37	0,9
Sub-total		416	10,7	448	11,6
Segundo	06:00 a 06:59	88	2,3	36	0,9
	07:00 a 07:59	120	3,1	112	2,9
	08:00 a 08:59	182	4,7	131	3,4
	09:00 a 09:59	203	5,2	153	3,9
	10:00 a 10:59	221	5,7	189	4,9
	11:00 a 11:59	203	5,2	134	3,4
Sub-total		1017	26,3	755	19,5
Terceiro	12:00 a 12:59	172	4,4	98	2,5
	13:00 a 13:59	214	5,5	140	3,6
	14:00 a 14:59	216	5,6	134	3,4
	15:00 a 15:59	236	6,1	123	3,2
	16:00 a 16:59	196	5,1	111	2,9
	17:00 a 17:59	156	4,0	89	2,3
Su-total		1190	30,7	695	17,9
Quarto	18:00 a 18:59	251	6,5	132	3,4
	19:00 a 19:59	215	5,5	211	5,4
	20:00 a 20:59	228	5,9	206	5,3
	21:00 a 21:59	205	5,3	197	5,1
	22:00 a 22:59	169	4,4	169	4,4
	23:00 a 24:00	142	3,7	115	3,0
Sub-total		1210	31,2	1030	26,6
Total parcial		3833	98,9	2928	75,6
Solicitação recebida sem registro de horário		41	1,1	-	-
Solicitação distribuída sem registro de horário		-	-	292	7,5
Cancelamento da solicitação antes do despacho da viatura		-	-	238	6,2
Transportado por veículo particular		-	-	416	10,7
TOTAL GERAL		3874	100	3874	100

4.2 Segunda parte – Caracterização das solicitações de atendimento pré-hospitalar móvel primário e secundário de urgência e emergência no município de Ribeirão Preto – SP

4.2.1 Quanto ao dia do mês e da semana da solicitação de atendimento

O número de solicitações/dia variou entre 211 a 291 pedidos, com uma média de 254,3 solicitações/dia. Visualiza-se na Tabela 7 que o menor movimento ocorreu em 08 de abril, terça-feira, perfazendo 211 (8,30%) solicitações de atendimento e o maior movimento, com 291 (11,44%), aconteceu em 04 de abril, sexta-feira.

Tabela 7 – Frequência e porcentagem das solicitações de atendimento registradas na Central Única de Regulação Médica, segundo o dia do mês e da semana da ocorrência, Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

DIA DO MÊS	DIA DA SEMANA	f	%
01	Terça-feira	233	9,16
02	Quarta-feira	253	9,95
03	Quinta-feira	257	10,11
04	Sexta-feira	291	11,44
05	Sábado	246	9,67
06	Domingo	240	9,44
07	Segunda-feira	296	11,64
08	Terça-feira	211	8,30
09	Quarta-feira	256	10,07
10	Quinta-feira	260	10,22
TOTAL DE ATENDIMENTO		2543	100,00

4.2.2 A natureza do chamado e a origem da solicitação de atendimento

Ao investigarmos a natureza do chamado, constatamos que das 2543 fichas analisadas, 1562 (61,42%) correspondem ao atendimento pré-hospitalar móvel primário, e os outros 981 (38,58%) ao atendimento pré-hospitalar móvel secundário (Tabela 8).

Tabela 8 – Frequência e porcentagem das solicitações de atendimento registradas na Central Única de Regulação Médica, segundo a natureza do chamado, Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

NATUREZA DO CHAMADO	f	%
Atendimento pré-hospitalar móvel primário	1562	61,42
Atendimento pré-hospitalar móvel secundário	981	38,58
TOTAL DE ATENDIMENTO	2543	100,00

Com relação a origem da solicitação, podemos verificar que houve predominância das solicitações de atendimentos realizadas no domicílio e na UBS/UBDS, as quais representaram 2215 (87,10%) das solicitações (Tabela 9).

Tabela 9 – Frequência e porcentagem das solicitações de atendimento, registradas na Central Única de Regulação Médica, segundo a origem da solicitação, Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

ORIGEM DA SOLICITAÇÃO	F	%
Domicílio	1311	51,55
UBS/UBDS	904	35,55
Via pública	182	7,16
Hospital	69	2,71
Núcleo PSF	8	0,31
Outros	69	2,71
TOTAL DE SOLICITAÇÃO	2543	100,00

UBDS = Unidade básica distrital de saúde; UBS = Unidade básica de saúde; NPSF = Núcleo da saúde da família

4.2.3 O motivo da solicitação de atendimento

Ao analisar as informações segundo o motivo do chamado, verificamos que houve uma predominância de traumas 384 (15,10%), sendo representados por: acidente automobilístico e motociclístico, queda da própria altura e de altura, fratura em geral, queimadura, politraumatizado, ferimento corto contuso, luxações, lesão de tendão, agressão inter-pessoal, trauma diversos, ferimento por arma de fogo e arma branca, atropelamento, queda de moto e bicicleta, etc.

Em segundo lugar encontramos as queixas e distúrbios referentes ao sistema gastrointestinal, com 337 (13,25%), sendo destacados: refluxo, obstrução digestiva, trombose hemorroidária, câncer gástrico, cirrose hepática, cisto pilonidal, enterorragia, gastrite alcoólica, abscesso peri anal, hérnia encarcerada, pancreatite, abdome agudo, hemorragia digestiva, apendicite, gastroenterocolites, etc.

Em terceiro lugar dentre todos os motivos de solicitação, foram identificadas os distúrbios referentes ao sistema cardiovascular 301 (11,84%), aqui representadas por: parada cardiorrespiratória, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva, arritmia, precordialgia, angina instável, infarto agudo do miocárdio, edema agudo do pulmão, trombose venosa profunda, cardiopatia, síncope, aneurisma aorto abdominal, dentre outras hipóteses diagnósticas.

Tabela 10 - Frequência e porcentagem das solicitações de atendimento registrados na Central Única de Regulação Médica, segundo o motivo do chamado, Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

MOTIVO DO CHAMADO	f	%
Agravos traumáticos	384	15,10
Gastrointestinal	337	13,25
Cardiovascular	301	11,84
Respiratório	243	9,56
Ginecológico e obstétrico	175	6,88
Neurológico	162	6,37
Otorrinolaringológico	159	6,25
Osteo-muscular	106	4,17
Comportamental	97	3,81
Renal	75	2,95
Dermatológico/infeccioso	61	2,40
Metabólico	21	0,83
Inespecífico – passando mal	171	6,72
Outros	251	9,87
TOTAL DE ATENDIMENTO	2543	100,00

4.2.4 O sexo e a idade dos pacientes

Do total de 2543 solicitações de atendimento registradas, não foi identificado o sexo do paciente, em 252 (9,91%) fichas. As informações registradas indicaram semelhança da frequência para ambos os sexos: 1124 (44,20%) pacientes

do sexo masculino e 1167 (45,89%) do feminino. A diferença correspondeu a 43 indivíduos a mais do sexo feminino, representando 1,69%.

Tabela 11 - Frequência e porcentagem das solicitações de atendimento registrados na Central Única de Regulação Médica, segundo o sexo dos pacientes, Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

SEXO	F	%
Masculino	1124	44,20
Feminino	1167	45,89
Sem informação	252	9,91
TOTAL DE ATENDIMENTOS	2543	100,00

A idade dos pacientes variou de menos de 1 ano a 97 anos, com uma média de 33,47 anos (DP = 23,37) e mediana de 30 anos. Podemos visualizar na Tabela 11, que o maior percentual encontra-se na faixa etária correspondente ao intervalo de 20 a 30 anos com 15,49% e o menor percentual ficou representado pelos maiores de 90 anos, com 0,98%.

Tabela 12 - Frequência e porcentagem das solicitações de atendimento registrados na Central Única de Regulação Médica, segundo o sexo dos pacientes, Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

FAIXA ETÁRIA	f	%
< 1 ano	112	4,40
01 I – 05	185	7,27
05 I – 10	146	5,74
10 I – 20	242	9,52
20 I – 30	394	15,49
30 I – 40	321	12,62
40 I – 50	306	12,03
50 I – 60	190	7,47
60 I – 70	161	6,33
70 I – 80	131	5,15
80 I – 90	56	2,20
90 I – 100	25	0,98
Sem registro	274	10,77
TOTAL	2543	100,00

4.2.5 Tipo de viatura destinada ao atendimento

Ao analisarmos o tipo de viatura utilizada para o atendimento das solicitações, constatamos que 2008 (78,96%) foram atendimentos com USB. O atendimento com USA correspondeu a 61(2,40%) das solicitações (Tabela 13).

Tabela 13 - Frequência e porcentagem das solicitações de atendimento, registradas na Central Única de Regulação Médica, segundo o local de lotação, tipo da viatura, tempo em horas de funcionamento por dia, atendimento por Unidade Distrital e por hora, destinada ao atendimento dos pacientes, Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

LOCAL DE LOTAÇÃO	TIPO DE VIATURA	TEMPO DE FUNCIONA /O DIA	f	%	ATENDIM ENTO/UB DS	ATENDIM ENTO/HO RA
UBDS Central	USB 1	24 h	262	10,30	460	1,09
	USB 2	18 h	198	7,79		1,10
	USA	24 h	61	2,40	61	0,25
UBDS Simione	USB 3	24 h	227	8,93	435	0,94
	USB 4	24 h	208	8,18		0,86
UBDS Vila Virgínia	USB 5	24 h	216	8,49	385	0,90
	USB 6	18 h	169	6,65		0,93
UBDS Castelo Branco	USB 7	24 h	190	7,47	190	0,79
UBS Bonfim Paulista	USB 8	24 h	37	1,45	37	0,15
UBDS Sumarezinho	USB 9	24 h	198	7,79	404	0,82
	USB 10	24 h	206	8,10		0,85
Atendido outro veículo	-	-	412	16,20	-	-
Removido pela UR	-	-	8	0,31	-	-
Não especificou a viatura	-	-	36	1,42	36	0,15
Cancelado/outros motivos	-	-	115	4,52	-	-
TOTAL			2543	100,00	2008	8,68

USB = Unidade de suporte básico; USA = Unidade de suporte avançado; UBDS = Unidade básica distrital de saúde; UBS = Unidade básica de saúde

4.2.6 Horário do pedido de atendimento às solicitações registradas e horário de despacho das viaturas

Verificamos na Tabela 14 que, dos turnos analisados, o terceiro turno de serviço, das 12:00 às 17:59 horas, foi o que mais recebeu solicitações para atendimento, enquanto o quarto turno foi o que mais despachou viaturas, portanto,

esses dois turnos foram considerados de pico. Os 632 casos identificados como sem registros na tabela abaixo, correspondem às solicitações sem dados referentes ao horário do pedido, despacho da viatura, dos cancelamentos antes da liberação da viatura ou durante o percurso desta.

Tabela 14 – Frequência e porcentagem das solicitações de atendimento, registradas na Central Única de Regulação Médica, segundo o horário de recebimento e distribuição da solicitação em relação ao turno de serviço das telefonistas, Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

DISTRIBUIÇÃO DO HORÁRIO DE ATENDIMENTO					
Turno de serviço	Horas	Solicitação recebida		Solicitação distribuída	
		f	%	f	%
Primeiro	00:00 a 05:59	271	10,66	258	10,15
Segundo	06:00 a 11:59	665	26,15	502	19,74
Terceiro	12:00 a 17:59	796	31,30	481	18,91
Quarto	18:00 a 24:00	782	30,75	670	26,35
Sem registro/outros	-	29	1,14	632	24,85
TOTAL DE ATENDIMENTO		2543	100	2543	100

4.2.7 Locais de destino dos pacientes atendidos

Ao analisar a variável local de destino dos pacientes atendidos, verificamos que 1253 (49,28%) dos pacientes foram encaminhados para as UBDS/UBS, os hospitais foram o destino final de 36,49% dos pacientes.

O número de cancelamentos, dispensas no local e não localizados (paciente ou endereço) correspondeu a 12,82% das solicitações.

Tabela 15 – Frequência porcentagem das solicitações de atendimento registradas na Central Única de Regulação Médica, segundo o destino dos pacientes, Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

DESTINO DOS PACIENTES	f	%
UBDS/ UBS	1253	49,28
Hospitais (regulação médica)	928	36,49
Cancelado antes do despacho da viatura/percurso	127	4,99
Dispensado no local da ocorrência	154	6,06
Não localizado o endereço/paciente	45	1,77
Não removido – resolvido no local	15	0,59
Não removido – óbito no local	11	0,43
Removido pela unidade de resgate	10	0,39
TOTAL DE SOLICITAÇÃO	2543	100,00

4.2.8 Tempo de atendimento

Na Tabela 16 estão apresentados os dados referentes ao tempo resposta das solicitações, o que deverá ser compreendido como o tempo decorrido entre o horário do recebimento da solicitação até o despacho da viatura.

O tempo resposta para o atendimento variou de 1 a 607 minutos, com uma média de 31,11 minutos (DP = 46,49) e a mediana de 14 minutos.

Verifica-se que as solicitações atendidas nos primeiros 30 minutos representaram 1337 (52,57%). Se considerarmos os diversos fatores que interferem no tempo para atendimento constatamos que 1706 (67,08%) das solicitações foram atendidas dentro de 60 minutos.

Tabela 16 - Frequência e porcentagem das solicitações de atendimento registradas na Central Única de Regulação Médica, segundo o tempo decorrido entre o horário do pedido até o horário de despacho da viatura (em minutos), Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

TEMPO TOTAL DE ATENDIMENTO (minutos)	f	%
01 a 15	1002	39,40
16 a 30	335	13,17
31 a 45	206	8,06
46 a 60	163	6,44
61 a 120	122	4,79
121 a 180	58	2,28
181 a 240	17	0,66
241 a 300	6	0,23
301 a 607	5	0,20
Solicitações sem registro de um dos horários	110	4,32
Solicitações canceladas antes do despacho	107	4,20
Solicitações em que o paciente foi de carro	412	16,25
TOTAL DE ATENDIMENTO	2543	100,00

4.3 Caracterização das solicitações de atendimento pré-hospitalar móvel secundário (regulação médica) de urgência e emergência no município de Ribeirão Preto – SP

4.3.1 Quanto as unidades básicas (UBS) e distritais (UBDS) de saúde responsáveis pelos encaminhamentos médicos, aos hospitais de referência, encaminhamento por especialidades e conforme o tempo de regulação médica.

Do total de solicitações de atendimento registradas no período em estudo (n= 2543), 928 (36,49%) foram correspondentes a solicitação de regulação médica, ou seja, pedido de continuidade da assistência, onde o paciente, após o atendimento médico inicial em uma UBS/UBDS, é encaminhado ao hospital de referência segundo a complexidade do caso, a disponibilidade de recursos físicos e materiais exigidos. Verificamos que 687 (74,03%) pacientes foram encaminhados aos hospitais pelas UBDS, sendo que o mais alto percentual (24,35%) originou-se da UBDS Central, e o menor foi representado pela UBDS Simone (8,83%). Para as UBS, o percentual foi de apenas 25,96%.

Tabela 17 – Frequência e porcentagem das solicitações de atendimento registradas na Central Única de Regulação Médica, segundo a Unidade de Saúde encaminhadora aos hospitais de referência, Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

UBDS/UBS ENCAMINHADORA	f	%
UBDS Central	226	24,35
UBDS Sumarezinho	182	19,61
UBDS Vila Virgínia	101	10,88
UBDS Castelo Branco	96	10,34
UBDS Simione	82	8,83
UBS Marincek	20	2,15
UBS Presidente Dutra	20	2,15
UBS Quintino Facci I	17	1,83
UBS Parque Ribeirão Preto	17	1,83
UBS Vila Albertina	16	1,72
UBS Vila Abranches	14	1,50
UBS Área Materna Infantil	13	1,40
UBS Vila recreio – Posto Piloto	12	1,29
UBS Bonfim Paulista	11	1,18
UBS Dom Mielli	8	0,86
Núcleo da Saúde da Família	8	0,86
UBS Jardim Juliana	7	0,75
UBS São José	7	0,75
NGA	6	0,64
UBS Maria Casa Grande Lopes	6	0,64
UBS Ipiranga	6	0,64
UBS Vila Lobato	6	0,64
UBS Vila Mariana	6	0,64
UBS Vila Tibério	6	0,64
NAPS 1	5	0,53
UBS José Sampaio	5	0,53
UBS Jardim Aeroporto	4	0,43
UBS Jardim Maria das Graças	4	0,43
BUS Quintino Facci II	4	0,43
CSE Ipiranga	3	0,32
UBS Valentina Figueiredo	3	0,32
UBS Jardim Zara	2	0,21
UBS Santa Cruz	2	0,21
UBS Vila Tibério	2	0,21
Ambulatório de Saúde Mental	1	0,10
TOTAL	928	100,00

A Tabela 18 apresenta dados referentes aos encaminhamentos médicos segundo o hospital e a clínica responsável pela continuidade da assistência.

Verificamos que 57,2% (531) dos pacientes foram encaminhados para o complexo HCFMRP –USP devendo-se destacar a importância da UEHCFMRP – USP para onde 47,6% das solicitações de atendimento foram reguladas. Os demais hospitais receberam 42,8% dos casos.

Quanto às especialidades, o maior número de encaminhamentos coube à ortopedia (16,9%), em segundo à clínica médica (15,4%), a seguir os encaminhamentos foram destinados à pediatria (14,9%), à oftalmologia (11,2%) e em quinto lugar a clínica cirúrgica (10,2%).

Tabela 18 – Frequência e porcentagem das solicitações de atendimento registradas na Central Única de Regulação Médica, segundo o hospital e a especialidade médica de destino dos pacientes encaminhados após atendimento inicial na UBS/UBDS (regulação médica), Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

HOSPITAL												
Especialidade de Médica	HC – UE		BP		SC		SL		HC – C		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cardiologia	5	0,5	2	0,2	23	2,5	-	-	-	-	30	3,2
CC	44	4,7	10	1,1	41	4,4	-	-	-	-	95	10,2
CM	81	8,7	33	3,6	21	2,3	8	0,9	-	-	143	15,4
GO	30	3,2	-	-	50	5,4	-	-	9	1,0	89	9,6
Neurologia	27	2,9	-	-	9	1,0	-	-	2	0,2	38	4,1
Oftalmo	50	5,4	-	-	-	-	-	-	53	5,7	103	11,2
Ortopedia	46	5,0	34	3,7	32	3,5	45	4,9	-	-	157	16,9
Otorrino	19	2,0	-	-	-	-	-	-	7	0,8	26	2,8
Pediatria	78	8,4	-	-	15	1,6	42	4,5	3	0,3	138	14,9
Psiquiatria	29	3,1	-	-	-	-	-	-	-	-	29	3,1
Politrauma	26	2,8	-	-	7	0,8	-	-	-	-	33	3,6
UTI adulto	-	-	2	0,2	-	-	3	0,3	-	-	5	0,5
UTI	-	-	-	-	-	-	1	0,1	3	0,3	4	0,4
Neonatal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sem registro	8	0,9	6	0,6	7	0,8	6	0,6	11	1,2	38	4,1
TOTAL	443	47,7	87	9,4	205	22,2	105	11,3	88	9,5	928	100

HCUE = Hospital das Clínicas Unidade de Emergência; BP = Beneficência Portuguesa; SC = Santa Casa; SL= Santa Lydia; HCC = Hospital das Clínicas – Campus; Oftalmo = Oftalmologia; Otorrino = Otorrinologia; UTI = Unidade de terapia intensiva; CC = Clínica cirúrgica; CM =Clínica médica; GO = Ginecologia e obstetrícia

O tempo de regulação médica variou entre um e 480 minutos (Tabela 19), com média de 21,63 minutos (DP= 39,44) e mediana de 10 minutos.

Constatamos que 80,81% (750) das solicitações foram atendidas até 30 minutos.

Tabela 19 - Frequência e porcentagem das solicitações de atendimento registradas na Central Única de Regulação Médica, segundo o tempo de regulação médica (em minutos), Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

TEMPO DE REGULAÇÃO MÉDICA (minutos)	f	%
01 a 15	605	65,19
16 a 30	145	15,62
31 a 45	58	6,25
46 a 60	45	4,84
61 a 120	51	5,49
121 a 180	13	1,40
181 a 240	6	0,64
241 a 330	2	0,21
331 a 480	3	0,32
TOTAL	928	100,00

4.3.2 Quanto às características das solicitações com tempo de regulação médica igual ou superior a três horas.

A Tabela 20 nos permite verificar as características das solicitações de atendimento em que o tempo de regulação médica foi igual ou superior a três horas. Identificamos que estas solicitações, corresponderam a 30,7% (13) das solicitações, sendo que os pacientes com distúrbio de comportamento representaram um percentual de 30,8%.

Tabela 20 - Características das solicitações de atendimento registradas na Central Única de Regulação Médica, segundo o tempo de regulação (TR) médica igual ou superior a três horas, Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

TEMPO DE REGULAÇÃO (min)	DIA DO PEDIDO	HORA DO PEDIDO	HIPÓTESE MÉDICA DIAGNOSTICA	IDADE (anos)	HOSPITAL – CLÍNICA DE DESTINO	TEMPO DE DISTRIBUIÇÃO (minutos)
180	6	21:58	SIDA	40	SR	SR
180	4	11:45	Distúrbio Comporta/o	52	HCUE - PSQ	64
180	9	11:00	Insuficiência respiratória	> 1	HCC – UTI Neonatal	SR
189	9	11:00	Bronquite	1	HSL – PED	16
190	10	15:00	Precordialgia	41	SR	SR
200	9	15:55	Agressivo	22	HCUE – PSQ	29
200	5	9:15	Hemorragia digestiva	52	HCUE – CG	100
200	4	20:40	Gestante	34	HSC – GO	93
200	3	16:42	Insuficiência cardíaca	80	HCUE – CM	43
300	4	10:30	Agressivo	40	HCUE – PSQ	60
370	3	15:58	Câncer de útero	SR	HCC –GO	SR
400	4	11:45	Agressivo	29	HCUE – PSQ	118
480	5	00:08	Abdome Agudo	73	Bene – CG	127
TOTAL DE ATEDIMENTOS COM TR IGUAL OU SUPERIOR A TRÊS HORAS						

Tempo de distribuição deverá ser entendido como o tempo decorrido para o transporte do paciente após a liberação da vaga. SIDA = Síndrome imunodeficiência adquirida; HC UE = Hospital das Clínicas – Unidade de Emergência; HSL = Instituto Santa Lydia; HCC = Hospital das Clínicas- Unidade Campus; HSC = Hospital Santa Casa; BP = Sociedade Beneficência Portuguesa; PSQ = Psiquiatria; PED = Pediatria; GO = Ginecologia e obstetrícia; CM = Clínica médica; CG = Clínica cirúrgica; SR = Sem registro

4.4 Caracterização do atendimento pré-hospitalar móvel prestado pela Unidade de Suporte Avançado (USA)

Do total de solicitações registradas no período em estudo (n= 2543), 61 (2,40%) atendimentos foram prestados pela Unidade de Suporte Avançado (USA).

4.4.1 Quanto ao dia do mês e da semana da solicitação de atendimento

A Tabela 21, possibilita verificar que o atendimento da USA tende a se concentrar próximo ao final de semana, onde o número de atendimentos mostrou-se crescente, contabilizando do dia três ao dia seis 24 (55,72%) dos atendimentos.

Tabela 21- Frequência e porcentagem das solicitações de atendimento, registradas na Central Única de Regulação Médica, segundo os dias do mês e da semana da ocorrência dos atendimentos realizados pela unidade de suporte avançado, Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

DIA DO MÊS	DIA DA SEMANA	F	%
01	Terça-feira	5	8,20
02	Quarta-feira	5	8,20
03	Quinta-feira	8	13,11
04	Sexta-feira	8	13,11
05	Sábado	10	16,39
06	Domingo	8	13,11
07	Segunda-feira	5	8,20
08	Terça-feira	3	4,92
09	Quarta-feira	5	8,20
10	Quinta-feira	4	6,56
TOTAL		61	100,00

4.4.2 Motivo do chamado e o local de atendimento da unidade de suporte avançado

O maior percentual (45,91%) de atendimentos da unidade de suporte avançado ocorreu nas UBS/UBDS, representado em grande parte pelos agravos de natureza clínica, e o menor correspondeu ao atendimento realizado em vias públicas com 24,59%, com predominância dos agravos traumáticos.

Tabela 22 - Frequência e porcentagem das solicitações de atendimento registradas na Central Única de Regulação Médica, segundo o motivo do chamado e o local de atendimento da unidade de suporte avançado, Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

LOCAL DE ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO – USA								
Motivo do chamado	Domicílio		Via pública		UBDS/UBS		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Acidente moto/carro	-	-	7	11,47	-	-	7	11,47
Atropelamento	-	-	2	3,27	-	-	2	3,27
Baleado	2	3,27	2	3,27	-	-	4	6,55
Esfaqueado	1	1,63	-	-	-	-	1	1,63
Feri/o corto contuso	1	1,63	-	-	-	-	1	1,63
Politraumatizado	-	-	2	3,27	4	6,55	6	9,83
Queda de altura	1	1,63	-	-	-	-	1	1,63
Edema de pulmão	-	-	-	-	5	8,19	5	8,19
Parada cardíaca	7	11,47	1	1,63	3	4,91	11	18,03
Trauma de crânio	-	-	-	-	1	1,63	1	1,63
Crise convulsiva	-	-	-	-	2	3,27	2	3,27
Infarto do miocárdio	-	-	-	-	2	3,27	2	3,27
Insuficiência cardíaca	-	-	-	-	2	3,27	2	3,27
Insuficiência Respiratória	1	1,63	-	-	4	6,55	5	8,19
Precordialgia	2	3,27	-	-	1	1,63	3	4,91
Pneumonia	-	-	-	-	2	3,27	2	3,27
Trabalho de parto prematuro	-	-	-	-	1	1,63	1	1,63
Sem registro	3	4,91	1	1,63	1	1,63	5	8,19
TOTAL	18	29,50	15	24,59	28	45,91	61	100

4.4.3 O sexo e a idade dos pacientes atendidos

Do total de 61 solicitações de atendimento registradas, não havia registro quanto ao sexo do paciente, em 18 (29,50%) fichas. As informações registradas mostraram uma predominância do sexo masculino 24 (39,34%) pacientes, e 19 (31,15%) do feminino.

Em relação a variável idade dos pacientes, verificamos que variou de menos de 1 ano a 93 anos, com uma média de 48,59 anos (DP = 26,53) e mediana de 53,50 anos. Podemos visualizar na Tabela 23, que os maiores percentuais encontram-se entre a faixa etária correspondente ao intervalo de 40 a 70 anos com 37,70%, e na faixa etária entre 20 a 30 anos não houve notificação de atendimento. Em 27,87% das fichas, dados referentes à idade dos pacientes não foram registrados.

Tabela 23 - Frequência e porcentagem das solicitações de atendimento registrados na Central Única de Regulação Médica, segundo o sexo dos pacientes, realizados pela unidade de suporte avançado, Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

FAIXA ETÁRIA	f	%
< 1 ano	1	1,64
01 I – 05	4	6,56
05 I – 10	1	1,64
10 I – 20	4	6,56
20 I – 30	0	0,00
30 I – 40	1	1,64
40 I – 50	8	13,11
50 I – 60	7	11,48
60 I – 70	8	13,11
70 I – 80	5	8,20
80 I – 90	3	4,92
90 I – 100	2	3,28
Sem registro	17	27,87
TOTAL	61	100,00

4.4.4 Horário de recebimento da solicitação e despacho da viatura

Ao analisar as informações segundo os horários de atendimento, verificamos que no terceiro e quarto turno concentram-se a maior demanda com 62,30% para o recebimento das solicitações e 57,74% para a distribuição dos pedidos.

Tabela 24 – Frequência e porcentagem das solicitações de atendimento, registradas na Central Única de Regulação Médica, segundo o horário de recebimento e distribuição da solicitação em relação ao turno de serviço das telefonistas, Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

DISTRIBUIÇÃO DO HORÁRIO DE ATENDIMENTO					
Turno de serviço	Horas	Solicitação recebida		Solicitação distribuída	
		f	%	f	%
Primeiro	00:00 a 05:59	10	16,39	11	18,03
Segundo	06:00 a 11:59	13	21,31	12	19,67
Terceiro	12:00 a 17:59	20	32,79	16	26,23
Quarto	18:00 a 24:00	18	29,51	18	29,51
Sem registro/outros		0	-	4	6,56
TOTAL		61	100	61	100

4.4.5 Destino dos pacientes atendidos pela unidade de suporte avançado

Ao analisar a variável local de destino dos pacientes atendidos, verificamos 24,28% (15) dos pacientes foram encaminhados para as UBDS/UBS, os hospitais foi o destino de 47,54% dos pacientes.

O número de cancelamento, dispensa no local e não localizado (paciente ou endereço) correspondeu a 9,84% (6) solicitações (Tabela 25).

Tabela 25 – Frequência e porcentagem das solicitações de atendimento registradas na Central Única de Regulação Médica, segundo o destino dos pacientes atendidos pela unidade de suporte avançado, Ribeirão Preto, 01 a 10 de abril de 2003

DESTINO DOS PACIENTES	f	%
UBDS/ UBS	15	24,28
Hospitais	29	47,54
Cancelado no percurso	2	3,28
Dispensado no local da ocorrência	2	3,28
Não localizado o endereço/paciente	2	3,28
Não removido – óbito no local	11	18,03
TOTAL	61	100,00

No Brasil, nas últimas décadas, houve um aumento significativo do número de mortes devidas as causas externas, por outro lado as doenças cardiovasculares e as neoplasias, constituem as primeiras causas de óbito em nosso país. Este quadro epidemiológico, configura uma nova demanda para os serviços de assistência médica, que deverão não só organizar uma assistência à saúde adequada, mas também equacionar os problemas identificados, para que os pacientes possam ter acesso aos recursos, obedecendo aos princípios do SUS.

Frente a essa realidade, importantes apontamentos surgiram, e dentre eles a necessidade de reorganizar os serviços de saúde de urgência. O sistema brasileiro de atendimento às urgências e emergências está em construção, e o atendimento pré-hospitalar móvel, que desempenha um papel fundamental nessa estrutura, vem sendo implantando nos últimos anos, com mais destaque há dois anos, após medidas adotadas pelo Ministério da Saúde.

Alguns autores consideram ser fundamental a elaboração de medidas capazes de nortear os caminhos a serem seguidos quando do planejamento, implantação, organização e operacionalização deste Sistema, visando a uniformidade e melhoria do serviço médico em situações de urgência (CARDOSO et al., 2000; GONÇALVES; RODRIGUES, 2001; DELATORRE, 1992).

Para Cardoso et al. (2000) o eixo de partida para a organização é o diagnóstico das necessidades da população, baseado em indicadores de saúde e dados de morbimortalidade de uma determinada área geográfica. Na opinião de Dellatorre (1992) devem ser levantados dados do município referentes à morbimortalidade por causa e faixa etária, estudos de internação por grupo de doenças e faixa etária, e das principais patologias atendidas nas unidades de urgência e emergência. Gonçalves e Rodrigues (2001) confirmam que o planejamento de um sistema de urgência deve começar pelo levantamento de dados do município e região.

Cardoso et al. (2000) consideram ser fundamental a elaboração de um quadro pormenorizado com os recursos materiais e humanos existentes, considerando sua quantidade, localização, complexidade, capacidade operacional instalada e técnica. Além do levantamento dos recursos disponíveis localizado em planta planimétrica do município, deverá ser assinalado os pontos de

estrangulamento do trânsito, os meios utilizados para o transporte de pacientes e enumerados as faculdades ou cursos da área da saúde (DELLATORRE, 1992).

O próximo passo, na opinião de Gonçalves e Rodrigues (2001) é analisar o número e o tipo de chamado, tanto pelo 192 como pelo 193, ou ainda por outros canais de entrada, devendo ser anotado os dias e horários de pico, assim como os recursos humanos existentes e necessários.

É imprescindível que esse perfil de urgências e emergências seja amplamente discutido com todos os atores envolvidos na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação aos agravos à saúde, tais como: conselhos de saúde, gestores de saúde, prestadores de serviços, usuários, conselhos de classes, órgãos de educação, promoção social, segurança social, transporte e outros.

A partir dessa discussão, Cardoso et al. (2000) colocam que deverá ser elaborado um Plano de Atenção às Urgências, com respectivo cronograma de implantação e grades assistenciais regionalizadas, hierarquizadas e pactuadas. Estas grades assistenciais de referência e contra referência devem ser realizadas baseadas na elaboração de formulário, que identifica os recursos físicos, materiais e humanos de cada instituição envolvida no processo.

No âmbito hospitalar devemos trabalhar com a lógica da regionalização e hierarquização da rede. É fundamental que o pessoal do APH conheça muito bem os recursos da área hospitalar para que os encaminhamentos sejam feitos da melhor maneira possível. No modelo atual, o acesso do paciente ao SUS deve se dar através da rede básica de saúde, de encaminhamentos aos níveis subsequentes de complexidade (GONÇALVES; RODRIGUES, 2001).

Essas análises revelam a importância de se estruturar um Sistema de Atenção às Urgências que envolva toda a rede assistencial, incluindo as unidades básicas de saúde, programas de saúde familiar (PSF), programas de agentes comunitários de saúde (PACS), ambulatórios especializados, serviços diagnósticos e terapêuticos, unidades de pronto atendimento, pronto-socorros, e os serviços de atendimento pré hospitalar móvel (SAMU, resgate, ambulâncias do setor privado, etc.), até a rede hospitalar.

Os autores consultados ainda colocam que os diferentes níveis de atenção devem relacionar-se de forma complementar através de mecanismos organizados e regulados de referência e contra referência, sendo de fundamental importância que cada serviço se reconheça como parte integrante deste sistema,

acolhendo e atendendo adequadamente a parcela da demanda que lhe compete, efetuando encaminhamentos quando não dispor dos recursos necessários a tal atendimento.

Para Birolini (2001) um sistema de atendimento ao trauma deve ser hierarquizado (categorização dos hospitais segundo sua complexidade), regionalizado (definido a área geográfica de responsabilidade de cada hospital), possuir uma equipe multidisciplinar com atendimento 24 horas, dispor de um sistema de resgate, sistema de comunicação (com a finalidade de receber e transmitir mensagens sobre as condições da cena, as condições da vítima, etc.) e controle do fluxo do sistema (designação de uma autoridade médica controladora, acessível 24 horas por dia).

Finalmente na opinião de Dellatorre (1992); Gonçalves e Rodrigues (2001), para que essa estrutura funcione é preciso a criação de um Conselho Gestor de Urgência e Emergência em que todos os atores envolvidos estejam representados (médicos, enfermeiros, policiais militares, representantes das universidades públicas e particulares, administradores, gestores do sistema, profissionais da saúde, o poder público e comunidade). Esse conselho deve ter como função primordial definir direitos e deveres das instituições envolvidas, discutir o funcionamento do sistema e pactuar todas estas decisões de forma a garantir o bom atendimento à população, em todos os níveis, cabendo-lhe ainda estabelecer normas, segundo níveis de complexidade para o atendimento ao paciente, tanto no pré-hospitalar como hospitalar.

Nessa perspectiva Dellatorre (1992) coloca que esse Conselho deve reunir-se pelo menos uma vez por mês para solucionar problemas referentes ao sistema, e estabelecer períodos para análise de dados que avaliem o seu desenvolvimento. Outro papel importante é o de esclarecimento à população e autoridades, sobre as funções dos sistemas de urgência e emergência e como utilizá-los corretamente.

Concordamos com os autores e acreditamos que esses dados são essenciais para fazer um diagnóstico do perfil de urgências e emergências do município e principalmente das carências existentes.

Deste modo, ao estudarmos as características do Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel Primário e Secundário de urgência e emergência, da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto-SP, identificamos alguns pontos

importantes para análise pelas equipes de trabalho, permitindo propor repensar possíveis mudanças e reestruturações, que poderão representar melhoria na assistência oferecida ao munícipe.

O primeiro ponto a ser destacado nos dez dias analisados pelo estudo, e que merece ser discutido, é a identificação de atendimentos considerados não urgentes (transporte de pacientes a domicílio após alta hospitalar ou a outros locais, cujas solicitações são caracterizadas como remoção social, encaminhamentos para realização de curativos, medicações, exames diagnósticos como RX dentre outros), realizados pelas mesmas viaturas destinadas ao atendimento de urgência e emergência, como mostram os dados da Tabela 1. Esta natureza do chamado representou 34,35% das solicitações.

Ainda com referência às remoções, devemos ressaltar que 80,99% (1078) das mesmas, correspondem a transporte de pacientes em cadeira de rodas ou sentados, ficando o transporte em macas com apenas 253 pedidos (19,01%).

Dentre os atendimentos considerados de baixo risco, realizados pelos veículos destinados ao atendimento de emergências, encontramos os referentes aos traslados inter-unidades, principalmente para realização de RX decorrente da não existência de todos os serviços de apoio diagnóstico nas unidades, como exames laboratoriais. Como consequência a baixa resolutividade dos atendimentos leva ao aumento do número de encaminhamentos para confirmação diagnóstica e terapêutica.

Este tipo de transporte deveria ser realizado por viaturas – tipo A (de menor custo), segundo as especificações da Portaria 2048, para pacientes de baixo risco (BRASIL, 2002b).

Cabe ressaltar que o município de Ribeirão Preto conta com veículos tipo Furgão e uma ambulância para a remoção social de pacientes. Acreditamos que haja a necessidade da análise desta situação considerando-se não apenas o menor custo, mas também a influência negativa sobre o sistema de urgência e emergência. A nosso ver essa demanda deve ser incorporada ao serviço de remoção programada, o que exigiria reorganização do fluxo e da estrutura do serviço.

O dados nos permitem também uma análise das solicitações de atendimento direcionadas à Central do 192, segundo o dia do mês e da semana. Quando consideramos todas as solicitações, nos deparamos com 387,4

solicitações/dia, e ao analisarmos somente os pedidos de urgência e emergência constatamos 254,3 solicitações/dia.

O volume de solicitações a mais, 133,1 solicitações/dia realizadas pelas viaturas de urgência, certamente influenciaram negativamente na qualidade da assistência prestada aos pacientes que realmente necessitaram de intervenções mais rápida. Um dos fatores que contribuem para a sobrevida dos pacientes e que é utilizado para avaliar a eficácia dos serviços de urgências é o tempo resposta, prejudicado no nosso caso por remoções.

Alguns autores relatam que o fator tempo é crucial, uma vez que, pacientes que recebem atendimento precoce no local da ocorrência, minutos após o agravo à saúde, se restabelecem mais rapidamente, e contribuem para reduzir as seqüelas e aumentar a chance de sobrevida (SOARES et al.,1996; PAVELQUEIRES,1997; SANTOS; SANTOS JR.; MARTINI, 2001).

A identificação de picos de atendimento também é outro ponto a ser estudado, e em relação aos dias da semana notamos que houve dias em que se registrou maior movimento de solicitações (as segundas e sextas-feiras), sendo que a unidade de suporte avançado concentrou seus atendimentos (55,72%) próximo ao final de semana, onde o número de solicitações mostrou-se crescente.

Contudo, nossa pesquisa não nos permite afirmar que nos finais de semana ocorra maior movimento do serviço pela limitação do tempo de análise. Porém a tendência à distribuição dos chamados demonstrada, sugere a necessidade de estudos mais detalhados, auxiliando na alocação de recursos.

Os dados apresentados pela empresa de transporte urbano de Ribeirão Preto - SP, também constatou maior incidência de acidentes as segundas e sextas-feiras, com diminuição no domingo (RIBEIRÃO PRETO, 2002a).

A importância do diagnóstico dos picos de solicitações de atendimento é relatada por Dantas e Seixas (1998), confirmada por Gonçalves e Rodrigues (2001), e corroborada por Dellatorre, indicando a sua contribuição para o melhor planejamento das ações em saúde.

Concordamos com os autores. Possivelmente o setor poderá desencadear medidas que proporcionem um equilíbrio entre a oferta de serviço e a demanda de atendimento. Porém esta análise deve ser contínua uma vez que diversos fatores podem alterar esse perfil.

Em Campinas, segundo a análise realizada pelo SAMU em abril de 2003, ficou demonstrado que às terças-feiras o percentual de solicitações de atendimento atingiu 12,9% e às quartas-feiras em 12,6%, correspondendo aos menores movimentos da semana, enquanto que as quintas-feiras obtiveram 16,1% e sábados 14,9%, indicando a maior demanda (CAMPINAS, 2003).

Com relação à origem dos chamados, ou o local de atendimento, notamos que houve predominância de solicitações de atendimentos realizadas em domicílios (51,55%), seguida pelas oriundas das UBS/UBDS com (35,55%) das solicitações, e dos realizados em vias públicas (7,16%). Quando analisamos somente os pedidos de urgência e emergência, ocorre inversão dos achados nos dois primeiros locais, com relação ao total de solicitações recebidas.

Desta maneira, mais uma vez, acreditamos que a justificativa para essa inversão esteja centrada nas remoções sociais, pois a demanda para transporte ao domicílio, solicitada pelas UBS/UBDS, representa a grande maioria. Os pedidos oriundos dos hospitais, que está triplicado nesta mesma situação, confirma a distorção da utilização das ambulâncias para atendimento às urgência e emergências.

Com relação à distribuição por local de atendimento acreditamos que o Distrito Central tenha obtido maior número de solicitações mediante a facilidade de acesso dos usuários, em termos de localização geográfica (UBDS no centro da cidade). O outro fator poderia estar relacionado ao fato de dispor de serviço de apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial de traumatologia e procedimentos técnicos, mesmo que com funcionamento restrito ao horário comercial.

Os dados relativos às unidades de saúde que compõem o Distrito Central (n= 512) sinalizam que a UBDS Central responde pela maior demanda, com 446 (87,10%) atendimentos. A nosso ver, essa grande demanda está relacionada ao pronto atendimento existente nesta unidade. Nas unidades básicas, o atendimento é direcionado para consultas programadas e procedimentos de baixa complexidade.

O Distrito Oeste, que é o maior Distrito em número de unidades básicas de saúde, constituído por nove do total de 28 UBSs do município possui população correspondente a 153.160 habitantes, apresentando 23,40% (406) do total das solicitações de atendimentos.

No conjunto das unidades de saúde que compreendem o Distrito Norte (n= 351), a UBDS Simione é a responsável pela grande demanda de solicitações (79,53%), enquanto as demais UBS respondem por 20,52%.

Esses achados, podem ser justificados, mais uma vez, pela demanda do pronto atendimento existente, porém em menor quantidade, quando comparado com a UBDS Central, pois esta unidade não dispõe de serviço de apoio diagnóstico (RX).

O Distrito Sul é o menor em número de UBS. A organização da rede básica de atenção considera a sua densidade populacional que, segundo o censo do IBGE de 2000, era de 39.352 habitantes, correspondendo a 7,75% da população do município (RIBEIRÃO PRETO, s.d.).

O Distrito Leste possui população de 89.230 habitantes e está organizado com uma UBDS e cinco UBS, assim, a sua densidade populacional e de rede de atendimento de saúde é maior que a do Distrito Sul, todavia a demanda de solicitações de atendimento foi inferior. Talvez essa discrepância possa ser justificada por fatores sócio-econômicos e culturais das populações envolvidas ou do nível de resolutividade dos Distritos de Saúde, todavia não dispomos de dados qualitativos para essa análise.

Para finalizar essa discussão acerca das solicitações de atendimento por Distritos de Saúde, relatamos que as UBDS foram responsáveis por 83,12% (1443) das solicitações de atendimento enquanto que as UBS perfizeram 16,82% (292), confirmando a relação entre pronto atendimento (PA) e encaminhamento aos recursos secundários de assistência.

Em relação a USA, o maior percentual (45,91%) de atendimentos também ocorreu nas UBS/UBDS (UBDS Central foi responsável por 4 solicitações, UBDS Simione e Vila Virgínia com 6 solicitações cada uma, UBDS Castelo Branco correspondeu a 3 solicitações e UBDS Sumarezinho com 9), o que nos faz refletir que os pacientes mais graves estão sendo recebidos nestas unidades de saúde, haja visto que os motivos dos chamados são direcionados a agravos de média a alta complexidade.

Estes dados reforçam a importância de equipes qualificadas nas unidades de saúde para o atendimento de pacientes graves, independentemente da etiologia, pois verificamos que nove dos motivos de chamado estavam relacionadas a solicitações de agravos clínicos e oito a traumáticos, todos de moderada complexidade.

Tal fato foi também descrito por autores como Pavelqueires (1997), Dantas e Seixas (1998), reafirmando que a qualificação das equipes é fator primordial, que está diretamente relacionado ao sucesso do atendimento, e enfatizando a importância de cursos específicos para as equipes que desenvolvem atividades nos serviços de urgência e no resgate pré-hospitalar.

Esses apontamentos também foram realizados pelo MS, por meio da Portaria 2048, que cria os Núcleos de Educação em Urgência. Para o MS, as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem, e nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente (BRASIL, 2002b).

Os dados encontrados no município de Ribeirão Preto, quanto ao local do atendimento, apresentam pequenas diferenças dos apresentados pela equipe do SAMU de Campinas - SP, em abril de 2003, onde os atendimentos realizados foram assim distribuídos: 50,3% em domicílio, 20,2% em via pública, 24,2% corresponderam a atendimentos realizados nas unidades de saúde, pronto atendimento e centros de saúde, 2,7% em hospitais e 2,6% em outros locais.

Chama-nos atenção a diferença existente entre os dois municípios acerca dos atendimentos em vias públicas, Ribeirão Preto - SP apresenta apenas 7,16% dos atendimentos enquanto que em Campinas - SP corresponde a 20,2%. Possivelmente o baixo número de atendimentos em vias públicas em Ribeirão Preto - SP esteja relacionado com a atividade do Resgate-193, com a realização deste tipo de atendimento por este serviço.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito ao transporte inter-hospitalar, que também é realizado pelas ambulâncias. Constitui em outra modalidade desempenhada pelas equipes do SAMU que requer adesão de critérios, conforme citado por Pereira Junior (2001). Na atualidade tais critérios estão estabelecidos na Portaria 2048 e Resolução nº 1672/03 do Conselho Federal de Medicina, todavia sua implementação e avaliação devem subsidiar a reorganização do serviço (BRASIL, 2002b).

Nos nossos estudos nenhum achado significativo foi encontrado a esse respeito, porém cabe lembrar que os hospitais privados, não conveniados ao SUS, utilizam deste serviço de ambulâncias quando o convênio dos pacientes não cobre o transporte inter-hospitalar, sendo esta uma temática de análise por parte dos gestores municipais.

Na análise referente ao sexo dos pacientes, não encontramos diferenças significativas. As informações registradas indicaram semelhança da frequência para ambos os sexos, com um pequeno predomínio para o sexo masculino nos pacientes atendidos pela USA.

Em relação a variável idade dos pacientes, verificamos que, para todas as análises realizadas, a faixa etária esteve compreendida entre menor de um ano, e 93 a 99 anos. Houve uma variação em relação à idade dos pacientes atendidos pela USA, com média de 48,5 anos, e os demais com média de 33,4 anos.

Também observamos que a faixa etária preponderante foi de 40 a 70 anos (37,70%). Para os pacientes atendidos pela USA, houve um predomínio entre as faixas etárias de 20 a 50 anos (40,14%), nas quais os cidadãos encontram-se na fase produtiva de sua vida, correspondendo à população ativa do município.

Em Campinas, também houve predominância da faixa etária compreendida entre 21 e 50 anos, perfazendo 49,4% do total das solicitações realizadas em abril de 2003 (CAMPINAS, 2003).

A esse respeito, autores descrevem que a idade e o sexo dos pacientes merecem destaque, quando enfatizam os agravos traumáticos. Estes representam a primeira causa de morte, quando consideramos a faixa etária de 1 a 40 anos, sendo predominante na faixa etária compreendida entre 20 e 29 anos de idade, representada em grande parte pelos homens (SANTOS; SANTOS JR., 2001; OLIVEIRA, 2002).

As fichas sem registro representaram 10,77% do total de 2543, o que consideramos um índice de perda alto. Questionamos se realmente o solicitante não sabia informar a idade ou se, a idade constitui-se em um dado pouco importante para quem recebeu a solicitação, ou ainda, se o sistema de registro vem permitindo tal lacuna. A falta de dados certamente prejudica o trabalho da equipe de atendimento, sendo esta uma informação necessária para a adequação dos recursos humanos e materiais para o atendimento.

Os dados encontrados, nos permitem inferir que a grande maioria dos chamados é de média e baixa complexidade, porém neste estudo não comparamos o motivo do chamado com a real causa da solicitação, o que poderia alterar este perfil. Acreditamos que este estudo comparativo seria de grande importância, haja visto que permitiria caracterizar melhor esse tópico, identificando o tipo de alterações

orgânicas, ou agravos predominantes, que são essenciais para o planejamento das ações.

Quando apreciamos somente os agravos atendidos pela USA, identificamos que 33 (54,09%) atendimentos corresponderam aos agravos de natureza clínica, os traumáticos representaram 23 (37,70%), os outros 8,21% são referentes aos sem registro. Ressaltamos que a parada cardíaca foi um dos motivos que demandaram mais solicitações representando 18,02%.

Contudo na análise do motivo do chamado, das 2543 fichas, correspondentes aos atendimentos de urgência e emergência, verificamos que o primeiro motivo correspondeu aos agravos traumáticos (15,10%), seguidos pelas queixas e distúrbios gastro intestinais (13,25%) e pelos agravos cardiovasculares (11,84%).

Dados semelhantes foram encontrados em Campinas, onde as causas ficaram assim distribuídas: clínica geral em primeiro lugar com 38,7% das hipóteses diagnósticas, seguida dos agravos traumáticos com 15,5%, e as queixas cardiológicas representaram a quinta causa com 8,4% (CAMPINAS, 2003).

A crescente violência urbana, que se traduz em diversos agravos à saúde com alta morbimortalidade, constitui-se em um dos principais agentes causais, o que também é relatado por outros autores ao descreverem que os agravos traumáticos possuem um aspecto marcante no perfil epidemiológico das emergências (FIGUEIREDO et al., 1996; BARATA 2000; QUEIROZ; SANTOS; SANTOS JR., 2001).

Porém, não concordamos com as propostas de Martini (2001), quando sugere que na estruturação dos sistemas de emergência, seja essencial que se tenha um serviço hospitalar destinado ao politraumatizado. Acreditamos que o sistema deva ser mais abrangente, uma vez que as emergências clínicas são mais frequentes, como demonstrado em nossos estudos, onde o primeiro motivo de atendimento da USA correspondeu aos agravos de natureza clínica, como também as segunda e terceira causas dos motivos dos chamados na análise geral.

No entanto, pelos dados encontrados acreditamos que os agravos à saúde decorrentes das causas externas também representam um grave problema de saúde pública, os quais deverão ser enfrentados através de medidas amplas, por meio de planejamento e implantação de sistemas de atendimento de urgência,

respaldados legalmente e com políticas de saúde que atuem nos diversos níveis de atenção, em especial na prevenção .

Cabe ainda mencionar, que o estudo da morbidade dos chamados também constitui, um importante instrumento, capaz de identificar algumas das necessidades da população, norteando, desta forma, os temas a serem abordados nos cursos de educação permanente, respeitando a particularidade de cada região. Estes temas também são sugeridos pelo MS, através da Portaria 2048, que traz a grade de temas, conteúdos, habilidades, carga horária mínimas para a habilitação e certificação dos profissionais da área de atendimento as urgência e emergências (BRASIL, 2002b).

Outra reflexão do nosso estudo diz respeito ao bairro de procedência dos pacientes atendidos, e neste quesito, optamos por apresentar os dados encontrados nas 3874 fichas analisadas.

Constatamos que a região oeste, ocupa o segundo lugar em população adscrita 153.160 habitantes com 22 bairros, apresentando o primeiro em pedidos, com 663 (17,1%) solicitações de atendimento. Destes bairros, cabe ressaltar as solicitações oriundas dos moradores do bairro Ipiranga, com 47,3% de todas as solicitações da área.

Constatamos na região central, que o bairro Campos Elíseos, o Centro da cidade e a Vila Tibério agregaram 9,5% das solicitações de atendimento do total de 13,5 correspondentes a esse Distrito de Saúde.

A região norte apresenta distribuição concentrada das solicitações de atendimento em oito bairros (Jardim salgado Filho I, Simione, Jardim Aeroporto, Jardim Marincek, Vila Mariana, Avelino Palma, Quintino Facci I e II), o que totaliza 10,9% dos 13% das solicitações que couberam a esta região, cabendo destacar que apenas o Jardim Salgado Filho I não tem UBS.

A região sul concentra uma população de 39.352 habitantes, a qual apresentou 11,8% (457) do total das solicitações, sendo que os moradores dos bairros de Vila Virgínia, Parque Ribeirão Preto e Jardim Marchesi, Jardim Progresso e Jardim Branca Sales demandaram 73,3% do total considerado para a região, salientando que os dois primeiros possuem UBDS/UBS.

Dentre todas as regiões, a região leste, com 89.230 habitantes, foi a que apresentou o menor percentual 337 (8,7%) de solicitações de atendimento e atualmente representa a área com bairros mais distantes das UBS/UBDS.

Considerando os cinco Distritos de Saúde do município de Ribeirão Preto-SP, os dez bairros que mais solicitaram atendimento, ficaram assim representados: Ipiranga, Campos Elíseos, Vila Virgínia, Parque Ribeirão Preto, o Distrito de Bonfim Paulista, Centro, seguido por Salgado Filho I, Simione, Jardim Marchesi, Vila Tibério e finalmente Jardim Jandaia, os quais contabilizaram 1331 (34,4%) das solicitações.

A proposta de organização hierarquizada do SUS, indica que os usuários devem obter meios para resolver seus problemas de saúde nas UBS/UBDS, porém esses dados nos levam a questionar se em Ribeirão Preto esta proposta está sendo efetivada a contento. Questionamos: o que estaria acontecendo nestes bairros que justificaria esta grande demanda de solicitações? Será falta de orientação à população em como utilizar melhor os recursos do distrito de saúde? Será que nestas áreas os agravos agudos estão predominando, denunciando a falta de ações preventivas? Enfim são questões que merecem investigação, a fim de configurar um melhor diagnóstico de saúde sobre o sistema de saúde.

Para o atendimento desses munícipes em diversas regiões, Ribeirão Preto-SP possui uma frota de 11 viaturas (com algumas sobressalentes). Estão baseadas em diferentes pontos: nas cinco UBDS e uma no distrito de Bonfim Paulista. Todas obedecem às especificações adotadas pelo MS, mencionadas desde 1999 na Portaria 824, e reeditada na Portaria 2048, que determina que as dimensões e outras especificações do veículo terrestre deverão obedecer às normas da ABNT-NBR 14561/2000, de julho de 2000 (BRASIL,1999; 2002b).

A esse respeito alguns autores afirmam que, para atingir os objetivos do APH, é preciso que o sistema disponha de viaturas básicas e avançadas, sendo estas aéreas ou terrestres, com medicamentos, equipamentos, materiais para resgate e estabilização das vítimas (SOARES et al.,1996; PAVELQUEIRES,1997; MARTINI,2001).

Observando o número de viaturas, segundo o local de lotação das mesmas, verificamos que a UBDS Castelo Branco e a UBS Bonfim Paulista, contam com apenas um veículo por unidade, enquanto que as demais possuem duas viaturas.

Analisando a quantidade de chamados dessas unidades, constatamos que no distrito de Bonfim Paulista, a grande maioria dos chamados é de baixo risco. Das 102 solicitações registradas, apenas 37 (0,15% dos atendimento/hora) foram classificadas como urgência e emergência, o que nos permite questionar sobre a

real necessidade de fixar uma ambulância para o atendimento desta região. A viatura da UBDS Castelo Branco, que realizou 7,47 atendimentos/hora, poderia ter maior necessidade de apoio que a UBS Bonfim Paulista.

Com referência ao número de atendimentos (A) realizados por hora (H) e por viatura (V), não encontramos diferenças. A média de atendimentos, em locais com duas viaturas, correspondeu a 0,93 A/H/V, enquanto que a média de A/H/V da UBDS do Castelo Branco foi de 0,79 A/H/V, e o Distrito de Bonfim Paulista representou a menor porcentagem 0,15 A/H/V. A USA realizou 0,25 A/H/V. Estes dados demonstram que o serviço atendeu em média 200,8 pacientes por dia, cerca de 8,36 A/H, para os 2543 chamados classificados com urgência e emergência, e 14,07 A/H, para todos os chamados registrados. Alertamos novamente para a diferença do número de atendimentos realizados por hora (5,71 pedidos) que corresponderam às remoções sociais.

Em relação ao tipo de viatura utilizada para o atendimento das solicitações dos munícipes de Ribeirão Preto, constatamos que, das 2543 solicitações, 76,56% foram atendimentos com ambulâncias de suporte básico. O atendimento com a USA correspondeu a 2,40% (61) das solicitações, número pouco expressivo, todavia as informações que dispomos não nos permitem concluir que esta viatura tenha ficado ociosa.

Acreditamos que este é um ponto que merece uma análise posterior mais detalhada, considerando que possíveis falhas, detectadas e sanadas, poderão resultar em melhoria de sobrevivência dos pacientes. Cabe ressaltar que, segundo alguns autores, dentre eles Rodriguez (2000), o número de atendimentos realizados pela USA geralmente não excede a 10% do total de atendimentos, e o recomendado é uma viatura desse porte para cada grupo de 400 a 500 mil habitantes.

Gonçalves e Rodrigues (2001), colocam que o SAMU inicialmente pode ser estruturado com uma USB para cada segmento populacional de 80 a 100.000 habitantes, sendo que as USA devem corresponder a 10% do número de ambulâncias básicas, havendo ainda 30% de viaturas de reserva. Respeitando esses indicativos de organização podemos concluir que o município de Ribeirão Preto, atende a população com número e tipo de viaturas apropriadas, inclusive obedecendo o determinado pelo MS, na Portaria 2048, a qual estipula os veículos de acordo com a sua finalidade, conforme mencionado anteriormente (BRASIL, 2002b).

Os dados apresentados pela coordenação do SAMU de Campinas, mostram que 65,1% das solicitações foram atendidas, e 34,9% foram canceladas. A média de atendimento por dia correspondeu a 157 AT/dia, sendo que a grande demanda atendida pelas viaturas de suporte básico correspondeu a (72,3 %), enquanto que a USA atendeu (8,3%) do total (CAMPINAS, 2003).

A análise das características do serviço, relacionadas ao horário de recebimento e despacho das solicitações, demonstrada na Tabela 6, mostrou que o quarto turno, além de ser o que mais recebe e distribui os pedidos, é o que concentra o horário de maior demanda, das 18:00 às 19:00 horas. Também coincide com o horário de troca das equipes das ambulâncias, portanto cabe uma reflexão no sentido da organização do serviço e elaboração dos turnos de trabalho, assim como alocação da equipes da Central.

Ressaltamos ainda que os acidentes de trânsito em Ribeirão Preto, no ano de 2002, ocorreram com maior frequência entre as 17 e 19 horas, o que reafirma a necessidade de reavaliar os turnos de serviço (RIBERÃO PRETO, 2003).

A análise realizada em Campinas-SP, mostra que em abril de 2003, o pico de solicitação ocorreu também no final da tarde, coincidindo com os dados de Ribeirão Preto (CAMPINAS, 2003)

Quanto ao horário de recebimento e distribuição dos chamados caracterizados como urgência e emergência, apresentados nas Tabelas 14 e 23, não encontramos resultados diferentes aos já relatados, apenas que o quarto turno representou o maior percentual para ambos os quesitos analisados.

Gonçalves e Rodrigues (2001), relatam a importância de analisar o número e o tipo de chamado, assim como os horários de picos, os quais poderão ser de extrema importância na organização e planejamento dos Sistemas de Atendimento de Urgências e Emergência.

Quanto ao destino dos pacientes cabe ressaltar que o número de cancelamentos, dispensas, resolvidos no local e não localizados o paciente ou o endereço nos chama a atenção. Mostra que o serviço poderia ser melhor utilizado, com orientação à população, pois na grande maioria dos casos, ocorreu o deslocamento de uma equipe até o local.

Em relação ao tempo resposta dos atendimentos, os achados em Ribeirão Preto (média de 31 minutos), mostram semelhanças com os apresentados pela equipe do SAMU de Campinas (média de 49 minutos).

Porém, quando se analisa o tempo de atendimento, diversas são as opiniões acerca do quanto às equipes permanecem no local da ocorrência prestando assistência. Existem autores que defendem a permanência da equipe independente do tempo gasto, desde que possam intervir com medidas eficazes (PALVEQUEIRES,1997; MARTINI,2001).

Ao passo que outros contestam, como Santos e Santos Jr. (2001), os quais relatam controvérsias a respeito dos benefícios para a sobrevivência do politraumatizado quando este recebe cuidados pré-hospitalares com medidas intervencionistas através da participação de médicos. Há quem recomende mínima ou nenhuma intervenção no instante do resgate, para não retardar o tratamento definitivo. O retardo, por causa de procedimentos intervencionistas realizados no local da ocorrência, pode contribuir para a morte dos pacientes; esse fato foi evidenciado na primeira guerra mundial, quando a mortalidade de feridos foi de 5,8% considerando que o transporte variava de 12 a 15 horas; na Guerra da Coreia, com transporte mais ágil, em torno de quatro a seis horas, o índice caiu para 2,4% e, no Vietnã, com o transporte ocorrendo entre uma a quatro horas, o índice foi de 1,7%.

A esse respeito, Velho (1994) tece considerações sobre o APH representar um dos grandes avanços médicos das últimas décadas, alegando que não é mais discutido a sua capacidade de diminuir a mortalidade em diversas situações. No que se refere ao trauma, o autor relata que poucos estudos têm conseguido demonstrar vantagens neste tipo de atendimento, quando comparado a remoção imediata, pura e simples.

Outros recomendam, pelo menos, o controle das vias aéreas e a precoce reposição de volumes. Alguns autores sustentaram a idéia de que a reanimação iniciada no local do acidente trouxe resultados favoráveis para as vítimas. Quando a equipe de resgate é bem treinada e faz a opção por procedimentos no local do acidente, tais como intubação orotraqueal e acesso venoso, e faz o transporte rápido sem que haja gasto de tempo maior que um quarto de hora, o resultado da ação é benéfico para os pacientes (SANTOS; SANTOS JR., 2001).

Nos EUA, Pons e Markovchick (2002), realizaram um estudo a respeito da interferência do tempo resposta das ambulâncias na sobrevivência de pacientes politraumatizados, concluindo que não existe diferença significativa na sobrevivência de pacientes com score de lesão grave, quando o tempo resposta criteriosamente fica em torno de 8 minutos ou menos.

Para Blackwell e Kaufman (2002), o tempo resposta ao atendimento à solicitação de ajuda, não deve exceder a 5 minutos, pois em intervalos maiores a esses poderia não haver benefícios efetivos na sobrevivência dos pacientes.

Mediante essas controvérsias, acreditamos que estudos deverão ser realizados considerando análises acerca do tempo de permanência das equipes na cena da ocorrência, para que condutas sejam adotadas, baseado em evidências científicas.

Com relação à caracterização das solicitações de atendimento pré-hospitalar móvel secundário, lembramos que a Central Única de Regulação Médica, funcionando como a coordenadora e disponibilizadora do atendimento pré-hospitalar à população local (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1998). E quando, em nossos estudos, analisamos os encaminhamentos de pacientes aos hospitais de referência, para continuidade da assistência, verificamos que a grande maioria dos pacientes foi encaminhada pelas UBDS, o que é justificado, uma vez que estas unidades mantêm o pronto atendimento.

Ao avaliarmos as características desses encaminhamentos, constatamos que houve uma demanda intensa (47,6%), dirigida a UEHCFMRP – USP, de nível terciário de complexidade. Estudos aprofundados são indicados para identificar a adequação dos encaminhamentos. Os dados demonstram também que as especialidades de ortopedia e clínica médica foram as que mais demandaram atendimento, e sugerimos que sejam realizados estudos para identificar se estas áreas representariam prioridade na oferta de serviço de saúde.

Outro ponto de destaque na nossa pesquisa, diz respeito ao tempo de regulação médica e, para efeito de contagem de tempo de regulação médica considerou-se o tempo decorrente entre o horário registrado para o chamado e o horário correspondente à liberação da vaga no hospital de referência para onde o paciente será encaminhado. Neste contexto verificamos que alguns pacientes aguardaram até oito horas para ser encaminhado ao hospital, e que oito dos treze encaminhamentos foram direcionados ao HCFMRP-USP, Unidade de emergência e Unidade Campus.

A demora para o encaminhamento pode estar relacionada a diversos fatores como: baixa resolutividade das UBS/UBDS, demora para o atendimento de casos mais específicos, levando a agudização do agravo, falta de leitos para algumas especialidades médicas que possuem uma demanda maior de

atendimento, sub-utilização de leitos hospitalares com pacientes de baixa complexidade, como os que necessitam permanecer no hospital apenas para receber suporte medicamentoso de alto custo, falta de leitos de retaguarda para acolher pacientes em fase terminal, dentre outros.

Observamos ainda que, após a liberação da vaga, estes pacientes tiveram que aguardar ainda um tempo para que a ambulância realiza-se o transporte até o hospital, e esse tempo variou de 16 minutos a duas horas e sete minutos, o que também caracteriza um assunto a ser explorado, na tentativa de identificar fatores que possam estar interferindo nesse encaminhamento, como por exemplo a utilização das viaturas para o atendimento de baixo risco (remoções sociais).

Assim como vários autores citados, acreditamos que realmente a caracterização da epidemiologia dos chamados destinados ao serviço de atendimento pré-hospitalar móvel primário e secundário, constituem-se realmente em um dos braços estruturantes do sistema de urgência e emergência, haja visto a possibilidade destes funcionarem como observatório para os gestores da saúde, uma vez que permitindo fazer uma série de diagnósticos, auxiliando no planejamento, organização e operacionalização dos serviços de urgência.

Cabe ainda ressaltar que este modelo, reconhecidamente caro e muitas vezes não resolutivo, está sendo revisto, e uma das formas viáveis de mudança, é o da reorganização do modelo de assistência e de suas práticas. Através de políticas públicas de atenção às urgências e emergências, o SUS propõe uma lógica sistêmica. Considerando que a atenção pré-hospitalar é a porta de entrada do sistema, sendo possível acolher e redirecionar o paciente em seus diferentes níveis, os quais devem relacionar-se de forma complementar por meio de um sistema de referência e contra-referência.

Ao caracterizar o APH móvel municipal de Ribeirão Preto-SP, esperamos poder contribuir com os gestores municipais, e que os resultados encontrados possam nortear ações capazes de refletir na melhoria da qualidade da assistência oferecida aos munícipes da cidade.

No Brasil, a situação configurada pelo perfil epidemiológico, pela demanda social, pela dificuldade de integração entre os serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade e vinculadas as diversas instâncias gestoras, tem mostrado a necessidade da implantação de políticas públicas de saúde que, permitam melhorar a qualidade da assistência oferecida aos usuários.

Nesta perspectiva, as urgências e emergências, em tempos atuais, têm sido reconduzidas segundo o enfoque da organização dos Sistemas na tentativa de alterar os índices de morbimortalidade, independente da etiologia do agravo e equacionar os problemas existentes.

Para tanto, verificamos a crescente criação e implementação de Sistemas de Urgência e Emergência, contemplando as fases pré, inter e intra hospitalar, como acontece em Ribeirão Preto-SP.

Desta forma, buscamos caracterizar o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel Municipal. A nosso ver, a operacionalização deste conteúdo é complexa dada sua abrangência.

Os resultados obtidos por meio de consulta, a fonte de dados secundários, permitiram descrever a epidemiologia do APH móvel primário e secundário de urgência e emergência, o fluxo do APH móvel secundário e também, o fluxo do APH móvel da USA, possibilitando a identificação e análise de pontos críticos, passíveis de reorganização.

Verificamos que o serviço possui estrutura funcional adequada à prestação da assistência, conforme determinado em portarias ministeriais, dispondo de unidades de suporte básico e avançado de vida, com uma Central de Regulação Médica, com competências técnicas e gestores, capaz de reordenar a demanda conforme os recursos e a necessidade do caso.

Porém, observamos que a Central não dispõe de um sistema adequado para o registro das atividades, utilizando contagem manual para diversas análises da demanda, que é grande como constatamos. Desta maneira, sugerimos a criação de um banco de dados informatizado, o que permitiria organizar os dados, facilitar na busca de informações, pesquisas, bem como possibilitaria uma maior credibilidade e veracidade dos dados obtidos e das conclusões realizadas. Sugerimos também

reformulações na ficha “chamado de ambulância”, pois constatamos que muitos campos não são utilizados.

Retornando ao objeto de estudo, verificamos que no período de 10 dias considerados na análise dos dados, foram registradas 3874 solicitações, destas, 2543 corresponderam aos casos de urgência e emergência, 61 foram atendidas pela USA e as demais foram atendidas pelas USBs. A solicitação de regulação médica representou 928 pedidos.

O APH móvel primário registrou 61,42% das solicitações de urgência e emergência e o APH móvel secundário 38,58%, com uma média de 254,3 solicitações/dia.

Com relação ao dia do mês, e da semana, constatamos que existem momentos que ocorrem picos de solicitação, e conseqüentemente de despacho das viaturas, refletindo na qualidade da assistência, uma vez que o tempo de resposta é uma das medidas utilizadas para qualificar o serviço. Portanto, esses achados nos direcionam por prioridades a serem contempladas, referentes à alocação de recursos e reordenação de fluxo de veículos, dentre outros aspectos.

As solicitações oriundas de diversas regiões do município, identificaram alguns bairros em que a demanda de solicitação excedeu as expectativas, tendo em vista, serem regiões próximas a Unidades de Saúde, em que a assistência está próxima a residência do usuário, não necessitando em muitos casos de transporte por meio das ambulâncias, o que caberia, a nosso ver, orientação da população quanto a utilização adequada das ambulâncias. O domicílio foi a principal origem das solicitações (51,55%), seguida das UBS/UBDS (35,55%).

A média de idade dos pacientes foi de 33 anos para as solicitações de urgência e emergência, e de 48 anos para os pacientes atendidos pela USA. Não encontramos diferenças significativas relacionadas ao sexo dos pacientes.

Os principais motivos do chamado, foram por agravos traumáticos (15,10%), problema gastrointestinal (13,25%) e cardiovascular (11,84%). Contudo, ao analisar detalhadamente os motivos da solicitação de ajuda, nota-se que inúmeras são as justificativas do usuário, os quais variam de acordo com o grau de comprometimento e complexidade identificado pela equipe da Central, no momento da solicitação, observa-se que o serviço poderia ser melhor utilizado.

A especialidade médica que mais demandou encaminhamento foi a ortopedia, com (16,9%) das solicitações, seguida pela clínica médica e pediatria,

respectivamente, com (15,4%) e (14,9%). O tempo de regulação médica para esses encaminhamentos variou de um a 480 minutos, sendo que, destas, em 13 solicitações o tempo de regulação foi igual ou superior a três horas.

Os dados encontrados direcionaram em primeira análise, a categorizá-los como sendo em grande parte, de baixa a média complexidade, o que a nosso ver, também direcionaria uma educação populacional, sendo estes atendidos dentro de um período de tempo esperado, porém não podemos afirmar que foi adequado, haja visto que não determinamos o real motivo do chamado.

Assim como estes pontos previamente apontados, outros foram encontrados e discutidos no contexto do estudo, reafirmando a importância do conhecimento das características do serviço, confirmando os relatos de Cardoso et al. (2000), Gonçalves e Rodrigues (2001) e Dellatorre (1992) ao assinalar que o eixo de partida para esta organização é o diagnóstico das necessidades da população, baseado em indicadores de saúde e dados de morbimortalidade de uma determinada área geográfica, os quais podem ser indicados através das Centrais de chamado de ambulância por deterem um grande número de informações.

A nossa pretensão com este trabalho foi identificar pontos de ajustes, que possibilitem a organização do serviço, a sistematização da assistência através do conhecimento da morbidade das solicitações, com isso poder direcionar os cursos de capacitação as equipes de saúde, dar retorno as unidades de saúde, sobre os determinantes encontrados, apontar aos gestores algumas necessidades no planejamento das ações de saúde, apontando ainda a necessidade de melhoria na qualidade das informações registradas, dando credibilidade aos achados, e sugerindo a realização de outras pesquisas.

AGUAYO, E.H. et al. Pre-hospital care in acute coronary syndromes. Experience of the ARIAM group. **Aten Primaria**, Spain, v.27, n.7, p.478-83, apr. 2001.

AGUAVIVA, B. et al. Impacto de las unidades móviles de emergencia en la sobrevida del infarto agudo de miocardio. **MedUNAB**, Spain, v.3, n.9, p.150-158, 2000.

AZEVEDO, T.M.V.E. **Atendimento pré-hospitalar na prefeitura do município de São Paulo: análise do processo de capacitação das equipes multiprofissionais fundamentada na promoção da saúde**. 2002. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

BARATA, R. B. O impacto das políticas econômicas e sociais nos perfis de morbimortalidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.13, número especial, parte I, p.117-22, 2000.

BIROLINI, D.; UTIYAMA, E.; STEINMAN, E. **Cirurgia de emergência com teste de auto-avaliação**. São Paulo: Atheneu, 2001.

BLACKWELL, T.H.; KAUFMAN, J.S. Response time effectiveness: comparison of response time and survival in an urban emergency medical services system. **Acad. Emerg. Med.**, EUA, v.9, n.4, p.288-95, apr. 2002.

BRAGA, J.L. et al. Acidente vascular cerebral. **RBM Rev. bras. med**, São Paulo, v.60, n.3, p. 88-92, mar. 2003

BRASIL. Centro de Vigilância Sanitária. Portaria CVS-9, de 16 de março de 1994. Dispõe sobre as condições ideais de transporte e atendimento de doentes em ambulâncias. **Diário Oficial do Estado**. n.104, São Paulo, 17 mar. 1994. Seção 1, p.51.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística – IBGE. Dados estatísticos. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estatística/arquivos/população.xls>>. Acesso em: 15 jan. 2004.

BRASIL. Ministério de Saúde. Portaria n.3.564, de 2 de setembro de 1998a. Subordina as atribuições da área técnica de acidentes e violência à Secretaria de Políticas de Saúde, ao seu departamento de gestão de políticas estratégicas. **Diário Oficial da União**. n.170, Brasília, DF, 4 set. 1998. Seção 1, p.40. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/portarias/2001>>. Acesso em: 27 jun. 2003.

BRASIL. Ministério de Saúde. Portaria n.3.566, de 2 de setembro de 1998b. Institui o Comitê Técnico Científico - CTC de assessoramento ao grupo técnico para acidentes e violências. **Diário Oficial da União**. n.170, Brasília, DF, 4 set. 1998. Seção 2, p.29. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/portarias/2001>>. Acesso em: 27 jun. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 824, de 24 de junho de 1999. Dispõe sobre a normatização do atendimento pré-hospitalar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, jun. 1999. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/portarias/2000>>. Acesso em : 14 mar. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 737, de 16 de maio de 2001a. Dispõe sobre a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência. **Diário Oficial da União**. n.96, Brasília, 18 maio. 2001. Seção 1e, p. 3-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 814, de 01 de junho de 2001b. Dispõe sobre a normatização dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgências, revogando a Portaria GM/MS n. 824 de 24 de junho de 1999. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, jun. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anuário estatístico de saúde do Brasil -2001c. Disponível em:<<http://www.portal.saude.gov.br/saude/aplicacao/anuario-2001/index>>. Acesso em: 7 jun. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 344, de 19 de fevereiro de 2002a. Dispõe sobre o projeto redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito . Disponível em:< <http://www.saude.gov.br/portarias/2002>>. Acesso em: 29 jul. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2048, de 05 de novembro de 2002b. Dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 969, de 11 de dezembro de 2002c. Dispõe sobre modelo de formulário e registro de atendimento de urgência e emergência. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 970, de 11 de dezembro de 2002d. Dispõe sobre o sistema de informação em saúde para os acidentes e violências – causas externas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, nov. 2002

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria n. 1863, de 29 de setembro de 2003a.** Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, Brasília, DF, set. 2003.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria n. 1864, de 29 de setembro de 2003b.** Institui 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 Brasília, DF, set. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/samu/noticias/index_not.htm>. Acesso em: 8 abr. 2004.

CAMPINAS. Secretaria Municipal da Saúde. Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU. Disponível em: http://www.campinas.sp.gov.br/saude/unidades/samu/relatórios/abril_2003.>. Acesso em: 12 jul. 2003.

CARDOSO, M.M. et al. **Organização de sistemas pré-hospitalares e salas de reanimação**. In: IV CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS: manual de oficina. Goiânia, 2000.

CASTRO, A.R.M. et al. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Relatórios sobre o desenvolvimento do projeto de reformulação do serviço externo – **Projeto 192**, 1990. 45p.

CASACCIA, M. et al. L'arresto cardiaco extraospedaliero in un modello sperimentale di gestione delle emergenze cardiologiche in un'area metropolitana. **G Ital Cardiol, Itália**, v25, n.2, p.127-37, feb. 1995.

CIOFFI, J. A study of the use of past experiences in clinical decision making in emergency situations. **International Journal of Nursing Studies**. Australia, n.38, p.591-99, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 225, de 28 de fevereiro de 2000. Dispõe sobre cumprimento de prescrição medicamentosa/terapêutica à distância. Disponível em: http://www.aph.com.br/2002/resolucao_225_2000.COFEN.Asp. Acesso em: 13 jan. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 260, de 12 de julho de 2001. Fixa as especialidades de enfermagem de competências do enfermeiro. Disponível em: http://www.aph.com.br/2001/resolucao_260_2001.COFEN.asp. Acesso em: 13 jan. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE FARMACIA – CFF. Resolução n.354, de 17 de outubro de 2000. Dispõe sobre a assistência farmacêutica em atendimento pré-hospitalar às urgências e emergências. Disponível em: <http://www.cff.org.br/>. Acesso em: 23 jun. 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA-CFM. Resolução n 1.451, de 10 de março de 1995. Define Urgência e Emergência, equipe e equipamentos para os Prontos Socorros. **Diário Oficial [da] União**: Brasília, 17 mar. 1995. Seção I, p. 3666. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resoluções/cfm/1995/1451_1995.htm. Acesso em: 24 jul. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA-CFM. Resolução n 1.529, de 4 de setembro de 1998. Normatiza atividade médica na área de urgência e emergência. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resoluções/cfm/.htm>. Acesso em: 20 mar. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA-CFM. Resolução n 1.596, de 9 de março de 2000. Normatiza que a atividade médica na área de urgência e emergência na fase pré-hospitalar, especificamente no transporte aeromédico. Disponível em: <http://www.aph.com.br/2002/RESOLUÇÃO_CFM_1596_2000.asp>. Acesso em: 24 jun. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA-CFM. Resolução 1671, de 9 de julho de 2003a. Dispõe sobre a normatização da atividade na área da urgência e emergência na sua fase pré-hospitalar, revogando a Portaria do CFM n.1529/98. Disponível em: <http://www.aph.com.br/2002/res_1671aph.asp>. Acesso em: 3 set. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA-CFM. Resolução 1672, de 9 de julho de 2003b. Dispõe sobre a normatização do transporte inter-hospitalar. Disponível em: <http://www.aph.com.br/2002/res_1672.transporte.asp>. Acesso em: 3 set. 2003.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM: Profissionais de enfermagem no Resgate. **Rev. COREN-SP**, São Paulo, n.26, p.4-7, jan./fev., 2000.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-SP. Decisão COREN-SP/DIR/01/2001. Dispõe sobre a regulamentação de assistência de enfermagem em atendimento pré-hospitalar e demais situações relacionadas ao suporte básico e avançado de vida. Disponível em: <<http://www.aph.com.br/2002/coren.asp>>. Acesso em: 13 jan. 2003.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Atendimento pré-hospitalar: agora está regulamentada para a enfermagem e para todos. **Rev. COREN-SP**, São Paulo, n.34, p. 2-3, jun., 2001.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA-SP et al. **A epidemiologia da violência**. São Paulo, p. 7-59, 1998.

COPASS, M.K. et al. Prehospital cardiopulmonary resuscitation of the critically injured patient. **Am J. Surg.**, Estados Unidos, v.148, n.1, p.20-6, Jul. 1984.

DANTAS, R.C.; SEIXAS, A.Z. Ressuscitação pré-hospitalar. **Revista da Sociedade de Cardiologia**, São Paulo, v.8, n.4, p.842-5, jun./ago. 1998.

DELATORRE, M.C.C. **Atualização do Serviço Móvel no Estado de São Paulo**. In: I SIMPÓSIO REGIONAL DE ATUALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL AS URGÊNCIAS DE SÃO PAULO. Marília, 1992. [mimeo].

DELLATORRE, M.C.C. **Roteiro para elaboração do projeto de urgência e emergência pré-hospitalar**. Disponível em: <<http://www.envivo.net/samu75/>>. Acesso em: 2 fev. 2001.

DE NEGRI FILHO, A. et al. Bases para uma política nacional de atenção às emergências. In: IV CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIA: **relatório de oficina**. Goiânia, 2000.

EIDI, C. et al. Princípios do atendimento pré-hospitalar. Disponível em: <<http://aph.com.br/principios/2002>>. Acesso em: 5 abr. 2002.

FERNANDES, R.J. et al. **Manual da assistência de enfermagem do serviço externo**. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde, 1995. 37p.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 617p.

FERREIRA, C.S.W. **Os serviços de assistência às urgências no município de São Paulo: implantação de um sistema de atendimento pré-hospitalar**. 1999. 153f. Tese (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

FIGUEIREDO, J.R.M. et al. Emergência: condutas médicas e transporte. Rio de Janeiro: **Revinter**, 1996.

FONSECA, S.C. Atendimento pré-hospitalar: exige coragem e treinamento constante. **Revista do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo**, São Paulo, n.43, p.2-3, jan./fev. 2003.

FONTANELLA, J.M.; CARLI, P.; LARENG, L. **Les matériels et les techniques de réanimation pré-hospitalières- Les Unités Mobiles Hospitalières**. In: SFEM eds. Collection Médecine d'Urgence SAMU, 1992.

GOMEZ, M.A.; NEIRA, J. **Atención Inicial de Pacientes Traumatizados**. Buenos Aires: Fundación Pedro Luis Rivero, 1996.

GONÇALVES, A.J.; RODRIGUES, J.M.S. Organização de Sistemas e Atendimento às Urgências. In: FREIRE, E. (Ed.). **Trauma: a doença do século**. São Paulo: Atheneu, 2001. cap.36, p.515-36.

HEARST, N. et al. **Pesquisas com dados existentes**: análise de dados secundários, estudos suplementares e revisões sistemáticas – In: HULLEY, S.B. Delineado a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed, 2003, cap. 3, p. 225-41.

LEBRÃO, M.L.; MELO JORGE, M.H.P.; LAURENTI, R. Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.4, p.26-37, 1997.

LOPES, S.L.B.; FERNANDES, R.J. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Revista do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP**, Ribeirão Preto, v.32, n.4, p.381-87, out./dez. 1999a.

LOPES, S.L.B.; FERNANDES, R.J. **Normas Gerais do Sistema de Atendimento Móvel de Urgências de Ribeirão Preto – SAMU**. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde, 1999b. 48p.

MALVESTIO, M.A.A. **Suporte avançado à vida: análise da eficácia do atendimento a vítimas de acidentes de trânsito em vias expressas**. 2000. 114p. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MARTINEZ, M.; MORANO, S.R. **Uma nova função do hospital público: a gestão coordenada da assistência médica de urgência**. In: CASTELAR, R.M. et al.(Ed.). *Gestão Hospitalar: Um desafio para o hospital brasileiro*. França: Editions Ecole Nationale De La Santé Publique, 1995, cap.13,p.229-35.

MARTINEZ, M.; NITSCHKE, C. Teoria, pragmática e ética da regulação e da atenção às urgências médicas. In: SANTOS, J. S. Dos (org.). **Sistema de urgência e emergência de Ribeirão Preto e região**. Ribeirão Preto: HCRP-FM-USP. 2001. p. 23-27.

MARTINI, A.C.T. Atendimento pré-hospitalar. In: BIROLINI, D.; UTIYAMA, E.; STEINMAN, E. (Ed.). **Cirurgia de emergência com teste de auto-avaliação**. São Paulo: Atheneu, 2001, cap.18, p.131-41.

MORAIS, S.M.T.; MALVESTIO, M. Serviço 192 de APH: A enfermagem conquistando novos rumos. **Nursing**. São Paulo, n.35, p.6-7, abr. 2001.

NETO, J.B.; GOMES, E.G.A. Etiologia do Trauma. In: FREIRE, E. (Ed.). **Trauma: a doença do século**. São Paulo: Atheneu, 2001. cap.2, p.17-46.

OLIVEIRA, RM.C.;ANDRADE, L.A. Acidente vascular cerebral. **Rev. bras. hipertens**, São Paulo, v.8, n.3, p.280-290, jul./set. 2001.

OLIVEIRA, B.F.M.; PAROLIN, M.K.F.; TEIXEIRA JR., E.V. **Trauma: atendimento pré-hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2002. 306 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) 2003. **Dados revelam que a violência é a causa de óbito de milhares de pessoas por ano no mundo**. Disponível em http://<www.5.who.int/violence_injury_prevention/main.cfm?p>. Acesso em: 14 maio. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) 2004b. Doenças cardiovasculares, ataques cardíacos e derrames, permanecem crescentes no mundo. Disponível em: http://< www..who.int/cardiovascular_diseases/in/>. Acesso em: 10 fev. 2004.

PAVELQUEIRES, S. **Educação continuada de enfermeiros no atendimento inicial à vítima de traumatismos**. 1997. 149f. Tese (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

PEREIRA JR., G.A.; NUNES, T.L.; BASILE-FILHO, A. Transporte do paciente crítico. **Revista do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP**, Ribeirão Preto, v.34, n.2, p.143-53, abr./jun. 2001.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3.ed. Porto Alegre: **Artes Médicas**, 1995. 391 p.

PONS, P.T.; MARKOVCHICK, V.J. Eight minutes or less: does the ambulance response time guideline impact trauma patient outcome. **J. Emerg. Med.**, New York, v.23, n.1, p. 43-8, Jul. 2002.

QUEIROZ, J.S. Histórico do Trauma. In: FREIRE, E. (Ed.). **Trauma: a doença do século**. São Paulo: Atheneu, 2001. cap.1, p.3-14.

REGEL, G. et al. Prehospital care importance of early intervention on outcome. **Acta ANAESTHESIOL Scand Suppl**, Hannover, v.110, p.71-6, 1997.

REZENDE, P. Organização e funcionamento do Sistema de atendimento pré-hospitalar em situações de urgência: A experiência dos SAMU-SMUR. Disponível em: <<http://www.invivo.net/samu67/index4.html>>. Acesso em: 5 jun. 2002.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Atividades e determinações do serviço externo. **Relatório de departamento**. 1989.

RIBEIRÃO PRETO. **Secretaria da Saúde. Resolução interna 24/1993 de 11 de setembro de 1993**. Cria o serviço de remoção programa e as diretrizes para o despacho de ambulâncias em eventos públicos. 1993a.

RIBEIRÃO PRETO. **Secretaria da Saúde. Resolução interna 26/1993 de 16 de novembro de 1993**. Cria o grupo de trabalho sobre atendimento de urgência na rede de unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde. 1993b.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Relatório final do grupo de trabalho sobre atendimento de urgência na rede de saúde. **Atas de reuniões**. 1994. 24p. [mimeo].

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Resolução 02/2000, de 17 de janeiro de 2000. Dispõe sobre o Regimento Interno da Central Única de Regulação Médica. **Diário Oficial do Município**, Ribeirão Preto, 25 jan. 2000a. p.3.

RIBEIRÃO PRETO. **Empresa de trânsito e transporte urbano de Ribeirão Preto**. Estatísticas de acidentes de trânsito/2002. Ribeirão Preto. 2002a.

RIBEIRÃO PRETO. **Secretaria Municipal da Saúde. Ofício circular 1247/02-GS, de 15 de maio de 2002**. Estabelece a obrigatoriedade de informações diárias a CURM. Ribeirão Preto. 2002b.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/saude/il6principal.asp?pagina=/ssaude/programas/116indice.htm>>. Acesso em: 13 jan. 2003.

RIBEIRO, K.P. O enfermeiro no serviço de atendimento ao politraumatizado. In: FREIRE, E. (Ed.). **Trauma: a doença do século**. São Paulo: Atheneu, 2001. cap.34, p.499-508.

RODRIGUES, L.A.; MILLER, E.L.C. Trauma por acidentes de veículos em rodovias. In: FREIRE, E. (Ed.). **Trauma: a doença do século**. São Paulo: Atheneu, 2001. cap.21, p.349-72.

RODRIGUEZ, F.J.M. **Guias práticos de enfermagem em emergências**. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2000.

SANTOS, C.C.M.; SANTOS JR., J.C.M. Trauma: A Doença do Século XXI. In: FREIRE, E. (Ed.). **Trauma: a doença do século**. São Paulo: Atheneu, 2001. cap.31, p.485-89.

SANTOS, J.S. et al. **Manual do curso de capacitação para médicos reguladores**. Ribeirão Preto: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo- Unidade de Emergência; Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto; Direção regional de Saúde (DIR XVIII), 2000. 63p.

SANTOS, J.S. Sistema de Urgência e Emergência de Ribeirão Preto. Estrutura, Organização, Acesso (Central Única de Regulação), Resultados, Avaliação e Desafios. In: **I SIMPÓSIO SOBRE O SISTEMA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIBEIRÃO PRETO E REGIÃO**, Ribeirão Preto, 2001.

SÃO PAULO, SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU-SP. Disponível em: <<http://www.samusp.med.br/index.html>>. Acesso em: 17 abr. 2003.

SCARPELINI, S.; PATTA, F.F. **Criação do Núcleo de Atendimento Médico de Urgência de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde, 1996.

SCARPELINI, S. **Estudo da atenção às vítimas de acidentes de transporte em um hospital universitário de emergência no Brasil. Aspectos epidemiológicos, de gravidade e de mortalidade**. 2001. 84f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

SCARPELINI, S. Traumas resultam em 119 mil óbitos. **A Cidade**, Ribeirão Preto, p.7a, 8 ago. 2003.

SHAPIRO, S.E. Outcomes of prehospital care: Do we really make a difference? **Journal of emergency nursing**. Chicago, v.26, n.3, p.239-41, jun. 2000.

SOARES, L.; ALMEIDA, R.; GONÇALVES, V. **Manual do curso de atendimento avançado em emergência para enfermeiro**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 1996. 132p.

TACSI, Y.R.C. **Vivências da enfermeira na assistência à criança em situação de emergência: parada cardiorrespiratória**. 2003. 125f. Tese (Mestrado em

Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

TIMERMAN, S. et al. Desfibrilação externa automática: aumentando os índices de sobreviventes. **Rev. soc. Cardiol**, São Paulo, v.8, n.4, p.690-715, jul./ago.1998.

TIMERMAN, S.; TIMERMAN, A. A abordagem pré-hospitalar diminui a mortalidade do infarto agudo do miocárdio. Disponível em: <<http://www.socesp.org.br/revista/htm>>. Acesso em 20 nov.2002.

VELHO, A.V. Bases para o atendimento pré-hospitalar no trauma. **Revista HPS**, São Paulo, v.40, n.1, p.6-11, jan./dez., 1994.

WEHBE, G.; GALVÃO, C. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.2, p.86-90, 2001.

WHITAKER, I.Y.; GUTIÉRREZ, M.G.R. DE; KOIZUMI, M.S. Gravidade do trauma avaliada na fase pré-hospitalar. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.44, n.2. p.111-9, abr/jun. 1998.

Referências normalizadas de acordo com:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: informações e documentação: referências : elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

ANEXO A1

FICHA CHAMADO DE AMBULÂNCIA - frente

ANEXO A2

FICHA CHAMADO DE AMBULÂNCIA - verso

ANEXO B

FICHA CONTROLE DE TRÁFEGO

ANEXO C

FICHA CENTRAL ÚNICA DE REGULAÇÃO MÉDICA - CURM

ANEXO D

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

ANEXO E

Ribeirão Preto, 16 de setembro de 2003.

Ilmo Sr.
Prof. Dr. Luís Carlos Raya
Secretário da Saúde do Município de Ribeirão Preto

Prezado Senhor,

Vimos por meio deste solicitar apreciação do projeto de pesquisa a ser desenvolvido no âmbito do serviço pré-hospitalar, intitulado “Caracterização do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel Primário no Município de Ribeirão Preto-SP”.

Este projeto de pesquisa refere-se à dissertação de mestrado da mestrandia, Rosana Joaquim Fernandes, regularmente matriculada no curso de pós-graduação - Enfermagem Fundamental, do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP, sob orientação da docente Clarice Aparecida Ferraz. A temática será desenvolvida na Central Única de Regulação Médica de Ribeirão Preto-SP, onde a pesquisadora também é membro integrante da equipe de trabalho.

Certas de que os frutos desse trabalho contribuirão para o conhecimento na área, contamos com a atenção de V. Sa e aguardamos parecer para o desenvolvimento do estudo.

Atenciosamente,

Clarice Aparecida Ferraz
Professora Livre Docente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP

ANEXO F

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP