

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Mariana da Fonseca Pereira

Características dos atendimentos do Serviço de Atendimento Regional Móvel de Urgência (SAMU192/CISDESTE): uma abordagem com ênfase na atenção primária e na lógica das redes de atenção à saúde.

Juiz de Fora
2025

Mariana da Fonseca Pereira

Características dos atendimentos do Serviço de Atendimento Regional Móvel de Urgência (SAMU192/CISDESTE): uma abordagem com ênfase na atenção primária e na lógica das redes de atenção à saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Estela Márcia Saraiva Campos

Coorientador: Prof. Dr. Akinori Cardozo Nagato

Juiz de Fora

2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Pereira, Mariana da Fonseca.

Características dos atendimentos do Serviço de Atendimento Regional Móvel de Urgência (SAMU192/CISDESTE): uma abordagem com ênfase na atenção primária e na lógica das redes de atenção à saúde. / Mariana da Fonseca Pereira. -- 2025.
92 f. : il.

Orientadora: Estela Márcia Saraiva Campos

Coorientador: Akinori Cardozo Nagato

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2025.

1. Serviços médicos de emergência. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde.. I. Campos, Estela Márcia Saraiva , orient. II. Nagato, Akinori Cardozo, coorient. III. Título.

Mariana da Fonseca Pereira

Características dos atendimentos do Serviço de Atendimento Regional Móvel de Urgência (SAMU192/CISDESTE): uma abordagem com ênfase na atenção primária e na lógica das redes de atenção à saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em 22 de abril de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dra. Estela Márcia Saraiva Campos - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Akinori Cardozo Nagato

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Dr. Mário Círio Nogueira

Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 26/03/2025.



Documento assinado eletronicamente por **Akinori Cardozo Nagato, Professor(a)**, em 22/04/2025, às 11:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mario Cirio Nogueira, Professor(a)**, em 23/04/2025, às 09:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Rizioneide Negreiros de Araújo, Usuário Externo**, em 08/05/2025, às 21:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2316076** e o código CRC **8D365887**.

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho só foi possível com a colaboração de muitas pessoas que indireta ou diretamente ofereceram seus apoios, tornando esta jornada mais leve.

Primeiramente agradeço a Deus, que me guiou durante toda essa jornada e tornou possível essa conquista.

Aos meus pais, Mariza e Geraldo, pelo apoio emocional, pelas orações e por acreditarem em mim em todos os momentos. A vocês, minha eterna gratidão.

Ao meu irmão Rodrigo pelo companheirismo.

À Raquel Leite, Pedro Bellei, Jéssica Bellei, Edson Marchi, Simone Dornelas e Vanessa Fernandes que estiveram ao meu lado me incentivando, celebrando as minhas conquistas.

Ao Wellington Nogueira, que acompanhou o início de todo processo. Obrigada pela compreensão, pelo apoio, paciência e pelas palavras de incentivo.

À minha orientadora Estela Campos que me auxiliou, sendo atenciosa, dividindo seus conhecimentos e tornando possível a realização deste trabalho.

Ao meu coorientador Akinori Nagato, pela atenção, pela disponibilidade e amizade.

À Isabela Paes, aluna de iniciação científica, que com a sua dedicação e entusiasmo contribuiu para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao Superintendente Regional de Saúde de Juiz de Fora, Renan Guimarães que realizou o primeiro contato entre os pesquisadores e o SAMU 192/CISDESTE.

E ao Dr. Homero Calderaro, diretor clínico do SAMU 192/CISDESTE, sempre solícito e que prontamente nos recepcionou e disponibilizou o acesso ao banco de dados utilizado.

RESUMO

O SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) é um serviço de atendimento de urgência, pré-hospitalar móvel, caracterizado pela busca precoce da vítima após a ocorrência de um incidente que afete sua saúde, seja de natureza clínica, traumática, psiquiátrica, ginecológica/obstétrica e pediátrica. Tem como finalidade garantir um atendimento hábil e de qualidade por meio do acesso mais adequado e oportuno ao sistema de saúde, a fim de minimizar sequelas e assegurar a vida do usuário, diminuindo o tempo de internação e o risco de óbito. O Serviço Regional de Atendimento Móvel de Urgência – CISDESTE, consórcio tripartite público, atende casos de urgência e emergência em 147 municípios de Minas Gerais, cuja sede é no município de Juiz de Fora/MG. O objetivo deste estudo é caracterizar as demandas atendidas pelo SAMU 192/CISDESTE, no município de Juiz de Fora/MG buscando identificar o funcionamento efetivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município, especialmente em relação à Atenção Primária à Saúde, no período de outubro de 2022 a setembro de 2023. Foram utilizados dados secundários a partir do Sistema de Informações de Atendimento da Central de Regulação de Urgência do SAMU 192/CISDESTE. O *software Statistical Package for the Social Sciences – SPSS* versão 21 foi utilizado para realização das análises estatísticas. Para as variáveis categóricas foram calculadas frequências absolutas e relativas. O teste Qui-Quadrado de *Pearson* e o teste de *Fisher* foram realizados para verificar associações entre as variáveis e o teste *post-hoc* de resíduo padronizado ajustado identificou as células que mais contribuíram para o resultado dos testes. O intervalo de confiança adotado foi de 95%. Dentre os 76.616 atendimentos com deslocamento de viaturas realizados na região de abrangência do SAMU 192/CISDESTE, no período estudo, 23.953 (31,26%) foram atendimentos realizados no município de Juiz de Fora/MG. Das 22.510 demandas analisadas, o sexo masculino representou 53,6%, com associação aos atendimentos de natureza traumática. A faixa etária ≥ 60 anos foi a mais prevalente entre todos os atendimentos (44,1%). Houve predominância de ocorrências de natureza clínicas (64,8%) com associação ao sexo feminino e idosos. O motivo do atendimento mais frequente foi a queda da própria altura (8,8%). Os bairros que apresentaram maiores demandas de atendimentos, com destaque para o Centro (13,1%), possuem cobertura de unidades básicas de saúde (UBS), como atuação, em sua maioria, de equipes da Estratégia

Saúde da Família. A maioria dos atendimentos (58,6%) ocorreram fora do horário de funcionamento das UBS. Com relação a classificação de risco adotada para o estabelecimento de prioridades, 51,02% foram classificadas como demandas pouco urgentes/não urgentes. O principal desfecho dos atendimentos foi o encaminhamento dos usuários para unidades de saúde de maior complexidade (65,2%). Juntos, os resultados reúnem informações que apontam para fragilidade na rede de atenção à saúde ao concentrar atendimentos em demandas que poderiam ser resolvidas pelos níveis primário e secundário e que podem auxiliar os gestores municipais no direcionamento de ações voltadas para integralidade do cuidado, promovendo o uso adequado dos níveis de atenção à saúde e garantindo a equidade no acesso aos serviços de urgência e emergência.

Palavras-chave: Serviços médicos de emergência; Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

SAMU 192 (Mobile Emergency Care Service) is a mobile pre-hospital emergency service designed to provide early intervention for victims following an incident affecting their health, whether of a clinical, traumatic, psychiatric, gynecological/obstetric, or pediatric nature. Its primary goal is to ensure skilled and high-quality care by providing the most appropriate and timely access to the healthcare system, aiming to minimize complications and safeguard the patient's life, while reducing hospitalization time and the risk of death. The Regional Mobile Emergency Care Service – CISDESTE, a tripartite public consortium, provides urgent and emergency care in 147 cities in the state of Minas Gerais, with its headquarters in Juiz de Fora/MG. This study aims to characterize the demands attended by SAMU 192/CISDESTE in the municipality of Juiz de Fora/MG, seeking to assess the effectiveness of the city's Emergency and Urgent Care Network, especially in relation to Primary Health Care, during the period from October 2022 to September 2023. Secondary data were collected from the Information System of the SAMU 192/CISDESTE Emergency Regulation Center. Statistical analyses were performed using SPSS software, version 21. Absolute and relative frequencies were calculated for categorical variables. Pearson's Chi-Square test and Fisher's exact test were used to assess associations between variables, while the adjusted standardized residual post-hoc test identified the specific cells that contributed most to the test results. A 95% confidence interval was adopted. Among the 76,616 ambulance-assisted cases in the SAMU 192/CISDESTE coverage area during the study period, 23,953 (31.26%) were attended in Juiz de Fora/MG. Of the 22,510 analyzed cases, 53.6% of the patients were male, with a significant association with trauma-related incidents. The ≥ 60 age group was the most prevalent among all cases (44.1%). Clinical cases accounted for the majority (64.8%), with a higher occurrence among women and elderly individuals. The most frequent reason for care was falls from their own height (8.8%). The neighborhoods with the highest emergency service demands, particularly Centro (13.1%), have coverage from primary healthcare units (UBS), predominantly served by Family Health Strategy teams. However, 58.6% of emergency calls occurred outside UBS operating hours. Regarding the risk classification used to establish priorities, 51.02% of cases were classified as low-urgency or non-urgent demands. The most common outcome was referral to higher-complexity healthcare facilities

(65.2%). Together, these findings highlight weaknesses in the healthcare network, as emergency services are often used for cases that could be resolved at the primary and secondary care levels. This evidence may help municipal health managers implement strategies to enhance comprehensive patient care, promote the appropriate use of healthcare resources, and ensure equitable access to urgent and emergency services.

Keywords: Emergency medical services; Unified Health System; Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Componentes da RUE e seus eixos transversais.....	18
Quadro 1 -	Níveis de classificação das prioridades.....	29
Quadro 2 -	Classificação dos códigos de acionamento do SAMU 192.....	30
Figura 2 -	Cobertura do SAMU 192 por municípios brasileiros.....	36
Figura 3 -	Cobertura dos CIS voltados para o serviço móvel de urgência em Minas Gerais.....	40
Figura 4 -	Distribuição de unidades de suporte básico e avançado nos municípios atendidos pelo SAMU192/CISDESTES.....	41
Quadro 3 -	Unidades Básicas de Saúde por Região de Planejamento, regiões sanitárias, população atendida, áreas de abrangência, número de equipes saúde da família e horário de funcionamento.....	44
Figura 5 -	Esquema da seleção dos registros do estudo.....	55
Figura 6 -	Bairros do município de Juiz de Fora/MG que apresentaram maiores prevalências de atendimentos do SAMU/CISDESTES no período de outubro de 2022 a setembro de 2023.....	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição de frequência do sexo dos usuários atendidos pelo SAMU/CISDESTE- Município de Juiz de Fora – outubro de 2022 a setembro de 2023, pela natureza do atendimento ou faixa etária ou motivos do atendimento ou desfecho do atendimento ou classificação de risco ou óbito.....	64
Tabela 2 -	Distribuição de frequência da faixa etária dos usuários atendidos pelo SAMU/CISDESTE- Município de Juiz de Fora - outubro de 2022 a setembro de 2023 pela natureza do atendimento ou motivos do atendimento ou classificação de risco.....	65
Tabela 3 -	Distribuição de frequência dos motivos mais frequentes para cada tipo de natureza de atendimento do SAMU/CISDESTE - Município de Juiz de Fora – outubro de 2022 a setembro de 2023.....	67
Tabela 4 -	Distribuição de frequência da natureza dos atendimentos do SAMU/CISDESTE- Município de Juiz de Fora –outubro de 2022 a setembro de 2023 pelos dias da semana ou turnos do dia ou bairros.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CGSES/DF	Colegiado de Gestão
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CISDESTE	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FN/SUS	Força Nacional do Sistema Único de Saúde
HMJT	Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus
HPS	Hospital de Pronto Socorro
HRJP	Hospital Regional Doutor João Penido
PAI	Pronto Atendimento Infantil
PAR	Plano de Ação Regional
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAU	Política Nacional de Atendimento às Urgências
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RO	Radio-operador
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU 192	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria de Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TARM	Técnico Auxiliar em Regulação Médica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA 24H	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas
USA	Unidade de Suporte Básico
USB	Unidade de Suporte Avançado

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
2.1	A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E A ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIA	16
2.1.1	Os componentes da rede de atenção às urgências e emergências do sus (RUE).	20
2.2	A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.....	24
2.3	O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192) E O SEU PAPEL NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	27
2.4	O SAMU 192 EM MINAS GERAIS	38
2.4.1	O SAMU 192/ CISDESTE	40
3	OBJETIVOS	42
3.1	OBJETIVO GERAL.....	42
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	42
4	METODOLOGIA	43
4.1	CENÁRIO DE ESTUDO	43
4.2	COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS INVESTIGADAS.....	53
4.3	ANÁLISES DOS DADOS	56
5	RESULTADOS.....	57
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
	REFERÊNCIAS.....	812
	ANEXO.....	88

1 INTRODUÇÃO

Em 2010, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) surgiu no Brasil como um modelo de organização dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) na tentativa de superar a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, estruturados em um modelo não hierarquizado e centralizado na Atenção Primária à Saúde (APS), no qual os pontos de atenção à saúde estão integrados entre si. Dessa forma, a constituição da RAS, numa estrutura poliárquica, visa a garantia de um cuidado contínuo e integral, de qualidade e de forma humanizada, com maior custo-efetividade, equidade de acesso, maior satisfação dos usuários e melhores indicadores de saúde (Bousquat, *et al.*, 2017; Tofani, *et al.*, 2021).

Sob tal entendimento foi criada a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), uma das redes temáticas do SUS, incorporada à Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) em 2011 com o objetivo ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência de forma ágil, oportuna, buscando sempre o acolhimento com classificação de risco e resolutividade. Além do mais, a PNAU também tem a intenção de atuar de forma regionalizada em regime de cogestão (pacto entre os três entes da federação), no intuito de reduzir os vazios assistenciais e servir como interface entre a atenção básica e a média e alta complexidade (Brasil, 2003a).

A RUE está organizada em dois componentes: o pré-hospitalar (móvel e fixo) e o hospitalar (Brasil, 2011). Considerada uma rede complexa, a RUE atende usuários com diversas condições de saúde, tendo como eixos transversais o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso (Brasil, 2013).

O SAMU 192 é um dos componentes da RUE assim como a APS, que ao se constituir como ponto central da RAS por ser a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, tem a função de ordenação e coordenação do cuidado ao articular com os três níveis de atenção do sistema (primária, secundária e terciária). O SAMU 192 tem a finalidade de acolher, nos locais onde ocorrem o agravo - residências, locais de trabalho, vias públicas ou unidades de saúde, como por exemplo as unidades básicas de saúde - os chamados de ajuda médica de vítimas acometidas por agravos à saúde, de forma hábil e oportuna, sejam de natureza clínica, psiquiátrica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica ou ginecológica, que possa levar a sofrimento, a fim de minimizar sequelas e assegurar a vida do usuário, minimizando o tempo de

internação e o risco de óbito (Brasil, 2012). Os atendimentos podem ser primários, quando a solicitação é proveniente diretamente de um cidadão ou secundários, quando o pedido de socorro parte de um serviço de saúde no qual o paciente já recebeu o atendimento necessário para a estabilização do quadro, mas que necessita ser transferido para outro serviço de maior complexidade para dar continuidade ao tratamento (Brasil, 2011).

O acesso ao SAMU ocorre por contato telefônico gratuito pelo número 192, 24 horas por dia. As chamadas são encaminhadas para a Central de Regulação de Urgências, um local que agrega uma equipe de técnicos auxiliares de regulação médica (TARM), radio-operadores (RO) e médicos reguladores capacitados para atenderem a demanda de orientação e/ou atendimento de urgência (Battisti, *et al.*, 2019).

Inicialmente, o impulso normativo e financeiro estimulado pelo governo federal a partir de 2003, privilegiou, inicialmente as capitais, tendência observada até 2006, alcançando em 2008, 52,9% da população brasileira. A partir de 2008, predominaram os SAMU regionais (O'Dwyer, *et al.*, 2017).

A implantação do SAMU 192 em Minas Gerais segue o modelo regional, de forma a atender ao princípio da regionalização estabelecido no SUS. Possui uma gestão estadual e abrangência macrorregional conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR) vigente (Minas Gerais, 2021). O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste-CISDESTE, atende à demanda dos serviços móveis de urgência das macrorregiões de saúde Sudeste e Leste do Sul de Minas Gerais, totalizando 147 municípios e 2.400.000 habitantes beneficiados por este serviço. São 43 bases descentralizadas e 62 ambulâncias em toda a abrangência regional (Cisdeste, 2023). Sua sede está localizada no município de Juiz de Fora, composta por 571.958 habitantes, onde estão distribuídas 6 ambulâncias de unidade de suporte básico e 2 de suporte avançado (Cisdeste, 2023; Juiz de Fora, 2021).

O estudo da articulação entre componentes da RUE permite identificar lacunas na estrutura do sistema de saúde. Com isso é possível aperfeiçoar os serviços de urgência e emergência, objetivando identificar a real articulação entre os níveis de atenção primário e secundário, buscando otimizar recursos e o desenvolvimento de um sistema público de saúde mais eficaz e que promova um atendimento centrado nas necessidades dos usuários.

Meu interesse pelo tema partiu do estudo sobre a proposta do SUS de organizar seu atendimento baseado no funcionamento da RAS destacando a função da APS, um dos seus componentes, por ser a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde. Dessa forma, escolhi a RUE, enquanto rede temática do SUS por despertar em mim, enquanto profissional de saúde, alguns questionamentos a respeito dos principais agravos de saúde que o SAMU 192 atende, se esses agravos poderiam ser atendidos e/ou prevenidos nas unidades básicas de saúde, e se os motivos de acionamento do serviço móvel de urgência são realmente compatíveis com o nível de atenção por ele prestado.

Assim, o presente estudo objetivou caracterizar as demandas atendidas pelo SAMU192/CISDESTE no município de Juiz de Fora/MG buscando identificar o funcionamento efetivo da Rede de Atenção à Urgências e Emergências do município, especialmente em relação à APS, no período de outubro de 2022 a setembro de 2023. Dessa forma, este estudo permite auxiliar nas discussões junto à gestão municipal na elaboração de estratégias e ações mais adequadas para garantir a integralidade do cuidado por meio do uso adequado e efetivo dos níveis de atenção à saúde, assim como melhor equidade no acesso aos serviços de urgência e emergência.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Nesta seção estão abordados os aspectos teóricos de um levantamento de referências sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Estruturação das Rede de Atenção às Urgências e emergências (RUE); a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) na RUE; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); seu processo de implantação no Brasil, sua relação com os pontos de atenção da RUE no Brasil e no estado de Minas Gerais.

2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E A ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIA

O aumento dos atendimentos nos serviços de urgência e emergência no Brasil está relacionado tanto ao envelhecimento da população e à maior incidência de doenças crônicas, quanto ao crescimento da morbimortalidade associada às violências urbanas e aos acidentes de trânsito. (Feijó, *et al.*, 2015; O'Dwyer, Mattos, 2012; Tofani, *et al.*, 2022).

Carret, Fassa e Domingues (2009) apontam que além das mudanças demográficas e epidemiológicas, a utilização inadequada dos serviços de urgência e emergência por parte dos usuários que buscam um atendimento em condições de saúde não compatíveis com nível de atenção prestado, também contribuem para um aumento da demanda nesses serviços, o que prejudica tanto os usuários, principalmente os não graves, por não conseguirem um cuidado continuado após a alta, quanto o próprio serviço, ao dificultar a definição de prioridades.

O uso intensivo dos serviços de urgência e emergência gerou grandes preocupações dos gestores dos sistemas de saúde, dos profissionais e da população, pois ocasionaram a superlotação nos hospitais de pronto atendimento, contribuindo para a precarização do serviço, a insatisfação dos usuários e o desgaste dos profissionais de saúde (Feijó, *et al.*, 2015; O'Dwyer, Mattos, 2012; Tofani, *et al.*, 2022).

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde instituiu em 2003 a Política Nacional de Atenção às Urgência (PNAU) com o intuito de reordenar os serviços de urgências e emergências e garantir o cuidado integral aos usuários através da integração dos serviços e do conceito ampliado de urgência, avançando na assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e consolidando os princípios

da universalidade e integralidade e, as diretrizes de descentralização e participação social. O atendimento de urgência deve ser orientado pela concepção da humanização na saúde, valorizando a dimensão humana e subjetiva, para uma melhor qualidade de atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para os profissionais, agregando ambientes e relações acolhedoras. (Battisti, *et al.*, 2019; Brasil, 2001; Brasil, 2003a; O'Dwyer, Mattos, 2012).

Machado, Salvador e O'Dwyer (2011) dividem o processo de implantação da política de urgência e emergência no Brasil em três fases: a elaboração das normas (1998–2002); a implantação da PNAU e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (2003 - 2008) e a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (a partir de 2008).

Em 2010, o SUS passou por uma reorganização baseada no modelo das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essa proposta surge como uma alternativa para reduzir a fragmentação do sistema de saúde, ou seja, para substituir um modelo hierarquizado, fortemente hegemônico, no qual os pontos de atenção à saúde são isolados e não se comunicam entre si (Mendes, 2019; Tofani, *et al.*, 2021).

As Redes de Atenção à Saúde são, portanto, consideradas modelos poliárquicos, no qual não há uma hierarquização verticalizada entre os pontos de atenção de saúde, porém eles são vinculados entre si por uma missão única, por objetivos em comuns e por uma ação cooperativa e interdependente. Nesta proposta, a Atenção Primária à Saúde (APS) torna-se o ponto central da RAS, pois representa a base de comunicação entre os diferentes pontos de atenção, coordenando os fluxos e contrafluxos e constituindo-se como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde e a principal provedora da atenção e coordenadora do cuidado (Bousquat, *et al.*, 2017; Mendes, 2019; Tofani, *et al.*, 2021).

A regionalização constitui uma importante diretriz do SUS na organização das Redes de Atenção, pois cria estratégias de planejamento e gestão compartilhadas entre os entes federativos, nas regiões de saúde, visando o enfrentamento dos problemas de uma forma conjunta, a fim de ampliar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, utilizar de forma mais adequada os recursos de saúde e garantir a equidade e a universalidade preconizadas pelo SUS. (Bousquat, *et al.*, 2017; Tofani, *et al.*, 2021)

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) é uma das redes temáticas prioritárias do SUS. Instituída em 2011, juntamente com a reformulação da

PNAU, a RAS, é um modelo de organização dos serviços de saúde que busca superar a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, ampliando e qualificando o acesso dos usuários, no caso da RUE, de usuários em situação de urgência e emergência de forma ágil, resolutiva e em tempo oportuno (Brasil, 2011).

É considerada uma rede complexa, pois atende usuários com diversas condições de saúde em diferentes pontos de atenção que possuem como eixos transversais o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso (Brasil, 2013).

São definidos como componentes da RUE a Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; a APS ou também denominada como Atenção Básica à Saúde; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; a Sala de Estabilização; a Força Nacional de Saúde do SUS (FN/SUS); a Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; a Atenção Hospitalar; e a Atenção Domiciliar (Figura 1) (Brasil, 2013).

Figura 1 - Componentes da RUE e seus eixos transversais.



Fonte: Brasil (2013).

Para Jorge, *et al.* (2014) o grande desafio da RUE é orquestrar todos esses componentes, com suas peculiaridades, de modo a configurar a integração e o sinergismo, de modo ao alcance de uma atenção ágil e oportuna às diversas situações de urgência e emergências, com melhora da efetividade.

Para que a RUE seja implementada é fundamental a integração entre as três esferas de gestão do SUS, para tal torna-se necessário a instituição de um Grupo Condutor Estadual, formado por representantes da Secretaria de Estadual de Saúde (SES), do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e com o apoio do Ministério da Saúde, para a elaborar, monitorar e avaliar o Plano de Ação Regional às Urgências e Emergências (PAR) (Brasil, 2011; Brasil, 2013).

O PAR é um documento formal representativo que traz os pactos assistenciais e de gestão elaborados pelos grupos condutores das redes, incluindo diagnósticos situacionais, desafios, lacunas, necessidade e estratégias para enfrentar os problemas identificados (Brasil, 2011; Brasil, 2013).

A elaboração do PAR é baseada na análise da capacidade instalada e na situação dos serviços de urgência e emergência, levando em consideração dados demográficos e epidemiológicos de cada região de saúde, além do dimensionamento da oferta e da demanda dos serviços de urgência e emergência e da análise da vigilância epidemiológica, da regulação, da avaliação, do controle, do apoio diagnóstico, do transporte de urgência e da auditoria. Deve estar pactuada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou pelo Colegiado de Gestão (CGSES/DF), pelo Conselho de Saúde e pela Comissão Intergestores Regional (CIR), e conter o desenho detalhado da RUE, com a descrição técnica de cada componente, metas, cronograma de implementação, mecanismos de regulação, monitoramento e avaliação, bem como a atribuição de responsabilidades e a alocação de recursos pelas três esferas de gestão (Brasil, 2011; Brasil, 2013).

Planos de Ações Municipais também poderão ser elaborados pelo Grupo Condutor Municipal, devendo estar integrados com PAR e instituído em cada município (Brasil, 2013).

O PAR é responsável por orientar a execução das 5 fases de operacionalização da RUE (adesão e diagnóstico, desenho regional da rede, contratualização dos pontos de atenção, qualificação dos componentes e certificação) (Brasil, 2011; Brasil, 2013). Deve ser atualizado sempre que houver a necessidade de reavaliação do cenário epidemiológico e assistencial, como a inclusão de novos serviços referentes a RUE (novos leitos ou hospitais com porta de entrada para urgência e emergência), pois dessa forma, permite dimensionar melhor a Rede aperfeiçoando a oferta de serviços e pleiteando habilitações e qualificações de seus componentes em busca de um maior financiamento do Ministério da Saúde (Teixeira, *et al.*, 2022).

A RUE, portanto, surgiu como uma das propostas catalisadoras para as Redes de Atenção à Saúde no SUS, com a finalidade de renovar as diretrizes nacionais de regulação do acesso aos serviços de urgência e emergência, viabilizar a articulação em rede e modificar o modelo assistencial existente (Padilha, *et al.*, 2018; Tofani, *et al.*, 2022). Porém a RUE apresenta dificuldades em exercer seu papel como política, devido a desintegração e a concorrência entre os entes federativos e suas redes de serviços, pois abarca às relações de poder entre os vários atores envolvidos e suas instituições político-partidárias, a falta de comunicação e articulação entre seus componentes, a dificuldade de operacionalizar o conceito de regionalização, bem como a escassez de recursos financeiros apontado como um dos principais fatores que impactam a consolidação da RUE (Padilha, *et al.*, 2018; Jorge, *et al.*, 2014; Tofani, *et al.*, 2023).

2.1.1 Os Componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do SUS (RUE).

A RUE atende usuários com diversas condições de saúde, sendo constituída por 8 componentes de diferentes pontos de atenção, que devem atuar de forma ordenada e integrada entre si (Brasil, 2013).

1. O componente Promoção, Prevenção e Vigilância a Saúde tem como objetivo incentivar e promover ações de saúde e educação permanente direcionadas para a vigilância e prevenção das violências urbanas e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as relacionadas ao aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral. Além disso, busca promover ações intersetoriais, de engajamento e mobilização social, visando a promoção à saúde, prevenção de agravos e vigilância sanitária (Brasil, 2011; Brasil, 2013). Antes da implantação da RUE, algumas iniciativas referentes a esse componente foram iniciadas dentro do SUS, porém a RUE trouxe maiores discussões a respeito das doenças crônicas não transmissíveis e das violências urbanas e dos acidentes que permitiu a ampliação dessas ações (Jorge, *et al.*, 2014).

2. O Componente Atenção Primária à Saúde objetiva ampliar o acesso dos usuários e fortalecer vínculos. Também garante o primeiro atendimento às situações de urgências e emergências em um ambiente adequado, até que haja a transferência

ou o encaminhamento, quando necessário, a outros pontos de atenção. Esse processo envolve a implantação de acolhimento do paciente por meio da escuta ativa, da avaliação de riscos e da análise de vulnerabilidades (Brasil, 2011; Brasil, 2013).

O estudo de Guimarães, *et al.* (2024), realizado em uma região de saúde do Rio Grande do Sul, aponta uma APS fragilizada, pouco resolutiva e de baixa qualidade, dentro da rede de atenção, pois a falta de gestão regional e local não permite a construção de tecnologias necessárias para a produção de uma rede vida de cuidado. A ausência de formação dos profissionais de saúde atuantes nas unidades básicas relacionadas ao manejo das situações de urgência e emergência, faz com que o acolhimento dos pacientes seja baseado apenas na “triagem”, repetindo a lógica do modelo hegemônico, centrado no saber médico.

O mesmo é retratado no estudo de Crispim (2016), realizado em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, no qual destaca que, a falta de preparo dos profissionais de saúde em relação às situações de urgência, a escassez de recursos físicos e materiais e a carência de vínculos entre o profissional e o usuário, promovem uma maior demanda pelos serviços de outros níveis de atenção.

3. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica tem a finalidade de ordenar o fluxo de assistência e garantir o atendimento precoce e transporte adequado, realizado por uma equipe capacitada, para o serviço de saúde mais condizente com a situação do paciente. Pode ser considerado um atendimento primário quando a solicitação é realizada por um cidadão ou um atendimento secundário quando solicitado por um serviço de saúde que prestou um atendimento inicial, mas que se faz necessário a condução do paciente para um serviço de maior complexidade (Brasil, 2011; Brasil, 2013).

Com a RUE, o SAMU 192 foi capaz de ampliar seu acesso, devido ao aumento do número de veículos e de centrais de regulação, além de qualificar o serviço, por meio da educação permanente (Jorge, *et al.*, 2014).

Os médicos reguladores, responsáveis pela comunicação direta entre usuários e serviços de saúde, possuem um papel fundamental na articulação do serviço móvel de urgência com os outros componentes da RUE (Assis, 2018).

Entre alguns desafios do SAMU 192 está a atuação em regiões remotas e de difícil acesso no Brasil, a desatualização e a fragmentação de informações referente a localização de leitos e de veículos de transporte, e a falta de integração entre

chamados dos demais serviços urgência, como a polícia militar e o corpo de bombeiros (Assis, 2018).

4. O Componente Sala de Estabilização é um ambiente projetado para estabilizar pacientes críticos e/ou graves, em municípios de grandes distâncias ou de isolamento geográfico, assim como em lugares de difícil acesso considerados como vazios assistenciais para a urgência e emergência. Deve garantir assistência 24 horas por dia, possuir uma equipe interdisciplinar, estar vinculado a um serviço de saúde, como hospitais de pequeno porte, ou unidades básicas de saúde e integrado com outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à Rede de Atenção pela central de regulação das urgências (Brasil, 2011; Brasil, 2013).

O principal desafio da sala de estabilização é a ausência de profissionais médicos nos locais e as dificuldades de acesso aos serviços de retaguarda (Jorge, *et al.*, 2014).

5. A Força Nacional de Saúde do SUS é um componente humanitário, da esfera federal, que garante a integralidade na assistência em situações emergenciais, para populações com situações de vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso quando o estado ou o município esgotam sua capacidade de resposta frente a situação (Brasil, 2011; Brasil, 2013). Constitui como um dos componentes mais importantes nos avanços da política de urgência e emergência, possuindo uma equipe de profissionais altamente qualificada e disponível para ser acionada a qualquer momento (Jorge, *et al.*, 2014).

6. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/ Saúde da Família e a Rede Hospitalar. Elas operam 24 horas por dia e fazem parte de uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, a fim de garantir um atendimento mais acolhedor aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contrarreferenciá-los para os demais pontos da Rede de Atenção e dar continuidade do tratamento e contribui positivamente no quadro de saúde dos usuários (Brasil, 2011; Brasil, 2013).

A instituição das UPA 24h foi um grande avanço para a atenção às urgências pré-hospitalares, sendo a classificação de risco uma ferramenta essencial para um bom funcionamento e atuação em rede dessas unidades de saúde (Konder e O'Dwyer, 2016). Porém existem desafios a serem superados para que se torne um serviço de qualidade, como a necessidade de investimentos na melhoria e

profissionalização da gestão, organização, segurança do paciente, capacitação da equipe e, sobretudo, a articulação com a APS e com o componente hospitalar. Enquanto a maior parte da demanda das UPA 24h for de baixo risco, por causa de demandas reprimidas na APS e de ausência de leitos hospitalares, a lógica do modelo hegemônico permanece e o seu papel dentro do contexto da RUE é desvirtuada (Quick Doll, *et al.*, 2022; Konder e O'Dwyer, 2016).

7. A Atenção Hospitalar tem o objetivo de organizar e/ou referenciar a atenção às urgências nos hospitais que atendem à demanda espontânea e funcionar como retaguarda para os outros serviços de urgências de menor complexidade. É composta pelos hospitais de urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias como a linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio, do acidente vascular cerebral e da traumatologia (Brasil, 2011; Brasil, 2013).

Radel e Shimizu (2023) apontam que apesar do crescimento do componente hospitalar, grande parte dos pontos de atenção relacionados a esse componente se encontram na região Sudeste do país, provocando desigualdades regionais e dificultando o acesso oportuno aos serviços de urgência e emergência e prejudicando o atendimento integral ao usuário do SUS.

8. A Atenção Domiciliar é um conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, realizadas em domicílio. Representa uma nova modalidade de atenção à saúde que substitui ou complementa às já existentes, pois redefine o processo de trabalho das equipes que prestam o cuidado nos contextos da atenção primária, ambulatorial e hospitalar, em busca da continuidade dos cuidados, da humanização da atenção à saúde, da redução da demanda de atendimento hospitalar e do tempo permanência de internação (Brasil, 2011; Brasil, 2013).

Ao oferecer atendimento às famílias que possuem dificuldade de acesso a serviços de saúde, seja pela dificuldade de locomoção ou a complexidade do estado clínico do paciente, a atenção domiciliar, torna-se uma estratégia fundamental não apenas para a RUE como para todas as redes, pois através da construção de planos de cuidados e do preparo dos profissionais em saúde, proporciona desospitalizações mais precoces, além de conforto e satisfação dos usuários (Rajão e Martins, 2020; Silva *et al.*, 2017).

A compreensão dos componentes da RUE permite a percepção de uma política não apenas voltada para casos agudizados, mas que visa a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos, buscando a continuidade do cuidado e a construção de uma rede viva, por meio da formação de vínculos entre o profissional de saúde e o usuário, de arranjos mais dialógicos de articulação entre os pontos de atenção e da ampliação do acesso (Brasil, 2013; Tofani, *et al.*, 2021).

Devido à sua complexidade, muitos desafios ainda devem ser superados e por isso a importância de estudos que visam fortalecer a RUE e seus componentes a fim de se fazer cumprir suas diretrizes e garantir o direito à saúde no Brasil.

2.2 - A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.

A Atenção Primária à Saúde é um modelo assistencial e de organização dos sistemas universais de saúde, incluindo o SUS, no qual é referência para um primeiro contato dos usuários com a capacidade de atender os problemas mais comuns da população sob um entendimento de saúde como um direito social (Starfield, 2002, Giovanella, *et al.*, 2009).

É um modelo pautado na acessibilidade, na longitudinalidade, no qual proporciona cuidados contínuos através da criação e manutenção de vínculos entre pacientes e profissionais de saúde, na integralidade e na coordenação do cuidado (Starfield, 2002, Giovanella, *et al.*, 2009). Por este motivo, se tornou a principal estratégia do Estado Brasileiro para valer-se do princípio da universalidade do SUS (Menezes, *et al.*, 2017).

Uma APS bem organizada e estruturada, com foco na prevenção e promoção da saúde, gera melhores resultados, devido ao uso de tecnologias mais apropriada para melhoria dos cuidados, além de garantir uma maior equidade e promover a eficiência do SUS (Starfield, 2002, Giovanella, *et al.*, 2009).

O modelo de atenção Estratégia Saúde da Família (ESF) consolidado nos anos 2000 pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), tornou-se de grande valia para a reorientação e o fortalecimento da APS, pois buscou unir a prática do cuidado individual com uma abordagem coletiva, em um território definido, por meio de equipes multidisciplinares, integrando a vigilância epidemiológica e sanitária e reorganizando

o atendimento à demanda espontânea, ajudando no fortalecimento das diretrizes e dos princípios do SUS como a universalidade, a acessibilidade, a integralidade, a equidade e a participação social (Giovanella, Franco e Almeida, 2020; Giovanela, *et al.*, 2021; Macinko e Mendonça, 2018).

A reformulação do modelo de organização do SUS teve como objetivo atender à crescente demanda de doenças infectocontagiosas, de doenças crônicas e de causas externas. Essa reformulação resultou na criação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que busca a melhoria na qualidade da atenção prestada, na otimização dos recursos e na promoção da integralidade e da equidade da saúde. (Mendes, 2019; Tofani, *et al.*, 2021).

O modelo de redes de saúde contribui para a articulação, interdependência e coordenação dos diferentes atores envolvidos, uma vez que os pontos de atenção são igualmente importantes e diferenciados apenas por suas densidades tecnológicas (Mendes, 2019).

Muitos estudos apontam que a constituição de redes de saúde que possuem a APS como coordenadora, ordenadora e porta de entrada preferencial do SUS está associada a melhor qualidade das ações e serviços, com maior satisfação dos usuários e melhores indicadores de saúde em diversas realidades (Mendes, 2019; Starfield, 2002).

A atribuição de coordenação do cuidado da APS é considerada um processo dinâmico que se ajusta às especificidades e à complexidade do sistema, bem como às características particulares dos grupos e indivíduos, pois busca o cuidado contínuo, de forma adequada e a melhoria da qualidade do atendimento ao reduzir barreiras de acesso e integrar ações e serviços. Em situações em que requer o uso simultâneo de diversos serviços e um maior número de pessoas, exige um nível elevado de coordenação dos diversos atores e dos serviços envolvidos para alcançar os resultados desejados (Almeida, *et al.*, 2018).

Com a criação de Redes Temáticas do SUS, na tentativa de organizar e integrar os serviços de saúde de acordo com áreas específicas de atenção, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) se sobressai, devido a relevância e prioridade das situações clínicas envolvidas, além do contexto de superlotação dos hospitais de prontos-socorros (Brasil, 2013).

A APS é o ponto central da RUE, sendo responsável pelo primeiro cuidado às urgências e emergências por demanda espontânea, assumindo as urgências de baixa

complexidade até a transferência ou encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário (Brasil, 2013).

Para que haja a integração entre todos os componentes da RUE de forma efetiva, a APS precisa ser resolutiva e efetiva na capacidade de coordenação do cuidado e de ordenação da rede (Bousquat, *et al.*, 2017, Jorge, *et al.*, 2014).

A resolutividade está relacionada à identificação dos riscos, das necessidades e das demandas de saúde, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas, de modo a aumentar a autonomia dos indivíduos e grupos sociais (Brasil, 2013). Também tem como dimensões: a efetividade do serviço; o acesso universal; a satisfação dos usuários; a intersetorialidade; as tecnologias utilizadas pelo serviço. Portanto, é uma forma de avaliar o serviço por meio dos resultados obtidos por um atendimento recebido (D'Aguiar, 2001).

A operacionalização da RUE ainda se encontra em processo de consolidação e de discussão de estratégias visando à sua plena implantação (Peiter, *et al.*, 2019).

Para Bousquat, *et al.* (2017) a fragilidade da APS em se constituir como uma porta de entrada preferencial para demandas de urgência e emergência no sistema de saúde e de ofertar uma atenção à saúde resolutiva, foram os um dos obstáculos encontrados para garantir a integralidade do cuidado e a oferta de serviços de saúde de qualidade, corroborando com Tofani, *et al.* (2022) que relatam que gestores, profissionais de saúde e usuários não reconhecem a APS como integrante da RUE, sendo vista apenas como um lugar para se resolver problemas de saúde simples.

Por isso, para que a APS cumpra seu papel perante a RUE é necessário que esse componente atue de forma mais articulada e integrada com os demais, tornando-se efetivamente a coordenadora e orientadora do cuidado da rede de atenção (Tofani, *et al.*, 2023).

Dessa forma, o foco deste estudo é o estabelecimento da relação, em um município de Minas Gerais, da APS com outro componente da RUE: o SAMU 192.

2.3 O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192) E O SEU PAPEL NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Antes da regulamentação federal, o serviço móvel de urgência no Brasil era realizado pelo Corpo de Bombeiros, por meio do Resgate, que teve início em Brasília e São Paulo e posteriormente foi implantado em outras capitais e grandes cidades do País. Esse modelo de atendimento era praticado, em muitas cidades, sem uma regulação médica, sendo realizado por profissionais que não eram da área da saúde ou então por técnicos de enfermagem. (Brasil, 2006; Minayo e Deslandes, 2008; O'Dwyer, *et al.*, 2017)

O atendimento pré-hospitalar móvel no Brasil começa a ser discutido pelo Ministério da Saúde na década de 90, que utiliza como referência o modelo francês, com a proposta de um atendimento realizado por meios exclusivamente médicos às situações de urgência, com a garantia de uma escuta médica, de disponibilidade de recursos hospitalares e de admissão do paciente aos hospitais, de uma organização do transporte sanitário das vítimas e da decisão médica e do envio, no menor tempo possível, de um atendimento mais qualificado à natureza da solicitação (Brasil, 2006).

O SAMU 192 foi o primeiro componente da PNAU a ser implantado pelo Governo Federal em parceria com os Governos Estaduais e Municipais, por meio da Portaria GM nº 1864/2003 e do Decreto nº 5055/2004. Apesar de inspirado no modelo francês, o SAMU 192 no Brasil adquiriu características próprias conforme as condições do país no momento de sua implantação, como por exemplo, a concepção de um modelo centrado no médico regulador, mas que conta com participação dos profissionais da enfermagem, como auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros em intervenções de menor complexidade (Brasil, 2006; Machado, Salvador e O'Dwyer, 2011).

O SAMU 192 é um serviço de socorro pré-hospitalar móvel, cuja finalidade é acolher, nos locais onde ocorrem o agravo (residências, locais de trabalho, vias públicas ou serviços de saúde) os pedidos de ajuda médica de vítimas acometidas por agravos à saúde, sejam de natureza clínica, psiquiátrica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica ou ginecológica. Dessa forma, tem como objetivo garantir um atendimento hábil e de qualidade fornecendo acesso mais adequado e oportuno ao Sistema de Saúde, a fim de minimizar sequelas e assegurar a vida do paciente,

minimizando o tempo de internação e o risco de óbito. (Brasil, 2012; Cogo, *et al.*, 2020).

O acesso ao SAMU 192 ocorre por contato telefônico gratuito pelo número 192, 24 horas por dia. As chamadas são encaminhadas para a Central de Regulação de Urgências, um local que agrega uma equipe de técnicos auxiliares de regulação médica (TARM), radio-operadores (RO) e médicos reguladores capacitados para atenderem a demanda de orientação e/ou atendimento de urgência (Brasil, 2006; Brasil, 2012). Inicialmente a chamada é direcionada para o TARM, responsável por coletar as informações sobre a identificação do paciente, sua situação e o local onde está ocorrendo o agravo à saúde. Posteriormente, a chamada é repassada ao médico regulador, o qual avalia a gravidade do paciente através de um protocolo de classificação e priorização das necessidades de assistência; aciona, se necessário, a viatura e a equipe assistencial mais adequada à situação e ordena o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro da Rede de Atenção. Após a avaliação do médico regulador, os RO são acionados para verificar os veículos mais próximos ao local do atendimento e liberar a viatura mais adequada conforme a recomendação médica, informando ao condutor o melhor itinerário para seu deslocamento (Brasil, 2006; Brasil, 2012; Battisti, *et al.*, 2019).

A atuação técnica do médico regulador é realizada por meio do exercício da telemedicina, e por isso ele deve ser capaz de presumir o grau da urgência e a prioridade do caso conforme as informações que lhe são prestadas. Portanto, a forma como o paciente é acolhido e a condução do interrogatório médico são de fundamental importância para uma resposta adequada à solicitação (Brasil, 2002; Brasil, 2006).

Para determinação do grau de urgência, o médico regulador deve se orientar pela gravidade do caso, pela disponibilidade de recursos, pelo valor social em que o caso está envolvido e pelo tempo necessário para iniciar o atendimento, sendo que, quanto menor o tempo exigido para o atendimento maior será o nível de urgência do caso (Brasil, 2006).

Já o estabelecimento das prioridades é classificado didaticamente pelo Ministério da Saúde por meio da Regulação Médica das Urgências (2006) em 4 níveis, conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1 – Classificação de prioridades em níveis.

Níveis	Características
Nível 1 (Vermelho)	Emergência ou Urgência de prioridade máxima, referente aos casos em que há risco imediato de vida e/ou a existência de risco de perda funcional grave, imediato ou secundário.
Nível 2 (Amarelo)	Urgência de prioridade moderada, que engloba os casos em que há necessidade de atendimento médico dentro de poucas horas.
Nível 3 (Verde)	Urgência de prioridade reduzida, caracterizada por situações que exigem avaliação médica, porém sem risco iminente de vida ou perda das funções.
Nível 4 (Preto)	Urgência de prioridade mínima, no qual são situações em que o médico regulador julga a não necessidade de envio de viatura ao local da ocorrência, porém deve aconselhar o paciente por telefone sobre medidas que podem ser adotadas, como por exemplo a orientação sobre o uso de medicamentos, cuidados gerais, ou mesmo procurar o local de saúde mais adequado a sua solicitação.

Fonte: Brasil (2006).

Um conflito apontado por O'Dwyer, *et al.* (2017) é a concepção divergente entre médicos reguladores e pacientes sobre o conceito de urgência. Enquanto alguns médicos negam o envio de ambulâncias em casos não iminentes de risco de morte, os pacientes exageram em seus sintomas levando ao atendimento *in loco* sem necessidade, reforçando importância da educação permanente nos serviços de urgências para qualificar o atendimento e a responsabilidade dos médicos reguladores sobre os resultados de morbimortalidade (Indruczaki, *et al.*, 2020; O'Dwyer e Mattos, 2012).

Ao presumir o grau de urgência e a prioridade do caso, o médico regulador transmite o código de acionamento para orientar o deslocamento das unidades móveis e o tempo resposta para o atendimento. Esse código de acionamento é classificado de acordo com o quadro 2.

Quadro 2 – Classificação dos códigos de acionamento do SAMU 192.

Código de Acionamento	Características
Código 1 (Verde)	Prioridade mínima, no qual o tempo máximo para iniciar deslocamento da unidade é de 60 a 120 segundos, com um tempo máximo para chegada no local do agravo de 60 minutos. Neste caso, a viatura se desloca com sinais luminosos ativados (iluminação vermelha intermitente - giroflex), seguindo o tráfego de forma regular, conforme às normas do Código Nacional de Trânsito.
Código 2 (Amarelo)	Prioridade intermediária, no qual o tempo máximo para iniciar deslocamento do veículo é de 60 segundos, com um tempo máximo para chegada no local do atendimento de 30 minutos. As viaturas se deslocam com sinais luminosos ligados, em deslocamento normal, de acordo com as normas do Código Nacional de Trânsito.
Código 3 (Vermelho)	Prioridade máxima, no qual o tempo máximo para iniciar deslocamento do veículo é de 30 segundos, com um tempo máximo para chegada no local do atendimento de 10 minutos. As viaturas se deslocam com sinais luminosos e sonoros acionados e em deslocamento rápido. No entanto, ao atravessar vias e cruzamentos, devem reduzir a velocidade e adotar as precauções necessárias para garantir a segurança.

Fonte: Cisdeste (2023), Franca (2012).

O tempo necessário para iniciar os atendimentos de urgência e emergência é um importante indicador correlacionando com um bom prognóstico à sobrevivência dos pacientes. Ciconet (2015) e Filho, *et al.* (2022) apontam a importância do início do atendimento quando se trata principalmente de agravos relacionados às síndromes neurológicas, cardiológicas, dispneias, acidentes de trânsito e quedas.

O estudo de Vieira, *et al.* (2022) realizado em Minas Gerais aponta uma redução nas taxas de mortalidade geral e hospitalar referentes ao Infarto Agudo do Miocárdio após a implantação do SAMU 192 no estado, relacionando com o maior

acesso do paciente ao serviço de saúde e a diminuição do tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento.

Dessa forma, o indicador de tempo resposta é considerado um importante controle da qualidade da atenção prestada pelo SAMU 192 (Cogo, *et al.*, 2020).

Para que o SAMU 192 consiga atender suas demandas de forma eficiente é fundamental um sistema de comunicação e de informação bem estruturados, capazes de atender a população por meio de quantidades de linhas telefônicas suficientes e com capacidade de comunicação interna, potencializando o desempenho e monitoramento do atendimento (O'Dwyer, *et al.*, 2017; Ortiga, *et al.*, 2016).

O'Dwyer, *et al.* (2017) apontam problemas estruturais relacionados ao sistema de comunicação e informação, nos quais muitas centrais de regulação têm dificuldade em gravar os chamados recebidos não garantindo o respaldo aos profissionais envolvidos. Destacam a dificuldade de comunicação também por celular em várias regiões, principalmente no Norte, Nordeste e Centro-oeste do país.

Ortiga, *et al.* (2016) relatam a precariedade da comunicação entre os profissionais da central de regulação e das unidades móveis. Essa comunicação deveria ocorrer via rádio, porém não há total cobertura desse sistema nos territórios, fazendo com que o celular seja utilizado em substituição ao mesmo.

A ausência de softwares próprios e autofinanciados em muitos estados é outro problema. Apenas alguns SAMU 192, localizados nas regiões Sul e Sudeste, possuem uma central de regulação televisionada, onde os médicos podem gerenciar o tempo resposta dos atendimentos e um sistema georreferenciado que consegue controlar o perímetro de deslocamento das unidades móveis e suas velocidades (O'Dwyer, *et al.*, 2017).

Além da atuação técnica, o médico regulador possui outra atuação relacionada à capacidade gestora, no qual de acordo com a Portaria nº 2048/2002, ele tem autonomia para determinar os destinos hospitalares, rejeitando a falta de leitos disponíveis como justificativa para o não encaminhamento dos pacientes para a melhor opção disponível em termos de serviços de urgência. Isso significa assegurar o atendimento em situações em que não há leitos vagos para a internação de pacientes, conhecido como "vaga zero" para internação. Sua decisão a respeito do destino do paciente é baseada na hierarquia acordada na região e nas informações regularmente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência. Nesse processo, ele utiliza sua autoridade para alocar pacientes dentro do

sistema regional e comunica suas decisões aos médicos assistentes nas portas de urgência.

Essa autonomia do médico regulador gera alguns conflitos por parte dos serviços que recebem os pacientes transportados pelo SAMU 192, devido às perspectivas divergentes entre os médicos em relação à interpretação das proposições normativas (Indruczaki, *et al.*, 2020; O'Dwyer, *et al.*, 2017).

A carência de profissionais médicos tanto para a função reguladora quanto para a atuação nas ambulâncias é outro aspecto que dificulta a qualidade dos atendimentos do SAMU 192 (O'Dwyer e Mattos, 2012; Ortiga, *et al.*, 2016).

O'Dwyer e Mattos (2012) apontam a fragilidade dos vínculos empregatícios dos médicos devido às condições de trabalho que desvalorizam a atividade do profissional, como a violência, o salário e a interferência política na lotação de médicos (indicação).

Quanto aos tipos de unidades móveis, o SAMU 192 dispõe de alguns modelos para atendimento de urgência, com diferentes recursos tecnológicos e equipes assistenciais, como a Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB), a Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA), a Equipe de Aeromédico, a Equipe de Embarcação, a Motolância e o Veículo de Intervenção Rápida, que são disponibilizadas conforme as particularidades regionais e a necessidade de atendimento ao paciente (Brasil, 2002; Brasil, 2012).

As Unidades de Suporte Básico de Vida Terrestre são ambulâncias tripuladas por um condutor e um técnico ou auxiliar de enfermagem, com a finalidade de transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido, além do atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, que não necessitam de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de saúde de destino (Brasil, 2002; Brasil, 2012).

As Unidades de Suporte Avançado de Vida Terrestre são tripuladas por um motorista, um enfermeiro e um médico e destinadas ao transporte inter-hospitalar de pacientes que necessitam de cuidados médicos intensivos e ao transporte pré-hospitalar de pacientes com alto grau de complexidade, como por exemplo as paradas cardiorrespiratórias e traumas graves, no qual o paciente possui um risco aumentado de óbito no local do agravo. Para tal, este tipo de ambulância possui mais recursos tecnológicos, se comparados às USB para cumprir esta função (Brasil, 2002; Brasil, 2012).

A Equipe de Aeromédico é composta por um médico e um enfermeiro. São aeronaves de asa fixa (aviões) ou rotativa (helicópteros) destinadas ao transporte inter-hospitalar e a ações de resgate, com equipamentos médicos de acordo com a complexidade do atendimento, sendo estes homologados pelo Departamento de Aviação Civil, como por exemplo maca ou incubadora e cilindros de oxigênio e de ar comprimido (Brasil, 2002; Brasil, 2012).

A Equipe de Embarcação atua tanto como uma unidade de suporte básico, quanto uma unidade de suporte avançado e, portanto, é tripulada de acordo com a complexidade do atendimento, seja com um condutor e um técnico de enfermagem ou um condutor, um enfermeiro e um médico. Os equipamentos médicos disponibilizados também estão relacionados à gravidade do paciente. São veículos motorizados aquaviários, destinados ao transporte por via marítima ou fluvial (Brasil, 2002; Brasil, 2012).

As Motolâncias são conduzidas por um técnico de enfermagem ou enfermeiro com treinamento para condução de motolâncias. São responsáveis por realizarem um primeiro atendimento emergencial ao paciente, principalmente quando se trata de agravos que carecem de um atendimento rápido como forma de assegurar a chegada do socorro no menor tempo-resposta possível, ou de eventos em locais de difícil acesso as ambulâncias em função das características geográficas e das peculiaridades de cada região. Atuam também como apoio às unidades de suporte básicas ou avançadas (Brasil, 2012; Brasil 2022).

O Veículo de Intervenção Rápida são veículos utilizados no transporte de médicos e equipamentos para suporte às ambulâncias (Brasil, 2002).

No início da implantação do serviço pré-hospitalar móvel a Portaria nº 1864/2003, previa que a constituição da frota de veículos deveria respeitar a proporção de uma USB para cada 150 mil habitantes e uma USA para cada 450 mil. Porém devido a necessidade de ampliação da cobertura e de um tempo-resposta mais eficaz, esse critério foi modificado passando a ser utilizado as condições geográficas e de mobilidade, a distribuição e a densidade populacional e a disponibilidade de recursos (Malvestio, *et al.*, 2019).

O'Dwyer, *et al.* (2017), apontam que nos estados em que há 100% de cobertura populacional, a alocação de USB atende a modificação dos critérios de proporção veículos/habitantes, porém em relação às USA isso não acontece, interferindo no desempenho do atendimento do SAMU 192.

O mesmo é relatado por Malvestio e Sousa (2022), em um estudo nacional, onde foi constatado um crescimento, entre os veículos terrestre, de USB e um decréscimo de USA entre os anos de 2015 e 2019.

Em relação aos outros modelos de veículos, as equipes de embarcações estão localizadas, principalmente, na região Norte, as equipes de aeromédicos estão distribuídas de forma igualitária entre as regiões do Brasil, enquanto as motolâncias predominam nas regiões Norte e Nordeste (O'Dwyer, *et al.*, 2017).

Ortiga, *et al.* (2016) e Mata, *et al.* (2018) acrescentam a dificuldade de periodicidade e manutenção das unidades móveis, decorrentes de entraves burocráticos e administrativos, além da falta de suprimentos necessários, como por exemplo a ausência de glicosímetros, ressuscitador manual, oxímetros não invasivos e alguns medicamentos essenciais para o desempenho da equipe de trabalho.

A implantação e a expansão do SAMU 192 transcorreu de forma gradual devido ao impulso normativo e financeiro estipulado pelo governo federal, que priorizou as capitais e municípios com mais de 100 mil habitantes (Malvestio e Sousa, 2022; O'Dwyer, *et al.*, 2017). De acordo com Cabral e Souza (2008), em 2005, um ano após sua regulamentação, o Brasil dispunha do serviço móvel de urgência em 784 municípios. Em 2008, 52,9% da população já estava coberta pelo SAMU 192 (Malvestio e Sousa, 2022; O'Dwyer, *et al.*, 2017).

A partir de 2008, com o objetivo de ampliar o acesso ao atendimento pré-hospitalar móvel, o Ministério da Saúde visando estimular a regionalização, estabeleceu normas para investimentos e custeios para os SAMU 192 já implantados e para a implantação de novos SAMU regionais (Dinardi, 2017).

Inicialmente, o processo de regionalização, priorizava o agrupamento de centrais de regulação municipais já existentes, com a finalidade de formar centrais regionais, e posteriormente a incorporação de novos municípios em centrais de regulação já formadas e a implantação de novas centrais de regulação já em caráter regional (Brasil, 2012; Dinardi, 2017).

A regionalização do SAMU 192 visa o fortalecimento das diretrizes do SUS permitindo acesso ao cuidado especializado, em um menor tempo possível, à população dos diversos municípios, principalmente aos de pequeno porte, que não dispõem de equipamentos necessários para atendimento em situações de urgência e emergência (Tibães, *et al.*, 2017).

No estudo realizado por Souza *et al.* (2022) a regionalização do SAMU 192 proporcionou a diminuição da mortalidade por causas externas no local da ocorrência município de Maringá, Paraná, devido ao trabalho em parceria com outros pontos de atenção, além da disponibilidade de ambulâncias equipadas adequadamente e o melhor preparo técnico da equipe.

Tibães, *et al.* (2017) também relatam que o processo de regionalização do SAMU 192 da macrorregião norte de Montes Claros, Minas Gerais, reduziu a mortalidade e melhorou a integração entre os pontos de atenção da rede, porém as características da malha viária e as distâncias percorridas até o local do agravo na região é um fator que dificulta o atendimento de forma mais oportuna.

Quando uma mesma ambulância é responsável por atender múltiplas cidades, as distâncias percorridas são maiores e consequentemente o tempo-resposta se tornam maiores, pois ampliam o tempo de ocupação do veículo que estão em deslocamento e limitam a disponibilidade do veículo como recurso assistencial, constituindo uma cobertura com acessibilidade falseada (Malvestio, *et al.*, 2019).

A implementação da RUE, em 2011, juntamente com as diretrizes de regionalização estabelecidas ajudou a expandir e a viabilizar o acesso ao serviço móvel de urgência. Porém, após vários anos de implementação, o Brasil não possui 100% de sua população coberta por este serviço. Malvestio e Sousa (2022) constataram em 2019, que o SAMU 192 alcançava 3.750 dos municípios brasileiros, com 85% da população coberta.

Para que a implementação e expansão do SAMU 192 ocorra, é fundamental o financiamento por parte da esfera federal, que deve arcar com 50% dos custos e da iniciativa dos gestores estaduais e municipais em definir prioridades, operacionalizar e regionalizar o serviço (Malvestio e Sousa, 2022).

Malvestio e Sousa (2022, p.2929) descrevem:

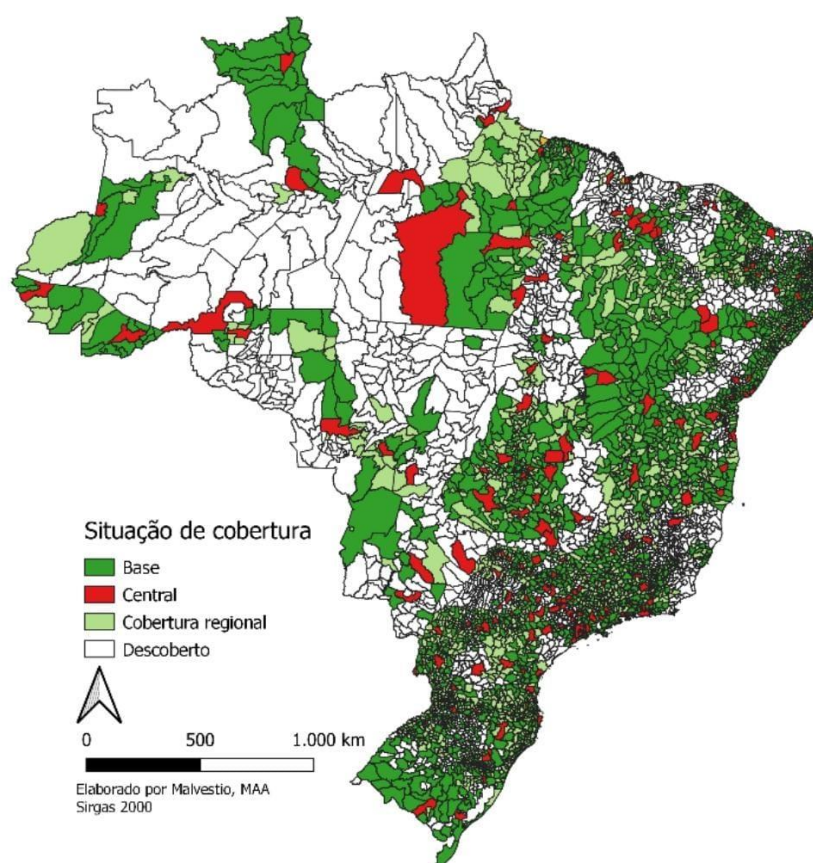
[...] o fático subfinanciamento do SUS, está na base dos desafios de cobertura de serviços e se caracteriza como um potencial fator de restrição à evolução do SAMU 192, à medida que sobrecarrega os municípios que assumem seu funcionamento, principalmente aqueles em maior vulnerabilidade econômica e baixo número de habitantes.

A forma descentralizada com que foi iniciado o processo de implantação do SAMU 192, no qual às diferenças de distribuição da população entre os estados e os

municípios, a oferta e a organização prévia do sistema de saúde e a priorização dos gestores em cofinanciar e operacionalizar o serviço, contribuiu para a desigualdade de expansão do serviço pré-hospitalar móvel no Brasil (Machado, Salvador e O'Dwyer, 2011).

O estudo realizado por Malvestio e Sousa (2022), identifica a discrepância da cobertura populacional do serviço móvel de urgência entre as regiões Sul e Norte. A Figura 2 demonstra os municípios onde estão localizadas as centrais de regulação, os municípios que possuem bases descentralizadas, os municípios que são favorecidos pelo serviço regionalizado e os municípios em que não há cobertura do SAMU 192.

Figura 2 - Cobertura do SAMU 192 por municípios brasileiros.



Fonte: Malvestio e Sousa (2022).

Apesar da região Norte possuir o maior percentual de municípios descobertos, as regiões Sudeste e Nordeste são as que possuem o maior número de habitantes sem cobertura do SAMU 192 (Malvestio e Sousa, 2022).

A desigualdade de cobertura também está presente entre municípios de uma mesma região como apontam Ortiga e colaboradores (2016) em um estudo realizado em Santa Catarina que devido ao baixo financiamento por parte do governo federal e a ausência de cofinanciamento por parte do estado, alguns municípios precisaram devolver ambulâncias sob a justificativa do alto custo de manutenção.

Tofani, *et al.* (2022) também relatam a recusa do governo do estado de São Paulo em cofinanciar o SAMU 192.

A cobertura desigual contribui para produção de iniquidades, uma vez que municípios que possuem o serviço do SAMU 192 têm maior acesso às referências hospitalares especializadas em relação aos que não o possuem (Tofani, *et al.*, 2022).

No entanto, mesmo com as disparidades na capacidade de implantação em cada estado/região, é crucial destacar que o SAMU 192 desempenha um papel indispensável na estruturação da RUE e na redução da morbimortalidade, especialmente relacionadas às causas externas e cardiovasculares (O'Dwyer, *et al.*, 2017).

Para O'Dwyer e Mattos (2012), o SAMU 192 foi criado para atender um vazio assistencial, ou seja, para compensar ausências estruturais do SUS, tornando-se mais uma porta de entrada para o Sistema de Saúde, em um momento de aumento de demanda dos serviços de urgências e de deficiência de portas de entradas mais qualificadas.

A APS como porta preferencial de entrada no Sistema de Saúde e integrante da RUE, deveria absorver parte das demandas de urgência, porém isso não acontece, gerando um impacto na demanda do SAMU 192. Por mais que haja o reconhecimento de uma melhor utilização do SAMU 192 em áreas que possuem equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), essa relação ainda está se fortalecendo e para isso, é necessário a orientação adequada da população em relação à responsabilidade para a utilização de ambos os serviços (O'Dwyer e Mattos, 2012; O'Dwyer, *et al.*, 2017; Ortiga, *et al.*, 2016).

Quando o paciente aciona o SAMU 192 em momentos em que deveria buscar atendimento na APS, demonstra a satisfação do usuário pelo serviço móvel e o reconhecimento de um bom atendimento, porém esse paciente não consegue a continuidade do cuidado por não criar um vínculo com uma equipe de saúde, ferindo uma das diretrizes da RUE (O'Dwyer e Mattos, 2012).

Em relação ao componente hospitalar, o SAMU 192 enfrenta muitos desafios relacionados, principalmente, à vaga zero. A escassez de leitos e de recursos médico-assistenciais hospitalares prejudica a comunicação entre os profissionais a respeito dos atendimentos e a pactuação prévia sobre o destino dos pacientes transportados (Indruczaki, *et al.*, 2020; O'Dwyer e Mattos, 2012).

Devido a implementação fragmentada dos serviços de saúde de urgência houve um investimento tardio nos hospitais, bem como o não funcionamento adequado dos fluxos de referências e a superlotação dos mesmos, o que colaborou para maximizar os conflitos entre as equipes do SAMU 192 e dos hospitais. Dessa forma, o SAMU 192 é visto pelo componente hospitalar como “criador” de demanda, e por isso há uma resistência de receber pacientes oriundos desse serviço (Indruczaki, *et al.*, 2020; O'Dwyer e Mattos, 2012; O'Dwyer, *et al.*, 2017).

Konder e O'Dwyer (2016) em um estudo realizado no Rio de Janeiro relatam a relação da UPA 24 horas com o SAMU 192 como bastante frágil, sendo também justificada pela indisponibilidade de leitos e conflitos entre os profissionais de saúde que atuam em ambos os serviços.

Para O'Dwyer, *et al.* (2017) e Indruczaki, *et al.* (2020) a escassez de leitos, assim como a pactuação dos processos e fluxos da rede e a sistematização das comunicações só serão superados quando houver uma participação mais ativa da esfera federal e estadual nos serviços de urgências e emergências, principalmente voltados para a atenção hospitalar.

Tofani, *et al.* (2022), destaca o SAMU 192 como o componente da RUE com maior articulação entre os pontos de atenção da rede. Apesar de existirem muitas adversidades que precisam ser superadas para garantir a continuidade do cuidado e efetivar a integralidade do sistema de saúde, o serviço móvel de urgência é considerado um grande ganho no processo de consolidação do SUS.

2.4 O SAMU 192 EM MINAS GERAIS

A implantação do SAMU 192 em Minas Gerais teve início em 2003 em alguns municípios, cuja gestão do serviço era de responsabilidade própria, ou seja, o serviço móvel de urgência era baseado no modelo municipal. Contudo, esse modelo vem sendo substituído pelo modelo regional, de forma a atender ao princípio da regionalização estabelecido no SUS. O SAMU 192 Regional possui uma gestão

estadual e abrangência macrorregional, conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR) vigente (Minas Gerais, 2021; Vieira, *et al.*, 2022).

Atualmente, Minas Gerais possui 853 municípios distribuídos em 14 macrorregiões, com 728 municípios favorecidos com o serviço regionalizado do SAMU 192, totalizando mais de 17 milhões de pessoas assistidas (Minas Gerais, 2024).

Para que o SAMU 192 Regional de Minas Gerais consiga atender de maneira mais eficiente as populações de seus municípios, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) estabeleceu convênios com Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) por meio de contratos, que atribuem aos CIS a responsabilidade de gerenciamento e as condições gerais para a prestação dos serviços. As despesas de custeios mensais do SAMU 192 são de responsabilidade compartilhada entre as três esferas do governo, conforme o modelo tripartite do SUS, no qual a União é responsável por 50% das despesas, enquanto o Estado e o Município são responsáveis por 25% cada um (Minas Gerais, 2021).

Dentro do contexto da regionalização, cujo objetivo é assegurar a integralidade da atenção, promover a racionalização dos gastos, e buscar a equidade e a otimização dos recursos, existem muitas dificuldades para integrar e coordenar as ações e serviços de saúde, nos diferentes espaços geográficos, com distintas gestões, e restrições orçamentárias, não sendo diferente em Minas Gerais com sua área territorial extensa e diversas características culturais e aspectos socioeconômicos (Flexa e Barbastefano, 2020; Lui, Schabbach e Nora, 2020).

Dessa forma, os CIS são uma ferramenta organizacional para suprir as necessidades de coordenação e integração entre os diferentes gestores e de prestação de serviços por meio do somatório de esforços e de articulações de recursos físicos, financeiros e tecnológicos com o intuito de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde prestados, reduzindo a capacidade ociosa e otimizando o serviço de saúde e o referenciamento dos pacientes entre municípios (Flexa e Barbastefano, 2020; Lui, Schabbach e Nora, 2020).

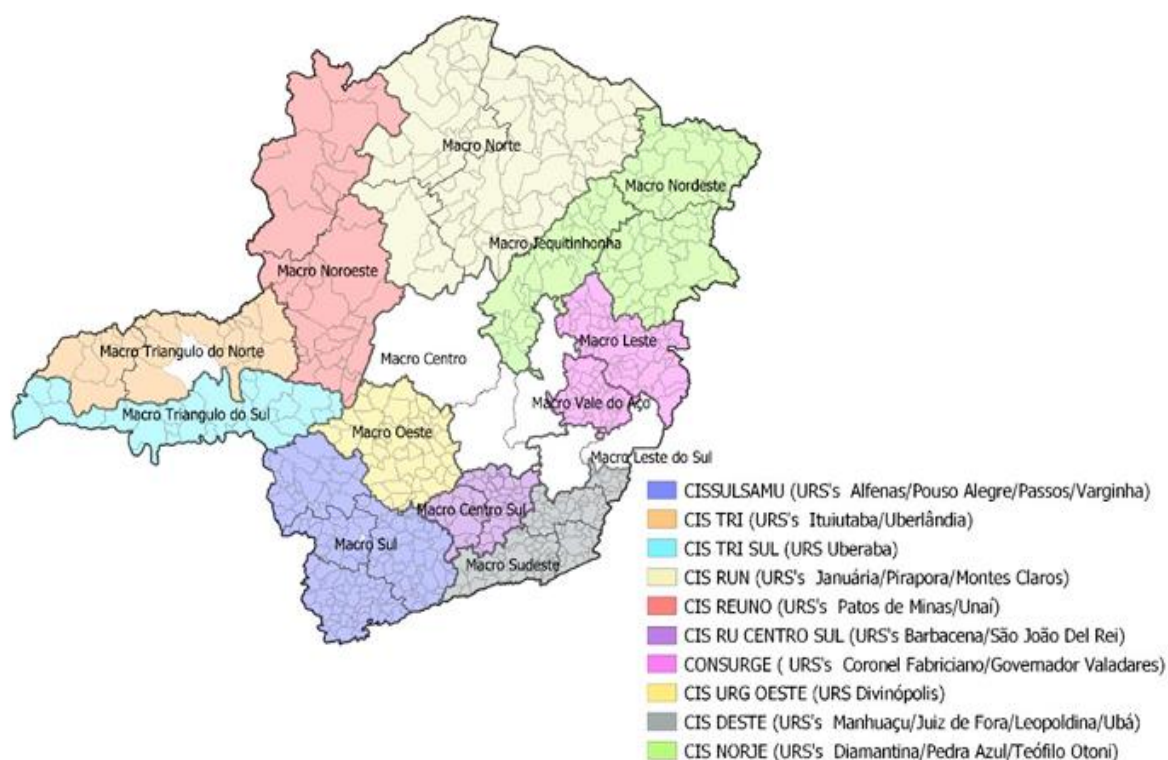
De acordo com Flexa e Barbastefano (2020) os CIS proporcionam vantagens de escala na aquisição de medicamentos, colaboram com a racionalidade de processos e despesas e viabilizam a execução de projetos regionais conjuntos que seriam inviáveis de serem alcançados de maneira isolada pelos municípios.

Por serem caracterizados como pessoas jurídicas de direito privado, os CIS possuem maior flexibilidade administrativa, permitindo a contratação de pessoal de

acordo com os princípios de mercado, incluindo salários mais competitivos, com a aplicação de bônus por produtividade, na tentativa de aprimorar o desempenho dos profissionais e elevar a qualidade dos serviços oferecidos.

Minas Gerais possui 10 consórcios direcionados para o serviço móvel de urgência (Figura 3). O governo do Estado pretende, em um curto prazo, estabelecer o serviço do SAMU 192 em todas as macrorregiões, fortalecendo assim, a rede de atendimento de urgência do Estado (Minas Gerais, 2022).

Figura 3 - Cobertura dos CIS voltados para o serviço móvel de urgência em Minas Gerais.



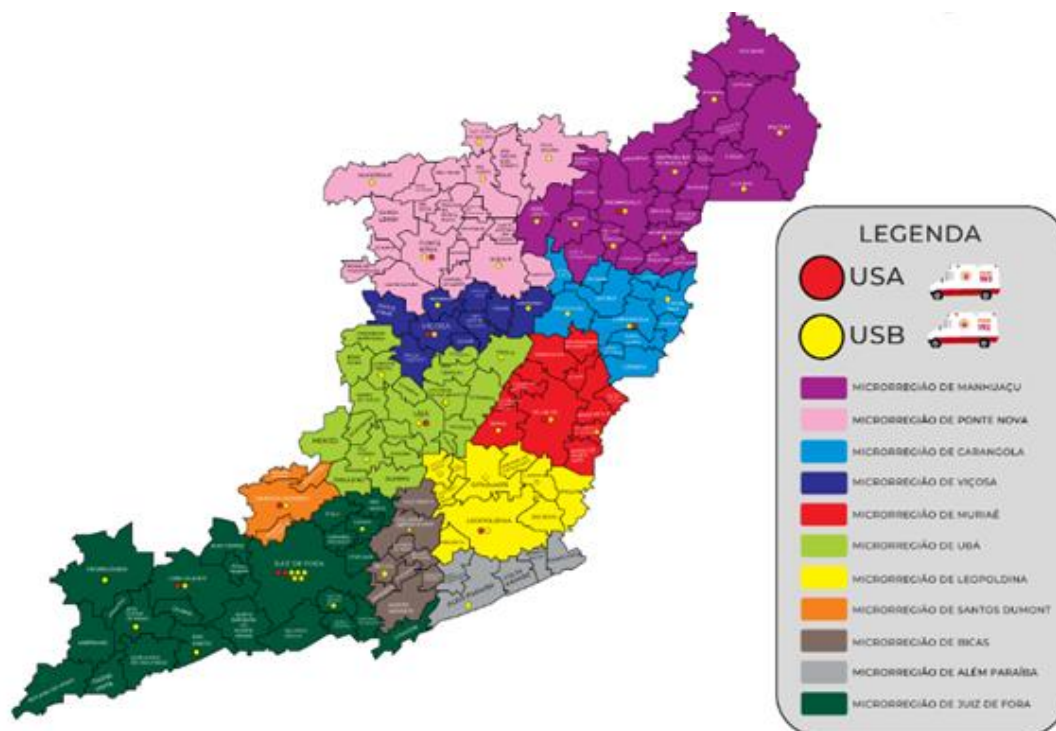
Fonte: Minas Gerais (2022).

2.4.1 O SAMU 192/ CISDESTE

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste (CISDESTE) foi constituído em 2013 para atender demanda dos serviços móveis de urgência da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, composta por 94 municípios. Em agosto de 2022, este consórcio incorporou a macrorregião Leste do Sul, totalizando 147 municípios e 2.400.000 habitantes beneficiados por este serviço. São 43 bases

descentralizadas e mais 62 ambulâncias (50 USB e 12 USA) em toda abrangência regional. Sua central de regulação está localizada no município de Juiz de Fora, onde estão distribuídas 6 USB e 2 USA, a figura 4 apresenta a distribuição das ambulâncias nos municípios beneficiados pelo serviço do SAMU192/CISDESTE (Cisdeste, 2023).

Figura 4 – Distribuição de unidades de suporte básico e avançado nos municípios atendidos pelo SAMU192/CISDESTE.



Fonte: Cisdeste (2023).

A central de regulação do SAMU 192/CISDESTE é responsável por encaminhar os pacientes para unidades de saúde referenciadas de acordo com a natureza do atendimento prestado e o estado clínico do paciente, conforme o fluxo definido pelo grupo condutor do comitê gestor da RUE das macrorregiões. Municípios que não possuem recursos para atendimento a situações de urgência e emergência, mas que são cobertos pelo SAMU 192/CISDESTE, realizam os encaminhamentos pré-hospitalares por meio do transporte sanitário ou pelo SAMU 192 de acordo com a caracterização da urgência definido pelo médico regulador, para um município com maiores recursos. A regulação dos atendimentos inter-hospitalares é realizada através de um sistema estadual para busca de leitos denominado SUS Fácil e o transporte pelo SAMU 192 é realizado quando exige transferência do paciente para um leito de unidade de terapia intensiva (Juiz de Fora, 2017).

3 OBJETIVOS

A seguir, são apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos.

3.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar as demandas atendidas pelo SAMU192/CISDESTE no município de Juiz de Fora/MG buscando identificar o funcionamento efetivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município, especialmente em relação à Atenção Primária à Saúde, no período de outubro de 2022 a setembro de 2023.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar o perfil sociodemográfico mais prevalente e a natureza dos atendimentos mais frequentes que originaram as solicitações dos usuários do SAMU 192/CISDESTE do município de Juiz de Fora/MG;
- Identificar os motivos dos atendimentos mais prevalentes das solicitações ao SAMU 192/CISDESTE, buscando relacionar com demandas de responsabilidade da APS no município do estudo;
- Identificar o dia da semana, o turno de atendimento, a classificação de risco utilizada para definição das prioridades; e o bairro em que predominou os atendimentos do SAMU 192/CISDESTE, relacionando com demandas de responsabilidade da APS no município do estudo;
- Identificar o tipo de ambulância recrutada para o atendimento, o tipo do atendimento mais frequente, o desfecho dos atendimentos e a frequência de óbitos dos usuários do SAMU 192/CISDESTE;
- Identificar as unidades de saúde para as quais os usuários do SAMU 192/CISDESTE foram encaminhados.

4 METODOLOGIA

O estudo tem caráter retrospectivo de abordagem quantitativa, no qual foram utilizados dados de atendimento do Sistema de Informações de Atendimento da Central de Regulação de Urgência do SAMU 192/CISDESTE, referentes ao município de Juiz de Fora/MG, no período de outubro de 2022 a setembro de 2023.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora sob parecer número 6.805.284 (Anexo A).

4.1 CENÁRIO DE ESTUDO

Juiz de Fora é o município polo da Macrorregião de Saúde Sudeste de Minas Gerais e possui uma população de 571.958 habitantes (Juiz de Fora, 2021). A rede de Atenção Primária à Saúde (APS) é constituída por 64 Unidades Básicas de Saúde (UBS) presentes em 8 Regiões de Planejamento e distribuídas nas 12 Regiões Sanitárias mais a zona rural (Juiz de Fora, 2014; Juiz de Fora, 2021). A APS tem uma cobertura de 71,29%, sendo 57,47% da população assistida por unidades básicas de saúde com equipes da Estratégia Saúde da Família (UBS-ESF) e 13,82% por UBS de assistência tradicional (UBS-Tradiciona) (Juiz de Fora, 2017; Juiz de Fora, 2021). Até 2023, as UBS do município funcionavam de segunda a sexta no horário de 07h às 11h e de 13 às 17h. Em 2024, parte das UBS passaram a funcionar em horário de atendimento estendido, atuando de 7h às 19h de segunda a sexta-feira, sem horário de almoço e de 7h às 12h aos sábados (Juiz de Fora, 2024). O quadro 3, apresenta a distribuição das UBS no município por Região de Planejamento, Regiões Sanitárias, áreas de abrangência, população atendida, número de equipes ESF e horário de funcionamento.

Quadro 3 - Unidades Básicas de Saúde por Região de Planejamento, regiões sanitárias, população atendida, nº de equipes saúde da família, áreas de abrangência e horário de funcionamento.

Regiões de Planejamento	Regiões Sanitárias	UBS	População ^a	Nº de equipes saúde da família ^b	Área de abrangência	Horário de Funcionamento ^b
Centro-Oeste	Região 7	Bairro Industrial	6.870	04	Bairro Industrial Cerâmica São João Francisco Bernardino (parte)	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		Esplanada	6.433	03	Esplanada Fábrica São Dimas Francisco Bernardino (parte)	07h às 11h e 13h às 17h (segunda à sexta)
		Jóquei Clube I	7.034	04	Barbosa Lage (parte) Jóquei Clube I	07h às 19h (segunda à sexta)
		Jóquei Clube II	6.893	05	Jóquei Clube II e III Dom Pedro I Parque das Torres Residencial Belo Vale I/II Santa Amélia Santa Maria Barbosa Lage (parte)	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		Cidade do Sol	5.531	04	Cidade do Sol	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		Jardim Natal	8.478	04	Francisco Bernardino (parte) Jardim Natal	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		Milho Branco	8.685	06	Amazônia Encosta do Sol Fontes Ville I e II Milho Branco Alto Milho Branco	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)

		Monte Castelo	9.763	06	Carlos Chagas Jardim Cachoeira Monte Castelo Parque das Águas	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
			Total: 59.687			
Leste	Região 3	Linhares	16.845	07	Bom Jardim Linhares Fazenda Yung Peões Três Moinhos (parte)	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		São Sebastião/ Santa Cândida	12.577	05	Jardim do Sol São Bernardo Santa Cândida São Sebastião Cesário Alvim Aracy (parte) Vitorino Braga	07h às 11h e 13h às 17h (segunda à sexta)
		São Benedito	9.987	05	São Benedito Vila Alpina Bonsucesso	07h às 11h e 13h às 17h (segunda à sexta)
	Região 4	Alto Grajaú	9.944	04	Alto Grajaú Grajaú Três Moinhos (parte)	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		Nossa Senhora Aparecida	8.095	04	Nossa Senhora Aparecida São Tarcísio	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		Progresso	15.482	05	Progresso Borborema Santa Paula Ladeira (parte)	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		Santa Rita	5.794	04	Santa Rita	07h às 11h e 13h às 17h (segunda à sexta)
		Marumbi	11.357	05	Bonfim Marumbi Vila Ribeiro de Abreu Margem da Leopoldina	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)

			Total: 89.636			
Norte	Região 8	Nova Era	13.447	06	Jardim dos Alfeneiros Nova Era I (parte) e II Jardim Santa Isabel	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		Santa Cruz	11.941	06	Santa Cruz Alto Santa Cruz Santa Clara Santo Agostinho São Damião I e II Vila Melo Reis Vila Paraíso	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		São Judas Tadeu	6.606	04	São Judas Tadeu São Francisco de Paula Verbo Divino	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		Benfica	15.440	08	Benfica Araújo Francisco Bernardino (parte) Fazendinha Pedra Bonita Vivendas das Fontes Condomínio Santa Felicidade Condomínio Residencial Monte Verde Nova Era I (parte) Ponte Preta Miguel Marinho Santa Lúcia	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		Vila Esperança	8.723	04	Nova Benfica Vila Esperança I e II	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		Barreira do Triunfo	3.746	03	Barreira do Triunfo Náutico Vila São Cristóvão Aldeias Contendas Campo Grande Pedra Branca Novo Triunfo I e II	07h às 19h (segunda à sexta)

					Recanto do Sol	
		Chapéu D'uvas	417	-	Chapéu D'uvas	07h às 11h e 13h às 17h (segunda à sexta)
		Dias Tavares	1.171	-	Dias Tavares	07h às 11h e 13h às 17h (segunda à sexta)
		Igrejinha	2.558	01	Igrejinha	07h às 11h e 13h às 17h (segunda à sexta)
		Paula Lima	926	-	Paula Lima	07h às 11h e 13h às 17h (segunda à sexta)
			Total: 64.975			
Sul	Região 11	Cruzeiro do Sul	3.781	01	Cruzeiro do Sul Graminha Parque das Bromélias Parque Samambaia	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		Santa Luzia	18.496	07	Jardim de Alá Jardim América Santa Luzia Vila São José	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		Ipiranga	13.585	07	Ipiranga Arco Íris I e II Bela Aurora (parte) Previdenciários São Geraldo Vivendas Belo Vale Ipiranguinha	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		Teixeiras	18.916	06	Cascatinha Salvaterra Bela Aurora (parte) Teixeiras Jardim das Laranjeiras	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		Santa Efigênia	5.988	04	Jardim Gaúcho Santa Efigênia Vila São Francisco	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		Vale Verde	6.746	05	Cidade Nova Sagrado Coração de Jesus Residencial das Araucárias	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)

					Jardim Umurama Vale Verde	
			Total: 67.512			
Zona Rural	Campo Rural	Penido	174	-	Penido	07h às 11h e 13h às 17h (segunda à sexta)
		Valadares	951	-	Valadares	07h às 11h e 13h às 17h (segunda à sexta)
		Toledos	169	-	Toledos	07h às 11h e 13h às 17h (segunda à sexta)
		*Palmital /*Buieie	152	Não encontrada	Palmital /Buieie	07h às 11h e 13h às 17h (segunda à sexta)
		Rosário de Minas	544	01	Rosário de Minas	07h às 11h e 13h às 17h (segunda à sexta)
		Torreões	669	01	Torreões	07h às 11h e 13h às 17h (segunda à sexta)
		Pirapetinga/ *Privilégio/ *Jacutinga	250	01	Pirapetinga/ Privilégio/ Jacutinga	07h às 11h e 13h às 17h (segunda à sexta)
		*Pires	180	-	Pires	07h às 11h e 13h às 17h (segunda à sexta)
		Monte Verde	506	-	Monte Verde	07h às 11h e 13h às 17h (segunda à sexta)
		Humaitá	3.271	01	Humaitá Cachoeirinha Morro do Sabão	07h às 11h e 13h às 17h (segunda à sexta)
		Caeté	760	-	Caeté	07h às 11h e 13h às 17h (segunda à sexta)
		Sarandira	235	-	Sarandira	07h às 11h e 13h às 17h (segunda à sexta)
			Total: 7.861			
Centro	Região Centro / Sul	Centro-Sul	43.008	05	Alto dos Passos Boa Vista Cidade Jardim Bom Pastor	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)

					Guaruá Centro (parte) Granbery Paineiras (parte) São Mateus (parte)	
		Dom Bosco	6.731	04	Dom Bosco Alto Bo Bosco São Mateus (parte)	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		Santa Cecília	15.010	05	Santa Cecília Mundo Novo São Mateus (parte)	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
			Total: 64.749			
Nordeste	Região 5	Nossa Senhora das Graças	17.321	08	Alto Eldorado Centenário Eldorado Nossa Senhora das Graças Santa Terezinha Vista Alegre Quintas da Avenida	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		Bandeirantes	9.580	05	Bandeirantes Bom Clima	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
	Região 6	Parque Guarani	5.056	03	Parque Guarani Vivendas da Serra	07h às 19h (segunda à sexta)
		Filgueiras	4.964	04	Filgueiras Vila dos Sonhos Granjas Triunfo	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		Granjas Bethânia	4.398	05	Granjas Bethânia	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		Grama	13.450	05	Grama Vila São José Nova Suíça Parque Independência Recanto dos Lagos	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)

					Vila Montanhesa Jardim Emaus	
			Total: 54.769			
Oeste	Região 9	Santos Dumont	7.345	05	Aeroporto Jardim da Serra Chácaras Passos Del Rey Marilândia São Clemente Nova Califórnia Residencial Paraíso Novo Horizonte Spinaville Vina Del Mar Santos Dumont Jardim Marajoara (parte) Dom Orione	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		São Pedro	23.555	06	Adolfo Vireque Bosque do Imperador Caiçaras I e II Jardim CasaBlanca Nossa Senhora de Fátima Recanto dos Brugger Bosque Imperial Colinas do Imperador Cruzeiro do Santo Antônio Granville Jardim das Azaléias Jardim Marajoara (parte) Jardim Universitário/Martelos Nova Vida Parque Imperial Parque São Pedro Portal das Torres Santana São Lucas Tupã	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)

					Vila São Jorge São Pedro Serro Azul Chalés do Imperador Chalés do Algarve Itatiaia	
		Borboleta	7.196	04	Borboleta Morada do Serro Alto dos Pinheiros Nova Germânia Parque Flamboyants Residencial Pinheiros	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
			Total: 38.096			
Sudeste	Região 1	Retiro	5.774	04	Granjas Bethel Usina Quatro Retiro Granjas Santo Antônio Campo Alegre	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		Jardim Esperança	5.736	04	Floresta Terras Altas Jardim Esperança	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
	Região 2	Santo Antônio	10.360	05	Alto Santo Antônio Parque Serra Verde Jardim Serra Verde Santo Antônio Vila da Prata	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		Jardim da Lua	3.519	02	Jardim da Lua Parque Burnier	07h às 19h (segunda à sexta)
		Nossa Senhora de Lourdes	8.729	05	JK (parte) Nossa Senhora de Lourdes Bairro de Lourdes Tiguerá Costa Carvalho	07h às 19h (segunda à sexta)
	Região 12	Furtado de Menezes	6.770	04	Furtado de Menezes Vila Ozanan	07h às 19h (segunda à sexta)

					Poço Rico	07h às 12h (sábados)
		Vila Ideal	7.675	04	Solidariedade Vila Ideal Granjas Primavera	07h às 19h (segunda à sexta) 07h às 12h (sábados)
		Vila Olavo Costa	2.634	02	Olavo Costa	07h às 19h (segunda à sexta)
			Total: 51.197			

Fonte: Juiz de Fora, 2014; Juiz de Fora, 2015; Juiz de Fora, 2017; Juiz de Fora, 2021; Juiz de Fora, 2024. ^(a) referente ao ano de 2021; ^(b) referente ao ano de 2024; (*) UBS Volante.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) do município é gerenciada por um Consórcio Intermunicipal e conta com: Hospital de Pronto Socorro (HPS), Pronto Atendimento Infantil (PAI), Unidade de Urgência Regional Leste, Serviço de Transporte Inter-Hospitalar e o Serviço de Internação e 3 Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h), localizadas nas regiões Norte, Sul e Oeste (Juiz de Fora, 2021). Conta também com leitos de retaguarda especializados nos hospitais: Hospital Maternidade Terezinha de Jesus (HMTJ), Santa Casa de Misericórdia, Hospital Instituto Clínico e Hospital Ana Nery.

No que se refere ao nível de atenção terciária, o município de Juiz de Fora conta com 16 hospitais (14 hospitais gerais e 2 hospitais especializados), sendo 1 de gestão municipal (HPS), 1 de gestão federal (Hospital Universitário), 1 de gestão estadual (Hospital Regional Doutor João Penido) e os outros 13 particulares, totalizando 1670 leitos de enfermaria e 374 leitos de UTI distribuídos na rede pública e privada, além de 183 leitos de enfermaria pediátrica e 30 leitos de UTI pediátrica na rede pública (Juiz de Fora, 2021).

4.2 COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS INVESTIGADAS

Os dados foram coletados do Sistema de Informações de Atendimento da Central de Regulação de Urgência do SAMU 192/CISDESTE, referente aos chamados atendidos realizados no município de Juiz de Fora, no período de outubro de 2022 a setembro de 2023. A disponibilização do banco de dados ocorreu após contato telefônico com o secretário executivo do SAMU 192/CISDESTE e reunião presencial com o diretor de regulação médica, no qual foi discutido a viabilidade do uso das informações.

Foram analisadas as seguintes variáveis: sexo; faixa etária (0-9, 10-19, 20-39, 40-59, ≥ 60 anos), dia da semana, horário e turno do dia (manhã, tarde, noite e madrugada) em que houve a solicitação de atendimento em saúde; bairro onde ocorreram o agravo à saúde; unidade de transporte recrutada para o atendimento (unidade de suporte básico e/ou unidade de suporte avançado); natureza do atendimento (clínico, psiquiátrico, trauma, ginecológico/obstétrico e pediátrico); causa clínica/motivo do atendimento; tipo de atendimento (pré-hospitalar ou inter-hospitalar); classificação de risco, de acordo com o Protocolo *Manchester* (emergência, muito urgente, urgência, pouco urgente, não urgente e não informado), situação/desfecho

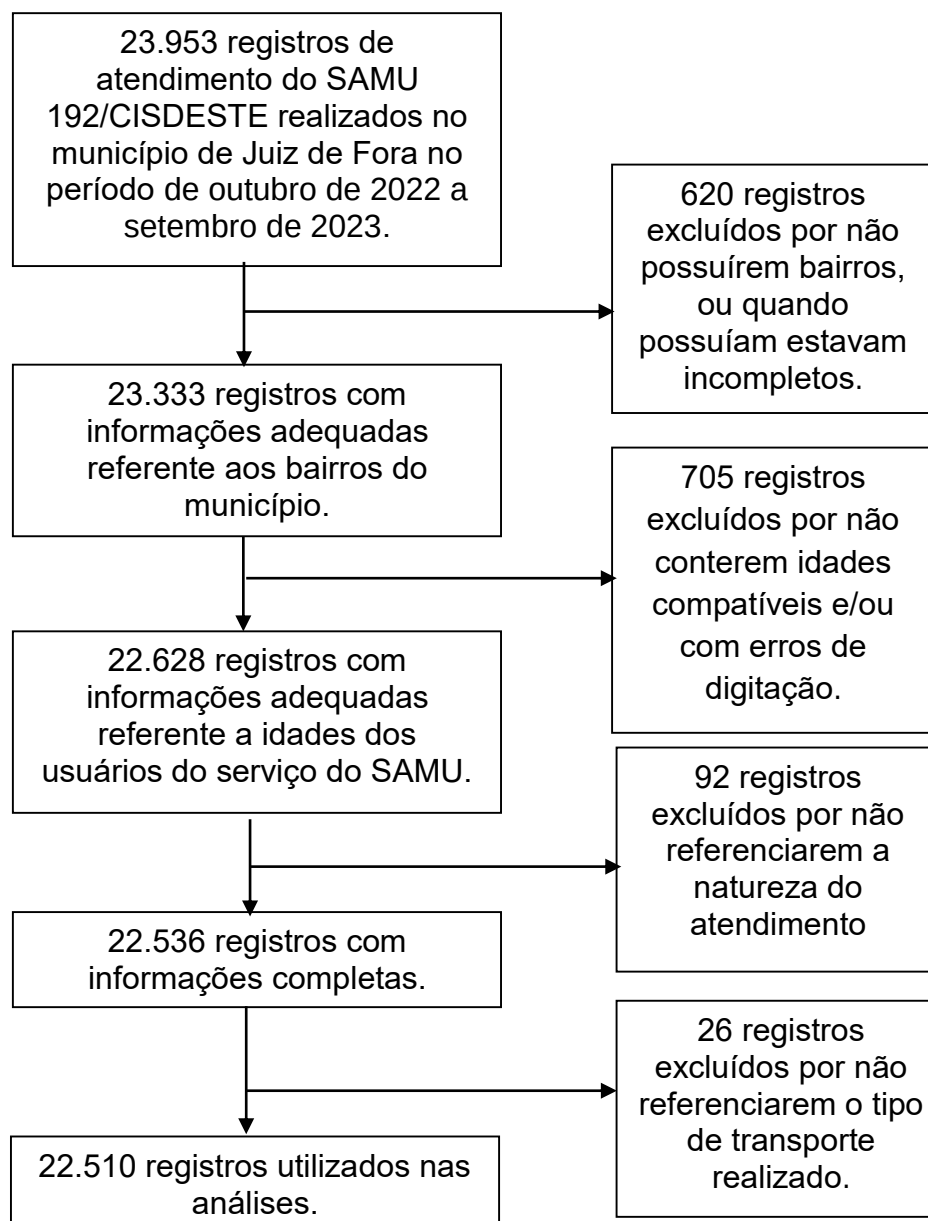
dos atendimentos (pré-hospitalar com atendimento no local, pré-hospitalar com remoção para uma unidade de saúde, atendimento inter-hospitalar, vítima socorrida por terceiros, desistência de atendimento, recusa de atendimento pelo paciente ou evasão, equipe em situação de risco ou endereço não localizado), unidade de saúde para a qual o paciente foi encaminhado e óbito.

No período estudado o SAMU 192/CISDESTE realizou 76.616 atendimentos com deslocamento de viaturas em toda sua região de abrangência, sendo que 23.953 (31,26% do total de atendimentos) destes atendimentos foram no município de Juiz de Fora/MG, *locus* do estudo.

Foram considerados como critérios de inclusão demandas de usuários ao serviço do SAMU 192/CISDESTE oriundas do município de Juiz de Fora em que houve a necessidade de acionamento de ambulâncias para o atendimento.

Os critérios de exclusão incluem as variáveis selecionadas que encontravam-se incompletas, sem registros ou com erros de digitação. Dessa forma, houve uma perda de 1.443 registros, que estão detalhados na figura 5.

Figura 5 – Esquema da seleção dos registros do estudo.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Os dados das variáveis coletadas estruturaram um banco de dados no programa *Microsoft Excel* versão 2019.

4.3 ANÁLISES DOS DADOS

O programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS versão 21, foi utilizado para realização das análises. Para as variáveis categóricas foram calculadas as frequências absolutas e relativas. Foi realizado o teste Qui-Quadrado de *Pearson*, e quando necessário o teste exato de *Fisher* para verificar associações entre as variáveis selecionadas. O intervalo de confiança adotado foi de 95%, e o valor de p foi considerado significativo quando $p \leq 0,05$. Quando verificada associação, o teste *post-hoc* de resíduo padronizado ajustado foi realizado para identificar as células que possuíam maior contribuição para o resultado dos testes. O valor crítico considerado foi $z \geq +1,96$ e $z \leq -1,96$ (Sharpe, 2015).

5 RESULTADOS

Os resultados do presente estudo foram apresentados na forma de artigo científico* intitulado “Características dos atendimentos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: uma ênfase na atenção primária e nas redes de atenção à saúde”.

*O artigo se encontra conforme as normas de publicação da revista a que será submetido.

Características dos atendimentos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: uma ênfase na atenção primária e nas redes de atenção à saúde

RESUMO

O objetivo deste estudo é caracterizar as demandas atendidas pelo Serviço Regional de Atendimento Móvel de Urgência, gerenciado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde Sudeste (SAMU/CISDESTE) no município de Juiz de Fora/MG buscando identificar o funcionamento efetivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município, especialmente em relação à Atenção Primária à Saúde. no período de outubro de 2022 a setembro de 2023. Trata-se de um estudo retrospectivo e quantitativo, no qual foram utilizados dados secundários do Sistema de Informações de Atendimento da Central de Regulação de Urgência do SAMU/CISDESTE. O sexo masculino representou 53,6% da demanda atendida, com associação aos atendimentos traumáticos. Os idosos foram responsáveis por 44,1% dos atendimentos. Houve predominância de ocorrências clínicas (64,8%) com associação ao sexo feminino e idosos. O motivo do atendimento mais frequente foi a queda da própria altura (8,8%). Os bairros que apresentaram maiores demandas de atendimentos possuem cobertura populacional de unidades básicas de saúde (UBS) e a maioria dos atendimentos (58,6%) ocorreram fora do horário de funcionamento das UBS. Com relação a classificação de risco adotada para o estabelecimento de prioridades, 51,02% foram classificadas como demandas pouco urgentes/não urgentes. O principal desfecho dos atendimentos foi o encaminhamento dos usuários para unidades de saúde de maior complexidade (65,2%). Tais achados poderão auxiliar os gestores municipais no direcionamento de ações voltadas para integralidade do cuidado, para a promoção do uso adequado dos níveis de atenção à saúde e para a equidade no acesso aos serviços de urgência e emergência.

Palavras-chave: Serviços médicos de emergência; Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, a maior incidência de doenças crônicas e o crescimento da morbimortalidade causada por violências urbanas e acidentes de trânsito, juntamente com a utilização inadequada dos serviços de urgência e emergência por usuários com condições que não exigem atendimento de alta complexidade, superlotaram os hospitais de pronto socorros no Brasil, dificultando a definição de prioridades e prejudicando tanto os pacientes, que não recebem acompanhamento adequado após a alta, quanto os próprios serviços de saúde^{1,2,3}. Para enfrentar esses desafios e reorganizar esses serviços, o Ministério da Saúde⁴ instituiu, em 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU).

Em 2010, surge uma proposta de reorganização do SUS baseada no modelo das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como uma alternativa para reduzir a fragmentação do sistema de saúde. Estruturado em um modelo poliárquico, ou seja, não hierarquizado, e centralizado na Atenção Primária à Saúde (APS), os pontos de atenção à saúde passam a ser vinculados entre si por uma missão única, por objetivos em comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, visando além de um cuidado integral e contínuo, maior custo-efetividade, equidade de acesso, maior satisfação dos usuários e melhores indicadores de saúde^{5,6}.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), passou a integrar a PNAU em 2011 como uma das redes temáticas do SUS com a finalidade de realizar o atendimento de urgência e emergência, de forma ágil e oportuna, buscando sempre o acolhimento com classificação de risco e resolutividade. Tem como proposta promover uma atuação regionalizada por meio da cogestão entre os três níveis de governo, com o intuito de reduzir vazios assistenciais e fortalecer a articulação entre a APS e os serviços de média e alta complexidade⁷.

A RUE está organizada em dois componentes: o pré-hospitalar (móvel e fixo) e o hospitalar. São componentes da RUE, a Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; SAMU 192 e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; sala de Estabilização; Força Nacional do SUS; UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Unidades Hospitalares e Atenção Domiciliar^{7,8}. É uma rede complexa ao ter como uma de suas diretrizes, o fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos voltados para as demandas coletivas emergenciais na área da saúde, decorrentes de situações de risco iminente, desastres públicos e incidentes com múltiplas vítimas, por meio da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos⁷. Assim, atende usuários com diversas condições de saúde, estruturada com base em eixos fundamentais como o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso⁸.

A APS é o ponto de atenção central da RAS, por ser a porta preferencial de entrada do sistema de saúde e, na RUE, é considerada o nível de atenção de referência para os atendimentos de urgência e emergência de baixa complexidade, acionado por demanda espontânea, até a transferência ou encaminhamento do paciente a outros pontos de atenção, quando necessário, além de ordenar e coordenar o cuidado nos três níveis de atenção à saúde⁸.

O SAMU, serviço de socorro pré-hospitalar móvel, presta atendimento nos locais onde ocorrem o agravo à saúde (residências, locais de trabalho, vias públicas ou unidades de saúde). Sua finalidade é atender, de forma rápida e eficaz, ocorrências de natureza clínica, psiquiátrica, traumática, obstétrica, pediátrica ou ginecológica, buscando reduzir complicações, minimizar sequelas e assegurar a vida do paciente, diminuindo o tempo de internação e o risco de óbito⁹.

O SAMU é acionado gratuitamente pelo número 192, disponível 24 horas por dia. As ligações são encaminhadas à Central de Regulação de Urgências, onde uma equipe especializada, composta por técnicos auxiliares de regulação médica (TARM), radio-operadores (RO) e médicos reguladores, está preparada para avaliar as solicitações e oferecer orientações e/ou encaminhar o atendimento de urgência conforme a necessidade⁹. Para o encaminhamento dos pacientes, o SAMU dispõe de veículos, com diferentes recursos tecnológicos e equipes assistenciais, como a Unidade de Suporte Básico (USB), a Unidade de Suporte Avançado (USA), a Equipe de Aeromédico, a Equipe de Embarcação, a Motolância e o Veículo de Intervenção Rápida, que são disponibilizados conforme as particularidades regionais e a necessidade de atendimento ao paciente¹⁰.

O governo federal impulsionou o desenvolvimento do SAMU por meio de incentivos normativos e financeiros, a partir de 2003, com foco inicial nas capitais, tendência observada até 2006. A partir de 2008, houve uma expansão significativa dos SAMU regionais¹¹.

Minas Gerais adotou o modelo regional para a implementação do SAMU, em conformidade com o princípio da regionalização do SUS. O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste (CISDESTE), objeto de análise do presente estudo, gerencia o atendimento às demandas de urgência móvel nas macrorregiões de saúde Sudeste e Leste do Sul de Minas Gerais, beneficiando uma população de aproximadamente 2,4 milhões de habitantes em 147 municípios. Sua estrutura conta com 43 bases descentralizadas e 62 ambulâncias distribuídas pela região. A sede administrativa está localizada no município de Juiz de Fora, onde operam 5 ambulâncias de unidade de suporte básico e 2 de suporte avançado¹².

O estudo da articulação entre componentes da RUE permite identificar lacunas na estrutura, possibilitando o aperfeiçoar os serviços de urgência e emergência, objetivando identificar a real articulação entre os níveis de atenção primário e secundário.

O presente estudo objetivou caracterizar as demandas atendidas pelo SAMU/CISDESTE no município de Juiz de Fora/MG buscando identificar o funcionamento efetivo da RAS do município, especialmente em relação à APS, no período de outubro de 2022 a setembro de 2023, a fim de aperfeiçoar os serviços de urgência e emergência do município, por meio da otimização de recursos, do desenvolvimento de políticas mais eficazes e da promoção de um atendimento centrado nas necessidades dos usuários.

MÉTODOS

O estudo tem caráter retrospectivo com abordagem quantitativa, no qual foram utilizados dados de atendimento do Sistema de Informações de Atendimento da Central de Regulação de Urgência do SAMU/CISDESTE, referente aos chamados atendidos no município de Juiz de Fora/MG, no período de outubro de 2022 a setembro de 2023.

Foram analisadas as variáveis: sexo; faixa etária (0-9, 10-19, 20-39, 40-59, $\geq$ 60 anos), dia da semana, horário e turno do dia (manhã, tarde, noite e madrugada) em que houve a solicitação de atendimento; bairros onde ocorreram o agravo à saúde; unidade de transporte recrutada para o atendimento (unidade de suporte básico e/ou unidade de suporte avançado); natureza do atendimento (clínico, psiquiátrico, trauma, ginecológico/obstétrico e pediátrico); motivo do atendimento; tipo de atendimento (pré-hospitalar ou inter-hospitalar); classificação de risco, (emergência, muito urgente, urgência, pouco urgente, não urgente e não informado), desfecho dos atendimentos (pré-hospitalar com atendimento no local, pré-hospitalar com remoção para uma unidade de saúde, atendimento inter-hospitalar, vítima socorrida por terceiros, desistência de atendimento, recusa de atendimento pelo paciente ou evasão, equipe em situação de risco ou endereço não localizado), unidade de saúde para a qual o paciente foi encaminhado e óbito.

Usuários que solicitaram o serviço do SAMU/CISDESTE no município de Juiz de Fora/MG e que houve a necessidade de acionamento de ambulâncias para o atendimento no período estudado foram incluídos no estudo. Usuários cujas as variáveis selecionadas encontravam-se incompletas, sem registros ou com erros de digitação foram excluídos.

O programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS* versão 21, foi utilizado para realização das análises. Para as variáveis categóricas foram calculadas as frequências absolutas e relativas. Foi realizado o teste Qui-Quadrado de *Pearson*, e quando necessário o teste exato de *Fisher* para verificar associações entre as variáveis. O intervalo de confiança adotado foi de 95%, e o valor de p foi considerado significativo quando $p \leq 0,05$. Quando verificada associação, o teste *post-hoc* de resíduo padronizado ajustado foi realizado para identificar as células que possuíam maior contribuição para o resultado dos testes. O valor crítico considerado foi $z \geq +1,96$ e $z \leq -1,96$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora sob parecer número 6.805.284.

RESULTADOS

Dos 76.616 atendimentos com deslocamento de viaturas realizados na região de abrangência do SAMU/CISDESTE, no período estudo, 31,26% foram atendimentos realizados no município de Juiz de Fora/MG. Das 22.510 demandas analisadas, 53,6% eram do sexo masculino. A amplitude da idade dos pacientes foi de 0 a 107 anos, com média de idade de 53,3 anos ($DP \pm 23,9$). A faixa etária que mais acessou os serviços do SAMU/CISDESTE foi ≥ 60 anos (44,1%), seguida dos indivíduos entre 40-59 anos de idade (25,2%). Evidenciou-se associação entre o sexo masculino e adultos jovens (20-39 anos) e adultos (40-59 anos), enquanto o sexo feminino demonstrou associação com idosos (≥ 60 anos).

Com relação a natureza dos atendimentos, dos 5 tipos previstos, houve a predominância de atendimentos clínicos (64,8%), seguidos dos atendimentos traumáticos (23,9%). Foi verificada associação positiva de mulheres e idosos em relação a natureza clínica e de homens e adultos jovens em relação a natureza traumática dos atendimentos.

Dos 82 motivos de atendimentos registrados, os 19 motivos mais prevalentes correspondem mais de 80% do total de acionamentos do SAMU/CISDESTE. A opção “Outros” apareceu como a mais prevalente (20,4%). “Queda da própria altura” (8,8%), “Acidente de trânsito” (7,3%) e “Crise convulsiva” (5,9%) foram na sequência os de maiores demandas. “Acidentes de trânsito” demonstrou associação com o sexo masculino, adultos jovens (20-39 anos) e crianças (0 a 9 anos). “Queda da própria

altura” possuiu uma associação positiva entre os idosos, e a “Crise convulsiva” com homens e crianças.

A prevalência dos motivos de atendimentos também foi analisada conforme a cada tipo de natureza do atendimento. Dessa forma, foi possível observar que “Intercorrências gravídicas”, “Trabalho de parto de risco habitual” e “Trabalho de parto alto de risco” foram os principais motivos relacionados aos atendimentos ginecológicos/obstétricos, apesar de não constarem entre os 19 principais motivos de acionamento do SAMU/CISDESTE.

Em relação a classificação de risco adotada para a definição de prioridades de atendimento, os atendimentos “Pouco urgente” foram os mais prevalentes (34,0%), seguidos dos atendimentos “Urgência” (33,3%). A categoria “Não informado” representou 10%, um percentual representativo. Se somarmos as categorias de “Urgência”, “Emergência” e “Muito urgente”, atendimentos característicos para acionar o SAMU temos 38,6% dos atendimentos. O sexo masculino demonstrou estar associado positivamente aos atendimentos classificados como “Emergência”. Em relação as faixas etárias, os pacientes idosos demonstraram associação aos atendimentos de “Emergência”, “Muito urgente” e “Urgência”, enquanto os adolescentes e adultos jovens demonstraram associação com os atendimentos classificados como “Não urgentes”, demonstrando que nesta última faixa etária há o uso inadequado do serviço móvel de urgência por parte destes usuários.

De acordo com os desfechos de atendimentos, notou-se que 65,2% dos atendimentos pré-hospitalares, as vítimas foram encaminhadas para uma unidade de saúde, enquanto 26,0% foram atendidas e liberadas no local de atendimento. Houve situações em que a ambulância ao chegar no local da ocorrência não realizou o atendimento, tendo como principal motivo a vítima ter sido socorrida por terceiros (2,3%). O sexo masculino se demonstrou associado a recusa ao atendimento ou evasão do local.

A maioria dos atendimentos não resultou em óbito (86,9%), embora 1057 óbitos (4,7%) tenham sido constatados no período do estudo. O resultado da categoria “Não Informado” esteve presente em 8,4% dos atendimentos realizados.

Esses dados e outros complementares podem ser observados na Tabela 1 e na Tabela 2.

Tabela 1 – Distribuição de frequência do sexo dos usuários atendidos pelo SAMU/CISDESTE- Município de Juiz de Fora –outubro de 2022 a setembro de 2023, pela natureza do atendimento ou faixa etária ou motivos do atendimento ou classificação de risco ou desfecho do atendimento ou óbito.

Sexo						
	n total	(%) total	F		M	
			n	(%)	n	(%)
Faixa Etária						<0,001
0-9	805	3,6	320	3,1	485*	4,0
10-19	955	4,2	482*	4,6	473	3,9
20-39	5.138	22,8	2.255	21,6	2.883*	23,9
40-59	5.675	25,2	2.205	21,1	3.470*	25,2
≥60	9.937	44,1	5.182*	49,6	4.755	39,4
Total	22.510	100,0	10.444	100,0	12.066	100,0
Natureza do atendimento						<0,001
Clínico	14.596	64,8	7.125*	68,2	7.471	61,9
Traumático	5.381	23,9	1.806	17,3	3.575*	29,6
Psiquiátrico	1.574	7,0	750	7,2	824	6,8
Ginecológico/Obstétrico	598	2,7	598*	5,7	-	-
Pediátrico	361	1,6	165	1,6	196	1,6
Total	22.510	100,0	10.444	100,0	12.066	100,0
Motivos do Atendimento (19 mais prevalentes)						<0,001
Outros	4.601	20,4	2.286*	21,9	2.314	19,2
Queda da própria altura	1.990	8,8	956	9,2	1.034	8,6
Acidentes de trânsito	1.646	7,3	352	3,4	1.294*	10,7
Crise convulsiva	1.338	5,9	425	4,1	913*	7,6
Síncope	1.066	4,7	575*	5,5	491	4,1
Outras síndromes neurológica	973	4,3	484*	4,6	489	4,1
Dispneia	957	4,3	528*	5,1	426	3,6
Hipoglicemia	789	3,5	348	3,3	441	3,7
Dor torácica não especificada	662	2,9	293	2,8	369	3,1
Agitação psicomotora com potencial violenta	628	2,8	229	2,2	399*	3,3
Rebaixamento do nível de consciência	512	2,3	272*	2,6	240	2,0
Parada Cardiorrespiratória	476	2,1	211	2,0	265	2,2
Queda de altura	468	2,1	156	1,5	312*	2,6
Desconforto respiratório	459	2,0	255*	2,4	204	1,7
Agressão física	452	2,0	96	0,9	356*	3,0
Dor abdominal	350	1,6	189*	1,8	160	1,3
Acamados/Portador de CA	349	1,6	201*	1,9	149	1,2
Agitação psicomotoras sem evidências de violência	318	1,4	151	1,4	167	1,4
Tentativa de autoextermínio/suicídio	311	1,4	203*	1,9	108	0,9
Total	18.345	81,4	8.210	78,5	10.134	84,3
Classificação de risco						0,001
Emergência	605	2,7	254	2,4	351*	2,9
Muito Urgente	580	2,6	248	2,4	332	2,8
Urgência	7.501	33,3	3.509	33,6	3.992	33,1

Pouco urgente	7.653	34,0	3.614	34,6	4.039	33,5
Não urgente	3.873	17,2	1.825	17,5	2.048	17,0
Não informado	2.298	10,2	994	9,5	1.304	10,8
Total	22.510	100,0	10.444	100,0	12.066	100,0
Desfecho do atendimento						<0,001
Pré-hospitalar com remoção para unidade de Saúde	14.661	65,1	6.770	64,8	7.891	65,4
Pré-hospitalar com atendimento no local	5.855	26,0	2.816*	27,0	3.039	25,2
Vítima socorrida por terceiros	515	2,3	237	2,3	278	2,3
Desistência do solicitante	499	2,2	243	2,3	256	2,1
Recusa ao atendimento pela vítima ou evasão	483	2,1	164	1,6	319*	2,6
Outro paciente com maior gravidade	155	0,7	66	0,6	89	0,7
Ocorrência Inter-hospitalar	98	0,4	54	0,5	44	0,4
Equipe em situação de risco	95	0,4	35	0,3	60	0,5
Endereço não localizado	52	0,2	23	0,2	29	0,2
Vítima socorrida pela polícia	49	0,2	18	0,2	31	0,3
Outros	48	0,2	17	0,2	30	0,3
Total	22.510	100,0	10.444	100,0	12.066	100,0
Óbito						<0,001
Não houve óbito	19.553	86,9	9.169*	87,8	10.384	86,1
Constatado óbito	1.060	4,7	471	4,5	589	4,9
Não informado	1.897	8,4	804	7,7	1.093	9,1
Total	22.510	100,0	10.444	100,0	12.066	100,0

Fonte: Elaborado pela autora (2024). Teste Qui-Quadrado de Pearson com resíduos padronizados ajustados; intervalo de confiança 95%. %. (*) Há associação estatisticamente significativa positiva ou de maior frequência pelo teste de resíduos padronizados ajustados.

Tabela 2 – Distribuição de frequência da faixa etária dos usuários atendidos pelo SAMU/CISDESTE- Município de Juiz de Fora –outubro de 2022 a setembro de 2023 pela natureza do atendimento ou motivos do atendimento ou classificação de risco.

Natureza do atendimento	Faixa Etária										Valor -p
	0-9		10-19		20-39		40-59		≥60		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Clínico	201 [#]	25,0	420 [#]	44,0	2.259 [#]	44,0	3.733	65,8	7.983*	80,3	<0,001
Traumático	253*	31,4	277*	29,0	1.718*	33,4	1.390	24,5	1.743 [#]	17,5	
Psiquiátrico	15 [#]	1,9	137*	14,3	709*	13,8	506*	8,9	207 [#]	2,1	
Ginecológico/Obstétrico	4 [#]	0,5	92*	9,6	452*	8,8	46 [#]	0,8	4 [#]	-	
Pediátrico	332*	41,2	29*	3,0	-	-	-	-	-	-	
Total	805	100,0	955	100,0	5.138	100,0	5.675	100,0	9.937	100,0	
Motivos do Atendimento (mais prevalentes)											<0,001
Outros	64	8,0	144	15,1	768	14,9	1.045	18,4	2.580	26,0	

Queda da própria altura	45 [#]	2,6	68	7,1	202 [#]	3,9	463 [#]	8,2	1.212*	12,2
Acidentes de trânsito	124*	15,4	112*	11,7	851*	16,6	402	7,1	157 [#]	1,6
Crise convulsiva	109*	13,5	98*	10,3	351*	6,8	490*	8,6	290 [#]	2,9
Síncope	9 [#]	1,1	48 [#]	5,0	193 [#]	3,8	266 [#]	4,7	550*	5,5
Outras síndromes neurológica	3 [#]	0,4	6 [#]	0,6	43 [#]	0,8	231	4,1	690*	6,9
Dispneia	72*	8,9	15 [#]	1,6	65	1,3	153	2,7	652	6,6
Hipoglicemia	5 [#]	0,6	6 [#]	0,6	115 [#]	2,2	208	3,7	455*	4,6
Dor torácica não especificada	2 [#]	0,2	2 [#]	0,2	90 [#]	1,8	258*	4,5	310	3,1
Agitação psicomotora com potencial violenta	8 [#]	1,0	49*	5,1	289*	5,6	214*	3,8	68 [#]	0,7
Rebaixamento do nível de consciência	14	1,7	6 [#]	0,6	37 [#]	0,7	89 [#]	1,6*	366	3,7
Parada Cardiorrespiratória	9 [#]	1,1	5 [#]	0,5	21 [#]	0,4	100 [#]	1,8	341*	3,4
Queda de altura	30*	3,7	18	1,9	105	2,0	155*	2,7	160 [#]	1,6
Desconforto respiratório	26*	3,2	5 [#]	0,5	43 [#]	0,8	72 [#]	1,3	313*	3,1
Agressão física	7 [#]	0,9	21	2,2	230*	4,5	163*	2,9	31 [#]	0,3
Dor abdominal	7	0,9	21*	2,2	95*	1,8	105*	1,9	121 [#]	1,2
Acamados/Portador de CA	-	-	-	-	19 [#]	0,4	47 [#]	0,8	284*	2,9
Agitação psicomotoras sem evidências de violência	2 [#]	0,2	23*	2,4	119*	2,3	111*	2,0	63 [#]	0,6
Tentativa de autoextermínio/suicídio	2 [#]	0,2	35*	3,7	175*	3,4	86	1,5	13 [#]	0,1
Total	538	63,6	682	71,3	3.811	74	4.558	80,7	8.656	87
Classificação de risco	<0,001									
Emergência	40*	5,0	18	1,9	84 [#]	1,6	151	2,7	312*	3,1
Muito Urgente	19	2,4	8 [#]	0,8	94 [#]	1,8	127	2,2	332*	3,3
Urgência	341*	42,4	274 [#]	28,7	1.587 [#]	30,9	1.844	32,5	3.455*	34,8
Pouco urgente	228 [#]	28,3	347	36,3	1.818*	35,3	1.928	34,0	3.335	33,6
Não urgente	65 [#]	8,1	212*	22,2	940*	18,3	1.008	17,8	1.648 [#]	16,6
Não informado	112	13,9	96	10,1	618	12,0	617	10,9	855	8,6
Total	805	100,0	955	100,0	5.138	100,0	5.675	100,0	9.937	100,0

Fonte: Elaborado pela autora (2024). Foi realizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson com resíduos padronizados ajustados; intervalo de confiança 95%. (*) Há associação estatisticamente significativa positiva ou de maior frequência pelo teste de resíduos padronizados ajustados. (#) Há associação estatisticamente significativa negativa ou de menor frequência pelo teste de resíduos padronizados ajustados.

Foi possível observar que os atendimentos clínicos estavam associados aos atendimentos classificados como “Emergência”, “Urgência” e “Não urgente” (Tabela 3). O principal motivo dessa natureza, a “Crise convulsiva”, demonstrou associação positiva a atendimentos pouco urgentes.

Os atendimentos traumáticos estavam associados positivamente aos atendimentos classificados como “Pouco Urgente”, assim como os mais frequentes motivos dessa natureza: “Queda da própria altura” e “Acidente de trânsito”.

Atendimentos de natureza psiquiátrica, demonstraram associação positiva aos atendimentos “não urgentes”, porém o motivo mais prevalente desta categoria, a “Agressão psicomotora com evidência de violência”, foi classificado como atendimento

Psiquiátrica													
Agitação psicomotora com evidência de violência	628	2,8	4 [#]	0,7	8	1,4	219*	2,9	171	2,2	72 [#]	1,9	
Agitação psicomotora sem evidência de violência	318	1,4	-	-	2 [#]	0,3	77 [#]	1,0	120	1,6	79*	2,0	
Tentativa de autoextermínio /suicídio	311	1,4	7	1,2	3	0,5	111	1,5	108	1,4	32 [#]	0,8	
Natureza Ginecológica/ Obstétrica													
Intercorrências gravídicas	244	1,1	4	0,7	1 [#]	0,2	91	1,2	104*	1,4	27 [#]	0,7	
Trabalho de parto de risco habitual	101	0,4	2	0,3	3	0,5	51*	0,7	27	0,4	11	0,3	
Trabalho de parto de alto risco	62	0,3	-	-	2	0,3	39*	0,5	12 [#]	0,2	3 [#]	0,1	
Natureza Pediátrica													
Urgências em neonatologia	34	0,2	1	0,2	-	-	24*	0,3	3 [#]	-	-	-	
Total	15.978	70,9	333	55,1	316	54,3	5.241	73,5	5.708	74,7	2.730	73,1	
Óbito			<0,001										
Não houve óbito	19.553	86,9	469 [#]	77,5	550 [#]	94,8	7.258	96,8	7.548*	98,6	3.707 [#]	95,7	
Constatado óbito	1.060	4,7	134*	22,2	29*	5,0	215	2,9	83 [#]	1,1	149*	3,8	
Não informado	1.897	8,4	2	0,3	1	0,2	28	0,3	22	0,3	17	0,4	
Total	22.510	100,0	605	100,0	580	100,0	7.501	100,0	7.653	100,0	3.873	100,0	

Fonte: Elaborado pela autora (2024). Foi realizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher com resíduos padronizados ajustados; intervalo de confiança 95%. (*) Há associação estatisticamente significativa positiva ou de maior frequência pelo teste de resíduos padronizados ajustados. (#) Há associação estatisticamente significativa negativa ou de menor frequência pelo teste de resíduos padronizados ajustados. Foram excluídos 2.298 registros por não possuírem a classificação de risco.

A Unidade de Suporte Básico (USB) foi a mais acionada pelo médico regulador para o atendimento às vítimas (85,0%), apesar da necessidade, posterior, de comparecimento da Unidade de Suporte Avançado (USA) em 1,3% dos casos devido ao agravamento do estado clínico do paciente. As USA foram responsáveis por 13,8% dos atendimentos.

Dos chamados solicitados ao SAMU/CISDESTE, 99,6% corresponderam à atendimentos pré-hospitalares, e 0,4% foram relacionadas as ocorrências inter-hospitalares, sendo as USA responsáveis por 82,7% dos atendimentos deste último tipo de ocorrência.

Quanto aos dias da semana, os dados apontam que os atendimentos estiveram semelhantemente distribuídos ao longo dos dias, com predomínio das quartas-feiras (15,3%). O mesmo pôde ser observado em relação aos turnos de atendimento, cuja a distribuição ao longo da manhã (06h às 11h59), da tarde (12h às 17h59) e da noite (18h às 23h59) foram semelhantes, com exceção do turno da madrugada (00h às 5h59) (Tabela 4). 58,6% dos chamados não ocorreram em horários em que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) estavam em funcionamento no município (7h às 11h e 13h às 17h), durante o período do estudo.

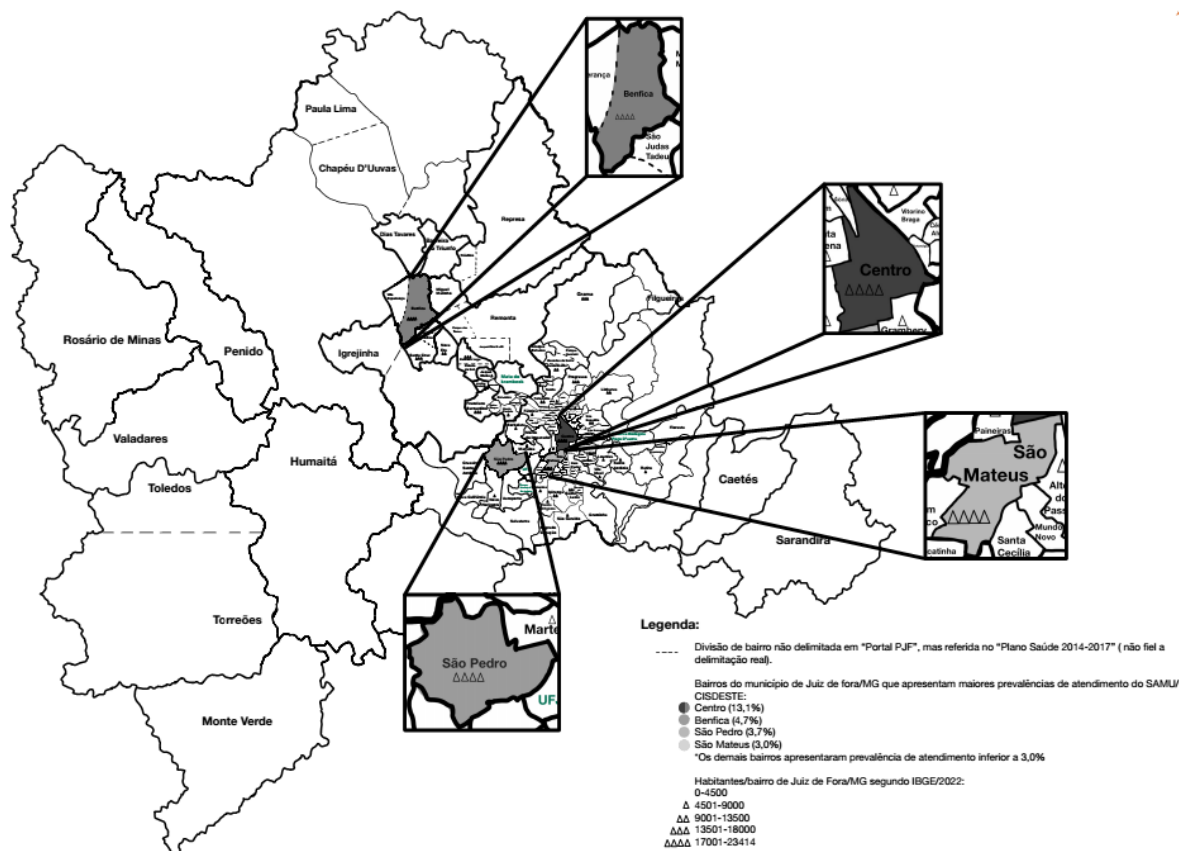
O bairro Centro foi o mais prevalente em relação ao número de chamadas (13,1%), como em relação a todos os tipos de natureza do atendimento (Tabela 4). O bairro Benfica correspondeu a segunda maior demanda de atendimentos, seguido dos bairros São Pedro e São Mateus (Figura 1).

Tabela 4- Distribuição de frequência da natureza dos atendimentos do SAMU/CISDESTE- Município de Juiz de Fora –outubro de 2022 a setembro de 2023 pelos dias da semana ou turnos do dia ou bairros.

	Natureza do Atendimento											
	Total		Clínico		Traumático		Psiquiátrico		Ginecológic o/Obstétrico		Pediátrico	
	n	%	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Dias da semana												
Domingo	3.242	14,4	2.079	14,2	825	15,3	217	13,8	72	12,0	49	13,6
Segunda-feira	3.346	14,9	2.225	15,2	767	14,3	228	14,5	82	13,7	44	12,2
Terça-feira	3.036	13,5	2.009	13,8	660	12,3	226	14,4	86	14,4	55	15,2
Quarta-feira	3.437	15,3	2.290	15,7	778	14,5	222	14,1	93	15,0	54	15,0
Quinta-feira	3.130	13,9	1.996	13,7	735	13,7	250	15,9	88	14,7	61	16,9
Sexta-feira	3.198	14,2	2.054	14,1	755	14,0	236	15,0	93	15,6	60	16,6
Sábado	3.121	13,9	1.943	13,3	861	16,0	195	12,4	84	14,0	38	10,5
Total	22.510	100,0	14.596	100,0	5.381	100,0	1.574	100,0	598	100,0	361	100,0
Turnos do dia												
Manhã	6.473	28,8	4.491	30,8	1.400	26,0	337	21,4	161	26,9	84	23,3
Tarde	7.029	31,2	4.439	30,4	1.870	34,8	455	28,9	160	26,8	105	29,1
Noite	6.104	27,1	3.706	25,4	1.579	29,3	538	34,2	165	27,6	116	32,1
Madrugada	2.904	12,9	1.960	13,4	532	9,9	244	15,5	112	18,7	56	15,5
Total	22.510	100,0	14.596	100,0	5.381	100,0	1.574	100,0	598	100,0	361	100,0
Bairros												
Centro	2.954	13,1	1.847	12,7	786	14,6	155	9,8	126	21,1	40	11,1
Benfica	933	4,1	476	3,3	362	6,7	27	1,7	50	8,4	18	5,0
São Pedro	823	3,7	479	3,3	239	4,4	65	4,1	21	3,5	19	5,3
São Mateus	686	3,0	444	3,0	186	3,5	29	1,8	10	1,7	17	1,9
Total	5.396	23,9	3.246	22,3	1.573	29,2	276	17,4	207	34,7	94	23,3

Fonte: Elaborado pela autora (2024). Os bairros apresentados na tabela apresentaram frequência maior ou igual a 3,0% dos atendimentos realizados pelo SAMU/CISDESTE, os demais não foram tabelados por apresentarem frequência de atendimento inferior a 3,0%.

Figura 6 – Bairros do município de Juiz de Fora/MG que apresentaram maiores prevalências de atendimentos do SAMU/CISDESTE no período de outubro de 2022 a setembro de 2023.



Fonte: Elaborado pela própria autora (2025).

Em relação a participação dos outros serviços que integram a RUE e, o apoio destes ao serviço móvel pré-hospitalar, o Hospital de Pronto Socorro (HPS) foi a unidade de saúde que mais recepcionou usuários socorridos pelo SAMU/CISDESTE (17,6%), seguido da UPA Norte (9,6%) e do Hospital Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ) (8,1%).

Quando comparados a natureza do atendimento com os serviços de saúde no qual os pacientes foram encaminhados, os resultados demonstram que para os atendimentos de natureza clínica ($n=14.596$), a Unidade de Urgência Regional Leste (10,9%) e a UPA Norte (10,4%), foram os principais serviços de saúde responsáveis por recepcionar as vítimas atendidas pelo SAMU/CISDESTE. Para os atendimentos de natureza traumática ($n=5.381$), o HPS foi o principal destino dos pacientes atendidos (40,5%), seguido do HMTJ (12,2%) e da UPA Norte (10,7%).

Em relação aos atendimentos de natureza psiquiátrica ($n=1.574$), o HPS atendeu 53,0% das ocorrências atendidas pelo SAMU/CISDESTE.

Dentre os atendimentos ginecológicos/obstétricos (n=598), o HMTJ foi responsável por 39,0% dos destinos dos pacientes, enquanto a Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora e o Hospital Regional Doutor João Penido (HRJP) foram responsáveis por 21,4% e 15,2% respectivamente. Já os usuários sob atendimentos de natureza pediátrica (n= 361) foram mais recepcionados pelo Pronto Atendimento Infantil (PAI) (24,7%), seguido do HRJP (12,5%) e do HMTJ (11,4%).

DISCUSSÃO

O predomínio do sexo masculino nos atendimentos com deslocamento de viaturas do SAMU/CISDESTE corrobora com estudos realizados no estado de Santa Catarina¹³ e no estado do Tocantins¹⁴ e pode se justificar ao fato dos homens se mostrarem mais resistentes em procurar atendimento médico quando acometidos por um agravo à saúde^{13,14}.

Devido a uma participação reduzida nas ações de prevenção e promoção à saúde oferecidas pela APS, os homens tornam-se uma população que tendem a buscar os serviços de urgência e emergência com mais frequência, seja pelo acometimento de doenças agudas ou pela agudização de doenças crônicas. Outro fator, é a maior exposição dos homens a atividades recreativas e econômicas, além da violência urbana, ao uso de drogas, aos acidentes de trânsito e a outros fatores relacionados a questões culturais e sociais^{13,14,15}, o que favorece a maior frequência de atendimentos relacionado a natureza traumática^{9,16}.

A prevalência da população idosa entre os atendimentos do SAMU está relacionada com as mudanças na pirâmide etária do Brasil, pois o envelhecimento populacional aumenta a probabilidade do desenvolvimento de comorbidades com predomínio de doenças crônicas não transmissíveis^{14,15,16}. As mulheres por possuírem uma expectativa de vida superior aos homens justifica o fato de serem mais atendidas devido a motivos de natureza clínica¹⁷.

A predominância dos atendimentos clínicos, seguidos dos atendimentos traumáticos, também foram encontradas em um estudo realizado em diferentes regiões brasileiras¹⁸.

A grande representatividade do motivo de atendimento caracterizado como “Outros” indica que há uma necessidade de melhoria no registro dos dados referente a esta variável. O estudo de Correia *et al.*¹⁹ sobre a completitude dos dados nos

Sistemas de Informação em Saúde no Brasil identificou inadequações estruturais nos instrumentos de coleta de dados, além da carência de treinamento dos profissionais quanto à coleta dos dados e às atualizações dos sistemas, resultando em inconsistências de padronização e na ausência de informações completas, o que compromete a análise dos dados e consequentemente a tomada de decisões no âmbito das políticas e do cuidado em saúde.

Dentre as ocorrências de natureza clínica, a crise convulsiva foi o motivo mais prevalente, corroborando com alguns estudos^{15,20}. Assim como em adultos, grande parte das crianças foram atendidas por este motivo o que corrobora com outro estudo que avaliou os atendimentos do SAMU na assistência pediátrica em um município da Bahia²⁰.

A crise convulsiva é um conjunto de condições neurológicas que causam descargas elétricas excessivas e anormais no cérebro, sendo sua etiologia relacionada a diversos fatores. O sexo masculino é mais acometido por esta causa, por serem mais propensos a exposições a traumatismos cranianos e ao uso de álcool e drogas, além de apresentarem menor adesão ao acompanhamento preventivo. Nas crianças, as convulsões são desencadeadas principalmente pelos processos febris^{21,22}.

Por ser uma condição de natureza inesperada e impactante para quem a observa, as crises convulsivas frequentemente levam ao acionamento imediato do SAMU, mesmo em situações que não configuram uma emergência médica^{22,23}. Neste estudo, foi possível observar que a maioria dos atendimentos destinados a crise convulsiva foram classificados pelo SAMU/CISDESTE como atendimentos pouco urgentes.

De acordo com Ministério da Saúde²³ as indicações para o encaminhamento a um serviço de urgência e emergência são necessárias quando houver sinais de traumatismo crânio-encefálico, em casos de crises prolongadas ou quando medidas de controle para as crises agudas não puderem ser realizadas ou forem ineficazes.

A APS possui a capacidade de realizar o primeiro atendimento aos pacientes em situações de urgência e emergência de baixa complexidade, acolhendo demandas espontâneas e quando necessário, realiza a transferência ou encaminhamento para outros níveis de assistência. Nesta perspectiva, a APS tem um papel fundamental na capacitação da população sobre o manejo das crises convulsivas, como por exemplo, na orientação de como posicionar a pessoa em segurança e a não introdução de

objetos na boca, além de fornecer a continuidade do tratamento e o controle da convulsão, uma vez que reincidências podem causar danos irreversíveis e deixar sequelas graves nos pacientes²⁴.

Nas principais queixas traumáticas, a queda da própria altura, mais prevalente em idosos, e os acidentes de trânsito, mais prevalente em homens e adultos jovens, foram os principais motivos de atendimento do SAMU/CISDESTE, corroborando com o estudo realizado em Botucatu/SP²⁰.

A queda da própria altura em idosos são decorrentes de alterações fisiológicas relacionadas ao processo de envelhecimento, no qual há uma diminuição da massa muscular, o enfraquecimento dos ossos e a diminuição da acuidade visual. O surgimento de agravos à saúde que comprometem a capacidade física do idoso pode acarretar efeitos sobre o controle postural e o equilíbrio. O uso de polifármacos também favorece os episódios de queda, pois aumentam as chances de interações medicamentosas e o surgimento de efeitos adversos como a diminuição da função motora, fraqueza muscular, fadiga, vertigens ou hipotensão postural. Fatores extrínsecos, como circunstâncias sociais e ambientais também estão associados a queda da própria altura em idosos¹⁷.

Ações educativas na APS para a prevenção de quedas, com estímulos voltados a atividades físicas no intuito de fortalecer a musculatura, aumentar a flexibilidade muscular e melhorar o equilíbrio e a marcha do idoso, juntamente com orientações a respeito de adequações ambientais dentro do domicílio e o acompanhamento sistemático do uso de medicamentos, podem favorecer a redução deste evento e consequentemente reduzir os custos de ordem econômica, social e pessoal resultantes de uma internação²⁵.

Com relação aos acidentes de trânsito, a maior exposição da população jovem e masculina apresentou associação positiva à comportamentos sociais e culturais, como por exemplo o fato de tratar o espaço público como propriedade exclusiva, de utilizar o veículo como símbolo de poder, de desobedecer às leis de trânsito e de consumir de bebidas alcóolicas, gerando potenciais gastos públicos devido à internações, reabilitações e despesas previdenciárias^{9,26}.

Neste estudo também foi possível verificar associação positiva entre crianças e acidentes de trânsito. Mesmo com a “Lei da Cadeirinha” vigente no Brasil, um estudo realizado no estado de Minas Gerais²⁷ verificou que a maioria das crianças

atendidas nos serviços de urgência devido a acidentes de trânsito não estavam utilizando o dispositivo de retenção para transporte de crianças.

Dentre as ocorrências psiquiátricas a agitação psicomotora com e sem evidência de violência foram os principais motivos de atendimento pelo serviço pré-hospitalar móvel no município, corroborando com outros estudos realizados em Botucatu/SP e Aracaju/SE ^{20,28}.

A agitação psicomotora é um estado de excitação mental e atividade motora excessiva associada a uma experiência subjetiva de tensão. Dependendo do grau de agitação, os pacientes representam um risco para a integridade física, tanto de outras pessoas, como para si mesmos²⁹, e diante deste fato o SAMU/CISDESTE classificou a maioria dos atendimentos envolvendo agitação psicomotora com potencial violência como atendimentos de urgência.

O SAMU é um ponto de atenção que integra a RUE e a Rede de Atenção Psicossocial e por isso consta nas suas atribuições o cuidado nas urgências psiquiátricas³⁰.

Para Tana, *et al.*³¹ há uma deficiência na APS e na Atenção Especializada, representada pelos Centros de Atenção Psicossocial, uma vez que esses pacientes podem obter um controle do tratamento nesses níveis de atenção, mas que ao necessitarem do atendimento do SAMU são normalmente encaminhadas para a Atenção Terciária que, muitas vezes, não está preparada para atender esse tipo de paciente, resultando em internações. Essa observação, vai ao encontro com os resultados deste estudo, no qual apontou o HPS do município responsável por 53% do destino de ocorrências de natureza psiquiátrica.

A principal causa de atendimentos realizados pelo SAMU/CISDESTE relacionados a natureza ginecológica/obstétrica foram as intercorrências gravídicas, contudo não foi possível identificar quais tipos de sintomas foram incluídos nesta categoria.

Para Michilin, *et al.*³², as intercorrências gravídicas envolvendo contração uterina, perda do tampão mucoso, perda de líquido amniótico e sangramento vaginal são, de maneira geral, situações de baixa complexidade/urgência, e que por isso deveriam ser atendidas nas unidades básicas de saúde em que as gestantes são acompanhadas no pré-natal, e se após examinadas houvesse a necessidade de encaminhamento para um serviço de referência, o SAMU deveria ser acionado, contribuindo para redução da sobrecarga deste serviço e o fortalecimento da RAS.

Esta demanda classificada como não pertinente por Michilin, *et al.*³², vai ao encontro com os achados deste estudo, uma vez que a equipe do SAMU/CISDESTE classificou esta causa como pouco urgente.

A Rede Cegonha, assim como a RUE, é uma rede temática prioritária do SUS e o SAMU é o componente logístico responsável pelo atendimento e transporte seguro das gestantes, puérperas e recém-nascidos em situações de urgências³³.

Outro estudo destacou que a procura das gestantes pelo serviço do SAMU está associada ao fato de saberem que serão transportadas até um hospital/maternidade, onde terão um atendimento mais especializado. Isso ocorre devido aos sentimentos de insegurança, ao desconhecimento e aos mitos que rodeiam o período gestacional, e em alguns casos devido a não obtenção de informações claras e objetivas sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto e de contrações de Braxton-Hicks durante o acompanhamento pré-natal. Porém a procura pelo serviço móvel de urgência gera a superlotação dos serviços hospitalares e das linhas e frotas do serviço pré-hospitalar móvel³⁴.

Quanto ao desfecho dos atendimentos, a maioria dos pacientes foram encaminhados para uma unidade de saúde, corroborando com outros autores^{14,35}.

Apesar do baixo percentual de óbitos registrados, eles acontecem devido à gravidade do paciente, uma vez que os atendimentos classificados como “emergência” e “muito urgente” foram associados aos óbitos. A falta de conhecimento da população sobre a possibilidade de reverter o quadro clínico, o atraso na chegada da ambulância e o acionamento tardio dos serviços de emergência são outros fatores que contribuem para a constatação do óbito no atendimento realizado pelo SAMU³⁵.

Em relação as unidades de transporte utilizadas para o atendimento às vítimas, as USB foram responsáveis pela maior parte dos atendimentos, corroborando com os estudos de Almeida, *et al.*²⁰ e Derenzo, *et al.*¹⁶. Já as USA foram mais acionadas em transportes inter-hospitalares, uma vez que são utilizadas no atendimento de pacientes em situações de risco iminente de vida que exigem equipamentos mais sofisticados e cuidados médicos, assim como em transferências de pacientes entre unidades hospitalares¹⁶.

Em 2024, a prefeitura de Juiz de Fora implementou o horário estendido (07 às 19h) em grande parte das UBS do município, além do funcionamento de algumas UBS aos sábados (07 às 12h)³⁶. Essa medida tem como objetivo proporcionar maior flexibilidade de atendimento à população, reduzir os custos dos outros níveis de

atenção, diminuir o tempo de espera nas UPA 24h e nos serviços de emergência hospitalar, além de fortalecer a APS³⁷. Dessa forma, estudos futuros são necessários para avaliar a efetividade da implantação dessa medida, principalmente no que se refere ao fortalecimento da APS em relação RUE e o impacto na demanda do SAMU/CISDESTE.

O Bairro Centro foi responsável pela maior parte dos atendimentos do SAMU/CISDESTE. Isso se deve ao fato de ser um local com grande fluxo de veículos e pedestres, além de concentrar grande parte do comércio local. O bairro abriga diversas escolas e está próximo a regiões que contam com parte da rede hospitalar do município^{14,26}, além de ocupar a quarta posição entre os bairros mais populosos³⁸. A prevalência de atendimentos relacionados aos bairros subsequentes ao Centro se justifica ao fato de serem os três bairros mais populosos de Juiz de Fora³⁸.

Tanto o bairro Centro quanto os demais possuem cobertura, seja total ou parcial, da APS com atuação, em sua maioria, de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF)^{36,39}. Isso possibilita uma atuação mais efetiva deste nível de atenção voltada para urgência e emergência de baixa complexidade⁸ nessas localidades, considerando que parte dos motivos mais prevalentes atendidos pelo SAMU/CISDESTE referentes a cada tipo de natureza do atendimento foram associados a atendimentos pouco urgentes e/ou não urgentes. Análises espaciais poderão ser realizadas para avaliar a distribuição dos atendimentos do SAMU/CISDESTE em todo o território do município.

Todas as unidades de saúde para as quais os pacientes foram encaminhados prestam assistência à população por demanda espontânea e/ou referenciada pelo SAMU/CISDESTE e compõem a RUE do município³⁷.

As unidades hospitalares foram que mais receberam pacientes, com destaque para o HPS do município, seguidos das UPA 24 h, corroborando com o estudo de Almeida, *et al.*²⁰ realizado em Botucatu/SP.

Ao relacionar a natureza do atendimento com as unidades de saúde de destino dos pacientes, notou-se que a Unidade de Urgência Regional Leste foi a principal porta de entrada para atendimentos clínicos referenciada pelo SAMU/CISDESTE, uma vez que é referência para atendimentos médicos nas especialidades de clínica médica nos diversos níveis de assistência. O HPS concentrou a maioria dos atendimentos traumáticos e psiquiátricos, por ser um hospital de vocação para politraumas e referência em atendimentos de urgências psiquiátricas. O HMTJ e a

Santa Casa de Misericórdia são responsáveis por atendimentos a gestantes de baixo risco e de alto risco respectivamente. Já o Pronto Atendimento Infantil, referência em urgências pediátricas, foi a principal unidade de destino para esse tipo de atendimento, evidenciando um fluxo assistencial de urgência e emergência no município.³⁷

As principais limitações deste estudo envolvem o uso de dados secundários, que estão sujeitos a erros de digitação, informações incompletas ou ausentes, o que resultou na perda de cerca de 6% dos dados. A falta de padronização no preenchimento de informações representa uma fragilidade significativa, uma vez que 20,4% dos motivos de atendimentos foram classificados como “Outros”, limitando a interpretação dos achados. Portanto, o preenchimento adequado das informações é essencial para garantir a precisão das análises e subsidiar a elaboração de políticas públicas de saúde mais eficazes e direcionadas às reais necessidades da população.

CONCLUSÃO

Caracterizar os atendimentos do serviço móvel pré-hospitalar do município é fundamental para integrar os componentes da RUE e fortalecer a APS. A promoção de ações direcionadas a realidade local, aliada à qualificação dos profissionais atuantes na ESF para lidar com situações de urgência de baixa complexidade e, portanto, não pertinentes ao SAMU/CISDESTE, contribuirá para redução da demanda dos serviços de urgência e emergência. Além disso, garantirá a integralidade do cuidado por meio do uso adequado dos níveis de atenção à saúde, promovendo maior equidade no acesso e o funcionamento mais efetivo da RAS.

REFERÊNCIAS

- 1.Carret MLV, Fassa, AG, Domingues, MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad de Saúde Pública*. 2009;25:7-28.
- 2.O'Dwyer G, Mattos RA. O SAMU, a Regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. *Physis*. 2012;22:141-60.
- 3.Tofani LFN, Furtado LAC, Andreazza R, Nasser MA, Bizetto OF, Chioro A. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências em cena: contingências e produção de cuidado. *Saúde em Debate*. 2022;46(134):761–76.

4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União 2003; 29 nov.
5. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, De Almeida PF, Martins CL, Mota PHDS, et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: Managers' and users' perspective. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2017;22(4):1141–54.
6. Mendes EV. *Desafios dos SUS*. 1ª ed. Brasília. 2019.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2011; 7 jul.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS; 2013.
9. Battisti GR, Branco A, Caregnato RCA, Oliveira MMCD. Perfil de atendimento e satisfação dos usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40:e20180431
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União 2012; 21 mai.
11. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Macedo C, Lopes MGM. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(7):e00043716.
12. Cisdeste [Internet]. Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste. Área de atuação. [acessado em 4 de outubro de 2023]. Disponível em: <http://www.cisdeste.saude.mg.gov.br/>.
13. Cunha KP, Nadas Gb, Ceretta LB, Tomasi CD, Tuon L. Caracterização do SAMU em Santa Catarina. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2021;50(2):2-14.
14. Campiol NL, Da Silva TP, Lima GM, Pegoraro F, Gomes STM. Perfil Dos atendimentos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Município de Gurupi, Tocantins. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*. 2023;27(8):4214–29.
15. Chevonik IE, Marcondes L, Silva JC da, Cordeiro TLR, Albuquerque GM. Perfil dos atendimentos das unidades de suporte avançado do SAMU regional metropolitano do Paraná. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 31 de julho de 2021;13(7):e8136.

16. Derenzo N, Miranda DJC de, Silva SLP da, Neves IF, Mendonça RR, Salvador DLVF, Christinelli HCB, Stevanato KP. Profile of urgent and emergency care in a northwestern Paraná base. *RSD*. 2021;10(5):e14010514859.
17. Esteves BB, Pinheiro FS, Carvalho GR, Renó LF, Dornela LL, Dias AMN, et al. Incidência de acidentes com idosos atendidos pelo SAMU em Juiz de Fora/MG. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021;4(2):8725–43.
18. Zucatti PB, Lima MADS, Pai DD, Souza LM, Hoffmann CC. Características do atendimento prestado pelo serviço de atendimento móvel de urgência em diferentes regiões brasileiras. *Rev Fun Care Online*. 2021;13:790-795.
19. Correia LO dos S, Padilha BM, Vasconcelos SML. Métodos para avaliar a completitude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2014;19(11):4467–78.
20. Almeida PMV, Dell'Acqua MCQ, Cyrino CMS, Juliani CMCM, Palhares V de C, Pavelqueires S. Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. *Escola Anna Nery*. 2016;20(2):289–295.
21. Costa PC, Miranda JOF, Souza KAO. Assistência pré-hospitalar pediátrica realizada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). *Rev Fund Care Online* 2013;5(4):614–21.
22. Bezerra ALA, Bezerra DS, Júnior IJAM; Veloso JÁ de P. Epilepsia na emergência: uma revisão integrativa. *Anais I Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde*; 15 a 17 de junho de 2016, Campina Grande/PB. Brasil; 2016.
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília:MS; 2013.
24. Luz MF da, Soares ASB, Vianna TC, Silva QO, Cancian PD, Argentino S, Agrizzi LM, Araújo PX de, Nascimento LCP, Sabbá A da CS. O manejo da epilepsia na atenção primária à saúde. *REAS*. 2024;24(10):e16952.
25. Lima RS, Campos MLP. Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011;45(3):659–664.
26. Mendonça MFS de, Silva AP de SC, Castro CCL de. Análise espacial dos acidentes de trânsito urbano atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: um recorte no espaço e no tempo. *Rev bras epidemiol*. 2017;20(4):727-41.
27. Romero, HSP, Rezende EM, Martins EF. Mortalidade por causas externas em crianças de um a nove anos. *REME Rev Min Enferm*. 2017;20 (1):e958.
28. Martins M de CV, Santos VT de G, Barbosa L V, Corrêa CRG, Guedes SAG. Perfil dos atendimentos psiquiátricos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel

de Urgência, Aracaju, janeiro/2010 a fevereiro/2011. *Interfaces Científicas - Saúde E Ambiente*. 2012;1(1):31–39.

29. Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Ben CM. Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Braz J Psychiatry*. 2010Oct;32:S96–103.

30. Almeida AB, Nascimento ERP do, Rodrigues J, Zeferino MT, Souza AIJ de, Hermida PMV. Mobile emergency medical services in the psychological crisis and the psychosocial paradigm. *Texto contexto - enferm*. 2015;24(4):1035–43.

31. Tana DB, Lopes SC, Boone DL, Costa TMT, Cortes MCS, Freitas ED de, Alves WA. Caracterização dos atendimentos clínicos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2020;18(1):11-5.

32. Michili NS, Jensen R, Jamas MT, Pavelqueires S, Parada CMG de. Análise dos atendimentos obstétricos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(4):669-75.

33. Giovanni M. Rede Cegonha: da concepção à implantação. [Trabalho de conclusão de curso-Especialização em Gestão Pública]. Escola Nacional de Administração Pública; 2013.

34. Freitas VCA de, Quirino G da S, Giesta RP, Pinheiro AKB. Clinical and obstetric situation of pregnant women who require prehospital emergency care. *Rev Bras Enferm*. 2020;73:e20190058.

35. Hora RS, Paiva EF de, Sampaio ES, Oliveira JA de, Souza VR dos S, Brandão PC. Caracterização do atendimento do serviço de atendimento Móvel de urgência (SAMU) às emergências clínicas. *Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1256

36. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta de estabelecimento [Internet]. [acessado 2025 jan 30]. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>

37. Prefeitura de Juiz de Fora. Subsecretaria de Planejamento, Gestão Integrada e Participativa. Plano de Saúde Municipal Participativo 2022-2025. Juiz de Fora:SS; 2021.

38. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Censo demográfico 2022 [acessado 2025 jan 15]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html>

39. Prefeitura de Juiz de Fora. Portaria nº 2400 – SS. Reorganiza as áreas de abrangência das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), no município de Juiz de Fora e dá outras providências. Diário Oficial Eletrônico do município De Juiz De Fora 2015; 9 dez.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer as características de atendimentos do SAMU 192/CISDESTE é fundamental para analisar a efetiva integração dos componentes da Rede de Urgência e Emergência e fortalecer a Atenção Primária à Saúde. A implementação de estratégias adaptadas à realidade local, juntamente com a capacitação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família para manejar situações de urgências de baixa complexidade, e que não se enquadram como demandas do serviço móvel pré-hospitalar, contribui para queda da sobrecarga dos serviços de urgência e emergência do município, otimiza recursos e favorece a integralidade do cuidado ao garantir o encaminhamento adequado dos usuários nos diferentes níveis de atenção à saúde, promovendo um acesso mais equitativo e um funcionamento mais efetivo da proposta de organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde.

Dessa forma, estudos futuros que analisem a implantação do horário estendido das unidades básicas de saúde são necessários para avaliar a efetividade da implantação dessa medida, principalmente no que se refere ao fortalecimento da Atenção Primária a Saúde em relação RUE e o impacto na demanda do SAMU 192/CISDESTE. Análises espaciais podem ser realizadas para melhor avaliar a distribuição dos atendimentos do SAMU 192/CISDESTE em todo o território do município. Sugere-se, também, a análise das características do atendimento do SAMU 192/CISDESTE nos demais municípios de sua área de abrangência o que possibilitará estudos comparativos e da efetividade do SAMU regional. Além disso, estudos avaliativos sob a perspectiva dos usuários também se mostram relevantes, possibilitando uma compreensão mais ampla da qualidade dos serviços prestados.

Diante do exposto, é fundamental reconhecer a Unidade Básica de Saúde como a porta preferencial de acesso para o sistema público de saúde valorizando, inclusive, o seu papel na resolução de demandas imediatas, principalmente, como um meio estratégico para ações de promoção e educação em saúde e prevenção de doenças. É necessário romper com a cultura de realização de chamados e procura pelos serviços de saúde somente em situações de urgência, recorrendo ao SAMU como simples meio de transporte para níveis mais avançados de atendimento. Incentivar a população a utilizar a UBS de forma contínua e preventiva fortalece o cuidado integral, promove qualidade de vida e contribui para a eficiência do sistema de saúde como um todo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. de *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. s. 1, p. 244–260, set. 2018.

ASSIS, A. C. P. **Governança do componente pré-hospitalar móvel da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) em uma Região de Saúde no estado do Paraná**. 2018. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

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

BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília: Ministério da Saúde. 60p.: il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20), 2001

BRASIL. **Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002**. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Conceitos de ética médica ligada ao APH. Brasília: Ministério da Saúde, 2002

BRASIL. **Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. **Portaria nº 1864, de 29 de setembro de 2003**. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. **Decreto nº 5055, de 27 de abril de 2004**. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

BRASIL. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Portaria nº 1010, de 21 de maio de 2012.** Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde., 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação Geral de Urgência e Emergência. **Programa Mínimo para Implantação das Motolâncias na Rede SAMU 192.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

CABRAL, A. P. de S., SOUZA, W. V. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Rev Bras Epidemiol**, v. 11, n. 4, p. 530-40, dez., 2008.

CARRET, M. L. V., FASSA, A. G., DOMINGUES, M. R. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.1, p. 7-28, jan., 2009.

CICONET, R.M. **Tempo resposta de um serviço de atendimento móvel de urgência.** Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, 2015.

CRISPIM, S. F. **Conhecimento teórico de profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família sobre condutas em urgência e emergência.** Dissertação (Mestrado) -Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2016.

CISDESTE. Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste. Instituído em 2013. Disponível em: <<http://www.cisdeste.com.br>>. Acesso em: 04 out. 2023.

COGO, S. B. *et al.* Perfil dos atendimentos de um serviço móvel de urgência e emergência de uma universidade federal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Ouro Fino, v. 12, n. 11, p. e 4655, nov., 2020.

D'AGUIAR, J.M.M. **O Programa Saúde da Família no Brasil. A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) ENSP, Fiocruz. Rio de Janeiro. 2001.

DINARDI, M. M. **SAMU de Ribeirão Preto: avaliação do processo da transição de sua abrangência municipal para a cobertura regional e seus impactos.** Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão em Organizações de Saúde) USP. São Paulo. 2017.

QUICK DOLL, S. C. *et al.* Qualidade dos componentes pré-hospitalares fixos da Rede de Urgência e Emergência no Brasil: um estudo a partir de dados do PMAQ-AB e PNASS. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 38, n. 8, 2022.

FEIJÓ, V. B. E. R., *et al.* Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p.627-636, jul - set., 2015.

FILHO, H. L. A. F, *et al.* Tempo-resposta no Serviço de Atendimento Médico de Urgência (Samu – 192). **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, v. 17, n. 49, p. 173–183, 2022.

FLEXA, R. G. C., BARBASTEFANO, R. G. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 325–338, jan. 2020.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Prefeitura de Franca. **Protocolo Operacional Padrão**, São Paulo, mar., 2012.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783–794, maio 2009.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, abr. 2020.

GIOVANELLA, L. *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 26, s. 1, p. 2543-2556, 2021.

GUIMARÃES, C. F., *et al.* Corpos empilhados, descontos e parcerias: intersecções entre Atenção Básica e rede de urgência no Rio Grande do Sul, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. v. 28, p. e230314, 2024.

INDRUCZAKI, N. S., *et al.* Conflitos entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 28:e 50078, 2020.

JORGE, A. O., *et al.* Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 125-145, out., 2014.

JUIZ DE FORA. **Portaria nº 2400 – SS**, 09 de dezembro de 2015. Reorganiza as áreas de abrangência das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), no município de Juiz de Fora e dá outras providências. Juiz de Fora: Secretaria de Saúde, 2015. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/e_atos/anexos/p2400ss_150349.pdf. Acesso em 11 mai. 2024.

JUIZ DE FORA. Secretaria Municipal de Saúde e Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. **A Estratégia de Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde – PDAPS – Juiz de Fora**. Prefeitura de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2014. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano_diretor/docs/implantacao.pdf. Acesso em: 30 jun. 2024.

JUIZ DE FORA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Prefeitura de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2017. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/arquivos/plano-de-saude-2018-2021.pdf>. Acesso em 11 mai. 2024.

JUIZ DE FORA. Subsecretaria de Planejamento, Gestão Integrada e Participativa. **Plano de Saúde Municipal Participativo 2022-2025**. Prefeitura de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2021. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/instrumento-planejamento/arquivos/plano-municipal-de-saude-2022-2025.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2024.

JUIZ DE FORA. **Portaria Conjunta nº 95 - SRH/SS, de 02 de fevereiro de 2024**. Dispõe sobre a regulamentação da jornada de trabalho dos servidores integrantes das equipes da Estratégia de Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Juiz de Fora. Juiz de Fora: Prefeitura de Juiz de Fora, 2024. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/e_atos/e_atos_vis.php?id=114880. Acesso 11 mai. 2024.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 59, p. 879–892, out. 2016.

LUI, L., SCHABBACH, L. M. e NORA, C. R. D. Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: o papel dos consórcios intermunicipais. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 25, n. 12, 2020.

MACHADO, C. V., SALVADOR, F. G. F., O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Análise da Política Brasileira. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 3 p. 519-28, 2011

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate [online]**. 2018, v. 42, n. s.1, p. 18-37, 2018.

MALVESTIO, M. A. A., *et al.* Enfermagem em práticas avançadas no atendimento pré-hospitalar: oportunidade de ampliação do acesso no Brasil. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 6, p. 157-164, 2019.

MALVESTIO, M. A. A., SOUSA, R. M. C. Desigualdade na atenção pré-hospitalar no Brasil: análise da eficiência e suficiência da cobertura do SAMU 192. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.27, n. 7, p. 2921-2934, jul. 2022.

MATA, K. S. S. Entraves no atendimento pré-hospitalar do SAMU: percepção dos enfermeiros. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 12, n. 8, p. 2137-45, Recife, ago., 2018.

MENDES, E. V. **Desafios dos SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2019.

MENEZES, E. L. C. de et al. Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 4, p. 888–903, out. 2017.

MINAS GERAIS. **Resolução SES/MG nº 7.611, de 21 de julho de 2021**. Estabelece as diretrizes e regras gerais do Componente SAMU-192 da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais Diário do Executivo, 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **CIS MG- Consórcios Intermunicipais de Saúde: Histórico de ações relacionadas aos consórcios de saúde em Minas Gerais**. Minas Gerais. Belo Horizonte, 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS)**. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/consorcios>. Atualização em: 11/01/2024. Acesso em: 21 jan. 2024.

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

O'DWYER, G., MATTOS, R. A. O SAMU, a Regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 141-160, 2012.

O'DWYER, G. et al. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, p. e00043716, 2017.

ORTIGA, A. M. B., et al. Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 12, p. e00176714, 2016.

PADILHA, A. R. S., et al. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 579-593, jul-set., 2018.

PEITER, C. C. et al. Healthcare networks: trends of knowledge development in Brazil. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 1, p. e20180214, 2019.

RADEL, M. E., SHIMIZU, H.E. Análise da implantação do Componente Hospitalar na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. **Saúde em Debate [online]**. v. 47, n. 136, p. 39-55., 2023.

RAJÃO F.L., MARTINS M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p.1863-1876, 2020.

SHARPE, D. Your Chi-Square Test is Statistically Significant: Now What? **Practical Assessment, Research & Evaluation**, v.20, n. 8, abril, 2015.

SILVA, K. L. *et al.* Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da Atenção Domiciliar. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 22, n. 4, 2017.

SOUZA, M. P., *et al.* Tendência de atendimentos por causas externas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Acta Paul Enferm**, v.35, e:APE01886, 2022.
STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, p. 726, 2002

TEIXEIRA, A. A. de S. *et al.* Atualização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências da Região de Saúde de Fortaleza no Estado do Ceará. In: Anais do 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Salvador. **Anais eletrônicos**, Campinas, 2022. Disponível em: <<https://proceedings.science/abrascao-2022/trabalhos/atualizacao-da-rede-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias-da-regiao-de-saude-de?lang=pt-br>> Acesso em: 14 Jul. 2024.

TIBÃES, H. B. B., *et al.* A construção histórica de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: da concepção à regionalização. **Rev enferm UFPE on line**, v.11, s.9, p.3596-606. Recife, set., 2017.

TOFANI, L. F. N., *et al.* Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 26, n. 10, p. 4769-4782, 2021.

TOFANI, L. F. N., *et al.* A Rede de Atenção às Urgências e Emergências em cena: contingências e produção de cuidado. **Saúde em Debate**, Rio De Janeiro, v. 46, n. 134, p. 761-776, jul-set., 2022.

TOFANI, L. F. N., *et al.* A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade [online]**. v. 32, n. 1, 2023.

VIEIRA, R. C. P. *et al.* Avaliação do Impacto da Implantação de um Sistema de Ambulância Pré-Hospitalar sobre Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio em um País em Desenvolvimento. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 119, n. 5, p. 756–763, nov. 2022.

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Caracterização dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Regional Móvel de Urgência - CISDESTE no município de Juiz de Fora/MG e sua relação com a Atenção Primária à Saúde e a lógica das Redes de Atenção à Saúde.

Pesquisador: Mariana da Fonseca Pereira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 77315524.5.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.805.284

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas neste campo e nos campos abaixo foram retiradas do arquivo "Informações Básicas do Projeto". "Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo e de abordagem quantitativa para a análise das características das demandas do Serviço Regional de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do CISDESTE (Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste no município de Juiz de Fora, MG. O estudo será baseado no levantamento de dados secundários do Sistema de Informações de Atendimento da Central de Regulação de Urgência do SAMU 192/CISDESTE no período de outubro de 2022 a outubro de 2023".

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário: Avaliar as características das demandas do SAMU192/CISDESTE no município de Juiz de Fora/MG buscando identificar o funcionamento efetivo da Rede de Atenção à Saúde do município, especialmente em relação com a Atenção Primária à Saúde, no período de outubro de 2022 a outubro de 2023. Objetivo Secundário: Caracterizar o tipo e o motivo do atendimento solicitado pelos participantes originários do município de Juiz de Fora/MG, assim como o tempo de resposta do SAMU 192/ CISDESTE. Identificar o tipo de ambulância recrutada para o atendimento e sua relação com o protocolo de classificação de

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

CEP: 36.036-900

E-mail: cep.propp@ufjf.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 6.805.284

risco adotado pelo SAMU 192/CISDESTE. Analisar a situação do atendimento (inter-hospitalar ou pré-hospitalar), a necessidade de encaminhamento dos participantes para um nível de atenção de maior complexidade e o desfecho. Analisar o perfil sociodemográfico e a causa clínica que originou as solicitações dos participantes originários do município de Juiz de Fora/MG quanto ao atendimento do SAMU 192/CISDESTE. Verificar possíveis associações entre as variáveis selecionadas e o endereço da unidade básica de saúde de referência, assim como os outros serviços que compõem a RAS do município".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos: A pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes, uma vez que serão utilizados dados registrados no Sistema de Informações de Atendimento da Central de Regulação de Urgência do SAMU 192/ CISDESTE, os quais não incluem a identificação nominal ou quaisquer outros dados que possam identificar os participantes, com o intuito de garantir a manutenção do sigilo como o que prevê os termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Benefícios: A análise das demandas do atendimento do SAMU 192/CISDESTE no município de Juiz de Fora/MG irá contribuir para a realização de um diagnóstico situacional de um dos componentes (SAMU) da RUE e sua relação com a RAS do referido município, com o intuito de auxiliar nas discussões junto à gestão municipal na elaboração de estratégias e ações mais adequadas para garantir a integralidade do cuidado por meio do uso adequado e efetivo dos níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), assim como melhor equidade no acesso aos serviços de urgência e emergência".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, apresenta o tipo de estudo, número de participantes, critério de inclusão e exclusão, forma de recrutamento. As referências bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização. O cronograma mostra as diversas etapas da pesquisa, além de mostra que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo CEP. O orçamento lista a relação detalhada dos custos da pesquisa que serão financiados com recursos próprios conforme consta no campo apoio financeiro. A pesquisa proposta está de acordo com as normas definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens IV.6, II.11 e XI.2; e e na Norma Operacional CNS 001 de 2013. Itens: 3.4.1-6, 8, 9, 10 e 11; 3.3 - f; combinadas com o Manual Operacional para CEPS Item: VI - c.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@ufjf.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 6.805.284

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as regulamentações definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE DISPENSA DO TCLE de acordo com a Resolução CNS 466 de 2012, item: IV.8. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com os requisitos definidos no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com o disposto na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecidos na Res. 466/12 CNS e Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: 10/04/2025.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2277934.pdf	02/05/2024 11:27:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_V3.pdf	02/05/2024 11:23:31	Mariana da Fonseca Pereira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	02/02/2024 16:13:59	Mariana da Fonseca Pereira	Aceito
Outros	Declaracao_de_Concordancia_e_Infr	02/02/2024	Mariana da	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@ufjf.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF**



Continuação do Parecer: 6.805.284

Outros	aestrutura.pdf	16:12:59	Fonseca Pereira	Aceito
Outros	Termo_de_sigilo.pdf	27/01/2024 09:52:46	Mariana da Fonseca Pereira	Aceito
Outros	Dispensa_TCLE.pdf	27/01/2024 09:51:58	Mariana da Fonseca Pereira	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Mariana_da_Fonseca_Pereira.pdf	23/01/2024 17:50:05	Mariana da Fonseca Pereira	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Estela_Marcia_Saraiva_Campos.pdf	23/01/2024 17:49:36	Mariana da Fonseca Pereira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 06 de Maio de 2024

Assinado por:

**Patrícia Aparecida Baumgratz de Paula
(Coordenador(a))**

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@ufjf.br