

**O OLHAR DO SAMU-DF PARA AS CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO
PRIMÁRIA NA CAPITAL DO BRASIL
THE SAMU-DF PERSPECTIVE ON CONDITIONS SENSITIVE TO PRIMARY
CARE IN THE CAPITAL OF BRAZIL**

¹ Fabrício Vieira Cavalcante

² Núcio Elvino Mateus Theodório

³ Marcia Regina Pinez Mendes

⁴ Jonas Lotufo Brant

RESUMO

INTRODUÇÃO: As condições sensíveis à atenção primária no ano de 2012 representaram 1.604 (19,6%) das intenções no DF, da mesma maneira impactam sobre os 300 mil acionamentos do Serviço Móvel de Urgência/DF (SAMU) no mesmo ano. As Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), são as doenças que podem ter seu risco de hospitalização diminuído por meio de medidas de promoção e prevenção a saúde na atenção primária, sendo utilizada como um indicador de qualidade e acesso do serviço. Como esse indicador atualmente não é mensurado a partir dos dados do SAMU, resolvi em meu estágio explorar tal relação. **OBJETIVO:** Descrever as ocorrências de CSAP nas regiões do Distrito Federal por meio do SAMU, no período de 2015 e 2016. **MÉTODO:** Estudo descritivo, retrospectivo com a utilização dados secundários do banco de registro de procedimentos e atendimentos do SAU-Sistema de Atendimento de Urgências Distrito Federal para análise das CSAP nos anos de 2015 a 2017. **RESULTADOS:** Dos 480.691 atendimentos realizados pelo SAMU-DF no ano de

¹ Doutorando em Saúde Coletiva (área: Pesquisa Translacional em Saúde Coletiva) pela Universidade de Brasília (UNB). Mestre em Saúde Coletiva (área: Epidemiologia) pela Universidade de Brasília (UNB). Especialista em Fisiologia do Exercício Aplicada à Clínica pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Especialista em Políticas Públicas em Saúde pela Universidade de Brasília (UNB). Especialista em Ciências de Dados e Saúde Digital pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). E-mail: fabricioocavalcante@gmail.com.

² Doutor em Engenharia Biomédica pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC). Mestre em Engenharia Biomédica pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC). Especialista em Ortopedia e Traumatologia pela Universidade do Grande ABC (UniABC). Especialista em Acupuntura pela Faculdade de Tecnologia de Curitiba (FATEC-PR). Bacharel em Fisioterapia pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC). Licenciatura Plena em Educação Física pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC). Licenciatura plena em Biologia pela Faculdade ÚNICA de Ipatinga (FUNIP). E-mail: nucio@hotmail.com.

³ Doutoranda em Educação - FUNIBER - Fundação Universitária Iberoamericana - Universidad Internacional Iberoamericana. Mestre em Educação e Desenvolvimento Humano pela Universidade Estadual de Campinas. Graduada em Fisioterapia pela Universidade Metodista de Piracicaba. Graduanda em Teologia - Bacharelado pelo Centro Universitário Braz Cubas. E-mail: marcia.mendes@modulo.edu.br.

⁴ Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Mestrado em Medicina Veterinária pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Especialista em Processos Educacionais na Saúde com Ênfase na Preceptoria de PRS pela Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês (SBSHSL). Especialista em Gestão Em Saúde pela Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB). Graduado em Medicina Veterinária pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). E-mail: jonas.brant@gmail.com.

2015 e 2016, 8,5% foram classificados como CSAP, quando distribuídos por sexo, 4,7% foram do sexo masculino e 3,7% do sexo feminino. Dentre todas as CSAP as cinco principais morbidades foram: Crise convulsiva 37% vs 40% , Crise Hipertensiva 15% vs 14%, Diabetes 11% vs 9% , Acidente Vascular Encefálico 10% vs 11% e Angina 8% vs 9% nos anos de 2015 e 2016. No sexo feminino, a CSAP com maior morbidade proporcional foi a Crise Convulsiva com 24% vs 28% comparado com o sexo masculino que também teve a Crise Convulsiva 46% vs 51% nos anos de 2015 e 2016, respectivamente. **CONCLUSÕES:** Nota-se um aumento das doenças cerebelares possivelmente por um difícil controle pela atenção primária, além de depender do usuário para sua adesão ao tratamento proposto. Assim, as informações desse trabalho possibilitam que os gestores e profissionais da saúde contribua para a elaboração de ações de vigilância epidemiológica, além de orientações para promoção da saúde, prevenção dos agravos, bem como na elaboração de decisões em equipe. Portanto, o acompanhamento das CSPA é útil na avaliação de indicadores de saúde, além de contribuir para a gestão dos serviços de saúde de cada região para o fortalecimento de estratégias de qualidade do serviço.

Palavras-chave: Atenção primária. SAMU. Percepção.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In 2012, conditions sensitive to primary care accounted for 1,604 (19.6%) of emergency calls in the Federal District, similarly impacting the 300,000 service calls to the Emergency Mobile Service/DF (SAMU) that year. Conditions Sensitive to Primary Care (CSPC) refer to illnesses with reduced hospitalization risk through health promotion and prevention measures within primary care, serving as a quality and access indicator for healthcare services. Since this indicator is currently not measured based on SAMU data, I decided to explore this relationship during my internship. **OBJECTIVE:** To describe CSPC occurrences within regions of the Federal District via SAMU from 2015 to 2016. **METHOD:** This descriptive, retrospective study utilizes secondary data from the Urgencies and Emergencies Service - DF's database for procedures and attendances to analyze CSPC occurrences between 2015 and 2017. **RESULTS:**** Of the 480,691 calls handled by SAMU-DF in 2015 and 2016, 8.5% were classified as CSPC. When analyzed by gender, 4.7% were male and 3.7% female. Among CSPC, the five primary morbidities included: Seizures (37% vs. 40%), Hypertensive Crisis (15% vs. 14%), Diabetes (11% vs. 9%), Stroke (10% vs. 11%), and Angina (8% vs. 9%) for 2015 and 2016, respectively. Among females, Seizures had the highest morbidity rate (24% vs. 28%), while males also had Seizures as the most common CSPC (46% vs. 51%) in 2015 and 2016. **CONCLUSIONS:**** There is an observable increase in cerebrovascular conditions, possibly due to challenges in primary care management and patient adherence to prescribed treatments. This study's findings enable health managers and professionals to develop epidemiological surveillance actions, provide health promotion guidance, prevent adverse conditions, and support collaborative decision-making. Therefore, CSPC monitoring is valuable for health indicator assessments and aids in healthcare service management across regions, strengthening service quality strategies.

Keywords: Primary Care, SAMU, Perception.

1 INTRODUÇÃO

O Atendimento Pré-hospitalar (APH), caracterizado como qualquer assistência feita direta como o envio de uma viatura de suporte básico ou avançado para o local de ocorrência ou indireta como um conselho e orientações fora do meio hospitalar (MINAYO, DESLANDES, 2088), técnicas desenvolvidas e aprimoradas durante o tempo de aplicação (CUNHA et al., 2021). Os modelos desenvolvidos no final dos anos da década de 60 e início de 1970 (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011). Estes moldes foram adotados em todo o mundo (DA SILVA et al., 2010). Dois são mais icônicos, apresentam bons resultados em termos de diminuição da morbidade e mortalidade. O modelo americano “Load and Go” que é a ação da remoção do local (HARGREAVES, 2021) e o modelo francês o modelo “Stay to treat” (ficar para tratar), que adota os procedimentos de forma rápida e precoce da terapêutica no local dando prioridade na estabilização da vítima atendimento sistematizado e rápido ainda no local (DA SILVA et al., 2010, SCARPELINI, 2007).

O modelo francês baseia-se no atendimento precoce da terapêutica, o que é de extrema importância para os atendimentos de urgência, mas quando se refere ao atendimento ao trauma é criticado na demora ao transporte para o lugar definitivo onde ocorrerá o atendimento, já o modelo americano caracteriza-se pela remoção rápida do paciente do local de atendimento para um especializado (SCARPELINI, 2007).

No Brasil o Executivo federal nas atribuições e definições das políticas de saúde no Brasil, identificam quais fatores influenciaram a formulação nacional da política de atenção às urgências e as suas principais características (MINAYO, DESLANDES, 2088). Em 29 de setembro de 2003 entram em vigor duas portarias, a Portaria MS/GM nº 1.863, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), no seu bojo apresentou os componentes do atendimento pré-hospitalar móvel que visa integrar os esforços setoriais no combate aos riscos vigentes (COSTA et al, 2012), e a Portaria MS/ nº 1864 GM que implementava o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em municípios e regiões de todo o território brasileiro.

O SAMU tem como objetivo, reduzir o tempo de internação e as sequelas pela falta de socorro imediato e diminuir o número de óbitos (LEITE et al., 2016). Para se atingir os objetivos propostos a infraestrutura básica do local é composta por uma Equipe de Suporte Básico de Vida composto por motoristas e auxiliar ou técnico de enfermagem, sendo essa equipe para cada 100 mil ou 150 mil habitantes (), e uma Equipe de Suporte Avançado de Vida composta por médicos, enfermeiros e motorista para cada 400 mil a 450 mil habitantes (BRASIL, 2003,

DE FREITAS, 2017, LEITE et al., 2023). As equipes de suporte básico atendem a maioria dos atendimentos realizados pelo SAMU, que são de origem: traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental (BRASIL, 2003, DE LIMA, SANTANA NETO, 2021).

Além disso, as urgências podem ser caracterizadas por situações de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, que necessitam de atendimento imediato no menor tempo possível (ALVIM et al., 2024). Enquanto uma situação de emergência é caracterizada como um sofrimento intenso, probabilidade de lesão permanente e risco à vida (DE MOURA et al., 2014, DA MOTTA, MENA, PIACSEK, 2017, BRASIL, 1995).

O atendimento de emergência é realizado por meio de alguns passos que são: no local do acidente e da comunicação para uma central; logo em seguida a ligação é transferida para o médico responsável que analisa a situação e decide se tem a necessidade da ida de uma ambulância até o local se precisar é decidido o tipo de veículo a ser enviado; quando o socorrista chega ao local verifica-se o estado da vítima e comunica a central e se necessário começa os cuidados; se precisar remover a vítima o socorrista entra em contato com a central que verifica o hospital mais próximo e que esteja com vaga para receber a vítima; a vítima é removida para o hospital ou então liberada (STASIU, 2002, COFEN, 2022). Este tipo de atendimento gera indicadores da qualidade de vida da população e identifica os agravos inusitados à saúde da população ou os agravos recorrentes como: os atropelamentos, problemas respiratórios, dentre outros (CABRAL, 2007, BRASIL, 2006).

Também, dentre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) pode-se destacar a Rede de Atenção às Urgências, com o objetivo de juntar e integrar todos os equipamentos de saúde, difundir e melhorar o acesso humanizado e integral dos usuários em situação de urgência e emergência de forma rápida e adequada com a Portaria nº 4.279/10 (BRASIL, 2010), marco na elaboração de novos mecanismos de financiamento com vistas à operacionalização das RAS (MOREIRA, FERRÉ, ANDRADE, 2017).

O aumento da incidência de acidentes e a mudança nas cidades associada com o rápido crescimento da população intensificado na era capitalista, tem gerado mudanças na transição epidemiológica e demográfica, principalmente quando se aborda os surgimentos de enfermidades associadas às situações de urgência e emergência. Por isso, diversos países têm desenvolvido sistemas e serviços que buscam suprir essa demanda (BRITO, 2007).

No Brasil, grande parte da população busca atendimento nos prontos socorros mesmo com a oferta de serviços na atenção básica, o que acaba caracterizando os hospitais como porta de entrada para o atendimento das necessidades de saúde o que pode ser advindo das

dificuldades de acesso aos serviços básicos, especializados e de apoio diagnóstico (SCARPELINI, 2007).

O SAMU atende em média 76,9% da população brasileira, atuando em 3.052 municípios e no Distrito Federal. O Ministério da Saúde já habilitou, em todo o país, 3.108 unidades móveis, sendo 2.525 unidades de suporte básico e 583 de suporte avançado. Além disso, o Brasil conta com 226 motolâncias, 13 equipes de embarcação e 7 equipes aeromédicas (BRASIL, 2017).

A central de regulação do SAMU-DF é composta por sete regiões de saúde que não tem relação direta com a divisão estabelecida pela secretária de saúde, e são os núcleos onde as ambulâncias são divididas estrategicamente para otimizar o tempo de atendimento. Elas são divididas da seguinte maneira:

Núcleo	Região administrativa
Núcleo 1	Paranoá, Planaltina, Sobradinho e Sobradinho II.
Núcleo 2	Gama e Santa Maria.
Núcleo 3	Águas Claras, Taguatinga e Vicente Pires.
Núcleo 4	Recanto das Emas e Samambaia.
Núcleo 5	Brazlândia e Ceilândia.
Núcleo 6	Cruzeiro, Granja do Torto, Jardim Botânico, Lago Norte, Lago Sul, Noroeste, Plano Piloto, Sudoeste, São Sebastião e Varjão.
Núcleo 7	Candangolândia, Estrutural, Guará I, Guará II, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II.

A central de regulação do SAMU-DF está localizada no Setor de Indústria e Abastecimento- SIA, e a equipe de saúde é composta por: médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e condutores socorristas, esse atendimento é realizado 24 horas por dia atendendo urgências das seguintes naturezas: traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população.

O atendimento é iniciado por ligação gratuita no número 192, que é transferido para uma central de regulação e lá identificado por meio dos técnicos a emergência e as principais

informações para a realização do socorro, em seguida a ligação é transferida para o médico que faz o primeiro atendimento da vítima e realiza o diagnóstico e a partir disso ele determina a ida da ambulância ou orienta a vítima a procurar um serviço de saúde mais próximo. Esse atendimento é realizado em áreas residenciais, comerciais e vias públicas (CABRAL; SOUZA, 2008). Além disso, as CSAP são agravos á saúde que podem ser evitáveis por meio de uma atenção primária oportuna e eficaz, fazendo com que ocorra a diminuição da morbimortalidade.

Essas condições são estudadas baseadas numa lista de CSAP, onde descrevem os eventos que podem evitados parcialmente ou na sua totalidade, por meio de um serviço de saúde efetivo. Mas quando a atenção primária não oferece um serviço de acesso suficiente para a população, ocasiona-se um aumento na demanda dos serviços de média e alta complexidade, gerando no aumento dos custos com os serviços de saúde.

2 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Descrever as ocorrências de Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP) no SAMU nas regiões do Distrito Federal-DF, no período de 2015 a 2016.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Descrever as ocorrências de CSAP, conforme as variáveis de pessoa e tempo e principais causas.
- ❖ Classificar as incidências de CSAP do SAMU no Distrito Federal.

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com dados secundários de domínio público, extraídos do banco de dados Sistema de Atendimento de Urgência (SAU) da Central de Regulação do SAMU-DF para o período de 2015 e 2016.

A consolidação dos dados foi feita no Programa Excel® (Microsoft Office, 2016). A seleção das doenças consideradas como condições sensíveis foram realizadas por dois especialistas em saúde pública para dupla checagem da seleção a saber: hipertensão essencial (CID: L10); asma (CID: J 45-J46); pneumonia (CID: J18.9); diabetes mellitus (CID: E14); insuficiência cardíaca (CID: L50); tuberculose (CID: A15.9); angina (CID: I20); Acidente Vascular Cerebral (CID: I64); crise convulsiva (CID: R56); infecção do trato urinário (CID: N39.0); insuficiência renal crônica (CID: N18).

A análise dos dados foi realizada no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 24) para cálculo da frequência relativa por diagnóstico específico, por sexo e cálculo da incidência de CSAP no Distrito Federal por 100 mil habitantes, considerando estimativa populacional para o ano de 2015 (BRASIL, 2024).

Por se tratar de dados secundários de domínio público, este estudo dispensa aprovação por comitê de ética em pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2016).

4 RESULTADOS

Dos 480.691 atendimentos realizados pelo SAMU-DF no ano de 2015 e 2016, 40.862 (8,5%) foram classificados como CSAP, quando distribuídos por sexo, 22.679 (4,7%) foram do sexo masculino e 18.161 (3,7%) do sexo feminino. De todas essas CSAP a classificação das cinco principais foram: Crise convulsiva (37% vs 40%), Crise Hipertensiva (15% vs 14%), Diabetes (11% vs 9%), Acidente Vascular Encefálico- AVC (10% vs 11%) e Angina (8% vs 9%) nos anos de 2015 e 2016, respectivamente (TABELA 01)

TABELA 01 - Cinco principais Condições Sensíveis a Atenção Primária pelo SAMU-DF, 2015 e 2016

CSAP	2015 n (%)	2016 n (%)
Crise convulsiva	7481 (37)	8276 (40)
Crise Hipertensiva	3026 (15)	2788 (14)
Diabetes	2246 (11)	1873 (9)
AVC	1991 (10)	2240 (11)
Angina	1560 (8)	1860 (9)
TOTAL	20313 (100)	20549 (100)

Fonte: Bando de dados do SAMU-DF, 2017.

As cinco principais condições no sexo feminino com maiores morbidades proporcionais foram: Crise Convulsiva com (24% vs 28%), seguido por Crise Hipertensiva (20% vs 20%), Diabetes (13% vs 10%), AVC (11% vs 12%) e Asma (10% vs 8%), no ano de 2015 e 2016, respectivamente (TABELA 02).

TABELA 02- Morbidade Proporcional no sexo feminino de Condições Sensíveis a Atenção Primária no SAMU-DF, 2015 e 2016

CSAP	2015	2016
	n (%)	n (%)
Angina	715 (8)	946 (10)
Crise Hipertensiva	1762 (20)	1882 (20)
Insuf. Cardíaca Congestiva	113 (1)	141 (1)
Tuberculose	1 (0)	2 (0)
Diabetes	1097 (13)	968 (10)
Infecção do Trato Urinário – ITU	655 (8)	580 (6)
IRC	83 (1)	99 (1)
AVC	928 (11)	1130 (12)
Crise convulsiva	2075 (24)	2617 (28)
Asma	883 (10)	804 (8)
Pneumonia	338 (4)	332 (3)
Total Geral	8660 (100)	9501 (100)

Fonte: Bando de dados do SAMU-DF, 2017

No sexo masculino as principais condições sensíveis com maiores morbidades proporcionais foram: Crise Convulsiva (46% vs 51%), Crise Hipertensiva (11% vs 8%), Diabetes (10% vs 8 %), AVC (9% vs 10%) e Angina (7% vs 8%) no ano de 2015 e 2016, respectivamente (TABELA 03).

TABELA 03 - Morbidade Proporcional no sexo masculino por Condições Sensíveis a Atenção Primária no SAMU-DF, 2015 e 2016

CSAP	2015 n (%)	2016 n (%)
Angina	845 (7)	914 (8)
Crise Hipertensiva	1263 (11)	906 (8)
Insuf. Cardíaca Congestiva	173 (1)	141 (1)
Tuberculose	6 (0,1)	17 (0,1)
Diabetes	1149 (10)	904 (8)
Infecção do Trato Urinário – ITU	399 (3)	293 (3)
IRC	149 (1)	172 (2)
AVC	1061 (9)	1109 (10)
Crise convulsiva 1	5394 (46)	5658 (51)
Asma	737 (6)	563 (5)
Pneumonia	461 (4)	365 (3)
Total Geral	11637 (100)	11042 (100)

Fonte: Bando de dados do SAMU-DF, 2017.

Na tabela a seguir encontra-se as cinco principais incidências de CSAP no ano de 2015 e 2016, chamando a atenção para a diminuição da incidência de Diabetes (81 vs 68) e o aumento dos casos de AVC (72 vs 81) em 2015 e 2016, respectivamente (TABELA 04).

TABELA 04- Classificação das Condições Sensíveis a Atenção Primária e suas respectivas incidências por 100.000 hab.

CSAP – 2015			CSAP- 2016		
1°	Crise convulsiva	271	1°	Crise convulsiva	300
2°	Crise Hipertensiva	110	2°	Crise Hipertensiva	101
3°	Diabetes	81	3°	AVC	81
4°	AVC	72	4°	Diabetes	68
5°	Asma	59	5°	Angina	67
	Total	593		Total	617

População: 2.760.900 por 100.000 habitantes

Fonte: elaboração própria

5 DISCUSSÃO

O estudo evidenciou mudanças na morbidade por CSAP, apontando uma tendência de aumento ou declínio desses casos no período estudado. As discussões a cerca dos fatores que levam aos resultados observados podem estar relacionados com a estrutura, com os processos e a qualidade dos serviços oferecidos pela Atenção Primária- AP (STARFIELD, 2002), que se forte se faz com princípios e atributos sólidos e coerentes, com financiamento potente que prioriza a equidade, com transparência (HARZHEIM et al., 2020). Mesmo em época de pademia, a utilização de métodos de gestão embasados em evidências e apoiados em experiências de sucesso em contexto internacional traz nova luz à APS brasileira, representando inovação para o SUS. Evidenciando um reforçamento na gestão tripartite, ao privilegiar métodos e técnicas cientificamente embasados, pode trazer ao SUS o aumento do acesso e da qualidade, com sustentabilidade financeira (HARZHEIM et al., 2022).

Uma hipótese para essas ocorrências de condições que levam as internações notificadas pelo SAMU-DF pode ser a baixa resolatividade da atenção primária que é a causa de diversos problemas como: falta de acesso e baixa vinculação aos serviços da atenção primária e a preferência dos usuários pela busca de um serviço especializado ou de urgência (ALFRADIQUE et al., 2009). Observados dificuldades semelhantes o executivo nacional apresentou o novo modelo avaliativo para a APS proposto pelo Ministério da Saúde com o intuito de incluir o monitoramento e avaliação na base do processo de financiamento. Além de apresentar, uma ação mais simples, transparente e contínua do que o modelo adotada atualmente, com um conjunto sucinto de indicadores de introdução crescente e complexidade progressiva (SELLERA et al., 2020).

Também, a falta de visitas domiciliares pela Estratégia de Saúde da Família- ESF, a falta das atividades dirigidas á população adstrita, a reorganização dos atendimentos por demanda espontânea e outros obstáculos administrativos, acabam dificultando o acesso dos usuários ao serviço deixando a atenção secundária como a única porta de entrada para o sistema de saúde (BRASIL, 2000). Segundo pesquisa desenvolvida por Kebian e Acioli (2014) em população semelhante ao do estudo, a principal limitador dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde para a realização das visitas domiciliares é a sobrecarga de trabalho na UBSF.

Além disso, teve- se um aumento da morbidade de Crise Hipertensiva que é um problema grave de saúde pública, onde os fatores de identificação e controle são essenciais para a diminuição das complicações entre as quais se encontram a insuficiência cardíaca e as doenças cerebrovasculares Bif et al (2024) corroboram o observado para o aumento da morbidade das

Crises Hipertensivas e pontuam para o preparo dos profissionais da saúde com adoção de um papel importante para minimizar e controlar a hipertensão arterial. Dentre as medidas a mais eficaz e mais complicada é motivar os pacientes para não abandonarem o tratamento (BRASIL, 2006).

Adotando o terceiro lugar na classificação das CSAP a Diabete Mellitus deve estar associada à diminuição da prevenção, do controle e avanços das suas complicações. De Melo Chaves e Gaspar (2024) em uma revisão da literatura puderam observar que estratégias que visam apoiar as políticas públicas na área da saúde são fundamentais para uma mudança no contexto social diante da complexidade do tema Diabete Mellitus, os pesquisadores identificaram a importância da informação e educação em saúde como orientar os indivíduos através de políticas de promoção de saúde, para que sejam capazes de conhecer a doença, a fim de que, cooperando com as medidas de autocuidado e com a prevenção. A AP atua diminuindo os fatores de risco, identificando e tratando os casos que ainda não foram diagnosticados, aumentando os cuidados com os pacientes que já foram diagnosticados, além de prevenir complicações agudas e crônicas (BRASIL, 2006).

Outra morbidade com um impacto significativo foram as doenças Cerebrovasculares como o AVC e complicações advindas delas como a Crise convulsiva. Essas doenças representam a primeira causa de óbito no Brasil no ano de 2008 (BRASIL, 2010). O risco de hospitalização desses usuários, podem ser diminuídos por meio dos cuidados efetivos no tempo correto que ira prevenir o surgimento da doença (SOUZA et al., 2011).

As ocorrências de Asma na amostra analisada podem estar relacionadas ao perfil sociodemográfico, a predisposição genética, tabagismo, dieta, estresse, parto cesariana, diminuição do tempo de aleitamento materno entre outras (SUBBARAO, MANDHANE, SEARS, 2009).

Vale destacar o comportamento das morbidades por pneumonias bacterianas, mesmo esperando-se que não houvesse casos dessa doença por causa do avanço na ESF como um modelo de atenção primária. Estudos evidenciam que os fatores de risco para essa doença são: prematuridade, baixo peso ao nascer, ausência de aleitamento materno e história de pneumonias anteriores (VICTORA, *et al.*, 1994). Recentemente houve uma diminuição para estes casos, observados no período de 2018 a 2021, no estado do Paraná, esta queda geral nas internações por causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde antes e durante a pandemia. As quedas mais expressivas foram nas internações por pneumonias bacterianas, enquanto a menos expressiva foi de doenças relacionadas ao pré-natal e parto. A queda geral indica que a Atenção Primária manteve continuidade do cuidado. Reforça-se a importância de fortalecer a APS, investindo na

expansão, qualificação dos profissionais e superação de fragilidades estruturais para prevenir agravamentos de saúde (DE LIMA SANTOS et al., 2024).

Assim como as outras CSAPs, a Angina instável é uma das doenças cardiovasculares de extrema vigilância pelos profissionais da saúde por sua manifestação clínica apresentar uma grande quantidade de morbimortalidade (ROCHA, 2009). Por fim, as infecções no rim e no trato urinário são doenças com uma alta incidência e que quando não tratadas podem gerar taxas elevadas de morbimortalidade, associado também à situação socioeconômica e a falta de saneamento básico (LENZ, 1994).

Os resultados apresentados também podem ser utilizados para comprovar as mudanças ocorridas desde o início da implementação do PSF, assim como se tem evidenciado na literatura dificuldades de qualificação dos profissionais da saúde, o que gera obstáculos para o acesso à saúde (NOGUEIRA, 2002).

6 EXPERIÊNCIA COM O ESTÁGIO

O estágio realizado na Central de Regulação do SAMU-DF, juntamente com a Gabriely Mota, Laís Monteiro, Marcos, professor Jonas Brant e os preceptores: Rafael Monteiro e Olga Messias me possibilitou colocar na prática conhecimentos teóricos prévios aprendidos ao longo da graduação e a obtenção de novos pela prática dos profissionais envolvidos.

Também, foi possível com esse estágio o aprendizado de novas tecnologias de análise de dados ensinado pelo professor Jonas Brant, como o programa STATA e o Epi Info. Assim como a elaboração de um planejamento de trabalho.

Além disso, pude ver na prática a gestão real de um cenário de prática tão complexo que é o SAMU-DF e com isso saber lidar com problemas do cotidiano do trabalho.

6.1 LIMITAÇÕES ENCONTRADAS

As limitações encontradas no decorrer da elaboração do trabalho foram à classificação das doenças de acordo com o CID 10, visto que no SAMU-DF, os diagnósticos não são classificados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho possibilitou conhecer um pouco mais sobre as CSAP no âmbito do SAMU-DF, e chama a atenção para a identificação do aumento da incidência de doenças imunopreveníveis frente a ação da atenção primária, visto que a imunização é um dos serviços e ações que são amplamente prestados.

O aumento das doenças cerebelares mostradas no estudo, pode ser advinda do difícil controle na atenção primária, além de depender do usuário para sua adesão ao tratamento proposto. Para isso, é necessário o fortalecimento de ações de promoção como ocorre nos programas de Diabetes e Hipertensão, com o objetivo de prevenir complicações.

Além disso, as notificações de CSAP necessitam de atenção dos gestores frente a atuação da atenção primária na solução e prevenção desses casos. Também, foi possível com esse trabalho a troca de conhecimento e o aprendizado de novas tecnologias assim, como o aprendizado do trabalho na prática.

Haja vista, que as informações desse trabalho possibilitam que os gestores e profissionais da saúde contribua para a elaboração de ações de vigilância epidemiológica além de orientações para promoção da saúde, prevenção dos agravos, bem como na elaboração de decisões em equipe. Portanto, o acompanhamento das CSPA é útil na avaliação de indicadores de saúde, além de contribuir para a gestão dos serviços de saúde de cada região para o fortalecimento de estratégias de qualidade do serviço.

RECOMENDAÇÕES

SAMU-DF

- ❖ Produzir relatórios semestrais de CSAP para cada região de saúde, para prevenção dessas doenças e avaliação da atenção primária das respectivas regiões.
- ❖ Construir ferramentas para estratificar os dados por regiões de saúde.
- ❖ Começar a classificar as doenças de acordo com o CID 10 para facilitar o diagnóstico e a busca das informações.

Coordenação da Atenção Primária

- ❖ Realizar cursos e palestras de educação permanente para a população e familiares voltadas para alimentação saudável e atividade física.
- ❖ Maior acompanhamento dos profissionais da saúde para as doenças neurológicas.
- ❖ Acompanhar a diminuição da incidência de CSAP para evitar internações e consequentemente diminuir os gastos com serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Priscila Maschetto Vieira de et al. Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 289-295, 2016.
- ALVIM, H. G.; et al. Enfermagem em urgência e emergência: assistência: inicial no âmbito hospitalar. **Revista Acadêmica Saúde e Educação**, v. 3, n. 01, 2024.
- BEZERRA, Fancimar Nipo. (2013). Estresse ocupacional nos enfermeiros que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência à luz da teoria de Betty Neuman (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PB. 128 f. 2013.
- BIF, Suzana Mioranza et al. CRISES HIPERTENSIVAS: ANÁLISE CRÍTICA DAS CARACTERÍSTICAS E ESTRATÉGIAS DE MANEJO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. **Practices and Theories of Contemporary Medicine**, p. 1, 2024.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1451/95, de 10 março 1995. São Paulo: CFM. 2006. Disponível em: <https://bit.ly/2YJt0BI>. Acesso em abr. 2019.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016. Brasília, DF; 2016 Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> [Acessado em 10 abr 2024].
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), DATASUS. Projeção da população das unidades da Federação por sexo e grupos de idade: 2000-2030. Brasília, DF; Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpopuf.def> [Acessado em 10 set 2024].
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863/GM/MS, de 29 de setembro de 2003, institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Publicada no DOU de 31/12/2010, seção I, página 89. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Regulação médica das urgências. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 126 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: 64 p. 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: 58 p. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2009 : Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretária de Assistência a Saúde, Coordenação de Atenção Básica. **Avaliação da implementação e funcionamento do programa da saúde da família.** Brasília; 2000.

BRASIL. Portaria Nº 1.863/GM de 29 de setembro de 2003. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 6 out. 2003. Disponível em http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3232. [Acessado em 10 de maio de 2006].

BRASIL. Portaria Nº 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 6 out. 2003. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3232. [Acessado em 10 de setembro de 2024].

BRITO, Fausto. **A transição demográfica no contexto internacional.** Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

CABRAL, Amanda Priscila de Santana. Um termômetro do Sistema Único de Saúde-o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192): análise do modelo em uma cidade do nordeste brasileiro [Monografia de Especialização]. **Recife: Fundação Oswaldo Cruz,** 2007.

CABRAL, Amanda Priscila de Santana; SOUZA, Wayner Vieira de. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, p. 530-540, 2008.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 713/2022. Atualiza a norma de atuação dos profissionais de enfermagem no Atendimento Pré-hospitalar (APH) móvel Terrestre e Aquaviário, quer seja na assistência direta, no gerenciamento e/ou na Central de Regulação das Urgências (CRU), em serviços públicos e privados, civis e militares. Brasília: COFEN, 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-713-2022>.: [Acesso em 10 de setembro 2024].

COSTA, Isabel Karolyne Fernandes et al. Conhecimento da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento móvel sobre precaução padrão. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 85-90, 2012.

CUNHA, Karla Pickler et al. Caracterização do SAMU em Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 50, n. 2, p. 02-14, 2021.

DE LIMA SANTOS, Aliny et al. Internações no SUS por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Paraná antes e durante a pandemia de COVID-19. **Saúde e Pesquisa**, v. 17, n. 1, p. e12315-e12315, 2024.

DA MOTTA, Marcia Vieira; MENA, Humberto; PIACSEK, Gabriel. Urgência e Emergência. Os conceitos frente às normas administrativas e legais e suas implicações na clínica médica. **Saúde Ética & Justiça**, v. 22, n. 2, p. 81-94, 2017.

DA SILVA, Elisangelo Aparecido Costa et al. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 571-7, 2010.

DE FREITAS, Indiara Foljarini. Necessidades e expectativas vivenciadas no serviço de atendimento móvel de urgência–SAMU–suporte básico. **Revista de Saúde Dom Alberto**, v. 2, n. 1, 2017.

DE LIMA, Camila Teresa; DE SANTANA NETO, Cezarino Manoel. Desafios na atuação dos enfermeiros no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) na cidade de Surubim-PE. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 4, p. 35893-35911, 2021.

DE MELO, Vanda Nicacio; CHAVES, Anderson Carvalho; GASPARG, Elaine Rodrigues. A incidência da hipertensão e diabetes mellitus junto a população idosa e o papel da política de saúde diante da realidade brasileira. **Revista Eletrônica de Políticas Sociais e Sociedade**, v. 1, n. 3, p. 65-77, 2024.

DE MOURA, Maria do Amparo Alves et al. O papel do enfermeiro no atendimento humanizado de urgência e emergência. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 4, n. 11, p. 10-17, 2014.

HARGREAVES, L. H. Atendimento de emergência pré-hospitalar nos Estados Unidos da América. **Braz J Emerg Medicine**, v. 1, p. 9-13, 2021.

HARZHEIM, Erno et al. Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 02, p. 609-617, 2022.

HARZHEIM, Erno. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1189-1196, 2020.

KEBIAN, Luciana Valadão Alves; ACIOLI, Sonia. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 161-9, 2014.

LEITE, Hilda Dandara Carvalho Santos et al. Risco ocupacional entre profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência-SAMU. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. 3/4, p. 31-35, 2016.

LEITE, Marinês Tambara et al. Atendimento a pessoas idosas em um serviço móvel de urgência: estudo comparativo entre as faixas etárias. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 8, p. 4442-4456, 2023.

LENZ, L. L. Infecção urinária e cateterismo vesical. In: LENZ, L. L. Infecção urinária, 2ª edição. São Paulo: BYK, 1994. cap. 12, p. 132-148.

- MACHADO, Cristiani Vieira; SALVADOR, Fernanda Gonçalves Ferreira; O'DWYER, Gisele. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 519-528, 2011.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 1877-1886, 2008.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 1877-1886, 2008.
- MOREIRA, Laura Monteiro de Castro; FERRÉ, Felipe; ANDRADE, Eli Iola Gurgel. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1245-1256, 2017.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos em saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília**, 36f, 2002.
- SCARPELINI, Sandro. A organização do atendimento às urgências e trauma. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 40, n. 3, p. 315-320, 2007.
- SCARPELINI, Sandro. A organização do atendimento às urgências e trauma. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 40, n. 3, p. 315-320, 2007.
- SELLERA, Paulo Eduardo Guedes et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1401-1412, 2020.
- SOUZA, Leonardo Lemos de; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 765-772, 2011.
- STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
- STASIU, Raquel K.; MALUCELLI, Andréia; DIAS, João S. Sistema de informação e Comunicação para Atendimento Pré-Hospitalar. In: **CBIS'2002. VIII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde**. Natal. 2002.
- SUBBARAO, Padmaja; MANDHANE, Piush J.; SEARS, Malcolm R. Asthma: epidemiology, etiology and risk factors. **Cmaj**, v. 181, n. 9, p. E181-E190, 2009.
- VICTORA, Cesar G. et al. Risk factors for pneumonia among children in a Brazilian metropolitan area. **Pediatrics**, v. 93, n. 6, p. 977-985, 1994.
- ZAPPAROLI, Amanda dos Santos; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, p. 41-46, 2006.