



CÍNTIA FONSECA MARTINS

**PERFIL DO TRABALHO REALIZADO PELO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA EM UM MUNICÍPIO DO
SUL BRASILEIRO**

RIO GRANDE

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**PERFIL DO TRABALHO REALIZADO PELO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA EM UM MUNICÍPIO DO
SUL BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: O Trabalho da Enfermagem /Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Regina Cezar-Vaz

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Clarice Alves Bonow

RIO GRANDE

2017

M379 Martins, Cíntia Fonseca

Perfil do trabalho realizado pelo serviço de atendimento móvel de urgência em um município do sul brasileiro / Cíntia Fonseca Martins – Rio Grande – RS, 2017.

81 f. ; il. color ; 29 cm.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Regina Cezar Vaz

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Clarice Alves Bonow

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2017.

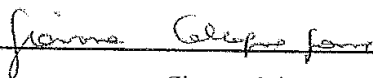
1. Enfermagem 2. Assistência pré-hospitalar 3. Serviço de atendimento móvel de urgência I. Vaz, Marta Regina Cezar II. Bonow, Clarice Alves III. Título

CDU 616-083.98

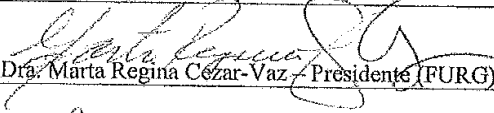
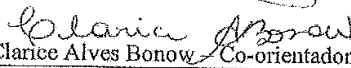
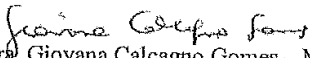
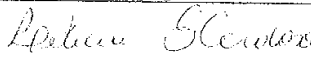
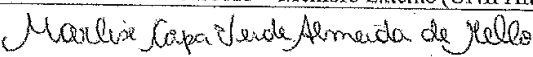
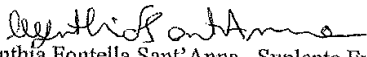
CÍNTIA FONSECA MARTINS

PERFIL DO TRABALHO REALIZADO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO
MÓVEL DE URGÊNCIA EM UM MUNICÍPIO DO SUL BRASILEIRO

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Mestre em Enfermagem e aprovada na sua versão final em 28 de julho de 2017, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração Enfermagem e Saúde.



Giovana Calcagno Gomes
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA
 Dra. Marta Regina Cezar-Vaz - Presidente (FURG)
 Dra. Clarice Alves Bonow - Co-orientadora (UFPEL)
 Dra. Giovana Calcagno Gomes - Membro Interno (FURG)
 Dra. Letícia Silveira Cardoso - Membro Externo (UNIPAMPA)
 Dra. Marlixe Capa Verde Almeida de Mello - Suplente Interno (FURG)
 Dra. Cynthia Fontella Sant'Anna - Suplente Externo (UNIPAMPA)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida;

Agradeço aos meus pais Dilermano e Vera por todas as escolhas que fizeram, por serem os meus maiores incentivadores, por acreditarem em mim, por dividirem comigo o peso das angustias e multiplicarem a alegria das conquistas;

Ao meu esposo, Gilmar, companheiro, amigo, meu par, agradeço por ter abdicado do teu tempo para construção dos meus sonhos, sem você não teria sido possível concluir essa caminhada.

Aos meus filhos, Giovana, Arthur e João Vitor, por serem a minha inspiração, a razão do meu viver. Agradeço pela compreensão da ausência materna e pelo amor incondicional que muitas vezes foi o meu esteio durante a construção desse trabalho.

Aos meus irmãos Cinira e Christian, agradeço por serem meus melhores amigos e estarem sempre ao meu lado, mesmo que fisicamente estejam muito longe. Vocês são a melhor parte de mim.

Em especial, agradeço a minha orientadora Prof^ªDr^ª Marta Regina Cezar-Vaz, primeiramente por acreditar em mim, quando nem eu mesmo acreditava, por ter sido muito mais que uma orientadora/facilitadora de minha formação, pela sensibilidade de reconhecer a necessidade humana. Pela paciência e resiliência. Por transformar, a partir da construção desse trabalho, a minha prática profissional.

Agradeço aos membros do Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde – LAMSA, pelo apoio, convívio.

Agradeço a minha coorientadora Clarice Bonow, pela dedicação e empenho na construção desse trabalho, por dividir comigo não só as experiências acadêmicas. Obrigada Clarice por me doar teu tempo e atenção em um momento tão especial das nossas vidas.

As amigas que o mestrado me deu, Marlise, Moara e Liane. Sem vocês esse caminho teria sido muito mais difícil. Minha eterna gratidão.

RESUMO

MARTINS, Cíntia Fonseca. **Perfil do trabalho realizado pelo serviço de atendimento móvel de urgência em um município do sul brasileiro.** 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 87p

Introdução: A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. O aumento rápido e desordenado das cidades, as transformações sociais, políticas e econômicas tem acarretado mudanças epidemiológicas importantes, especialmente, quando se refere ao aumento de enfermidades relacionadas às situações de urgência e emergência. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência(SAMU) é considerado uma estratégia recente, sendo assim, os sistemas de produção, armazenamento e informação de dados sobre o perfil e resultados do serviço é incipiente, representando uma fragilidade do serviço considerado o disposto na Política Nacional de Atendimento às Urgências. Os dados gerados podem ser utilizados em epidemiologia por originarem informações que direcionam aos gestores as devidas intervenções. Estes registros são de extrema importância para a continuidade da assistência hospitalar, uma vez que muitas informações não são registradas em prontuário e acabam sendo perdidas no momento em que o paciente é deixado aos cuidados desse serviço. **Objetivo Geral:** Identificar as intercorrências clínicas e traumatológicas atendidas pelo SAMU de um município de médio porte do extremo sul do Rio Grande do Sul, a partir da análise dos boletins de atendimentos gerados nesse serviço. **Objetivos Específicos:** Identificar o motivo do atendimento no que se referem às intercorrências clínicas e traumáticas; Relacionar o motivo do chamado clínico e traumatológico com o exame primário; Relacionar o motivo do chamado clínico e traumatológico com os procedimentos realizados; Identificar os desfechos dos atendimentos realizados pelo SAMU, incluindo as condições de cancelamentos. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa documental retrospectiva, descritiva, exploratória, de abordagem quantitativa que foi realizada no setor de coordenação das urgências, da secretaria municipal de saúde do município de Rio Grande/RS. Os dados foram analisados através do *Software* estatístico SPSS. O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde – CEPAS, sob parecer de número nº005/2016. **Resultados:** Foram realizados 1.748 (62,5%) atendimentos de natureza clínica de um total de 2795 chamados atendidos pelo SAMU no período de novembro de 2015 a maio de 2016. A maioria dos pacientes atendidos foi do sexo feminino (n=849; 50,5%), cuja faixas etárias de destaque foram de 41 a 60 anos (n=438; 26,5%), de 61 a 79 anos (n= 424; 25,7%) e de 21 a 40 anos de idade (n=351; 21,3%). Desses, 1718 (98,3%) foram para socorro e 30 (1,7%) para transporte. Os chamados ocorreram predominantemente no turno da tarde – 12h às 18h. Os motivos de atendimento clínicos de destaque foram os neurológicos (n=363; 20,8%), respiratórios (n=240; 13,7%), psiquiátricos (n=231; 13,2%) e cardiovasculares (n=182;10,4%). Durante o mesmo período foram realizados 1047 atendimentos traumatológicoss, foram registrados 21 óbitos; os atendimentos ocorreram mais no turno da tarde – 12h às 18h; as causas externas que apresentaram maior número de ocorrências foi colisão (n=416; 39,7%) e quedas (n=373; 35,6%). **Conclusões:** Esse estudo alcançou seu objetivo de identificar as intercorrências clínicas e traumatológicas atendidas pelo SAMU de um município de médio porte do extremo sul do Rio Grande do Sul, a partir da análise dos boletins de atendimentos gerados nesse serviço. Identificando o motivo do atendimento no que se referem às intercorrências clínicas e traumatológicas; da relação entre o motivo do chamado clínico e traumatológico com o exame primário; do motivo do chamado clínico e traumatológico com os procedimentos realizados; e da identificação dos desfechos dos atendimentos realizados pelo SAMU.

Descritores: Perfil de Saúde; Assistência Pré-Hospitalar; Serviços Médicos de Emergência; Enfermagem

ABSTRACT

MARTINS, Cíntia Fonseca. **Profile of the work performed by the mobile emergency service in a municipality in the south of Brazil.** 2017. Dissertation (Master in Nursing) - School of Nursing. Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.87p

Introduction: The Emergency and Emergency area is an important component of health care. The rapid and disorderly increase of cities, social, political and economic transformations has led to important epidemiological changes, especially when it refers to the increase of diseases related to emergency and emergency situations. The Mobile Emergency Response Service (SAMU) is considered a recent strategy, thus, the production, storage and information systems of data on the profile and results of the service is incipient, representing a fragility of the service considered the provisions of the National Policy Of Emergency Care. The data generated can be used in epidemiology because it gives information that directs the managers the necessary interventions. These records are of utmost importance for the continuity of hospital care, since many information is not recorded in the medical record and end up being lost at the moment the patient is left in the care of this service. **General Objective:** To identify the clinical and traumatic complications attended by the SAMU of a medium-sized municipality in the extreme south of Rio Grande do Sul, based on the analysis of the reports of care provided in this service. **Specific Objectives:** To identify the reason for the attendance regarding the clinical and traumatic interurrences; Relate the reason for the clinical and traumatological call with the primary examination; Relate the reason for the clinical and traumatological call with the procedures performed; Identify the outcomes of the services performed by SAMU, including the cancellation conditions. **Methodology:** This is a retrospective, descriptive, exploratory, quantitative-based documentary research that was carried out in the emergency coordination department of the municipal health department of the city of Rio Grande / RS. The data were analyzed through SPSS Statistical Software. This project was approved by the Research Ethics Committee in the Health Area - CEPAS, under opinion of number n°005/2016. **Results:** A total of 1,748 (62.5%) clinical visits were performed out of a total of 2795 patients referred by the SAMU from November 2015 to May 2016. The majority of patients attended were female (n = 849; 50 (N = 438, 26.5%), from 61 to 79 years (n = 424, 25.7%), and from 21 to 40 years of age (N = 351, 21.3%). Of these, 1718 (98.3%) were for relief and 30 (1.7%) for transportation. The calls occurred predominantly in the afternoon shift - 12 a.m. to 6 p.m. (N = 363, 20.8%), respiratory (n = 240, 13.7%), psychiatric (n = 231, 13.2%) and cardiovascular (n = 182 10.4%). During the same period, 1047 traumatic consultations were performed, 21 deaths were recorded; The attendances occurred more in the afternoon shift - 12 a.m. to 6 p.m. (n = 416, 39.7%) and falls (n = 373, 35.6%) were observed in the external causes that presented the highest number of occurrences. **Conclusions:** This study reached its objective of identifying the clinical and traumatic interurrences attended by the SAMU of a medium-sized municipality in the southern end of Rio Grande do Sul, based on the analysis of the reports of care generated in this service. Identifying the reason for the care regarding the clinical and traumatic interurrences; The relationship between the reason for the clinical and traumatological call with the primary examination; The reason for the clinical and traumatological call with the procedures performed; And the identification of the outcomes of the consultations carried out by SAMU.

Keywords: Health Profile; Prehospital Care; Emergency Medical Services; Nursing

RESUMEN

MARTINS, Cíntia Fonseca. **Perfil del trabajo realizado por el servicio de atención móvil de urgencia en un municipio del sur brasileño.** Disertación (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande. 87p

Introducción: El área de Urgencia y Emergencia se constituye en un importante componente de la asistencia a la salud. El aumento rápido y desordenado de las ciudades, las transformaciones socias, políticas y económicas han acarreado muchos cambios epidemiológicos importantes, especialmente cuando se refiere al aumento de enfermedades relacionadas con las situaciones de urgencia y emergencia. El Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) es considerado una estrategia reciente, siendo así, los sistemas de producción, almacenamiento e información de datos sobre el perfil y resultados del servicio son incipientes, representando una fragilidad del servicio considerado lo dispuesto en la Política Nacional De Atención a las Urgencias. Los datos generados pueden ser utilizados en epidemiología por originar informaciones que dirigen a los gestores las debidas intervenciones. Estos registros son de extrema importancia para la continuidad de la asistencia hospitalaria, ya que muchas informaciones no se registran en prontuario y terminan siendo perdidas en el momento en que el paciente es dejado a los cuidados de ese servicio. **Objetivo General:** Identificar las interurrencias clínicas y traumatológicas atendidas por el SAMU de un municipio de mediano porte del extremo sur de Rio Grande do Sul, a partir del análisis de los boletines de atención generados en ese servicio. **Objetivos Específicos:** Identificar el motivo de la atención en lo que se refiere a las interurrencias clínicas y traumáticas; Relacionar el motivo del llamado clínico y traumatológico con el examen primario; Relacionar el motivo del llamado clínico y traumatológico con los procedimientos realizados; Identificar los resultados de las atenciones realizadas por el SAMU, incluyendo las condiciones de cancelación. **Metodología:** Se trata de una investigación documental retrospectiva, descriptiva, exploratoria, de abordaje cuantitativo que se ha realizado en el sector de coordinación de las urgencias, de la secretaría municipal de salud del municipio de Rio Grande / RS. Los datos fueron analizados a través del software estadístico SPSS. El presente proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en el área de la Salud - CEPAS, bajo el parecer de número nº005/2016. **Resultados:** Se realizaron 1.748 (62,5%) atendimientos de naturaleza clínica de un total de 2795 llamados atendidos por el SAMU en el período de noviembre de 2015 a mayo de 2016. La mayoría de los pacientes atendidos fueron del sexo femenino (n = 849; 50) , 5%), con una franja de edad de 41 a 60 años (n = 438, 26,5%), de 61 a 79 años (n = 424, 25,7%) y de 21 a 40 años de edad (N = 351, 21,3%). De ellos, 1718 (98,3%) fueron para socorro y 30 (1,7%) para transporte. Los llamados ocurrieron predominantemente en el turno de la tarde - 12h a las 18h. Los motivos de atención clínica destacados fueron los neurológicos (n = 363, 20,8%), respiratorios (n = 240, 13,7%), psiquiátricos (n = 231, 13,2%) y cardiovasculares (n = 182) 10,4%). Durante el mismo período se realizaron 1047 atendimientos traumatológicos, se registraron 21 muertes; Las llamadas ocurrieron más en el turno de la tarde - 12h a las 18h; Las causas externas que presentaron mayor número de ocurrencias fue colisión (n = 416; 39,7%) y caídas (n = 373; 35,6%). **Conclusiones:** Este estudio alcanzó su objetivo de identificar las interurrencias clínicas y traumatológicas atendidas por el SAMU de un municipio de mediano porte del extremo sur de Rio Grande do Sul, a partir del análisis de los boletines de atención generados en ese servicio. Identificando el motivo de la atención en lo que se refiere a las interurrencias clínicas y traumatológicas; De la relación entre el motivo del llamado clínico y traumatológico con el examen primario; Del motivo del llamado clínico y traumatológico con

los procedimientos realizados; Y de la identificación de los resultados de las atenciones realizadas por el SAMU.

Descriptores: Perfil de Salud; Asistencia pre-hospitalaria; Servicios médicos de emergencia; Enfermería

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APH -	Atendimento Pré-Hospitalar
BA -	Boletim de Atendimento
COFEN -	Conselho Federal de Enfermagem
LAMSA	Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde
MS	Ministério da Saúde
PNAU -	Política Nacional de Atenção as Urgências
SAMU -	Serviço Móvel de Urgência
SAV -	Suporte Avançado de Vida
SBV -	Suporte Básico de Vida
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UPA -	Unidades de Pronto Atendimento
USA -	Unidade de Suporte Avançado
USB -	Unidade de Suporte Básico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	16
2.1 Objetivos gerais	16
2.2 Objetivos específicos	16
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
3.1. ATENÇÃO A URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS, ABORDAGENS HISTÓRICAS E CONCEITUAIS	17
3.1.1 Histórico do Atendimento Pré-Hospitalar (APH)	17
3.1.2 Histórico do SAMU no Brasil	19
3.2 ATRIBUTOS E REFERÊNCIAS DA POLÍTICA DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIA NO BRASIL	21
3.3 O SAMU E A ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS	26
4. MÉTODO	34
4.1 Delineamento da pesquisa	34
4.2 Local da pesquisa	34
4.3 Coleta de dados	34
4.4 Análise dos dados	35
4.5 Critérios de inclusão e exclusão	36
4.6 Aspectos éticos	36
4.7 Análise crítica de riscos e benefícios	36
4.8 Explicitação das responsabilidades do pesquisador, da instituição, do promotor e do patrocinador	37
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1 ARTIGO I - Serviço de atendimento móvel de urgência: caracterização dos agravos clínicos	39
5.2 Perfil de agravos por causas externas em serviço de atendimento móvel de urgência	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICES	77
ANEXOS	81

1 INTRODUÇÃO

O aumento rápido e desordenado das cidades, as transformações sociais, políticas e econômicas tem acarretado mudanças epidemiológicas importantes, especialmente, quando se refere ao aumento de enfermidades relacionadas às situações de urgência e emergência (MACEDO; OLIVEIRA, 2012; REZENDE NETA et al., 2012). Em congruência a essa situação evidencia-se a crescente demanda em relação às circunstâncias de trauma, violência e doenças crônicas, principalmente as relacionadas com o sistema circulatório. Sabe-se que as características específicas de cada região influenciam diretamente nos agravos de saúde e que as condições socioambientais são determinantes para os mesmos (ALMEIDA et al., 2016).

Frente a essa realidade países do mundo inteiro vem desenvolvendo e implementando estratégias para deliberarem as necessidades remanescentes da urgência e emergência, considerando que emergências são determinadas como problemas de saúde que concebem risco iminente à vida e exigem intervenção imediata e resolutiva e que urgências são definidas como o evento de um dano considerável à saúde do indivíduo, com ou sem risco potencial de morte, decretando assistência rápida e no menor tempo possível (DANTAS et al., 2015).

A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do sistema de saúde (BRASIL, 2003).

Em contra partida, evidencia-se que a maioria dos estudos brasileiros sobre serviços de saúde refere-se à Atenção Primária em Saúde e aos serviços de média e alta complexidade, com destaque na atenção hospitalar (TAMAKI et al., 2012; MENDES et al., 2009; ANDRADE et al., 2010; ALFRADIQUE et al., 2009; VIACAVA et al., 2012; DUBEUX; FREESE; REIS, 2010). Na área da atenção às urgências, os estudos exploram com maior intensidade, o componente hospitalar, existindo assim imensas lacunas acerca do componente pré-hospitalar e especificamente em relação ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

No Brasil, o atendimento às urgências, basilar nos sistemas de saúde, formatou-se como prioridade a partir do ano de 2003, configurando-se na Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) que tem a finalidade de estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no país. A implementação ocorreu em três períodos pontuais: de 2000 a 2003 –

regulamentação inicial; de 2004 e 2008 – ampliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); e a partir de 2009 – ênfase para a implantação do componente fixo da atenção pré-hospitalar, as Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h (BRASIL, 2003).

O atendimento pré-hospitalar tornou-se primazia para a política brasileira, que optou por iniciar a implementação em 2004 com a expansão do SAMU, componente pré-hospitalar móvel do atendimento às urgências com a justificativa de sua relevância para assegurar menor tempo de resposta e regular os fluxos de atenção às urgências médicas, bem como, sua capacidade de identificar os determinantes e condicionantes das urgências (GOMES et al., 2014).

O Ministério da Saúde estabeleceu através da portaria nº 2.048/GM, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, deliberando as conformações indispensáveis para a estruturação e implementação do sistema de atenção às urgências. Esta mesma portaria ainda define as atribuições dos profissionais que compõe a rede de assistência e a instalação da central de regulação médica regional responsável pela triagem, encaminhamento das equipes de atendimento móvel e a organização logística da assistência, desde o contato telefônico por parte do solicitante até a destinação para unidade de assistência fixa adequada (BRASIL 2003).

De acordo com a própria legislação fica deferido que o SAMU é administrado pelos municípios, com financiamentos oriundos dos estados através das Secretarias Estaduais da Saúde e da União por intermédio do Ministério da Saúde representando um modelo de gestão tripartite. O SAMU se caracteriza por atendimentos de urgências clínicas, traumáticas, gineco-obstétrica, pediátricas, cirúrgicas, psiquiátricas, desastres e acidentes com múltiplas vítimas. E tem por principais objetivos reduzir o número de óbitos, o tempo de internações hospitalares e as possíveis sequelas. O serviço possui viaturas de suporte básico, avançado, aéreas, ambulâncias e motolâncias (BRASIL, 2015).

O SAMU compõe um exemplo de assistência padronizado nacionalmente, que tem a premissa de prestar atendimento 24 horas, em residências, locais de trabalho e vias públicas, em zona urbana e rural. Seu desígnio é ancorar a prestação do atendimento, o transporte adequado e o encaminhamento dos pacientes a um serviço do Sistema Único de Saúde (SUS). O modelo implementado no Brasil está baseado no serviço francês e estudos internacionais apontam bons resultados no que se refere ao atendimento pré-hospitalar (WANG et al., 2013, CONE; MIDDLETON, 2012).

Nesse contexto, o SAMU é um serviço pré-hospitalar que acolhe indivíduos acometidos por agravos agudos à saúde, com acesso telefônico gratuito, pelo número nacional 192. Os

chamados são triados por um médico regulador que classifica a complexidade da urgência e delibera qual o recurso mais adequado para o atendimento: uma ambulância denominada Unidade de Suporte Avançado (USA) caracterizado pela presença de um médico socorrista, ou a Unidade de Suporte Básico (USB), e em determinadas unidades, de acordo com a demanda do serviço, existem as motolâncias, ambulâncias e aeronaves. Após a avaliação realizada no local da intercorrência, quando necessário, o paciente é transportado para um serviço de saúde de referência, a fim de garantir continuidade da atenção. Neste sentido, o SAMU constitui-se um importante elo entre os diferentes níveis de atendimento do Sistema de Saúde (BRASIL, 2006).

O SAMU atualmente cobre 75% da população brasileira, atendendo 149,9 milhões de habitantes, com 181 Centrais de Regulação espalhadas por todo território nacional, abarcando o contingente de 2.921 municípios. É notório o esforço do Ministério da Saúde em implementar a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que tem o SAMU como elemento prioritário. A implementação da PNAU é reconhecida como uma estratégia de potencializar os princípios do SUS, com destaque na construção de redes de atenção integral às urgências regionalizadas e hierarquizadas que permitam a organização da atenção, garantindo a universalidade do acesso. O Ministério da Saúde já habilitou 2.965 unidades móveis, sendo 2.382 USB, 567 USA e 217 motolâncias, nove equipes de embarcação e sete equipes aeromédicas (BRASIL, 2015). Com esse serviço, o Governo Federal visa diminuir o número de óbitos, as sequelas causadas pela demora no atendimento e o tempo de internação hospitalar (MARQUES; LIMA; CICONET, 2011).

Tendo sido o SAMU considerado a estratégia prioritária para implementação das ações do PNAU e ponderando que esse plano se estrutura na leitura ordenada das necessidades sociais em saúde, sob o imperativo das necessidades humanas nas urgências, e que o diagnóstico dessas necessidades deve ser feito a partir da observação dos territórios sociais com seus diferentes grupos humanos confrontando-se as necessidades diagnosticadas e as ofertas existentes, pode-se visualizar as deficiências dos sistemas e projetar suas conformidades (BRASIL, 2002). Dessa forma, o SAMU deve compor importante marcador de qualidade da condição de saúde da população, bem como, da atuação do sistema de saúde. Também por meio dele, podem-se identificar os agravos inesperados à saúde da população ou os agravos recorrentes, como por exemplo, uma alta incidência de atropelamentos ocorridos numa determinada região, crises asmáticas de repetição, dentre outros (DUARTE; LUCENA; MORITA, 2011).

Desde sua elaboração o SAMU foi vislumbrado como uma estratégia de promoção e prevenção de agravos em urgência e emergência, destacando sua capacidade de diagnosticar a sistematização dos serviços de saúde, servindo como conexão entre os diferentes níveis de atendimento do SUS, permitindo assim o planejamento de soluções (O'DWYER; MATTOS, 2012; CABRAL; SOUZA; LIMA, 2011). A implementação do SAMU é considerada uma estratégia recente, sendo assim, os sistemas de produção, armazenamento e informação de dados sobre o aspecto e resultados do serviço é incipiente, representando uma fragilidade do serviço considerado o disposto no PNAU (O'DWYER et al., 2016).

O conjunto de informações armazenados nas Centrais de Regulação de Urgências representa um importante indicador para avaliação dos serviços. A observação desses dados permite o desvelar das legítimas necessidades da população. Reúnem subsídios quanto aos agravos mais prevalentes, no qual incidem quem são as vítimas e registram o destino de cada usufrutuário dentro da rede de saúde (ORTIZ; RODRÍGUEZ; MIRÓ, 2012). No entanto, apesar das Centrais Reguladoras armazenarem esses importantes dados, os mesmos não vêm sendo utilizados para a análise das necessidades do serviço e da população, ou seja, deixando em aberto uma lacuna.

Sabe-se que a nível local, cada base do SAMU produz seus registros de acordo com seus atendimentos, esses dados são dispostos junto aos boletins de atendimento, basicamente os boletins agregam todas as informações inerentes do chamado, desde os dados de caracterização da vítima até a conclusão do atendimento, além de serem documentos essenciais para elucidar questões éticas e jurídicas. Estes registros são de extrema importância para a continuidade da assistência hospitalar, uma vez que muitas informações não são registradas em prontuário e acabam sendo perdidas no momento em que o paciente é deixado aos cuidados desse serviço (BARROS et al, 2014).

Frente a essa realidade, e a partir da premissa de que o SAMU é o observatório da Rede de Atenção à Saúde, capaz de colaborar com a conformação da condição de saúde e adoecimento da população e embasada na trajetória profissional da autora desse estudo, que vivencia no seu cotidiano laboral as arestas da urgência e emergência, sobretudo pela credibilidade depositada no Serviço Atendimento Móvel de Urgência como importante estratégia de assistência, essa pesquisa pretende identificar as intercorrências clínicas e traumatológicas atendidas pelo SAMU de um município de médio porte do extremo sul do Rio Grande do Sul, a partir da análise dos boletins de atendimentos gerados nesse serviço.

Justifica-se a realização desse estudo, pois o reconhecimento das intercorrências clínicas e traumatológicas possibilita a formulação de contribuições aos gestores e aos profissionais de

saúde, dentre eles, o enfermeiro, que é parte elementar da equipe operacional do SAMU, adequando o refinamento na implementação de ações imediatas de promoção e prevenção em saúde, a partir da identificação de aspectos do atendimento pré-hospitalar nas diferentes intercorrências.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar as intercorrências clínicas e traumatológicas atendidas pelo SAMU de um município de médio porte do extremo sul do Rio Grande do Sul, a partir da análise dos boletins de atendimentos gerados nesse serviço.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o motivo do atendimento no que se referem às intercorrências clínicas e traumatológicas;
- Relacionar o motivo do chamado clínico e traumatológico com o exame primário;
- Relacionar o motivo do chamado clínico e traumatológico com os procedimentos realizados.
- Identificar os desfechos dos atendimentos realizados pelo SAMU, incluindo as condições de cancelamentos.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 ATENÇÃO A URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS, ABORDAGENS HISTÓRICAS E CONCEITUAIS

3.1.1 Histórico do Atendimento Pré-Hospitalar (APH)

Sabe-se que a primeira tentativa de organização moderna de auxílio médico de urgência foi colocada em prática, em 1792 na França, realizado por Dominique Larrey, um jovem estudante de medicina, que a partir da observação do transporte dos flagelados da guerra, que eram realizados em pesadas carroças, sem quaisquer cuidados prévios, acarretando o agravamento do estado de saúde do indivíduo, desenvolveu uma carroça leve, com duas rodas e equipada com insumos próprios para curativos e a partir daí passou a atender os feridos no próprio campo de batalha (FERRARI, 2006; STIERLE, 2014).

O auxílio sistematizado de emergência proporcionado às vítimas de situações críticas teve seus primórdios alicerçados durante a guerra civil americana, onde morriam muitas pessoas, principalmente de soldados. Foi identificada a necessidade de providências para agilizar o atendimento às vítimas ainda no campo de batalha. Alguns conceitos como segurança da cena (evitar tornar-se mais uma vítima, evitar a ocorrência de novas vítimas), exame primário (tratamento das lesões em risco de vida, evitar mais dano) e a própria questão do transporte rápido (para o local de tratamento definitivo), são oriundos dessa época (SILVA et al, 2012).

Já em 1863 a surge a Cruz Vermelha Internacional, que teve atuação destacada nas Guerras Mundiais do século XX; onde os combatentes receberam treinamento de primeiros socorros a fim de prestar atendimento a seus colegas logo após a ocorrência de uma lesão no campo de batalha e durante o transporte até o hospital de guerra. As guerras do Vietnã e Coréia, comparadas com a Segunda Guerra Mundial, comprovaram que a agilidade na remoção dos feridos dos campos de batalha, associada a ações de estabilização do paciente durante o transporte reduzia expressivamente a mortalidade. Cada 30 minutos de delongue na remoção aumentavam a mortalidade em três vezes, e os cuidados elementares reduziam em 20% a mortalidade dos feridos (SILVA et al, 2012).

Existem registros de serviços de ambulâncias em 1890 em Cincinnati, Ohio (USA). Prática esta abandonada em 1950. Em 1960 nos Estados Unidos o atendimento pré-hospitalar era escasso e realizado por carros funerários. Havia poucos serviços organizados de

atendimento pré-hospitalar. Nesta mesma década cresce no país a morbi-mortalidade relacionada a acidentes rodoviários, fazendo com que surgissem normas e a formação de milhares de paramédicos bem como a compra maciça de ambulâncias e equipamentos (POITRAS; LAPOINTE, 2000).

No final dos anos de 1960, nos Estados Unidos, surgiu o interesse da comunidade médica pelo atendimento a pacientes que tiveram algum tipo de evento coronariano. Fato este que chamou atenção, pois, quase metade dos pacientes acometidos por doença arterial coronariana aguda morreram, antes da chegada ao hospital. Os trabalhos realizados pelo Doutor. J.E Pantridge, de Belfast, na Irlanda do Norte, mostraram que o atendimento pré-hospitalar precoce fornecido aos pacientes reduzia a arritmia e mortalidade. L. Cobb de Seattle, M. Criley de Los Angeles e D. Warren de Columbus incentivaram o desenvolvimento de assistência pré-hospitalar avançada, capaz de apoiar vítimas de evento coronariano. Além disso, várias organizações influenciaram o desenvolvimento do atendimento pré-hospitalar nos Estados Unidos, mais especificamente, o *American College of Emergency Physicians*, que em 1968, estabeleceu normas que mudaram a prática da medicina de emergência (POITRAS; LAPOINTE, 2000).

Na Coreia do Sul o atendimento pré-hospitalar foi instrumentalizado pela carência apresentada em grandes catástrofes ocorrida na década de 1990. A realização de eventos esportivos de caráter internacional como a Copa do Mundo de Seul em 2002 acelerou o processo de implantação deste serviço no país (CHOI et al., 2007).

Na Costa Rica a atenção pré-hospitalar pública e privada são obrigadas a acatar e difundir o regulamento proposto pelo Governo Federal daquele país. Preferencialmente os profissionais de atenção pré-hospitalar deverão ter curso de capacitação em suporte avançado cardíaco, suporte avançado pediátrico, suporte avançado em trauma e experiência mínima de dois anos em atenção a emergências pré-hospitalares. A cada dois anos os profissionais devem realizar atualização técnico-prática pelo Colégio de Médicos e Cirurgiões da Costa Rica ou por instituições designadas. A atualização é indispensável para que os profissionais continuem desenvolvendo seus trabalhos (COSTA RICA, 1995).

No Brasil, a ideia de atender as vítimas no local da emergência é tão antiga quanto em outros países. Data de 1893 a aprovação da lei, pelo Senado da República, que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência na via pública, no Rio de Janeiro, que era a capital do país. Consta ainda que, em 1899, o Corpo de Bombeiros da mesma localidade punha em ação a primeira ambulância (de tração animal) para realizar o referido atendimento, fato que caracteriza sua tradição histórica na prestação deste serviço (O'DWYER, 2016).

O serviço de APH no Brasil tem um histórico ligado à instituição militar. O primeiro registro pode ser observado em 1899, quando o Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro (CBMRJ), capital do país na época, colocou em ação a primeira ambulância de tração animal, para realizar atendimento no ambiente fora do hospital. A partir de 1900, com o surgimento dos primeiros modelos motorizados, principalmente após as experiências das I e II Grandes Guerras, as ambulâncias foram aprimoradas e melhor adequadas ao serviço, primeiramente pelas equipes especializadas como da Cruz Vermelha Internacional e depois assimiladas pelos serviços do Corpo de Bombeiros brasileiro (SÃO PAULO, 2001).

Na década de 1960 uma segunda tentativa de implantar o serviço de atendimento APH ocorreu no Brasil, a partir de uma política nacional, com o título de Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência – SAMDU, e tinha por finalidade o atendimento nas residências com a presença de um médico ou acadêmico de medicina na ambulância coordenando a equipe (SÃO PAULO, 2011).

A abordagem referente à história do APH no mundo nos remete ao consciência de que a preocupação e a percepção que o atendimento no local da intercorrência, a brevidade e o transporte adequado há muito são considerados fatores primordial na manutenção da vida e na redução das sequelas oriundas do trauma.

3.1.2 Histórico do SAMU no Brasil

O SAMU foi instituído no Brasil através de um acordo bilateral, assinado entre o Brasil e a França, por solicitação do Ministério da Saúde. O modelo francês de APH possui viaturas de suporte avançado e exige a presença do médico e do enfermeiro, diferentemente dos moldes americanos em que as atividades de resgate são exercidas primariamente por profissionais paramédicos (profissional este não existente no Brasil). Com a criação desse serviço, o conceito de ambulância, nas grandes cidades, deixa de ser o de Sistema de Transporte e Remoção e se incorpora, como parte do Sistema de Saúde, com a função de diminuir o intervalo terapêutico nas urgências (BRASIL, 2003).

O modelo francês é concentrado numa rede de comunicações e baseado na regulação médica. Todas as chamadas são ponderadas por um médico, que delibera a resposta mais adequada, de acordo com os recursos disponíveis. Essa forma de trabalho está sendo aferida há anos, fortalecendo-se como importante estratégia para as ações em saúde, uma vez que permite o conhecimento das necessidades reais da vítima e dos recursos disponíveis à

prestação da assistência, dentre outras informações, possibilitando o gerenciamento da demanda.

São Paulo foi um dos primeiros Estados da Confederação a utilizar o APH tendo tomado grande impulso a partir de 1989, após ter sido instituído oficialmente o SAMU – RESGATE, através de Resolução conjunta entre a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e a Secretaria de Segurança Pública (SSP) – Corpo de Bombeiros. Gradativamente ao longo da década de 90 vários outros Estados implantaram seus serviços de APH, sempre em parceria com o Corpo de Bombeiros (SÃO PAULO, 2001).

Ainda nessa década, ocorreram alguns eventos importantes para a formulação de políticas nacionais de atenção às urgências, como o Fórum de Discussão para a implantação dos sistemas de urgência em 1993, na cidade de Brasília-DF. Dois anos depois (1995), ocorreu o I Simpósio Internacional de Atenção Pré-Hospitalar - Urgências e Trauma, realizado em Porto Alegre-RS, quando foi criada a Rede 192, denominada Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE). No ano seguinte (1996), em Campinas-SP, houve o Seminário Anual da RBCE e em 1997, também em Campinas-SP, aconteceu o primeiro curso nacional de regulação médica, durante o III Simpósio Internacional de Atenção Pré-Hospitalar às Urgências, promovido pela RBCE (GONÇALVES; RODRIGUES, 2001).

O Ministério da Saúde difundiu, em 2003, a Política Nacional de Urgência e Emergência com o desígnio de estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no país. Desde a publicação da portaria que designou essa política, o objetivo foi o de integrar a atenção às urgências. Hoje a atenção primária é constituída pelas unidades básicas de saúde e Equipes de Saúde da Família, enquanto o nível intermediário de atenção fica a cargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24H), e o atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais (O'DWYER, 2016).

O primeiro SAMU implantado no Brasil foi o da cidade de Campinas, através do médico coordenador José Roberto Hansen. O SAMU atendeu, no ano de 2005, um total de 64.131 ocorrências; divididas em 21.722 com envio de ambulância do SAMU e 42.409 com triagem médica para envio de transporte.

3.2 ATRIBUTOS E REFERÊNCIAS DA POLÍTICA DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIA NO BRASIL

A Constituição Federal de 1988 descreve em seu Art. 196 “que a saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurando mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). É com embasamento na Constituição Federal que os direitos à saúde são avalizados aos cidadãos brasileiros, e para instrumentalizar este direito foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS).

Para acatar a este princípio constitucional foi publicada no ano de 1990 a Lei nº 8.080 que dispõe sobre as premissas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e operacionalização dos serviços (BRASIL, 1990).

A assistência prestada ao cidadão compreende desde um atendimento ambulatorial simples até o tratamento de alta complexidade. O acesso à rede de serviços de saúde é universal, estabelecido constitucionalmente. É também direito do cidadão, o benefício de todas as ações públicas de prevenção e promoção da saúde, como campanhas de vacinação, controle de doenças e vigilância em saúde (BRASIL, 2014). Antes da implantação do Sistema Único de Saúde, o acesso aos serviços de saúde era restrito as pessoas que contribuíam para a previdência social (trabalhadores com carteira assinada), e os cidadãos que tinham condições de pagar pelo serviço de saúde. Com a implantação do SUS ficou garantido em Lei o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e o direito de participação do cidadão nas definições relativas ao sistema. A Lei nº 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2014).

No ano de 2011 foi publicado o Decreto nº 7.508 que Regulamenta a Lei nº 8.080/90. O Art. 1º deste decreto define a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo o planejamento na área, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. O Art. 8º do mesmo decreto descreve que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço (BRASIL, 2011).

No Art. 9º do mesmo decreto, estão definidas as portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde. São estes: os serviços de atenção primária, os serviços de atenção de urgência e emergência, os serviços de atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011).

Este estudo tem como cenário uma das portas de entrada do SUS, os serviços de urgência e emergência instituídos pelo Decreto nº 7508. Dentre os serviços de urgência e emergência esta a Rede de Atenção às Urgências, reformulada pela Portaria nº 1.600 de 2011. Esta portaria instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde o qual possui vários componentes, entre eles o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foco deste estudo que atende em todo o território nacional através do número 192.

O século XX foi assinalado por diferentes modificações, entre elas a industrialização, a urbanização e os progressos tecnológicos que transformaram o estilo de vida das pessoas, alterando o perfil epidemiológico e ocasionando o surgimento de novos adventos de adoecimento. Neste cenário as urgências e emergências, em virtude das condições de urbanização acelerada, mobilidade social e diferentes morbidades, assumiram um papel relevante ainda não suficientemente estudado.

O atendimento pré-hospitalar de urgência tem como objetivo basilar transportar o indivíduo que necessita de cuidados de urgência a um estabelecimento de saúde que forneça atendimento adequado e eficaz. Além disso, a vítima deve receber atendimento de saúde e de suporte durante todo o transporte por profissionais capacitados. Este modelo melhora o atendimento ao paciente até a chegada ao hospital de referência e favorece a sobrevivência do mesmo frente ao evento (RODRÍGUEZ, 2012).

Instituir a Política de Atendimento às Urgências em um país como o Brasil, de dimensões geográficas que excedem a soma de vários países é uma condição complexa ao gestor e aos profissionais de saúde. O atendimento pré-hospitalar não se caracteriza por um trabalho individual, necessita e impõe uma relação estreita entre os agravos atendidos e os demais serviços de saúde. A implantação de uma política dessa magnitude e complexidade constitui-se em um desafio aos SUS, pois envolve o próprio sistema de saúde, profissionais e demais atores sociais envolvidos no contexto da assistência, bem como seu corpo e concretude se dá através das centrais de regulação médica de urgência (VELLOSO et al., 2008). Segue abaixo figura ilustrativa dos eixos que compõe a PNAU (Figura 1).

Figura 1. Representação gráfica dos eixos que compõe a PNAU



Fonte: Protocolo Nacional de Urgência e Emergência – MS.

Quadro1 - Síntese de portarias referentes à Política Nacional de Atenção às Urgências no Brasil

Portarias e Decretos	Disposição
Portaria 824, de 24 de junho de 1999.	Normatização do Atendimento Pré-Hospitalar.
Portaria nº 814/GM em 01 de junho de 2001.	Estabelece conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências. Estabelece a Normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências já existentes, bem como dos que venham a ser criados no País.
Portaria GM nº 2.048, de 05 de novembro de 2002.	Normatiza o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. Ela estabelece regras que vão desde as especializações da equipe médica até as características dos veículos e os equipamentos a serem utilizados nas ambulâncias.
Portaria GM nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Portaria GM nº 1.864, 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 de três esferas de gestão 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
Portaria GM nº 2.072, de 30	Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências

de outubro de 2003.	
Decreto nº 5.055, 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
Portaria GM nº 1.828, de 2 de setembro de 2004	Institui o incentivo financeiro para a adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência, em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.
Portaria nº 1.927/GM em 15 de setembro de 2004.	Estabelece incentivo financeiro aos estados e municípios, com Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, qualificados pelo Ministério da Saúde, para a adequação de áreas físicas das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.
Portaria GM nº 2.420, de 09 de novembro de 2004	Constitui o Grupo Técnico (GT) visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita.
Portaria GM nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004.	Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU - 192
Portaria nº 3.125, de 07 de dezembro de 2006.	Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define competências.
Portaria nº 491, de 09 de setembro de 2008.	Institui à Câmara de Assessoramento Técnico de que trata esta Portaria assessorar a CGUE/DAE/SAS/MS no desenvolvimento de estudos, definição e elaboração de descritivos técnicos e termos de referência, que dizem respeito aos editais de aquisição de itens relacionados ao Serviço de Atendimento Médico de Urgência - SAMU 192.
Portaria nº 2.922, de 02 de dezembro de 2008.	Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências.
Portaria nº 2.970, de 08 de dezembro de 2008.	Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU 192.
Portaria nº 2.971/GM, de 08 de dezembro de 2008.	Institui o veículo motocicleta - motolância como integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda a Rede SAMU 192 e define critérios técnicos para sua utilização.
Portaria nº 2.972/GM, de 09 de dezembro de 2008.	Orienta a continuidade do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS, priorizando a organização e a qualificação de redes loco-regionais de atenção integral às urgências.
Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009.	Estabelece as diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locoregionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política

	Nacional de Atenção às Urgências.
Portaria nº 1.600, de 07 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).
Portaria nº 2.026, de 24 de agosto de 2011.	Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
Portaria nº 2.301, de 29 de setembro de 2011.	Altera os arts. 35 e 40 da Portaria nº 2.026/GM/MS, de 24 de agosto de 2011, que aprova as Diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).
Portaria nº 2.649, de 7 de novembro de 2011.	Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.026/GM/MS, de 24 de agosto de 2011.
Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012.	Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências
Portaria nº 356, de 08 de abril de 2013.	Fica redefinido o cadastramento, no SCNES, das Centrais de Regulação das Urgências e das Unidades Móveis de Nível Pré-Hospitalar de Urgências pertencentes ao Componente SAMU192 da Rede de Atenção as Urgências.
Portaria nº 1473, de 18 de julho de 2013.	Altera a Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, que redefina as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
Portaria nº 826, de 04 de setembro de 2014.	Altera a Portaria nº 356/SAS/MS, de 8 de abril de 2013, que redefina o cadastramento, no SCNES, das Centrais de Regulação das Urgências e das Unidades Móveis de Nível Pré-Hospitalar de Urgências pertencentes ao Componente SAMU192 da Rede de Atenção as Urgências.

Fonte: Portarias emitidas pelo Ministério da Saúde, Brasil.

Esse breve apanhado histórico da implementação do SUS e da Rede de Atenção as Urgência, bem como, a disposição cronológica das portarias que a constitui, vem ao encontro do entendimento da magnitude política que abrange as ações práticas no cuidado ao indivíduo acometido por agravos de saúde no âmbito da urgência e emergência, ou seja, as intercorrências clínicas e traumatológica, reafirmando, dessa forma, a necessidade da mensuração da realidade cotidiana como dispositivo norteador do planejamento das ações. E

na perspectiva propedêutica desse trabalho, converge com acogrição basal das reflexões a cerca dos fenômenos dispostos a partir da análise dos resultados.

3.3 O SAMU E A ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

O SAMU é um serviço de atendimento médico utilizado em casos de urgência e emergência. Foi idealizado na França, no ano de 1986 como “*Service d'Aide Médicale d'Urgence*”, que faz uso da mesma sigla utilizada no Brasil, SAMU e, é considerado por especialistas como o melhor do mundo (BRASIL, 2015).

O acesso para o serviço é realizado por meio de ligação telefônica gratuita, pelo número 192. Esse serviço presta assistência a cidadãos acometidos por agravos agudos à sua saúde, de natureza traumática, clínica, cirúrgica, obstétrica e ginecológica e psiquiátrica (ALVES et al, 2013).

O SAMU é entendido como uma atribuição da área de saúde, vinculado a uma central de regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades da população de um município ou região. Deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde devidamente regulada, conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional (BRASIL,2015).

É um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel que tem como princípio basilar o socorro precoce a vítimas e seu encaminhamento ao serviço pré-hospitalar fixo ou hospitalar, com o objetivo de minimizar a gravidade e a mortalidade oriundas dos agravos agudos, incluindo traumas. É também de responsabilidade do SAMU a transferência de pacientes entre as instituições hospitalares, obedecendo a critérios previamente acertados entre as instituições e as centrais de regulação (GONSAGA et al., 2011). É um serviço reconhecido internacionalmente por seus resultados positivos, que promove benefícios a sociedade brasileira, na qual a organização promove uma estratégia fundamental para salvar vidas (MINAYO; MDESLANDES,2008).

O SAMU compõe um modelo de assistência padronizado nacionalmente, destinado ao atendimento de urgência 24 horas nas residências, locais de trabalho e vias públicas. Tem como escopo avaliar a prestação do atendimento, o transporte adequado e o encaminhamento dos pacientes a um serviço do SUS (O'DWYER, 2016). Neste sentido, o SAMU, compõe significativo elo entre os diferentes níveis de atendimento do sistema de saúde e, no aspecto da integralidade, ele expõe fragilidades do sistema que são observadas através nas demandas oriundas dos vazios assistenciais de uma rede de atenção (BRASIL,2003).

O SAMU é uma das políticas públicas difundida a partir de 2003 e teve como desígnio aprimorar o acesso e a qualidade do atendimento às urgências e emergências médicas no país, abrangendo as situações: pediátricas, cirúrgicas, traumáticas, gineco-obstétricas e de saúde mental (MACHADO, BAPTISTA, NOGUEIRA, 2011). A idealização desse serviço foi baseada nos princípios de prontidão, rapidez, agilidade, qualificação técnica de suas equipes para que reconheçam as necessidades e complexidade de cada atendimento, e posterior o direcionamento para a porta de entrada no sistema de saúde.

A justificativa da implantação do SAMU como etapa primária da Política baseou-se na afirmativa de que as centrais de regulação seriam primordiais para a organização das demandas de atenção integral às urgências, pois poderiam desempenhar o papel de observatórios das redes assistenciais no país. O SAMU, devido às suas atribuições, constituiu-se em uma das portas de entrada do sistema, ao receber demandas da população e evidenciar as deficiências da Rede (MACHADO, SALVADOR; O'DWYER, 2011).

A Regulação Médica é um novo conceito no que diz respeito à organização do fluxo e de oferta de cuidados médicos. Sucede em uma configuração organizada de responder a toda circunstância de urgência que necessite de meios médicos a fim de evitar o uso inadequado de recursos. É considerada a gestão do fluxo de oferta de cuidados médicos urgentes de forma harmônica, proporcional, regularizada, de acordo com as diretrizes do SUS, que tem como finalidade o ato de regular, isto é, guiar, orientar, ajustar, sujeitando a regras, de forma organizada, todas as respostas às situações de urgência em um município ou região (SÃO PAULO, 2001).

A Regulação Médica é ainda o elemento ordenador e orientador do APH e faz o enlace com o nível hospitalar e incluem duas dimensões de competência: a decisão técnica em todos os pedidos de socorro e a decisão gestora dos meios disponíveis. O profissional médico responsável por essa função tem a competência técnica de julgar e decidir sobre a gravidade do caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, e enviar os recursos necessários ao atendimento. Monitora e orienta também o atendimento realizado por outro profissional de saúde habilitado, por médico intervencionista ou por um popular (pessoa da comunidade). Define e aciona o Hospital de Referência ou outro meio necessário ao atendimento (SÃO PAULO, 2001).

Cada SAMU é formado por uma central de regulação médica, uma equipe de trabalhadores e de ambulâncias, de suporte básico e/ou avançado, que podem ter abrangência municipal ou regional. A esfera governamental federal é responsável pelo financiamento das centrais, aquisição de ambulâncias e pela manutenção de serviços. Entre 2004 e 2008, os

SAMU tiveram uma rápida expansão, correspondendo a uma abrangência de mais da metade da população brasileira (MACHADO, BAPTISTA, NOGUEIRA, 2011).

As atribuições destes trabalhadores são distintas, apesar de possuírem certa similaridade. O Médico regulador é responsável por avaliar a necessidade e a condição de urgência do atendimento através do contato telefônico com o solicitante da demanda e de realizar as primeiras orientações enquanto a equipe mais adequada é despachada, caso a situação necessite. Este trabalhador também é responsável pela determinação do nível de assistência exigido em cada situação, podendo ser de Suporte Básico de Vida (SBV) ou Suporte Avançado de Vida (SAV). O médico regulador determina o local mais adequado para a continuidade da assistência do paciente de acordo com a especificidade e a gravidade do caso. Este deverá realizar um contato com o local de destino, comunicando que o paciente será encaminhado (BRASIL, 2002).

O Médico assistencial é o responsável direto pela assistência prestada pela equipe de SAV. É ele quem determina as condutas seguidas durante o atendimento, como a necessidade de administração de medicamentos e a reanimação de agravos agudos. Embora com a mesma qualificação profissional, o médico assistencial deverá seguir hierarquicamente as orientações do médico regulador, responsável final pelo atendimento.

Já o Enfermeiro é o responsável pela assistência de enfermagem e pelos demais profissionais de enfermagem. Este trabalhador deve prestar assistência qualificada, seguindo as orientações do médico regulador, quando o enfermeiro for integrante da equipe de SBV ou do médico assistencial quando na equipe de SAV. Os técnicos e auxiliares de enfermagem integram a equipe de SBV e a sua atuação está restrita a presença do enfermeiro. Estes prestam assistência sob a orientação do médico regulador e do enfermeiro responsável pela equipe, identificando os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, realiza curativo e administra medicações conforme orientação médica. Auxilia na imobilização de vítimas de trauma e na estabilização do paciente (BRASIL, 2002).

Os Condutores de Veículos de emergência possuem a responsabilidade pelo transporte da equipe até o local do atendimento de forma ágil e segura devendo estar atento às condições de trafegabilidade, climáticas e a segurança dos demais componentes do trânsito. Deve garantir a segurança da equipe na cena posicionando o veículo de forma que este proteja a equipe durante o atendimento. Ainda, é responsável pela sinalização da via, auxilia na imobilização e transporte de vítimas de trauma e na reanimação cardiorrespiratória básica (BRASIL, 2002).

Ressalta-se que o contato com as equipes móveis de atendimento deve ser claro e facilitado, pois será através de tecnologias aplicadas a saúde, tais como rádio, telefone e *smartphones*, em que as orientações serão passadas às equipes de atendimento móvel no intuito de estabilizar a vítima e coordenar todas as etapas do atendimento.

O serviço foi desenvolvido para atender os casos em que se faz necessária intervenção médica imediata, tendo em vista que pode haver ou não o risco iminente de morte. No entanto, muitos indivíduos ainda procuram o serviço mesmo quando não se trata de uma situação de urgência ou emergência, sobrecarregando o atendimento (CAVALCANTI et al, 2014).

Sendo o SAMU especializado em atender as demandas de urgência e emergência e tendo a ambulância como um dos principais instrumentos para a realização de seu processo de trabalho a Portaria nº 2.048 de 2002 que estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência versa em seu capítulo IV (p.22-24) as descrições a acerca das dimensões e outras especificações dos veículos terrestres, os quais deverão obedecer às normas da ABNT - NBR 14561/2000, de julho de 2000. As ambulâncias classificam-se da seguinte forma:

TIPO A - Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.

TIPO B - Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino.

TIPO C - Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgências pré- hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquática e em alturas).

TIPO D - Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte interhospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos necessários para esta função.

TIPO E - Aeronave de Transporte Aéreo: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil (DAC).

TIPO F - Embarcação de Transporte Médico: veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade.

Apesar de o Ministério da Saúde (MS) incentivar e fortalecer a atenção básica à comunidade, como forma de promoção à saúde e prevenção de agravos, a falta de estrutura destes serviços enfraquece a assistência, tornando as unidades de pronto atendimento, a “porta de entrada” do sistema de saúde (LIMA NETO et al, 2015).

Os serviços de urgência e emergência exigem dos trabalhadores um conhecimento amplo sobre situações de saúde e certo domínio sobre o processo de trabalho, ou seja, do conjunto das necessidades envolvidas no cotidiano assistencial. Este conhecimento abarca exigências, como agilidade no pensar e no agir, competência e capacidade na resolutividade dos problemas emergentes (ALMEIDA; PIRES, 2007).

O trabalhador do SAMU precisa dominar o conhecimento específico de sua área de atuação, como exemplo, a realização do exame primário padrão para avaliação da vítima envolvida em situação de urgência e emergência. Esse conjunto de informações começa com uma visão global dos estados respiratório, circulatório e neurológico do paciente para a identificação de quaisquer problemas externos significativos óbvios, com respeito a oxigenação, à circulação, à hemorragias ou deformidades flagrantes. Esse exame constitui-se de cinco etapas em ordem de prioridade: Respiração, circulação, incapacidade e exposição e ambiente.

De acordo com a PNAU, os profissionais que atuam nestes setores devem possuir alguns requisitos gerais. Os trabalhadores médicos e enfermeiros e técnicos de enfermagem devem dispor de equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade física e mental para a atividade; iniciativa e facilidade de comunicação; experiência profissional no atendimento de urgências e emergências e destreza manual e física. Já o condutor técnico deve possuir idade maior de vinte e um anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; habilitação profissional como motorista de veículos de transporte de pacientes, de acordo com a legislação em vigor (Código Nacional de Trânsito). Ambos trabalhadores deverão possuir capacidade de trabalhar em equipe e disponibilidade para a capacitação bem como para a recertificação periódica (BRASIL, 2006).

No Brasil, o SAMU está integrado a Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a desígnio de proferir e integrar todos os elementos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usufrutuários em situação de

urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e adequada. Este serviço compõe-se de componentes e interconexões, que vislumbram a promoção e prevenção na atenção primária em saúde (Unidades Básicas de Saúde - UBS); Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e outros serviços com funcionamento 24h; Serviço de atendimento móvel de Urgência (SAMU) 192; Portas hospitalares de atenção às urgências – SOS Emergências; Enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos; Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), traumas e Atenção domiciliar (Melhor em Casa) (BRASIL, 2015).

O SAMU é o elemento fundamental da PNAU, através de sua implementação e operacionalização à população brasileira foi contemplada com um serviço especializado, organizado que é capaz de abarcar todas as demais esferas de atenção saúde e evidenciar os princípios do SUS, ou seja, a universalidade e equidade.

O SAMU foi instituído como estratégia de financiamento e gestão tripartite, com a contribuição de incentivos federais, estaduais e municipais para investimento e custeio. A abrangência das centrais de regulação pode ser municipal ou regional, dependendo das condições institucionais e pactuação no âmbito do Estado. No início, a adesão dos municípios predominou, para depois crescer de gestão municipal para gestão regional (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

O SAMU é um serviço pré-hospitalar móvel, no qual o usufrutuário tem acesso gratuito através do número 192. Sua formatação se dá a partir um elemento regulador (Central de Regulação) e um elemento assistencial (a equipe das ambulâncias). Na regulação todas as etapas do atendimento são registradas e gravadas. O TARM (Telefonista Auxiliar de Regulação Médica) é responsável pelo atendimento do telefone e faz o registro da identificação e localização do paciente. Os médicos reguladores registram a hipótese diagnóstica, conduta e destino dos pacientes. São responsáveis pela determinação e deliberação do tipo de ambulância que prestará o atendimento. A USB opera com recursos tecnológicos mais simples e sua equipe é composta por técnico de enfermagem e condutor, sendo que algumas bases já introduziram o profissional enfermeiro na unidade básica. A USA conta com médico, enfermeiro e condutor, além de mais recursos tecnológicos. Os Rádio Operadores (ROP) são o elemento da equipe da central de regulação que tem a condição de efetuar o contato da entre a equipe operacional e a central reguladora, esses são os profissionais que fazem o acompanhamento do chamado (O'DWYER; MATTOS, 2012; VELLOSO; ALVES; SENA, 2008).

Na operacionalização do processo de trabalho do SAMU, as centrais reguladoras se articulam com as bases, local determinado para a permanência das ambulâncias com suas respectivas equipes. Estas Bases são ambientes destinados à permanência e repouso dos trabalhadores e estão localizadas em pontos estratégicos para deslocamentos mais curtos (TRAJANO; CUNHA, 2011).

Os chamados acolhidos pelo SAMU são realizados a partir da percepção do solicitante. A forma como está organizado o atendimento com um mediador constante, a existência de equipes capacitadas para o atendimento são elementos que motivam a demanda, dando ao serviço credibilidade para o atendimento propriamente dito ou para fornecer informações ou orientações ao telefone (ABREU et al., 2012).

A dicotomia existente entre as divergentes perspectivas de urgência instalada entre os solicitantes e os médicos reguladores, de acordo com a necessidade de um atendimento de urgência oriunda dos chamados proferidos pelos solicitantes do serviço, ancora na difícil tarefa de avaliação, o que pode comprometer a qualidade das respostas do serviço (ABREU et al., 2012; GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

A legislação vigente alicerça o dimensionamento dos recursos do SAMU em detrimento a população abrangida pelo serviço, na seguinte proporção: uma equipe de suporte básico para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes e de uma unidade de suporte avançado para cada grupo de 400.000 a 450.000 habitantes (BRASIL, 2003).

Como já explicitou-se, a área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do sistema de saúde (BRASIL, 2003).

Segundo Duarte, Lucena e Morita (2011), o SAMU, no âmbito do SUS, contribui com a integralidade da assistência à população. Sabe-se que o aumento significativo dos agravos por causas externas, constitui uma necessidade de obtenção de informações epidemiológicas para auxiliar os gestores na estruturação do serviço de urgência e emergência.

Sabe-se que existem alguns estudos se preocupam com a descrição do perfil de atendimento de determinados serviços. Como, por exemplo, o realizado em Chapecó, no Oeste Santa Catarina que discorre que as prevalentes nos atendimentos realizados pela USA foram de pacientes vítimas de intercorrências clínicas, representando 41,9%, seguida dos

traumas com 35,4%. Os casos restantes (22,6%) foram de situações de transferências de pacientes graves entre hospitais da região. Estudo semelhante, realizado por Fernandes (2004), constatou que 85% das ocorrências foram por causas clínicas, no entanto cabe ressaltar que os percentuais encontrados por essa autora são mais que o dobro verificado no estudo Catarinense, o que corrobora com a ideia de que o ambiente pode ser um indicador da singularidade da população em estudo.

Um estudo realizado no SAMU do Rio Grande do Norte, o serviço atendeu um total de 3.186 ocorrências, entre os meses de janeiro a abril de 2014. Destas, 1.473 (46,2%) foram de causas clínicas, 1.454 (45,6%) traumáticas, 79 (2,5%) obstétricas e 180 (5,6%) psiquiátricas. O mês de janeiro que apresentou o maior número de ocorrências, com 1.155 (36,3%) dos atendimentos, representando também a maior incidência das ocorrências clínicas com 536 (16,8%). O mesmo ocorreu com relação às ocorrências traumatológicas (507-15,9%) que se apresentaram com maior prevalência no mês de janeiro. Observa-se que nos meses de fevereiro a abril, o maior índice de ocorrências foi em decorrência de causas traumáticas, 307 (9,6%), 304 (9,5%) e 336 (10,5%), respectivamente. Logo se percebe que o perfil dos atendimentos também pode oscilar de acordo com as modificações sociais de correntes dos meses de férias.

Classificando o sexo das vítimas com o tipo de natureza da ocorrência, a evidência que 1.127 (35,4%) pacientes do sexo masculino destacaram-se dentre as causas traumáticas. Já entre as mulheres, as causas clínicas prevaleceram, correspondendo a 686 (21,5%) dos casos atendidos. Destaca-se como o maior percentual a faixa etária correspondente ao intervalo de 25 a 34 anos, com 598 (18,8%) dos atendimentos, ressaltando dentro desse percentual as causas traumatológicas (12,2%) como motivo do chamado.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento da pesquisa

Foi realizado estudo transversal, exploratório, de caráter quantitativo. A pesquisa quantitativa é tipicamente dedutiva, uma vez que a maioria das ideias e/ou conceitos pode ser reduzida a variáveis, possibilitando testar e instituir relações baseadas numa cuidadosa observação, medição e interpretação da realidade objetiva, o que oportuniza a análise de causas e suas influências nos resultados (CRESWELL, 2008).

Para a realização da pesquisa, foram utilizados dados secundários e documentais valendo-se de documentos originais, que ainda não receberam tratamento analítico por nenhum autor (HELDER, 2006). Esses documentos foram utilizados como fontes de informações, indicações e esclarecimentos que trouxeram seu conteúdo para elucidar determinadas questões e servir de prova para outras, de acordo com o interesse do pesquisador (FIGUEIREDO, 2009). Especificamente os dados secundários utilizados para esse estudo foram o registro, de intercorrências clínicas e traumáticas, encontrado em boletins de atendimento preenchidos por profissionais do SAMU.

4.2 Local da pesquisa

O estudo foi realizado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio Grande/RS, junto ao Núcleo de Educação em Urgência/Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva - NEU/NUMESC, sendo esse setor destinado para armazenamento e processamento dos boletins de atendimento do SAMU 192 do referido município.

4.3 Coleta de dados

Foi realizada coleta de dados secundários de acordo com as informações contidas nos boletins de atendimentos de suporte básico e avançado no período de maio de 2016 a novembro de 2015, a partir de um roteiro previamente estruturado (APÊNDICE A).

As variáveis desse estudo serão determinadas com base no Boletim de Atendimento (BA) (ANEXO 1) do SAMU de um município de médio porte do extremo sul do Rio Grande do Sul, estando dividido em dados socioambientais, clínicos e traumatológicos. Salienta-se

que o conjunto dos dados socioambientais abrange as características das pessoas atendidas incluindo suas condições orgânicas, porém para melhor apreender as variáveis apresentam-se em separado. Os socioambientais incluem informações do paciente e do atendimento, tais como: idade e sexo da vítima e ambiente físico da intercorrência identificada pela localização (conjunto de dados nome de rua, número de casa, prédio ou terreno, rodovias e pontos de referência entre outros) da intercorrência, data e horário do atendimento.

Os dados clínicos e ou traumatológicos informam a complexidade determinada pela regulação médica baseado na escolha da emissão de uma unidade de suporte básico ou avançado; o tipo de agravo de acordo com intercorrências clínicas e/ou traumáticas, a avaliação primária determinada no APH considerando a análise de vias aéreas, respiração, sistema circulatório, neurológicos e exposições traumáticas; os procedimentos, materiais e insumos presentes nos atendimentos, os motivos de cancelamento e/ou de outros desfechos pertinentes ao atendimento do SAMU.

4.4 Análise dos dados

Os dados serão digitados e analisados através do *Software* estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21.0. Foram realizadas análises descritivas (frequências, médias e desvio-padrão) e análise inferencial. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão e as categóricas por frequências absolutas e relativas. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas, os testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher foram utilizados. Esse último substitui o teste qui-quadrado em tabela 2 x 2 quando no mínimo 25% das células tem frequência esperada menor do que 5. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

A hipótese de normalidade foi testada por meio do teste de Kolmogorov–Smirnov, indicando que os dados apresentam distribuição normal. Para medir a consistência interna do instrumento foi calculado o Alpha de Cronbach. O valor encontrado foi de 0,893, o qual atende o padrão esperado entre os valores 0,80 e 0,90 (Streiner, 2003), ou seja, comprovando a confiabilidade dos dados.

4.5 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos neste estudo todos os boletins, que são a fonte de dados que permitem a apreensão acercadas intercorrências clínicas e traumáticas atendidas pelas unidades básicas e avançadas, no período de novembro de 2015 a maio de 2016.

4.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG) para avaliação e aprovação. O projeto recebeu aprovação sob número de parecer nº005/2016. Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos contidos na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

Foi também solicitada a autorização ao Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva, que é o órgão competente para acesso aos arquivos que contém os boletins de atendimento do SAMU (ANEXO 1).

4.7 Análise crítica de riscos e benefícios

Riscos:

Para esse estudo consideramos a existência de risco mínimo que se refere à manipulação dos boletins de atendimentos, com relação a sua manutenção e conservação.

Ressalta-se que de acordo com o código de ética de enfermagem (BRASIL, 2007), deve-se ter o compromisso com o estado de saúde e doença em direção à qualidade de vida da pessoa, família e coletividade. A partir dessa premissa assume-se o respeito ao sigilo e anonimato de todos os documentos, nos quais consta o nome dos pacientes atendidos pelo SAMU.

O profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões e exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética. Reitera-se esta premissa, mesmo na condição atual da presente pesquisa que estará indiretamente envolvendo os pacientes, ou seja, somente os registros dos mesmos e os profissionais, e não a pessoa propriamente dita.

Reafirmando, deste modo, a competência ética e legal do profissional enfermeiro na tomada de medidas de identificação, controle e intervenção em qualquer situação, sob sua responsabilidade, que configure risco de dano à pessoa, independente da natureza, quer seja físico ou psíquico.

Assegura-se que os dados serão coletados por enfermeiros, integrantes do Grupo de pesquisa LAMSA/FURG, entendendo, de acordo com a legislação de enfermagem supracitada, que os mesmos possuem habilitação ética e legal para identificação e condução de possíveis eventos psíquicos relacionados à pesquisa.

Benefícios:

Com relação aos benefícios, acredita-se que a presente pesquisa abrangerá um desenvolvimento extensivo e teórico-metodológico, não somente na relação direta dos seus resultados, bem como, pela contribuição ao processo de ensino-aprendizado produzido e as possíveis possibilidades de integração entre a academia e o serviço do SAMU 192. Salienta-se que os dados serão devolvidos na forma de relatório ao responsável pelo referido serviço.

4.8 Explicitação das responsabilidades do pesquisador, da instituição, do promotor e do patrocinador

A pesquisa foi coberta com financiamento da pesquisadora responsável e os dados obtidos bem como os materiais que permitiram sua construção serão utilizados somente para fins acadêmicos e delineados para a presente pesquisa, ficando arquivados com guarda segura pelo período de cinco anos, no LAMSA, na Escola de Enfermagem.

Os produtos da pesquisa serão divulgados publicamente através de trabalhos e eventos científicos, publicação de periódicos e apresentação em eventos, sejam eles favoráveis ou não.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados em dois capítulos, em que resultados e discussões estão apresentados em dois artigos científicos. O primeiro, desenvolvido a partir da caracterização dos agravos clínicos atendimentos pelo SAMU, intitula-se — **Serviço de atendimento móvel de urgência: caracterização dos agravos clínicos**, o qual responde aos objetivos: identificar o motivo dos atendimentos referentes aos agravos clínicos; relacionar o motivo do chamado com o exame primário e os procedimentos realizados e identificar os desfechos dos atendimentos clínicos realizados pelo serviço de atendimento móvel de urgência. O manuscrito foi elaborado de acordo com as normas do periódico científico Aquichan, as quais se encontram disponíveis em: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/about/submissions#onlineSubmissions>

O segundo artigo intitula-se — **Perfil de agravos por causas externas em serviço de atendimento móvel de urgência**, respondendo ao objetivo: caracterizar identificar o motivo dos atendimentos referentes aos agravos traumatológicos; relacionar o motivo do chamado com o exame primário e os procedimentos realizados e identificar os desfechos dos atendimentos traumatológicos realizados pelo SAMU. Este artigo foi elaborado conforme as normas do periódico científico Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, as quais se encontram disponíveis em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/about/submissions#authorGuidelines>

5.1 ARTIGO I

Serviço de atendimento móvel de urgência: caracterização dos agravos clínicos

Cíntia Fonseca Martins¹
Marta Regina Cezar-Vaz²
Clarice Alves Bonow³

RESUMO

Objetivo: identificar o motivo dos atendimentos referentes aos agravos clínicos; relacionar o motivo do chamado com o exame primário e os procedimentos realizados e identificar os desfechos dos atendimentos clínicos realizados pelo serviço de atendimento móvel de urgência. **Métodos:** estudo transversal, retrospectivo do período de novembro de 2015 a maio de 2016. Para a coleta de dados utilizou-se roteiro estruturado, que contemplavam as informações dos boletins de atendimento do Serviço de atendimento móvel de urgência de um município do Rio Grande do Sul. Os dados obtidos foram submetidos a análise descritiva e bivariada. **Resultados:** foram realizados 1.748 atendimentos para agravos clínicos. Os agravos neurológicos foram os mais atendidos 363, seguido dos respiratórios 240, psiquiátricos 227 e cardiovasculares com 182. A faixa etária de 41-60 anos concentrou a maior frequência de atendimentos (n=438). No que se refere a destino/desfecho, 353 permaneceram no local. **Conclusão:** a análise dos agravos clínicos expôs a relevância do serviço para a população do município e para a organização da rede de atendimento em saúde.

Palavras-chave: Serviços médicos de emergência; Enfermagem; Atenção à saúde; Ambulâncias; Socorro de urgência

Servicio de atención al cliente de urgencia: caracterización de los agravios clínicos

RESUMEN

Objetivo: identificar identificar el motivo de las atenciones referentes a los agravios clínicos; relacionar el motivo del llamado con el examen primario y los procedimientos realizados e identificar los resultados de las atenciones clínicas realizadas por el servicio de atención móvil de urgencia. **Métodos:** estudio Estudio transversal, una retrospectiva noviembre de 2015 hasta mayo de 2016. Para la recolección de datos se utilizó la escritura estructurada, que contempla el servicio de información de la atención de emergencia boletines de servicio móvil de un municipio de Rio Grande Los datos obtenidos fueron sometidos a análisis descriptivo y bivariado. **Resultados:** se realizaron 1.748 atendimientos para agravios clínicos. Las enfermedades neurológicas fueron tratados de más de 363, 240 seguido por respiratorio, cardiovascular y psiquiátrica 227 a 182. El rango de edad de 41-60 años se ha centrado visitas más frecuentes (n = 438). En lo que se refiere al destino / desenlace, 353 permanecieron en el lugar. **Conclusión:** el análisis de los agravios clínicos expuso la relevancia del servicio para la población del municipio y para la organización de la red de atención en salud.

Palabras clave: Servicios médicos de urgencia; Enfermería; Atención a la salud; Ambulancias; Socorro de urgencia

¹ Universidade Federal do Rio Grande, Brasil. cingigi@gmail.com

² Universidade Federal do Rio Grande, Brasil. cezarvaz@vetorial.net

³ Universidade Federal de Pelotas, Brasil. claricebonow@gmail.com

Emergency mobile service: characterization of clinical diseases

ABSTRACT

Objective: to identify the reason for the consultations regarding the clinical diseases; to relate the reason for the call with the primary examination and the procedures performed and to identify the outcomes of the clinical visits performed by the mobile emergency service. **Methods:** a cross-sectional, retrospective study was carried out from November 2015 to May 2016. For the data collection a structured script was used, which included the information of the service bulletins of the Emergency Mobile Service of a municipality of Rio Grande. The data were submitted to descriptive and bivariate analysis. **Results:** There were 1,748 consultations for clinical disorders. Neurological disorders were the most attended 363, followed by respiratory 240, psychiatric 227 and cardiovascular with 182. The age group of 41-60 years concentrated the highest frequency of care ($n = 438$). Regarding destination/outcome, 353 remained in place. **Conclusion:** the analysis of the clinical disorders exposed the relevance of the service to the population of the municipality and to the organization of the health care network.

Keywords: Emergency medical services; Nursing; Health care; Ambulances; Emergency relief

Introdução

O SAMU foi idealizado com premência de socorrer as vítimas de agravos traumatológicos ou externos, mas com o decorrer do tempo, e a presença de uma demanda espontânea, o serviço adequou-se as urgências de ordem clínica, as quais, no Brasil, caracterizam-se por atendimentos de urgências clínicas, traumáticas, gineco-obstétricas, pediátricas, cirúrgicas, psiquiátricas, de desastres e acidentes com múltiplas vítimas. Apresentam como principais objetivos reduzir o número de óbitos, o tempo de internações hospitalares e as possíveis sequelas. Além de ser determinante na condição de ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado. Garantido assim o que se preconiza no Sistema Único de Saúde (1).

Sendo o SAMU um serviço assistencial, com demandas de gestão e educação, onde os profissionais de enfermagem atuam em todas suas instâncias podemos destacar a relevância desse serviço para a enfermagem enquanto profissão e ciência. Sabe-se que os enfermeiros estão presentes nas unidades de suporte básico e avançado, na modalidade terrestre, aérea e marítima. Assumem cargos de coordenação e de responsabilidade técnica, ou seja, o enfermeiro caracteriza elemento fundamental da equipe multidisciplinar (2).

No Brasil, estudos anteriores revelam que as solicitações feitas ao SAMU têm mostrado prevalências dos agravos de natureza clínica, tendo como exemplo: Porto Alegre-

Rio Grande do Sul, com 39% (3), o oeste de Santa Catarina, 46% (4), em Botucatu- São Paulo, com 46,23% (5), em Catanduva – São Paulo, 50,7% (6). O que corrobora com os indicadores nacionais de mortalidade, morbidade, evidenciando que os agravos clínicos são os mais prevalentes e relacionados aos mandatórios índices de adoecimento e óbito (7).

A partir dessa condição, a caracterização dos agravos de natureza clínica mais frequente em determinada população torna-se premente para elaboração de políticas preventivas, bem como, possibilita a visualização do cenário de saúde correspondente à área de atuação do mesmo, fortalecendo a organização e manutenção do próprio SAMU local. Na especificidade da prática do enfermeiro, a identificação dos agravos de natureza clínica, permite que ele, juntamente com outros profissionais da equipe, organizem o trabalho de forma a estabelecer estratégias de comunicação de medidas promotoras a população em geral, bem como com os outros serviços de saúde no intuito de aprimorar a atenção ao grupo de pessoas com tais agravos.

Levantando as potencialidades de prevenção a partir da articulação com outros serviços de assistência, como por exemplo, a Atenção Básica de Saúde; e, ainda a própria atenção clínica necessária. Nesse sentido, tem-se por objetivo analisar os agravos clínicos atendidos pelo SAMU de uma cidade do sul brasileiro, a partir dos parâmetros tipo de agravo e avaliação no exame primário, faixa etária, sexo do paciente e desfecho do atendimento.

Métodos

Estudo transversal, retrospectivo, com base nos boletins de atendimento prestados pelo SAMU Urgência de um município do Rio Grande do Sul.

Foi realizada coleta de dados secundários de acordo com as informações contidas nos boletins de atendimentos de suporte básico e avançado no período de maio de 2016 a novembro de 2015, a partir de um roteiro previamente estruturado contendo informações sobre o motivo do atendimento (clínico ou traumatológico), hora do atendimento, sexo e idade do paciente, avaliação no exame primário (vias aéreas, respiração, circulatório, neurológico e exposição) e destino do atendimento. Para esse estudo foram selecionados apenas os agravos clínicos atendidos. Entende-se como agravos clínicos todo atendimento que não foi oriundo de um motivo externo, ou seja: neurológico, respiratório, psiquiátrico, cardiovascular, gastrointestinal, metabólico, intoxicação exógena, obstétrico, infeccioso e pediátrico.

Para os dados referentes à idade utilizou-se a categorização padronizada do SAMU: crianças (menores de 6 anos); escolares e pré-adolescentes (7-14 anos); adolescentes (15-20

anos); jovem adulto (21-40 anos); adulto (41-60 anos); idoso (61-79 anos); maiores de 80 anos.

Os dados foram digitados e analisados através do *Software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Para análise dos dados, as variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão e as categóricas por frequências absolutas e relativas. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas, os testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher foram utilizados. Esse último substitui o teste qui-quadrado em tabela 2 x 2 quando no mínimo 25% das células tem frequência esperada menor do que 5. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Foram realizados 1.748 (62,5%) atendimentos de natureza clínica de um total de 2795 chamados atendidos pelo SAMU no período de novembro de 2015 a maio de 2016. A maioria dos pacientes atendidos foram do sexo feminino ($n=849$; 50,5%), cuja faixas etárias de destaque foram de 41 a 60 anos ($n=438$; 26,5%), de 61 a 79 anos ($n= 424$; 25,7%) e de 21 a 40 anos de idade ($n=351$; 21,3%). Desses, 1718 (98,3%) foram para socorro e 30 (1,7%) para transporte. Os chamados ocorreram predominantemente no turno da tarde – 12h às 18h –, $n = 516$, 29,5%, seguido da noite – 18h às 00h – $n = 501$, 28,7%, manhã – 06h às 12h – $n = 478$, 27,3%, e madrugada – 00h às 6h – $n = 252$, 14,4%.

Com relação aos motivos de atendimento clínicos, destacaram-se os agravos neurológicos, com 363 (20,8%) chamados, seguidos dos respiratórios com 240 (13,7%), psiquiátricos com 231 (13,2%) e cardiovasculares com 182 (10,4%).

Tabela 1. Distribuição dos chamados por motivos clínicos

Motivos	n	%
Neurológico	363	20,8
Respiratório	240	13,7
Psiquiátrico	231	13,2
Cardiovascular	182	10,4
Gastrointestinal	102	5,8
Metabólico	96	5,5
Intoxicação exógena	82	4,7
Obstétrico	80	4,6
Infecioso	61	3,5
Pediátrico	10	0,6
Outro	301	17,2

Ao exame primário dos sistemas – composto pela avaliação de vias aéreas, respiração, circulatório, neurológico e exposição – a maioria dos indivíduos não apresentou alterações significativas, no entanto, observam-se especificidades ao visualizar em separado cada um dos motivos.

Ao exame das vias aéreas, houve obstrução parcial entre os agravos respiratórios (n=20; 9,2%). Entre os demais agravos, não houve frequências estatisticamente significativas, mas vias aéreas livres são mais encontradas em pacientes com motivos psiquiátricos e vias aéreas parcialmente obstruídas são mais frequentes nos motivos respiratórios e obstruídas em outros motivos, conforme apresenta a Tabela 2. Já com relação à respiração, os agravos neurológicos apontaram significativamente respiração alterada (n=249, 16,4%) e apneia (n=54, 3,6%); entre os agravos psiquiátricos, a respiração mostrou-se alterada (n=128, 58,7%) e agônica (n=7, 3,2%). O tipo de respiração normal é mais frequente em motivos neurológicos, psiquiátricos, gastrointestinal, metabólico, intoxicação exógena e obstétrico; respiração alterada e agônica são mais frequentes em motivos respiratórios e apneia é mais frequente em motivos gastrointestinais e outros (p<0,001). Demais informações encontram-se na tabela 2.

Tabela 2. Associação entre os motivos clínicos conforme exame primário de vias aéreas e respiração

Motivos	Amostra total	Vias aéreas			Amostra total	Respiração			
		Livre	Parcialmente obstruída	Obstruída		Normal	Alterada	Agônica	Apneia
		n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Neurológico	327	322 (98,5)	5 (1,5)	0 (0,0)	328	1197 (79,1)	249 (16,4)*	13 (0,9)	54 (3,6)*
Respiratório	218	198 (90,8)	20 (9,2)*	0 (0,0)	218	284 (86,6)*	40 (12,2)	1 (0,3)	3 (0,9)
Psiquiátrico	167	167 (100)*	0 (0,0)	0 (0,0)	167	77 (35,3)	128 (58,7)*	7 (3,2)*	6 (2,8)
Cardiovascular	169	167 (98,8)	2 (1,2)	0 (0,0)	168	160 (95,8)*	5 (3,0)	2 (1,2)	0 (0,0)
Gastrointestinal	100	99 (99,0)	1(1,0)	0 (0,0)	100	128 (76,2)	25 (14,9)	2 (1,2)	13 (7,7)*
Metabólico	92	92 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	92	93 (93,0)*	7 (7,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Intoxicação exógena	73	73 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	73	86 (93,5)*	6 (6,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
Obstétrico	74	74 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	74	70 (95,9)*	3 (4,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Infecioso	60	60 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	60	71 (95,9)*	3 (4,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Pediátrico	6	6 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	6	48 (80,0)	12 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Outro	226	218 (96,0)	6 (2,6)	2 (0,9)*	227	4 (66,7)	2 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)

* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Houve associação estatisticamente significativa entre o tipo de motivo e o exame primário de vias aéreas ($p<0,001$) e entre o tipo de motivo e o exame primário de respiração ($p<0,001$), destacando-as os tipos ‘alterada’ e ‘apneia’ dentre os motivos clínicos.

Já à avaliação circulatória, houve maior número de casos de PCR, por outros motivos não identificados ($n=35$; 15,2%) e por motivos cardiovasculares ($n=13$; 7,7%), seguidos pelo sangramento, principalmente de cunho gastrointestinal ($n=87$; 87%) e obstétrico ($n=11$, 14,9%). A circulação normal é mais frequente em motivos neurológicos, psiquiátricos e metabólicos.

Ao exame neurológico, os pacientes que indicaram o motivo neurológico para o chamado, apresentaram confusão ($n = 93$, 28,5%), convulsão ($n = 29$, 8,9%) e coma ($n = 24$, 7,4%). Já, ao mesmo exame, os pacientes que indicaram como motivo o agravo psiquiátrico, apresentaram maior número de agitação ($n = 45$, 26,8%) e confusão ($n = 25$, 14,9%).

Houve associação estatisticamente significativa entre o tipo de motivo e o exame primário circulatório ($p<0,001$), sendo mais frequente a avaliação ‘normal’ e ‘PCR’, sendo esta última significativamente mais frequente em motivos cardiovasculares e outros motivos não identificados ($p<0,001$).

Houve associação estatisticamente significativa entre o tipo de motivo e o exame primário neurológico ($p<0,001$), sendo mais frequente convulsão, agitação, confusão e coma. O exame neurológico primário normal é mais frequente em motivos respiratórios, cardiovasculares, gastrointestinal e obstétrico. Já o exame neurológico de convulsão é mais frequente em motivo clínico neurológico; agitação é mais frequente em motivos psiquiátricos; confusão é mais frequente em motivos neurológicos, metabólicos e de intoxicação exógena e coma é mais frequente em outros motivos clínicos ($p<0,001$).

Tabela 3. Associação entre os motivos clínicos conforme exame primário circulatório e neurológico

Motivos	Avaliação Circulatória						Avaliação Neurológica				
	Amostra total	Normal	Convulsão	Agitação	Confusão	Coma	Amostra total	Normal	Sangramento	Choque	PCR
	n	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Neurológico	325	173 (53,1)	29 (8,9)*	6 (1,8)	93 (28,5)*	24 (7,4)	328	324 (98,8)*	0 (0,0)	1 (0,3)	3 (0,9)
Respiratório	217	0171 (78,8)*	0 (0,0)	3 (1,4)	20 (9,2)	23 (10,6)	218	207 (95,0)	0 (0,0)	4 (1,8)	7 (3,2)
Psiquiátrico	168	96 (57,1)	1 (0,6)	45 (26,8)*	25 (14,9)	1 (0,6)	167	163 (97,6)*	3 (1,8)	0 (0,0)	1 (0,6)
Cardiovascular	169	145 (85,8)*	0 (0,0)	3 (1,8)	7 (4,1)	14 (8,3)	168	151 (89,3)	1 (0,6)	4 (2,4)	13 (7,7)*
Gastrointestinal	100	97 (97,0)*	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,0)	1 (1,0)	100	87 (87,0)	12 (12,0)*	1 (1,0)	0 (0,0)
Metabólico	91	50 (54,3)	1 (1,1)	3 (3,3)	26 (28,3)*	11 (12,0)	92	91 (98,9)*	0 (0,0)	1 (1,1)	0 (0,0)
Intoxicação exógena	73	43 (58,9)	1 (1,4)	2 (2,7)	23 (31,5)*	4 (5,5)	73	71 (97,3)	2 (2,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Obstétrico	74	74 (100)*	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	74	63 (85,1)	11 (14,9)*	0 (0,0)	0 (0,0)
Infecioso	60	40 (66,7)	0 (0,0)	1 (1,7)	13 (21,7)	6 (10,0)	60	59 (98,3)	0 (0,0)	1 (1,7)	0 (0,0)
Pediátrico	6	6 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6	6 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Outro	227	165 (72,4)	1 (0,4)	6 (2,6)	18 (7,9)	37 (16,2)*	227	184 (80,0)	8 (3,5)	3 (1,3)	35 (15,2)*

* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Durante o exame sobre a exposição dos pacientes, ou seja, situações em que os pacientes apresentaram alguma alteração não clínica, o exame primário identificou ferimentos mais frequentemente entre motivos neurológicos, psiquiátricos e de intoxicação exógena ($p < 0,001$), como pode ser visualizado na Tabela 4.

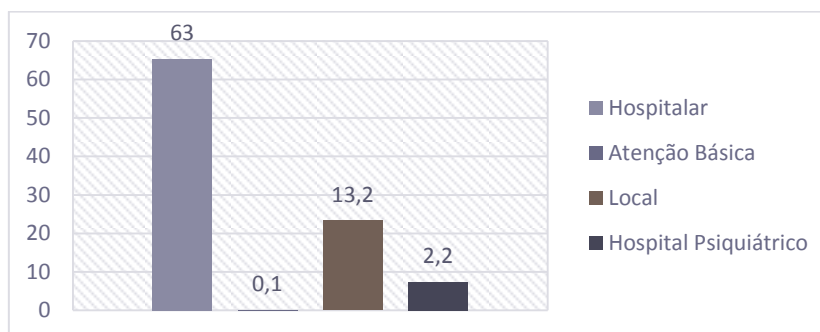
Tabela 4. Associação entre os motivos clínicos de chamados e alterações oriundas de exposição

Motivos	Amostra total	Queimadura	Deformidades	Fratura	Ferimentos
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Neurológico	327	1 (0,3)	4 (1,2)	1 (0,3)	25 (7,6)*
Respiratório	217	0 (0,0)	1 (0,5)	0 (0,0)	6 (2,8)
Psiquiátrico	167	0 (0,0)	1 (0,6)	0 (0,0)	18 (10,8)*
Cardiovascular	168	1 (0,6)	1 (0,6)	0 (0,0)	2 (1,2)
Gastrointestinal	100	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	2 (2,0)
Metabólico	91	0 (0,0)	1 (1,1)	0 (0,0)	3 (3,3)
Intoxicação exógena	73	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (12,3)*
Obstétrico	74	1 (1,4)	1 (1,4)	1 (1,4)	1 (1,4)
Infeccioso	60	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (10,0)
Pediátrico	6	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Outro	227	0 (0,0)	2 (0,9)	0 (0,0)	6 (2,7)

* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

O suporte avançado atendeu 631 (36,1%) chamados e o suporte básico 1114 (63,7%). Na relação com os procedimentos realizados, de maneira geral, os mais frequentes foram oximetria ($n = 1424$; 93,5%), reposição volêmica/medicamentos ($n = 356$; 20,4%), punção de veia periférica ($n = 292$; 19,2%) e administração de oxigênio ($n = 283$; 18,6%).

Por fim, os destinos dados aos chamados oscilaram entre a maioria direcionados ao hospital geral ($n = 1793$; 63,0%) e 111 (3,9%) ao hospital psiquiátrico, sendo os demais apresentados no gráfico a seguir.

Figura 1. Destino dos pacientes após atendimento pelo SAMU

Discussão

O estudo permitiu verificar o perfil de atendimentos clínicos do SAMU do município de Rio Grande, em um período de sete meses, identificando maior número de chamados para atendimentos de agravos neurológicos, respiratórios, psiquiátricos e cardiovasculares; que afetaram mais mulheres, com faixa etária acima de 40 anos de idade. Dentre os chamados, as equipes de suporte básico foram responsáveis pelo maior quantitativo de atendimentos, os quais tiveram como destino principal dos pacientes o hospital geral, e cujos procedimentos mais frequentemente realizados foram relacionados à oxigenação e reposição volêmica.

O atendimento majoritário por USB foi percebido também em outros estudos como encontrado em um trabalho desenvolvido em Curitiba, no Paraná, no qual se obteve do total de 5.839 atendimentos, 4.665 foram designados as USB (8). É importante frisar que desde o ano de 2013, o município estudado incorporou as suas equipes de USB o profissional enfermeiro, apesar de esta não ser uma obrigatoriedade determinada em portaria (9). Dessa forma, o atendimento clínico prestado pode apresentar um planejamento mediante o conhecimento especializado característico do enfermeiro, o que contribui para o atendimento a população.

No que se refere à faixa etária evidenciou-se que os cuidados prestados as crianças e adolescentes são em menor número, apresentando um aumento progressivo para os maiores de 21 e exponencial entre os 41 - 60 anos. Isso indica que possivelmente as políticas de saúde estejam utilizando melhores estratégias para os usuários até os 21 anos e que a condição de produção de valores seja um fator de maior exposição ao adoecimento (10). Em relação ao sexo, a maioria dos atendimentos por motivos clínicos foram realizados à mulheres, assim

como verificado em estudo realizado em Cuiabá, que demonstrou que esta diferença esteve relacionada, principalmente, aos altos índices de morbimortalidade masculina por acidentes e violências (11).

Na caracterização das ocorrências clínicas, observou-se que houve predominância dos agravos neurológicos (20,8%), os quais estiveram relacionados à convulsão, agitação, confusão e coma. Estudos realizados nas capitais Porto Alegre e Natal (3, 12) também tiveram destaque para o atendimento de convulsões, bem como estudo que também apresentou dados de atendimentos neurológicos que envolveram a ocorrência de convulsões e mal súbito, especialmente entre faixa etária idosa (11, 13). Desta forma, a ocorrência deste agravo indica a necessidade de incluir no planejamento e previsão das ações de assistência do SAMU, as intercorrências entre a população idosa, mediante, por exemplo, capacitação específica (14). Entre os agravos neurológicos, no exame respiratório, indicou-se respiração alterada e apneia, bem como os pacientes apresentavam ferimentos no momento do atendimento.

O segundo agravo mais frequente verificado nesse estudo trata-se das causas respiratórias. Sabe-se que no Brasil há um crescimento considerável da população idosa, o que valida uma expectativa do aumento de indivíduos maiores de 65 anos (15), acarretando no crescimento de doenças crônicas e infecciosas nessa população. Pode-se considerar também as condições climáticas do Rio Grande do Sul, e especialmente de Rio Grande, por tratar-se de cidade litorânea, que favorece as afecções do trato respiratório.

Já com relação às ocorrências psiquiátricas, o contingente se contrapõe a grande parte dos achados atualmente publicados nessa temática. Em Botucatu - São Paulo (5), os atendimentos aos usuários de drogas ilícitas foram as principais ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo serviço. Considerando esta condição, destaca-se a reflexão de que, por trata-se de cidade portuária, o município do Rio Grande conta com uma população transeunte significativa, predominantemente masculina e jovem, remetendo a comportamento que pode estar relacionado a ocorrência de chamados por motivos psiquiátricos (20).

Diferentemente do serviço do Rio Grande, o SAMU de Codó- Maranhão mostra resultados distintos, onde o agravo mais frequente foram os cardiovasculares (26,85%) (17). O que pode estar vinculado às diferenças loco-regionais dos atendimentos ou a lacunas existentes na oferta de serviços em saúde.

Os destinos das ocorrências são variados e estão relacionados com a gravidade ou não de cada caso, nesse estudo, as portas de entrada dos usuários do SAMU foram as unidades públicas, o que deixa notória a formação de redes públicas para abarcarem os acometidos por agravos de urgência. Porém, a demanda foi absorvida pelos serviços de maior complexidade,

ou seja, com uma maciça prevalência para o suporte hospitalar, tanto para o atendimento geral, quanto à especialidade psiquiátrica. Desta forma, percebeu-se que serviços como os prontos atendimentos estão sendo subutilizados, o que caracteriza uma fragilidade de gestão e a predileção dos usuários por aportes de maior complexidade.

Essa realidade se contrapõe quando o cenário são cidades como Porto Alegre, capital do Estado, onde as UPAs acolheram 16,3% de todos os pacientes que foram removidos a um serviço de saúde (3).

Outro dado expressivo é a quantificação dos pacientes que não necessitavam de transferência para centros de atendimento, número que concerne com a ideia de que o SAMU apesar de ser um serviço destinado a atenção das urgências e emergências, por muitas vezes, é acionado pelo fato de disponibilizar médicos e medicamentos, demonstrando que a população desconhece a real função desse serviço. Esses dados incluem a suposição que muitos usuários de saúde têm, de que a principal função do SAMU é o transporte de pacientes, o que descaracteriza-o, uma vez que o principal determinante é a avaliação clínica do paciente frente ao seu agravo de urgência.

Entende-se que as portas de entradas são primordiais para o bom desenvolvimento do serviço de atendimento pré-hospitalar, e que a demanda supera a condição dos recursos físicos, humanos e de insumos, o que acarreta em uma das maiores dificuldades para o recebimento dos pacientes transportados pelo SAMU.

Esse estudo diferenciou-se pelo fato de caracterizar os atendimentos do SAMU a partir dos registros das informações contidas nos boletins de atendimento. Informações estas que são preenchidas pelos profissionais do SAMU no local da intercorrência, dando assim um segundo olhar, baseado no exame primário e no raciocínio clínico realizado pela equipe no momento do atendimento. Esta diferenciação é observada, uma vez que, outros estudos que caracterizam os atendimentos do SAMU trazem como fonte os registros das informações oriundas das centrais de regulação, ou seja, do médico regulador que determina o tipo de agravo (3,4).

Apresenta-se como limitação do estudo o tempo de coleta dos dados, bem como discorre da condição de uma população focalizada, ou seja, as vítimas de intercorrências clínicas, que se deu a partir da metodologia proposta, porém essa condição propicia a constituição de outros estudos.

Conclusão

Os agravos neurológicos, respiratórios e psiquiátricos foram os mais frequentes e os hospitais públicos foram às principais portas de entrada dos pacientes provenientes do serviço pré-hospitalar móvel. Ficando assim evidente a heterogeneidade no acesso aos serviços de saúde.

A análise dos agravos clínicos expôs a relevância do serviço para a população do município, bem como, para a organização da rede de atendimento em saúde do SUS. E permitiu equacionar os principais problemas de saúde ocorridos no âmbito pré-hospitalar, podendo contribuir para o planejamento de ações intersetoriais de promoção e prevenção em saúde. Incluindo as condições de redistribuição e alocação dos pacientes segundo as portas de entrada; bem como a otimização da rede pública existente, subsidiando dessa forma os indicadores necessários para as decisões de estratégias gerenciais no domínio municipal.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.863/GM de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
2. Luchtemberg MN & Pires DEP. O que pensam os enfermeiros do SAMU sobre o seu processo de trabalho. *CogitareEnferm.* 2015;20(3):457-66.
3. Marques GQ, Lima MADS & Ciconet RM. Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre - RS. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(2):185-91.
4. Giaretta V, Ferronato M, Ascari TM & Krauzer IM. Perfil das ocorrências em um serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev BaianaEnferm.* 2012;26(2):478-87.
5. Almeida PMV, Dell'Acqua MCQ, Cyrino CMS, Juliani CMCM, Palhares VC & Pavelqueires S. Analysis of services provided by SAMU 192: Mobile component of the urgency and emergency care network. *Esc Anna Nery.* 2016;20(2):289-95.
6. Gonsaga RAT, Brugugnolli ID, Zanutto TA, Gilioli JP, Silva LFC & Fraga GP. Characteristics of care provided by the Emergency Mobile Care Service in the municipality of Catanduva, São Paulo state, Brazil, 2006-2012. *EpidemiolServ Saúde.* 2013;22(2):317-24.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Indicadores de Mortalidade de Morbidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Gomes DC, Carvalho DR, Cubas MR & Shmeil MAH. Mineração de Dados no Serviço de Atendimento de Urgências. *J Health Inform.* 2014;6(4):141-6.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048, de 5 de Novembro de 2002. Normatiza o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. Estabelece regras que vão desde as especializações da equipe médica até as características dos veículos e os equipamentos a serem utilizados nas ambulâncias. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
11. Duarte SJH, Lucena BB & Morita LHM. atendimentos prestados pelo serviço móvel de urgência em Cuiabá, MT, Brasil. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2011;13(3):502-7.
12. Dias JMC, Lima MSM, Dantas RAN, Costa IKF, Leite JEL & Dantas DV. Perfil de atendimento do serviço pré-hospitalar móvel de urgência estadual. *CogitareEnferm*. 2016;21(1):01-9.
13. Lino FS, Costa ECL, Figueiredo MLF & Magalhães JM. Assistência ao idoso pelo serviço de atendimento móvel de urgência. *RevEnferm UFPI*. 2014;3(1):25-31.
14. Sarmiento SDG, Dantas RAN, Dantas DV, Oliveira SP, Henriques LMN & Costa IB. Perfil das vítimas de afecções neurológicas atendidas por um serviço pré-hospitalar. *CogitareEnferm*. 2017;22(2):e49698.
15. Fachine BRA & Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*. 2012;1(20): 106-94.
16. Junior IJF, Schlindwein VLDC, Calheiros PRV. A relação entre o uso de drogas e o trabalho: uma revisão de literatura. *PSI. Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2016;16(1):104-22.
17. Melo KSP, Ross JR, Penha CMSD, Melo KLFVS & Queiroz AWR. Characterization of occurrences answered by service mobile emergency. *RevEnferm UFPI*. 2014;3(1): 46-52.

5.2 ARTIGO II

Perfil de agravos por causas externas em serviço de atendimento móvel de urgência

Cíntia Fonseca Martins¹, Marta Regina Cezar-Vaz¹, Clarice Alves Bonow²

Resumo

Objetivo: caracterizar o motivo dos atendimentos referentes aos agravos traumatológicos; relacionar o motivo do chamado com o exame primário e os procedimentos realizados e identificar os desfechos dos atendimentos traumatológicos realizados pelo serviço de atendimento móvel de urgência. **Método:** estudo transversal, retrospectivo. Para a coleta de dados utilizou-se roteiro estruturado, conforme os boletins de atendimento do serviço de atendimento móvel de urgência. Os dados obtidos foram submetidos a análise descritiva e bivariada. **Resultados:** foram realizados 1047 atendimentos, representando 37,5% de toda a demanda do serviço. O suporte avançado atendeu 407 (38,8%) chamados e foram registrados 21 óbitos. Os atendimentos ocorreram mais no turno da tarde (n=388). As causas externas que apresentaram maior número de ocorrências foram colisão (n=416; 39,7%) seguida de quedas 373 (35,6%), que afetaram mais frequentemente homens, com faixa etária entre 21 – 40 anos. **Conclusão:** à avaliação primária, destacou-se a maioria dos pacientes atendidos pela equipe não apresentaram alterações significativas no exame primário no momento da chegada da equipe no local da intercorrência. Supõe-se que muitos chamados ao SAMU podem não constituir casos reais de urgência e emergência. No entanto, deve-se conhecer os motivos mais solicitados em suas regiões de atuação, a fim de traçar estratégias assistenciais.

Descritores: Serviços médicos de emergência; Enfermagem; Atenção à saúde.

Introdução

A partir da década de 1980, as mortes por causas não naturais cresceram gradativamente, ocupando a segunda causa de morte no país, entre todas as demais, se comparadas com todas as faixas etárias, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares⁽¹⁾. As causas externas são determinadas como acidentais (quedas; envenenamentos; afogamentos; acidentes de trânsito de trabalho e outros) e intencionais (agressões; lesões

¹ Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil.

² Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil.

autoprovocadas; homicídios; suicídios). Predominantemente, acometem jovens do sexo masculino, comprometendo a qualidade de vida das vítimas e de seus familiares⁽¹⁾. Atualmente no Brasil, a estatística de mortalidade por causas externas equipara-se a outros países do mundo, uma vez que ocupa o terceiro lugar dentre todas as causas de morte e sendo o principal agente de óbito em indivíduos até 40 anos de idade⁽²⁾.

Em 2011, segundo valores do Datasus, foram registradas 145.842 mortes por causas externas⁽³⁾. Além de representarem 8,6% do total de internações pelo Sistema único de Saúde (SUS), com valor total pago de R\$ 1,02 bilhões. As estimativas do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) mostram que os custos indiretos e danos à economia são ainda maiores se considerados os prejuízos econômicos decorrentes da ausência no trabalho, da perda de produtividade e de impactos sociais e psicológicos de difícil mensuração⁽⁴⁻⁶⁾. Configurando-se como um problema de saúde pública e econômica de ordem mundial.

Esses eventos ascenderam expressivamente nas últimas décadas, causando grandes modificações no perfil de saúde da população e no sistema de saúde pública do Brasil. O aumento da demanda recrutada pelos agravos oriundos de causas externas muitas vezes está relacionado às mudanças sociais, políticas, econômicas, ao crescimento urbano e o desenvolvimento da indústria automobilística⁽⁷⁾. Esse novo cenário representou uma condição alarmante no século XX e exigiu alterações nas ações públicas e sociais; o que denotou no investimento e na especialização em todas as áreas da urgência e emergência.

O serviço de atendimento pré-hospitalar, antes implantado de forma heterogênea nas grandes cidades e voltado, sobretudo para o atendimento de vítimas de lesões traumáticas, foi reestruturado no ano 2003, compondo-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)⁽⁸⁾. Este serviço consiste em uma das primeiras instâncias da Saúde a sofrer os impactos causados pela letalidade dos acidentes proveniente de causas externas, no atendimento às suas vítimas.

Em setembro de 2003 o Ministério da Saúde estabeleceu a Política Nacional De Atenção às Urgências (PNAU), por meio da Portaria nº. 1.863, atendendo os altos índices de mortalidade no país, causados tanto pelos eventos clínicos, quanto pelas mortes provocadas pelas causas externas. Ela propunha o cuidado integral às urgências através da integração dos serviços e do conceito ampliado de urgência, em que é considerada a expectativa do usuário, além do conceito técnico de urgência dos profissionais⁽⁹⁾. A efetivação da atenção às urgências e emergências, instituída nacionalmente pela Portaria nº. 1.864, aconteceu especificamente através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência⁽¹⁰⁾.

O SAMU mantém as proposições da PNAU e os preceitos do Sistema Único de Saúde com os princípios de universalidade, equidade e integralidade e as diretrizes de descentralização, hierarquização e regionalização, uma vez que, funciona mediante uma Central de Regulação, que permite a organização dos serviços, a fim de impedir a superlotação dos hospitais e serviços de urgências⁽¹¹⁾. O acesso ao serviço se dá através do telefone 192 e disponibilidade e acionamento são de responsabilidade da central de regulação, que se compõe de técnicos de atendimento em regulação médica (TARMS) e médicos reguladores que atendem as ligações e, conforme as necessidades de cada caso encaminham ao local solicitado uma ambulância de Suporte Básico ou de Suporte Avançado de Vida⁽¹⁰⁾.

Os agravos por causas externas são tempo-dependente, o que exalta a relevância do atendimento pré-hospitalar móvel, pois ele se constitui em assistência médica e de enfermagem no local do evento. Destaca-se que além da função operacional de estabilização e transporte rápido e eficaz das vítimas, o SAMU constitui-se como elemento organizador do fluxo das portas de entradas nos serviços públicos de saúde, dentro de sua organização está instituído os locais de referência para cada especialidade, de acordo com a necessidade prioritária da vítima⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Essa designação de medidor das ações e fluxos é o que estimula e justifica a elaboração de estudos acerca do processo de produção de saúde do SAMU, pois o serviço se compõe da condição primária da urgência e emergência e logo o conhecimento ou mensuração desses agravos é necessário, afim de, coordenar esforços para elaborar condutas propedêuticas, terapêuticas e preventivas⁽¹⁵⁾. Estudos mostram que os acidentes e a violência não afetam a população de maneira uniforme, os riscos variam de acordo com o sexo, raça/cor, idade e condição socioeconômica⁽¹⁶⁾. O que expressa à premissa da necessidade do aprofundamento da análise e do conhecimento do comportamento e da dimensão desses eventos em segmentos específicos da população.

Frente a essa condição esse estudo tem por objetivo caracterizar identificar o motivo dos atendimentos referentes aos agravos traumatológicos; relacionar o motivo do chamado com o exame primário e os procedimentos realizados e identificar os desfechos dos atendimentos traumatológicos realizados pelo SAMU. Sua relevância se encontra no entendimento de que estudos que abarcam a magnitude, dinâmica e compreensão dos eventos oriundos do trauma são cada vez mais necessários para a área da saúde, pois possibilitam ampliar o conhecimento acerca da problemática que ocasiona grandes impactos sociais e econômicos as vítimas e ao país.

Método

Constitui-se de um estudo descritivo, exploratório, de caráter quantitativo, realizado no Serviço Móvel de Urgência. A coleta de dados foi desenvolvida a partir de um roteiro estruturado, utilizando-se as informações presentes nos boletins de atendimento, oriundos das unidades avançada e básica do SAMU de município do extremo sul do Rio Grande do Sul, que correspondessem às solicitações traumatológicas, atendidas no período de novembro de 2015 a maio de 2016, sendo retrospectivo de acordo com a autorização do Comitê de ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande. Para esse estudo entende-se como agravos traumatológicos todo atendimento oriundo de uma causa externa conforme classificação do SAMU.

As variáveis utilizadas foram: tipo de agravo e avaliação no exame primário, faixa etária, sexo do paciente, desfecho do atendimento. Para os tipos de agravos, avaliação no exame primário e desfecho do atendimento foram utilizadas as classificações respectivas segundo o boletim de atendimento do serviço. Para os dados referentes à idade utilizou-se a categorização padronizada do SAMU: crianças (menores de 6 anos); escolares e pré-adolescentes (7-14 anos); adolescentes (15-20 anos); jovem adulto (21-40 anos); adulto (41-60 anos); idoso (61-79 anos); maiores de 80 anos.

Os dados foram digitados e analisados através do *Software* estatístico *StatisticalPackageforthe Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Na análise dos dados, as variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão e as categóricas por frequências absolutas e relativas. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas, os testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher foram utilizados. Esse último substitui o teste qui-quadrado em tabela 2 x 2 quando no mínimo 25% das células tem frequência esperada menor do que cinco.

O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$). Os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados, obedecendo aos preceitos contidos na Resolução 466/2012. Foi obtida autorização da Secretaria Municipal de Saúde, através do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia do município do Rio Grande sob o parecer nº005/2016.

Resultados

Durante o período de maio de 2016 a novembro de 2015 foram realizados 1047 atendimentos traumatológicos de um total de 2845 chamados realizados pelo SAMU, o que representou 37,5% de toda a demanda do serviço. O suporte avançado atendeu 407 (38,8%) chamados e o suporte básico 635 (60,5%). Foram registrados 21 óbitos. Os atendimentos ocorreram mais no turno da tarde – 12h às 18h –, n = 388, 37,0%, seguido da noite – 18h às 00h – n = 301, 28,7%, manhã – 06h às 12h – n = 243, 23,2%, e madrugada – 00h às 6h – n = 113, 10,8%. No cenário deste estudo, a causas externas que apresentaram maior número de ocorrências foi colisão com 416 (39,7%) casos, seguido de quedas 373 (35,6%).

Tabela 1 - Distribuição de Tipos de agravos traumatológicos (causas externas) contidos nos boletins de atendimentos do SAMU (n = 1047)

Agravos traumatológicos	n	%
Colisão	416	39,7
Queda	373	35,6
Atropelamento	70	6,7
Agressão	70	6,7
FAF	33	3,1
FAB	22	2,1
Queimadura	4	0,4
Eletroplessão	3	0,3
Afogamento	2	0,2
Outro	56	5,3
Total	1047	37,5

Dos pacientes atendidos, a média de idade foi de 40,77 ($\pm 20,82$ anos), destacando-se para as situações de colisões a faixa etária dos 21 a 40 anos e referente ao sexo, observou-se 261(62,7%) casos corresponderam ao sexo masculino e 119 (28,6%) pertenciam ao sexo feminino. Já no condizente ao agravo quedas a faixa etária predominante foi de 41 a 60 anos. O sexo masculino representou 201(56,3%) dos atendimentos, em quando o sexo feminino dispôs de 139 (37,3%) dos chamados.

Tabela 2 - Distribuição dos principais agravos traumatológicos (causas externas) segundo a faixa etária e o sexo dos pacientes, conforme os boletins de atendimentos do SAMU (n = 1047)

Variáveis	Agravos traumatológicos				Valor de p
	Colisão		Queda		
	n	%	n	%	
Idade					
0 a 6 anos	07	1,7	04	1,1	0,00
7 a 14 anos	09	2,2	10	2,7	
15 a 20 anos	40	9,6	26	7,0	
21 a 40 anos	183	44,0	93	24,9	
41 a 60 anos	82	19,7	93	24,9	
61 a 79 anos	28	6,7	61	16,4	
> 80 anos	00	0,0	47	12,6	
Sexo					
Masculino	261	62,7	210	56,3	0,01
Feminino	119	28,6	139	37,3	

Na observação dos exames primários realizados nas vítimas de causas externas, nos traumas por colisão, as vias áreas foram percebidas em sua maioria como livres (n=329; 98,5%) e como parcialmente obstruídas em 05 casos (1,5%), não havendo em nenhum tipo de agravo, registros de obstrução de vias áreas no local dos atendimentos. Na avaliação das quedas foram registrados 317 (99,4%) casos de vias aéreas livres, 02 (0,6%) de vias parcialmente obstruídas e nenhum registro de obstrução de vias áreas. Na avaliação da respiração das vítimas de trauma por colisão, foram verificados como normal em 319 (95,5%) casos, como alterada 11 (3,3%) atendimentos, agônicas 03 (0,9%) e apneia em 01 (0,3%) paciente atendido pelo serviço. Nas ocorrências por queda tiveram 309 (96,3%) avaliações como normal, 08 (2,5%) como alterada, 02 (0,6%) como agônica e 01 (0,3%) como apneia. Houve associação estatisticamente significativa entre o tipo de motivo e o exame primário de respiração ($p < 0,001$), sendo mais respiração do tipo normal entre os agravos traumatológicos.

Na verificação do padrão vital circulatório por causa externa colisão apresentou-se como normal 307 (73,3%) agravos, como sangramento 24 (5,8%) casos, como choque 02 (0,5%) atendimentos e parada cardiorrespiratória 01 (0,2%). Já na avaliação decorrente do evento queda o padrão circulatório apresentou 292 (78,3%) como livre, 27 (7,2%) como sangramento, 01 (0,3%) como choque e 01 (0,3%) como parada cardiorrespiratória.

Houve associação estatisticamente significativa entre o tipo de motivo e o exame primário circulatório ($p < 0,001$), sendo mais do tipo sangramento nos atendimentos aos

agravos traumatológicos. A circulação normal é obtida mais frequentemente em motivos de colisão e queda, sangramento é mais frequente em motivos de atropelamento, agressão, FAF e FAB e choque são encontrados mais frequentemente nos motivos de FAF e FAB, como pode ser visualizado na Tabela 3.

Ao realizar-se a avaliação neurológica das vítimas de colisão identificou-se como normal 303 (90,7%) pacientes atendidos, como convulsão 01 (0,3%) vítima, como agitação 04 (1,2%), como confusão 19 (5,7%) e como coma 06 (1,8%) das vítimas. Os pacientes atendidos pelo SAMU acometidos por quedas dispuseram os seguintes resultados no exame neurológico: 288 (89,7%) normal, 01 (0,3%) convulsão, 05 (1,6%) agitação, 20 (6,2%) confusão, 05 (1,6%) coma. A associação entre os agravos traumatológicos e a avaliação circulatória foi não significativa ($p=0,056$).

Tabela 3 - Distribuição dos agravos traumatológicos (causas externas) exame primário de vias aéreas e respiração, conforme os boletins de atendimentos do SAMU (n = 1047)

Agravos traumatológicos	Amostra	Vias aéreas			Respiração				
		Livre	Parcialmente obstruída	Obstruída	Amostra	Normal	Alterada	Agônica	Apneia
		n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Colisão	334	329 (98,5)	05 (1,5)	00 (0,0)	334	319 (95,5)	11 (3,3)	03 (0,9)	01 (0,3)
Queda	319	317 (99,4)	02 (0,6)	00 (0,0)	320	309 (96,3)	08 (2,5)	02 (0,6)	01 (0,3)
Atropelamento	55	54 (98,2)	01 (1,8)	00 (0,0)	54	48 (88,9)	05 (9,3)	01 (1,9)	00 (0,0)
Agressão	59	59 (100)	00 (0,0)	00 (0,0)	59	56 (94,9)	03 (5,1)	00 (0,0)	00 (0,0)
FAF	14	14 (100)	00 (0,0)	00 (0,0)	114	10 (71,4)	04 (28,6)	00 (0,0)	00 (0,0)
FAB	19	18 (94,7)	01 (5,3)	00 (0,0)	19	16 (84,2)	03 (15,8)	00 (0,0)	00 (0,0)
Queimadura	02	02 (100)	00 (0,0)	00 (0,0)	02	02 (100)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)
Eletroplessão	03	03 (100)	00 (0,0)	00 (0,0)	03	03 (100)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)
Afogamento	01	01 (100)	00 (0,0)	00 (0,0)	01	01 (100)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)
Outro	40	38 (95,0)	02 (5,0)	00 (0,0)	40	36 (90,0)	03 (7,5)	00 (0,0)	01 (2,5)

* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Tabela 4 - Distribuição dos agravos traumatológicos (causas externas) exame primário de circulação e neurológico, conforme os boletins de atendimentos do SAMU (n = 1047)

Agravos traumatológicos	Circulação					Neurológicos					
	Amostra	Normal n (%)	Sangramento n (%)	Choque n (%)	PCR n (%)	Amostra	Normal n (%)	Convulsão n (%)	Agitação n (%)	Confusão n (%)	Coma n (%)
Colisão	334	306 (91,6)*	24 (7,2)	02 (0,6)	01 (0,3)	333	303 (90,7)	01 (0,3)	04 (1,2)	19 (5,7)	06 (1,8)
Queda	320	291 (90,7)*	27 (8,4)	01 (0,3)	01 (0,3)	319	288 (89,7)	01 (0,3)	05 (1,6)	20 (6,2)	05 (1,6)
Atropelamento	55	39 (90,9)	13 (23,6)*	02 (3,6)	01 (0,8)	55	39 (70,9)	00 (0,0)	05 (9,1)	05 (9,1)	06 (10,9)
Agressão	59	41 (69,5)	18 (30,5)*	00 (0,0)	00 (0,0)	59	51 (86,4)	00 (0,0)	04 (6,8)	04 (6,8)	00 (0,0)
FAF	14	02 (42,9)	06 (42,9)*	02 (14,3)*	00 (0,0)	14	11 (78,6)	00 (0,0)	02 (14,3)	01 (7,1)	00 (0,0)
FAB	19	05 (26,3)	12 (63,2)*	02 (10,5)*	00 (0,0)	19	15 (78,9)	00 (0,0)	02 (10,5)	02 (10,5)	00 (0,0)
Queimadura	02	01 (50,0)	01 (50,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	02	02 (100)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)
Eletroplessão	03	03 (100)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	03	02 (66,7)	00 (0,0)	00 (0,0)	01 (33,3)	00 (0,0)
Afogamento	01	01 (100)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	01	01 (100)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)
Outro	40	31 (77,5)	07 (17,5)	01 (2,5)	01 (2,5)	40	33 (82,5)	00 (0,0)	01 (1,5)	04 (10,0)	02 (5,0)

* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Na apreciação do exame primário referente à exposição das vítimas de colisão registrou-se os seguintes dados: sem alteração 112 (33,6%), queimadura 03 (0,9%), deformidade 45 (13,5%), fratura 20 (6,0%) e ferimentos 201 (60,2%). Na análise dos dados de acordo com o motivo queda foram observados 120 (37,4%) casos sem alterações, nenhum registro de queimadura, 51 (15,9%) de situações de deformidade, 12 (3,8%) de fraturas, 161 (50,3%) de ferimentos. A exposição sem alteração é mais frequente em motivos de queda e eletroplessão ($p < 0,001$). Houve ainda associação estatisticamente significativa entre o agravo e o exame primário de queimadura ($p = 0,041$), sendo ela mesma mais frequente em motivos de queimadura ($p < 0,001$).

A ocorrência de deformidades foi significativa com relação aos agravos traumatológicos ($p < 0,001$), bem como houve associação estatisticamente significativa com o exame primário de fraturas ($p < 0,001$). O exame primário de ferimentos ($p < 0,001$) foi mais frequente nos casos de atropelamento, agressão, FAF, FAB e outros.

Uma das características primordiais do SAMU é o transporte adequado para um local de referência de acordo com o agravo atendido. Para esse estudo obtiveram-se os seguintes resultados quanto ao destino dos pacientes atendidos, nos casos de colisão, 327 (78,6%) vítimas foram encaminhadas ao setor urgência hospitalar, nenhuma para o acolhimento psiquiátrico, não houve remoções para unidades básicas de saúde, 03 (0,7%) permaneceram no local do incidente, as unidades 24hs também não receberam nenhuma vítima de colisão, em dois boletins de atendimentos não foram registrados o destino do paciente. Nos atendimentos que tinham como motivo queda, 303 (81,2%) vítimas foram encaminhadas a emergência hospitalar, não houveram registros de pacientes encaminhados ao hospital psiquiátrico e nem a rede básica de saúde, 12 permaneceram no local da ocorrência e 03 (0,8%) pacientes foram destinados a unidade de pronto atendimento 24hs.

Tabela 4 - Distribuição dos principais agravos traumatológicos (causas externas) segundo o destino do paciente, conforme os boletins de atendimentos do SAMU (n = 1047)

Destino	Colisão		Queda		Valor de p
	n	%	n	%	
Hospitalar	327	78,6	303	81,2	0,00
Hospital psiquiátrico	00	0,0	00	00,0	

Atenção básica	00	0,0	00	0,0
Local	03	0,7	12	3,2
Unidades 24h	00	0,0	03	0,8
Não informado	02	0,5	00	0,0

Discussão

A evolução do trauma é reflexo direto do desenvolvimento da humanidade, por consequência da modernização da sociedade. Os eventos oriundos de trauma são tidos como um problema de saúde pública que exigem dos serviços e dos profissionais, práticas e políticas diferenciadas que abarquem os mais diferentes cenários, causas e mecanismos de lesão. A era industrial, o desenvolvimento tecnológico, as condições socioeconômicas e a própria natureza humana são fatores que, além de colaborarem para o aumento progressivo na ocorrência dos traumas, também tolhem a adoção de medidas preventivas.

Em relação ao mecanismo do trauma analisado nesse estudo, o que apresentou maior número de episódios foram às colisões, com 416 (39,7%) ocorrências, esse dado converge com pesquisa realizada em Cuiabá, onde os acidentes de trânsito representaram 68,4% da demanda daquele serviço⁽¹⁷⁾, e com outro estudo feito na cidade de Jequié, na Bahia no ano de 2014, onde evidenciou-se que 38,5% dos atendimentos foram destinados a colisões envolvendo veículos automotores⁽¹⁸⁾.

No tocante ao sexo e idade das vítimas arroladas em situação de colisão podemos observar que o sexo masculino se apresenta majoritariamente e que a faixa etária de maior expressividade é 21 – 40 anos. Dados semelhantes são encontrados em outros estudos realizados na Bahia⁽¹⁸⁾, Pernambuco⁽¹⁹⁾ e Minas Gerais⁽²⁰⁾ e no Sul do Brasil⁽²¹⁾. Esses dados merecem destaque em estudos que analisam ocorrências por causas externas, pois a muito representam a primeira causa de morte em pessoas nessa faixa etária⁽²¹⁾. Essa condição nos remete ao fato que homens, jovens em idade produtiva, estão mais expostos a fatores potencializadores de riscos, tais como, os socioculturais, como a participação mais ativa e menos prudente no trânsito e o envolvimento com situações de violência, uso abusivo de álcool e drogas.

Ainda nessa conjuntura, estatísticas mostram que, anualmente, mais de um milhão de pessoas, no Brasil, recebem o diagnóstico de trauma. Destes, 360 mil ficam com algum tipo de seqüela e 120 mil vão a óbito. Por se tratar de uma situação grave, o trauma vem

sendo apontado como um problema de saúde pública, haja vista sua predominância na população de adultos jovens, geralmente sadia e, portanto, economicamente ativa, afora os impactos de natureza social e pessoal que ocasionam⁽²²⁾.

Seguidos das colisões, as quedas foram o segundo mecanismo de trauma apontado por esse estudo, com um percentual de 35,6%, considerando as quedas inespecíficas e as de própria altura, dados semelhantes foram encontrados em outro estudo realizado em Teresina – PI⁽²³⁾, porém divergem de outras pesquisas que trazem esse evento como principal queixa traumatológica^(20,24). Para esse estudo, por não estratificar-se as quedas inespecíficas das quedas de própria altura, que são tidas como peculiares a população idosa, a faixa etária de maior ocorrência ficou compreendida entre 21-40 e 41-60 anos. O contrariam a maioria das pesquisas realizadas, onde especificamente se faz a análise das relações causais de quedas⁽²⁵⁻²⁷⁾.

De acordo com informações obtidas em estudo realizado no Brasil, as quedas têm impacto no perfil da mortalidade da população, porém têm maior relevância ainda na morbidade, de acordo com as fontes oficiais de informação de saúde. O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), mostra que ano de 2009, já haviam 9.171 vítimas fatais por essa causa, representando 6,6% do total de mortes decorrentes de causas externas⁽²⁸⁾. Além da taxa de letalidade existe uma relação inferencial relacionada a população idosa, que possui um perfil diferente da população jovem, essa clientela vitimada por acidentes com queda acaba por perder qualidade de vida, pois muitas vezes, adquirem sequelas permanentes após esse incidente⁽²⁹⁾.

Quanto à análise dos exames primários realizados nas vítimas de causas externas com destaque para colisões e quedas, foi verificado, que apesar de o SAMU ser um serviço designado para o atendimento de situações de urgência e emergência a maioria dos pacientes atendidos pela equipe não apresentaram alterações significativas no exame primário no momento da chegada da equipe no local da intercorrência. Somando-se as vítimas de colisão e queda, apenas 15,5% apresentaram algum tipo de alteração neurológica e dessas 2,7% apresentaram perda da consciência, 0,5% encontrava-se em parada cardiorrespiratória, 8% tinham fraturas. Esses dados assemelham-se aos obtidos em pesquisa realizada em Botucatu- SP⁽²⁴⁾.

Esse resultado supõe o fato de que muitos dos chamados de socorro que chegam a Central de Regulação Médica de Urgência e Emergência do SAMU 192 podem não constituir casos reais de urgência e emergência. No Brasil, um estudo realizado em Porto

Alegre verificou que 73,2% dos usufrutuários atendidos pelo SAMU 192, em chamados de natureza clínica, foram transportados para um serviço de saúde, porém apenas 3,7% destes apresentavam uma real situação de emergência⁽³⁰⁾. Outro estudo aplicado, em 2012, referente a demanda não pertinente no SAMU e suas implicações. Os resultados mostraram que muitos usuários acionam o serviço pela presença de médicos e medicamentos nas viaturas e que, muitas vezes, não conhecem a real função do serviço confundindo-a com o transporte de pacientes.

O desfecho das ocorrências é variado e se associa com a gravidade de cada caso. Ao acionar as equipes de atendimento, o médico regulador aguarda a avaliação do paciente pela equipe do SAMU 192 e a passagem do caso via telefone, confirmando ou não, a situação de urgência e emergência. Contudo, se o paciente não apresentar sinais e sintomas de gravidade o médico regulador pode liberar o paciente sem a necessidade de encaminhamento ao hospital. Entretanto, essa situação se torna conflituosa. Muitos usuários de saúde acreditam que a principal finalidade do serviço é o transporte a uma unidade de emergência para receber atendimento, o que não constitui a real função do SAMU 192. Embora existam várias possibilidades de desfecho dos atendimentos, neste estudo, a maioria das vítimas que acionou o SAMU 192 foi encaminhada para o atendimento hospitalar.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a não estratificação dos casos de quedas por motivos inespecíficos e específicos.

Conclusões

O estudo verificou que os agravos de ordem traumatológica que mais ocorreram no período estudado foram às colisões e as quedas, que ocorreram mais frequentemente entre homens, com faixa etária de maior expressividade é 21 – 40 anos, indicando fatores relacionados ao gênero e a questões socioculturais, como potencializadores de riscos. Com relação às quedas, não foi realizada a estratificação por motivos, o que relaciona-se a população idosa, cuja faixa etária é mais propensa à quedas que oferecem riscos traumatológicos.

A avaliação primária, destacou que a maioria dos pacientes atendidos pela equipe não apresentaram alterações significativas no exame primário no momento da chegada da equipe no local da intercorrência, exceto na avaliação da exposição da vítima, com

majoritariamente para ferimentos, e isso permite supor que muitos chamados ao SAMU podem não constituir casos reais de urgência e emergência, mas que a população requer o serviço por compreender o conceito de minimização de possíveis danos recorrentes do trauma. Outro dado relevante mensurado nesse estudo é a constatação que esse serviço conta praticamente com uma única porta de entrada para vítimas de trauma oriundas do pré-hospitalar, evidenciando a necessidade de um replanejamento dessa rede.

O perfil do trabalho do SAMU caracterizado a partir dos resultados desse estudo permitiu delinear as principais características das vítimas de trauma na cidade de Rio Grande, sendo assim nos possibilitando a reflexão de ações concretas para prevenção desses agravos, bem como, pode servir de embasamento a outros estudos referentes a mesma temática.

Referências

1. Mascarenhas MDM, Monteiro RA, Sá NNB, Gonzaga LAA, Neves ACM, Silva MMA, et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: morbidade por acidentes e violências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências [Internet]. 2001 [citado 2016 nov 21]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_promocao.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Subsistema de Informações sobre Mortalidade. Estatística de mortalidade: Brasil 2011 [Internet]. 2011 [citado 2016 nov 21]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2009/c09.def>
4. Lemos CAG, Jorge MT, Ribeiro LA. Perfil de vítimas e tratamento de lesões por causas externas segundo atendimento pelo Centro de Reabilitação Municipal de Uberlândia, MG – causas externas e fisioterapia. Rev Bras Epidemiol. 2013;16(2):482-92.
5. Lima MVF, Silva RLP, Albuquerque NMG, Oliveira JSA, Cavalcante CAA, Macêdo MLAF. Perfil dos atendimentos por causas externas em hospital público. Rev RENE. 2012;13(1):36-43.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

7. Macêdo DWM, Oliveira FPA. Epidemiologia de acidentes urbanos com atendimento móvel de urgência, Santarém, PA, maio a setembro de 2009. *Rev Saúde Desenvolv* 2012;1(1):107-26.
8. O'Dwyer G, Mattos RA. Cuidado Integral e Atenção às Urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do Estado do Rio de Janeiro. *Saúde Soc São Paulo*. 2013;22(1):199-210.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. *Diário Oficial da Nação*, Brasília, DF, 6 out. 2003. Seção 1, p. 58, coluna 1.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da PNAU – o SAMU. *Diário Oficial da Nação*, Brasília, DF, 6 out. 2003. Seção 1, p. 57, coluna 1.
11. Machado CV, Salvador FGS, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(3):519-28.
12. National Association of Emergency Medical Technicians. Comitê do PHTLS. Comitê de Trauma do National Association of Emergency Medical Technicians. *Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
13. Meschial WC, Soares DFPP, Oliveira NLB, Nespollo AM, Silva WA, Santil FLP. Elderly victims of falls seen by prehospital care: gender differences. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(1):3-16.
14. Rodrigues J, Mantovani MF, Ciosak SI. Elderly and trauma: profile and triggering factors. *Rev Enferm UFPE on line*. 2015;9(3):7071-7.
15. Eastridge BJ, Mabry RL, Blackbourne LH, Butler FK. We don't know what we don't know: prehospital data in combat casualty care. *US ArmyMedDep J*. 2011;11-4.
16. Giaretta V, Ferronato M, Ascari TM, Krauzer IM. Perfil das ocorrências em um serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev. Baiana Enferm*. 2012 jan/mar;26(2):478-87.
17. Duarte SJH, Lucena BB, Morita LHM. atendimentos prestados pelo Serviço Móvel de Urgência em Cuiabá, MT, Brasil. *Rev. Eletr. Enf*. 2011;13(3):502-07.
18. Lefundes GAA, Gonçalves NO, Nery AL, Vilela ABA, Filho IEM. Caracterização das ocorrências do serviço de atendimento móvel de urgência, *Rev Baiana de Enferm*. 2016;30(3):1-10.

19. Cabral APS, Souza WV. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. *Revbrasepidemiol.* 2008;11(4):530-40.
20. Silva RMB, Sano RY, Toledo LC, Pereira TMV. Seasonal and Spatial Distribution of Trauma in a Town in Southern Minas Gerais. *Rev Ciências em Saúde.* 2016;6(2):1-16.
21. Sant'anna A, Aerts D, Lopes MJM. Homicídios entre adolescentes no sul do Brasil: situações de vulnerabilidade segundo seus familiares. *Cad Saude Publica.* 2005;21(1):120-9.
22. Carvalho O, Bez Júnior A. Caracterização das vítimas de trauma assistidas por um serviço de atendimento pré-hospitalar. *Rev Einstein,* 2014;3(2):199-205.
23. Carvalho ICCM, Saraiva IS. Profile of victims of trauma attended by service mobile emergency service. *R. Interd.* 2015;8(1):137-48.
24. Almeida PMV, Dell'Acqua MCQ, Cyrino CMS, Juliani CMCM, Palhares VC, Pavelqueires S. Analysis of services provided by SAMU 192: Mobile component of the urgency and emergency care network. *Esc. Anna Nery.* 2016;20(2):289-95.
25. Silva HC, Pessoa RL, Menezes RMP. Trauma in elderly people: access to the health system through pre-hospital care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016;24:e2690.
26. Degani GC, Pereira Jr GA, Rodrigues RAP, Luchesi BM, Marques S. Idosos vítimas de trauma: doenças preexistentes, medicamentos em uso no domicílio e índices de trauma. *RevBrasEnferm.* 2014;67(5):759-65.
27. Bonne S, Schuerer DJ. Trauma in the older adult: epidemiology and evolving geriatric trauma principles. *ClinGeriatr Med.* 2013;29(1):137-50.
28. Malta DC, Silva MMA, Mascarenhas MDM, Sá NNB, Neto OLM, Bernal RTI, et al. Características e fatores associados às quedas atendidas em serviços de emergência. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(1):128-37.
29. Oliveira KA, Rodrigues CC, Ribeiro RCHM, Martins CS, Abelan US, Fernandes AB. Causas de traumas em pacientes idosos atendidos em unidade de emergência. *RevEnferm UFPE online.* 2013;7(4):1113-9.
30. Marques GQ. Acesso e utilização do serviço de atendimento móvel de urgência de Porto Alegre pelos usuários com demandas clínicas [tese]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SAMU é o serviço de saúde responsável pelo atendimento pré-hospitalar das pessoas acometidas por agravos agudos de natureza clínica e traumatológica em independentemente de onde ele aconteça, tendo a premissa de reduzir o número de óbitos, o tempo de internação e as sequelas consequentes da falta de atendimento imediato e adequado. Além de desempenhar a função de observatório da rede de saúde.

Esse estudo alcançou seu objetivo de identificar as intercorrências clínicas e traumatológicas atendidas pelo SAMU de um município de médio porte do extremo sul do Rio Grande do Sul, a partir da análise dos boletins de atendimentos gerados nesse serviço. Identificando o motivo do atendimento no que se referem às intercorrências clínicas e traumáticas; da relação entre o motivo do chamado clínico e traumatológico com o exame primário; do motivo do chamado clínico e traumatológico com os procedimentos realizados; e da identificação dos desfechos dos atendimentos realizados pelo SAMU.

Foram realizados 1.748 (62,5%) atendimentos de natureza clínica de um total de 2795 chamados atendidos pelo SAMU no período de novembro de 2015 a maio de 2016. A maioria dos pacientes atendidos foi do sexo feminino (n=849; 50,5%), cuja faixa etária de destaque foi de 41 a 60 anos (n=438; 26,5%). Desses, 1718 (98,3%) foram para socorro e 30 (1,7%) para transporte. Os chamados ocorreram predominantemente no turno da tarde – 12h às 18h –, n = 516, 29,5%. Os motivos de atendimento clínicos de destaque foram os neurológicos, respiratórios, psiquiátricos e cardiovasculares.

Na avaliação do exame primário a maioria dos indivíduos não apresentaram alterações sistêmicas significativas, porém na avaliação das especificidades podemos observar que de acordo com o motivo do chamado encontramos dados diferenciados. No que se refere ao motivo respiratório, destacamos alterações na condição das vias aéreas e do padrão respiratório. Nos neurológicos observamos alterações como respiração alterada e apnéia, já nos chamados de agravos psiquiátricos as alterações permearam em relação a respiração alterada e agônica. Dessa forma percebe-se que não apenas nos atendimentos de causa respiratória encontramos alterações significativas do padrão ventilatório do paciente.

Já à avaliação circulatória, houve maior número de casos de parada cardiorrespiratória, por outros motivos não identificados e por motivos cardiovasculares, seguidos pelo sangramento, principalmente de cunho gastrointestinal e obstétrico. Os resultados permitiram perceber uma grande ocorrência de alterações circulatórias por

motivos desconhecidos, indicando uma limitação do estudo e a necessidade de uma investigação específica sobre os agravos que acarretam alterações circulatórias na população investigada.

Ao exame neurológico, os pacientes que indicaram o motivo neurológico para o chamado apresentaram confusão, convulsão e coma. No motivo psiquiátrico, apresentaram maior número de agitação e confusão, os quais indicam sintomas inerentes às alterações mentais, e que exigem maior discernimento de suas origens, a fim de determinar a assistência em saúde pertinente à situação clínica.

Durante o exame sobre a exposição dos pacientes, ou seja, situações em que os pacientes apresentaram alguma alteração não clínica, o exame primário identificou ferimentos mais frequentemente entre motivos neurológicos, psiquiátricos e de intoxicação exógena. Todos estes motivos provocam alterações locomotoras que provavelmente provocaram os ferimentos identificados ao exame sobre exposição, justificando o achado.

O básico atendeu a maioria dos chamados e na relação com os procedimentos realizados, os mais frequentes foram oximetria, reposição volêmica/medicamentos, punção de veia periférica e administração de oxigênio, os quais são os procedimentos primários à assistência em atendimentos de urgência. Por fim, os destinos dados aos chamados oscilaram entre a maioria direcionada ao hospital geral e ao hospital psiquiátrico.

Durante o mesmo período foram realizados 1047 atendimentos traumatológicos de um total de 2845 chamados realizados pelo SAMU, o que representou 37,5% de toda a demanda do serviço. O suporte básico atendeu a maioria dos chamados. Foram registrados 21 óbitos. Os atendimentos ocorreram mais no turno da tarde. No cenário deste estudo, a causas externas que apresentaram maior número de ocorrências foram colisão e quedas 373 (35,6%). Dos pacientes atendidos, destacou-se que para as situações de colisões a faixa etária dos 21 a 40 anos mais a mais frequente e referente ao sexo, a maioria foi entre pacientes de sexo masculino. O mesmo aconteceu com relação ao sexo para o agravo 'quedas', cuja faixa etária predominante foi de 41 a 60 anos.

Na observação dos exames primários realizados nas vítimas de causas externas, nos traumas por colisão e quedas, as vias áreas e a respiração foram percebidas em sua maioria como livres e normais. Já na verificação do padrão vital circulatório, para ambos agravos destacou-se o sangramento, demonstrando que este tipo de atendimento indica a realização de cuidados em saúde focados à sua ocorrência, especialmente por que ocorrem

especialmente em situações de atropelamento, agressão, FAF e FAB permitindo assim evitar complicações relacionadas, por exemplo, a choques hipovolêmicos, entre outros.

Ao realizar-se a avaliação neurológica das vítimas de colisão, a maioria apresentou confusão, assim como os atendidos por quedas. Este achado pode justificar-se na ocorrência de alterações produzidas pelo impacto mecânico produzido no momento da intercorrência, ou seja, podendo tratar-se de um traumatismo cerebral leve ou moderado, que produzirá a condição de confusão mental, chegando muitas vezes a amnésia lacunar.

Uma das características primordiais do SAMU é o transporte adequado para um local de referência de acordo com o agravo atendido. Para esse estudo obtiveram-se os seguintes resultados quanto ao destino dos pacientes atendidos, nos casos de colisão, 327 (78,6%) vítimas foram encaminhadas ao setor urgência hospitalar, nenhuma para o acolhimento psiquiátrico, não houve remoções para unidades básicas de saúde, 03 (0,7%) permaneceram no local do incidente, as unidades 24hs também não receberam nenhuma vítima de colisão, em dois boletins de atendimentos não foram registrados o destino do paciente. Nos atendimentos que tinham como motivo queda, 303 (81,2%) vítimas foram encaminhadas a emergência hospitalar, não houveram registros de pacientes encaminhados ao hospital psiquiátrico e nem a rede básica de saúde, 12 permaneceram no local da intercorrência e 03 (0,8%) pacientes foram destinados a unidade de pronto atendimento 24hs.

Podemos versar que esse estudo veio de encontro com toda a política que preconiza a implementação desse serviço, onde o SAMU é também, o observatório da Rede de Atenção à Saúde, ficando evidente a demanda heterogênea dos atendimentos realizados e a relevância da manutenção do mesmo.

Os dados evidenciaram que nem sempre os chamados caracterizam verdadeiramente situações de urgência e emergência, o que reporta para a condição de lacunas na absorção das necessidades de saúde da população do estudo, bem como, nos casos de situações de trauma, a conscientização da sociedade local com as medidas de prevenção e redução de danos, pois mesmo em situações onde não houve evidentes danos físicos o SAMU foi requisitado para a avaliação e condução das vítimas.

Por fim, acredita-se na relevância da discussão do perfil de trabalho realizado pelo SAMU por servirem de subsídios que fomentem as articulações intersetoriais, para o planejamento, implementação e avaliação das ações e políticas de saúde pública. Bem como, servir de base para outros estudos e reflexões acerca dessa temática.

REFERÊNCIAS

ABREU, K. P. et al. Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 146-152, 2012.

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.6, p.1337-1349, 2009.

ALMEIDA, P.M.V.; DELL'ACQUA, M.C.Q.; CYRINO, C.M.S; JULIANI, C.M.C.M.; PALHARES, V.C.; PAVELQUEIRES, S. Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 20, n2, p.289-295, 2016

ALMEIDA, P.J.S; PIRES. D.E.P. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial online] 2007 Set-Dez; 9(3): 617-629. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n3/pdf/v9n3a05.pdf>

ALVES, M et al . Particularidades do trabalho do enfermeiro no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 1, p. 208-215, 2013 .

ALVES et al. Condutas de enfermagem diante das vítimas de ferimentos por armas de fogo em serviço de atendimento móvel de urgência. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, 2016.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J.; FARIAS, L. O. Metodologia de elaboração de índice de responsividade do serviço (IRS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 523-534, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2048/GM - Em 5 de novembro de 2002.

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2003

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde)

_____. Resolução nº 311, de 09 de fevereiro de 2007. Reformulação do Código de Ética. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <<https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelinck.php?numlink=1-39-34-2007-02-09-311>>.

_____ Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>

_____ Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2012.

_____ 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) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____ Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades @**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431490>>. Acesso em: 26 novembro 2015.

_____ Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Serviço Móvel de Urgência (SAMU), 2015. Disponível em <<http://datasus.saude.gov.br/projetos/52-samu>>. Acessado em 26 de novembro de 2015.

CABRAL, A. P. S.; SOUZA, W. V.; LIMA, M. L. C. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: um observatório dos acidentes de transporte terrestre em nível local. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 3-14, 2011.

CABRAL, A.P.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.* [online]. 2008, vol.11, n.4, pp.530-540.

CARVALHO et al. Perfil das vítimas de trauma atendidos pelo serviço de atendimento móvel de urgência. *Revista Interdisciplinar, R. Interd.* v. 8, n. 1, p. 137-148, jan. fev. mar. 2015

CAVALCANTE, A.K.C.B; AMORIM, P.H.C; SANTOS, L.N. Perfil da equipe de enfermagem no serviço de urgência e emergência em um hospital público de Teresina. **R. Interd.** v. 7, n. 2, p. 85-94, 2014.

CEZAR-VAZ, M.R.; et al. Concepções de enfermagem, saúde e ambiente: abordagem ecossistêmica da produção coletiva de saúde na atenção básica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 418-425, 2007.

CONE, D,C; IRVINE, K.A; MIDDLETON, P.M; The methodology of the Australian Prehospital Outcomes Study of Longitudinal Epidemiology Project. **PrehospEmergCare**, v 16, nº 4505-512. 2012

COSTA et al. Ocorrências atendidas pelo suporte básico de vida no serviço de atendimento móvel de urgência. *Revenferm UFPE online.*, Recife, 8(4):842-9, abr., 2014.

CRESWELL, JW. Pesquisa Educacional: Planejamento, realização e avaliação de pesquisas quantitativas e qualitativas, 2008. (3^a ed.). UpperSaddle River: Pearson.

DANTAS, R.A.N.; TORRES, G.V.; SALVETTI, M.G.; DANTAS, D.V.; MENDONÇA, A.E.O. Instrumento para avaliação da qualidade da assistência pré-hospitalar móvel de urgência: validação de conteúdo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.49, n°3, p 380-386, 2015.

DIAS, B.V.B. PAULA, A.S.; SANTOS, D.P.M.; FREITAS, D.S.R. Parada cardiorrespiratória: atendimento pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) - informações passadas pelo solicitante, **CuidEnferm.** 2016 janeiro-junho; 10(1): 52-59, 2016.

DUARTE, S. J. H.; LUCENA, B. B.; MORITA, L. H. M. atendimentos prestados pelo serviço móvel de urgência de Cuiabá, MT, Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 3, p. 502-507, 2011.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; REIS, Y. A. C. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 26, n. 8, p. 1508-1518, 2010.

FELISBERTO, E. et al. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2091-2102, 2008.

FIGUEIREDO, N.M.A. Método e metodologia na pesquisa científica. 2a ed. São Caetano do Sul, São Paulo, Yendis Editora, 2011.

FIGUEIREDO, D.L.B.; COSTA, A.L.R.C. Serviço de Atendimento Móvel às Urgências Cuiabá: desafios e possibilidades para profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 22, n. 3, p. 707-710, 2009.

FERRARI, D. História da ambulância. **Revista Intensiva**. São Paulo, v 4, p 132, 2006

GIGLIO-JACQUEMOT, A. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: **FIOCRUZ**, 2005.

GOMES, D. C. et al. Mineração de Dados no Serviço de Atendimento de Urgências. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 6, n. 4, 2014.

GONÇALVES, A. J.; RODRIGUES, J. M. S. Organização de sistemas e atendimento às urgências. In: FREIRE, E. (Ed.) Trauma: a doença do século. São Paulo: Atheneu, cap. 36, p.516-36, 2001.

GONSAGA, R. A. T. et al. Características dos atendimentos realizados pelo serviço de atendimento móvel de urgência no município de Catanduva, estado de São Paulo, Brasil, 2006 a 2012. **Epidemiologia Serviços e Saúde, Brasília**, v. 22, n. 2, p. 317-324, 2013.

HELDER, R. R. Como fazer análise documental. Porto, Universidade de Algarve, 2006.

EL HETTI, L.B.; BERNARDES, A.; GABRIEL, C.S.; FORTUNA, C.M.; MAZIERO, V.G. Educação permanente/continuada como estratégias de gestão no serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013 out/dez;15(4):973-82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.24405>.

LIMA NETO, A.V.; FERNANDES, R.L.; BARBOSA, I.M.L.; CARVALHO, G.R.P.; NUNES, V.M.A. Relacionamento interpessoal entre a equipe de uma emergência hospitalar: um estudo qualitativo sob o olhar de enfermeiros. **Rev. Enfermagem Revista**. Minas Gerais v. 18. n 01. 2015

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 27, n. 3, p. 521-532, 2011.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S.; CICONET, R. M. Agravos clínicos atendimentos pelo serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) de Porto Alegre-RS. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 185-191, 2011.

MACÊDO, D.W.M. ; OLIVEIRA, F.P.A. Epidemiologia de acidentes urbanos com atendimento móvel de urgência, Santarém, PA, maio a setembro de 2009. **Revista Saúde Desenvolvimento**, v.1, nº1, p 107- 126, 2007

MENDES, A. C. G. et al. Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 9, n. 2, p. 157-165, 2009.

MESQUITA, K.L.; GOMES, G.P.L.A.; SILVA, M.J.B.F.; et al. A visão do enfermeiro/gestor sobre a necessidade de implementar apoio psicológico aos profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2014 jan/abr; 4(1):1019-1028.

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, Rio de Janeiro**, v. 24, n. 8, p. 1877-1886, 2008.

ORTIZ, R.; RODRÍGUEZ, F.; MIRÓ, A. M. La investigación en medicina de urgencias y emergencias prehospitalaria. **Emergencias**, Madrid, v. 24, p. 3-4, 2012.

O'DWYER, G. O.; 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, Gisele et al. Atenção pré-hospitalar móvel às urgências: análise de implantação no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, 2016.

ORTIGA, A.M.B.; LACERDA, J.T.; NATAL, S.; CALVO, M.C.M. Evaluation of the Mobile Emergency Care Service in Santa Catarina State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2016, vol.32, n.12, e00176714.

REZENDE NETA, D.S.; ALVES, A.K.S.; LEÃO, G.M.; ARAÚJO, A.A. Perfil das ocorrências de politrauma em condutores motociclísticos atendidos pelo SAMU de Teresina-PI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 936-941, 2012.

RODRIGUES APB, et al. Caracterização dos acidentes motociclísticos atendidos pelo serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev Enferm UFPI*. 2014 Jul-Sep;3(3):73-9. 2014.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde, Rede Brasileira de Cooperação em Emergências. Manual do curso de regulação médica. São Paulo, 2001.
Streiner DL. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. *J Pers Assess*. 2003; 80(3):217-22.

SILVA, JA et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 577-582, 2012.

SILVA, E.A.C.; TIPPLE, A.F.V.; SOUZA, J.T.; BRASIL, V.V. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. V.12, n 3, 571-7. 2010.

SILVA RS, PEREIRA A, RIBEIRO AG, MARINHO CMS, CARVALHO IS, RIBEIRO R. Elaboração de um instrumento para coleta de dados de paciente crítico: histórico de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.20, p 267-73, 2012

TAMAKI, E. M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 839-849, 2012.

TRAJANO, A. R. C.; CUNHA, D. M. Processo de trabalho no SAMU e humanização do SUS do ponto de vista da atividade humana. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 113-136, 2011.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012.

WANG, H.E; MANN, N.C, Jacobson KE, Mears G, Smyrski K, Yealy DM. National characteristics of emergency medical services responses in the United States. **Prehosp Emerg Care**, v.17, nº1, p.8-14, 2013.

APENDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LABORATÓRIO DE ESTUDO DE PROCESSOS SOCIOAMBIENTAIS E PRODUÇÃO
COLETIVA DE SAÚDE
INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

DADOS SOCIOAMBIENTAIS

1. Idade: _____

2. Sexo:

Masculino

Feminino

3. Número do chamado:

4. Local do Atendimento:

5. Data: ___/___/___

6. Horário:

7. Complexidade do Atendimento

Suporte Avançado (SA)

Suporte Básico (SB)

8. **Tipo de Agravo:**

CLÍNICO	TRAMATOLÓGICO
<input type="checkbox"/> Respiratório	<input type="checkbox"/> Colisão
<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Atropelamento
<input type="checkbox"/> Neurológico	<input type="checkbox"/> Agressão
<input type="checkbox"/> Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Queda
<input type="checkbox"/> Obstétrico	<input type="checkbox"/> FAF
<input type="checkbox"/> Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> FAB
<input type="checkbox"/> Infeccioso	<input type="checkbox"/> Queimadura
<input type="checkbox"/> Metabólico	<input type="checkbox"/> Afogamento
<input type="checkbox"/> Pediátrico	<input type="checkbox"/> Eletroplessão
<input type="checkbox"/> Intoxicação exógena	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros:	_____
_____	_____
_____	_____

9. Exame primário:

- a) Avaliação de vias aéreas
 Livre Parcialmente obstruída Obstruída
- b) Avaliação da respiração
 Normal Alterada Agônica Apneia
- c) Avaliação do sistema circulatório
 Normal Sangramento Choque PCR
- d) Avaliação neurológica
 Normal Convulsão Agitação Confusão Coma
- e) Exposições traumáticas
 Sem alteração Queimadura Deformidades Fraturas Ferimentos

10. Sinais Vitais:

HORA	P.A.	F.C.	F.R.	Sat. O ₂ %	T. Axilar °C	HGT	Glasgow
INÍCIO							
FIM							

11. Procedimentos Efetuados:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Adm. de O ₂ | <input type="checkbox"/> Flebotomia |
| <input type="checkbox"/> Guedel | <input type="checkbox"/> Punção pericárdica |
| <input type="checkbox"/> Aspiração | <input type="checkbox"/> Sonda gástrica |
| <input type="checkbox"/> Intubação | <input type="checkbox"/> Sonda vesical |
| <input type="checkbox"/> Punção Crico | <input type="checkbox"/> Desfibrilação |
| <input type="checkbox"/> RCP | <input type="checkbox"/> Oximetria |
| <input type="checkbox"/> Punção Torácica | <input type="checkbox"/> Colar cervical |
| <input type="checkbox"/> Drenagem torácica | <input type="checkbox"/> Imobilização de membros |
| <input type="checkbox"/> Veia periférica | <input type="checkbox"/> Curativo |
| <input type="checkbox"/> Intracath | <input type="checkbox"/> KED |
| <input type="checkbox"/> Intraóssea | <input type="checkbox"/> Prancha Longa |

12. Insumos

Reposição volêmica/Medicamentos

13. Motivos de cancelamento e/ou de outros desfechos pertinentes ao atendimento SAMU

- Cancelado
 Falso

- Óbito
- Recusou atendimento
- Recusou a hospitalização
- Não está mais no local
- Outro.

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE/FURG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
LABORATÓRIO DE ESTUDO DE PROCESSOS SOCIOAMBIENTAIS E PRODUÇÃO
COLETIVA DE SAÚDE – LAMSA/FURG
AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE ESTUDO

ImaSr^a Ângela Gonçalves, Coordenadora do Núcleo de Educação em Urgência/Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva - NEU/NUMESC, da Secretaria Municipal de Saúde do município de Rio Grande/RS

Ao cumprimentá-la cordialmente, viemos por meio deste, solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada: **PERFIL DOS ATENDIMENTOS DO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA E A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM: ESTUDO DO PROCESSO DE TRABALHO**. A pesquisa será realizada sob a Orientação da Prof.^a Dr.^a Marta Regina Cezar-Vaz, Coordenadora do grupo de pesquisa LAMSA/FURG


A pesquisa será realizada através da consulta aos registros efetuados nos boletins de atendimento do SAMU, no período de janeiro a dezembro de 2015. Na certeza de contar com o apoio habitual de V. S^a. desde já agradecemos, colocando-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente

Rio Grande, ___/___/_____.

Cíntia Fonseca Martins
Enfermeira do Serviço Móvel de Urgência - SAMU
Mestranda no PPGEnf/FURG
Universidade Federal do Rio Grande/FURG

ANEXO 1

											
SAMU 192 RS - BOLETIM DE ATENDIMENTO											
CHAMADO	Nº <input type="text"/>		DATA <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			HORA <input type="text"/> h <input type="text"/> min					
	MÉDICO(A) REGULADOR(A) Dr.(a)		<input type="checkbox"/> 1. SOCORRO <input type="checkbox"/> 2. TRANSPORTE BASE		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> SB <input type="checkbox"/> IR <input type="checkbox"/> NN						
MOTIVO	CLÍNICO				TRAUMÁTICO						
	<input type="checkbox"/> 4. RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> 5. CARDIOVASC. <input type="checkbox"/> 6. NEUROLÓGICO <input type="checkbox"/> 7. GASTRINTEST.	<input type="checkbox"/> 8. OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> 9. PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> 10. INFECCIOSO <input type="checkbox"/> 11. INTOXICAÇÃO EXÓG.	<input type="checkbox"/> 12. METABÓLICO <input type="checkbox"/> 13. PEDIÁTRICO <input type="checkbox"/> 14. OUTRO: _____	<input type="checkbox"/> 15. COLISÃO <input type="checkbox"/> 16. ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> 17. QUEDA <input type="checkbox"/> 18. AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> 19. FAF <input type="checkbox"/> 20. FAB <input type="checkbox"/> 21. QUEIMADURA <input type="checkbox"/> 22. AFOGAMENTO <input type="checkbox"/> 23. ELETROPLESSÃO <input type="checkbox"/> 24. OUTRO: _____						
PACIENTE	NOME COMPLETO _____				<input type="checkbox"/> 25. Masc. IDADE <input type="checkbox"/> 26. Fem.		<input type="checkbox"/> 27. ANOS				
	ENDEREÇO ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE (RUA, Nº, AP., BAIRRO, PONTO DE REFERÊNCIA) _____										
EXAME PRIMÁRIO	VIAS AÉREAS		RESPIRAÇÃO		CIRCULATÓRIO		NEUROLÓGICO		EXPOSIÇÃO		
	<input type="checkbox"/> 28. LIVRE <input type="checkbox"/> 29. PARC.OBSTR. <input type="checkbox"/> 30. OBSTRUÍDA	<input type="checkbox"/> 31. NORMAL <input type="checkbox"/> 32. ALTERADA <input type="checkbox"/> 33. AGÔNICA <input type="checkbox"/> 34. APNÉIA	<input type="checkbox"/> 35. NORMAL <input type="checkbox"/> 36. SANGRAMENTO <input type="checkbox"/> 37. CHOQUE <input type="checkbox"/> 38. PCR	<input type="checkbox"/> 39. NORMAL <input type="checkbox"/> 40. CONVULSÃO <input type="checkbox"/> 41. AGITAÇÃO	<input type="checkbox"/> 42. CONFUSÃO <input type="checkbox"/> 43. COMA	<input type="checkbox"/> 44. SEM ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/> 45. QUEIMADURA <input type="checkbox"/> 46. DEFORMIDADES	<input type="checkbox"/> 47. FRATURAS <input type="checkbox"/> 48. FERIMENTOS				
SINAIS VITAIS	HORA		P.A.	F.C.	F.R.	Sat. O2 %	T.Axilar °C	HGT	Glasgow	ETR	ETP
	INÍCIO										
	FIM										
PROCEDIMENTOS EFETUADOS	<input type="checkbox"/> 49. ADM. OXIGÊNIO <input type="checkbox"/> 50. GUEDEL <input type="checkbox"/> 51. ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> 52. INTUBAÇÃO (OT, NT) <input type="checkbox"/> 53. PUNÇÃO CRICO		<input type="checkbox"/> 54. RCP <input type="checkbox"/> 55. PUNÇÃO TORÁCICA <input type="checkbox"/> 56. DRENAGEM TORÁCICA <input type="checkbox"/> 57. VEIA PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> 58. INTRACATH		<input type="checkbox"/> 59. INTRAÓSSEA <input type="checkbox"/> 60. FLEBOTOMIA <input type="checkbox"/> 61. PUNÇÃO PERICÁRDICA <input type="checkbox"/> 62. SONDA GÁSTRICA <input type="checkbox"/> 63. SONDA VESICAL		<input type="checkbox"/> 64. DESFIBRILAÇÃO <input type="checkbox"/> 65. OXIMETRIA <input type="checkbox"/> 66. COLAR CERVICAL <input type="checkbox"/> 67. IMOBILIZAÇÃO MEMBROS <input type="checkbox"/> 68. CURATIVO		<input type="checkbox"/> 69. KED <input type="checkbox"/> 70. PRANCHA LONGA <input type="checkbox"/> 71. _____ <input type="checkbox"/> 72. _____ <input type="checkbox"/> 73. _____		
	AVALIAÇÃO MONITOR ECG: _____										
	REPOSIÇÃO VOLÊMICA / MEDICAMENTOS: _____										
TRANSP.	TIPO		ORIGEM			DESTINO			CONTATO NO DESTINO		
	<input type="checkbox"/> 74. SIMPLES <input type="checkbox"/> 75. MEDICALIZADO	REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO			REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO						
INCIDENTE	<input type="checkbox"/> 76. CANCELADO <input type="checkbox"/> 77. FALSO		<input type="checkbox"/> 78. ÓBITO <input type="checkbox"/> 79. RECUSOU ATENDIMENTO		<input type="checkbox"/> 80. RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> 81. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL		<input type="checkbox"/> 82. OUTRO _____				
	OBSERVAÇÕES _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____										
EQUIPE RECEPTORA MÉDICO/CRM					EQUIPE INTERVENCIÓNISTA MÉDICO/CRM						

ANEXO 2



CEPAS/FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 164/2016

CEPAS 59/2016

Processo: 23116.006282/2016-22

CAAE: 59627916.5.0000.5324

Título da Pesquisa: Perfil dos atendimentos do serviço móvel de urgência e a sistematização da assistência de enfermagem: estudo do processo de trabalho

Pesquisador Responsável: Cíntia Fonseca Martins

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 133/2016, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto " **Perfil dos atendimentos do serviço móvel de urgência e a sistematização da assistência de enfermagem: estudo do processo de trabalho**".

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição coparticipante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **semestral** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do **relatório final**: 31/01/2017.

Rio Grande, RS, 05 de dezembro de 2016.

Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG