

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS / CESNORS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO-SENSU* EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE - EAD**

**CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS
REALIZADOS POR UM SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

ARTIGO DE ESPECIALIZAÇÃO

Denise Casagrande

**Três de Maio, RS, Brasil
2012**

PRPGP/UFSM. RS

CASAGRANDE. Denise

ESPECIALISTA 2012

**CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS
POR UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE
URGÊNCIA**

Denise Casagrande

Artigo apresentado ao Curso de Pós-graduação *Lato-Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde, da Universidade federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde**

Orientador (a): Prof^ª Ms. Leila Mariza Hildebrandt.

**Três de Maio, RS, Brasil
2012**

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Educação Superior Norte do RS / CESNORS
Curso de Pós-Graduação *Lato-Sensu* em Gestão de Organização Pública em
Saúde – EAD

À Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o artigo de
Especialização

CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS POR UM
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

elaborada por
Denise Casagrande

como requisito parcial para a obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA:

Leila Mariza Hildebrandt, Ms.
(Presidente/Orientadora)

Juliano Perottoni, Dr. (UFSM)

Marinês Tambara Leite, Dra. (UFSM)

Susane Flôres Cosentino, Ms. (UFSM)

Três de Maio, 14 de dezembro de 2012.

RESUMO

Curso de Pós-Graduação *Lato-Sensu* em Gestão de organização Pública em saúde
Modalidade à Distância
Universidade Federal de Santa Maria

CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS POR UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

AUTORA: DENISE CASAGRANDE

ORIENTADORA: PROF.^a Ms. LEILA MARIZA HILDEBRANDT

Data e Local da Defesa: Três de Maio, 14 de dezembro de 2012.

O estudo tem como objetivo caracterizar os atendimentos realizados por uma Unidade de Suporte Avançado (USA) de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, documental, descritiva, com abordagem quantitativa, desenvolvida no município de Ijuí/RS. A coleta dos dados foi realizada junto aos boletins de atendimentos, no período de setembro de 2011 a agosto de 2012. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva e apresentados em tabelas com números absolutos e percentuais. Os resultados apontam que os chamados por socorro predominam, embora os transportes apresentem uma demanda significativa. As causas cardiovasculares, respiratórias e neurológicas foram as mais prevalentes nos motivos clínicos, já no traumático, a causa mais frequente foram as colisões de trânsito. A maioria das solicitações foi originada dos domicílios, sendo a maior parte da população do gênero masculino e na faixa etária dos 60-79 anos de idade. O turno da madrugada foi o que apresentou o menor percentual de chamados, os demais turnos equipararam-se. Os procedimentos mais realizados foram a oximetria de pulso, seguida da oxigenação, punção de acesso venoso periférico, imobilização em prancha longa e colocação de colar cervical. O hospital local foi o que se constituiu da principal porta de entrada dos pacientes atendidos. Os resultados poderão contribuir para o planejamento e organização deste serviço, bem como servir de orientação para outros municípios que objetivam implantar a unidade de suporte avançado.

Palavras-chave: Urgência. Emergência. Atendimento pré-hospitalar.

ABSTRACT

Graduate program *Lato-Sensu* in Public Health Organization Management
Distance mode
Universidade Federal de Santa Maria

CHARACTERIZATION OF THE CARE PROVIDED BY A SERVICE MOBILE EMERGENCY

AUTHOR: DENISE CASAGRANDE

ADVISOR: PROF^a Ms. LEILA MARIZA HILDEBRANDT

Date and place of Defense: Three may, December 14, 2012.

The study aims to characterize the calls made by a unit of advanced support of mobile emergency service. This is a retrospective, descriptive research, documentary, with quantitative approach, developed in the city of Ijuí/RS. The data collection was carried out with the service bulletins, from September 2011 to August 2012. The data were submitted to descriptive and statistical analysis presented in tables with absolute numbers and percentages. The results show that the so called for help predominate, although the transport present a significant demand. The cardiovascular, respiratory and neurological causes were the most prevalent in clinical reasons, already in traumatic, are the most frequent cause of traffic collisions. Most of the requests originated from households, the majority of the male population and aged 60-79 years of age. The turn in the morning was what made the lowest percentage of calls, the other shifts match. The procedures performed were pulse oximetry, followed by oxygenation, puncture of peripheral venous access, restraint on long plank and placement of cervical collar. The local hospital was what constituted the main gateway of patients seen. The results may contribute to the planning and organization of this service as well as provide guidance for other municipalities that aim to deploy advanced support unit.

Keywords: Urgency. Emergency. Prehospital service.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos atendimentos segundo o horário de chamada do serviço da Unidade de Suporte Avançado do SAMU, no período de setembro de 2011 a agosto de 2012. Ijuí/RS.....	13
Tabela 2 - Distribuição dos atendimentos segundo a faixa etária dos pacientes atendidos pelo serviço da Unidade de Suporte Avançado do SAMU, no período de setembro de 2011 a agosto de 2012. Ijuí/RS	13
Tabela 3 - Distribuição dos atendimentos segundo o procedimento realizado pelo serviço da Unidade de Suporte Avançado do SAMU, no período de setembro de 2011 a agosto de 2012. Ijuí/RS.....	14
Tabela 4 - Distribuição dos atendimentos segundo a finalização do atendimento realizado pelo serviço da Unidade de Suporte Avançado do SAMU, no período de setembro de 2011 a agosto de 2012. Ijuí/RS	15

LISTA DE ANEXOS

Anexo A- Instrumento de coleta de dados	24
Anexo B- Ofício encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde	26
Anexo C- Termo de Confidencialidade.....	27
Anexo D- Parecer Consubstanciado do CEP	28

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 METODOLOGIA	11
3 RESULTADOS	12
4 DISCUSSÃO	17
5 CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	22
ANEXOS	24

1 INTRODUÇÃO

O atendimento pré-hospitalar (APH) móvel configura-se como uma modalidade de assistência que objetiva chegar precocemente à vítima e prestar-lhe atendimento ou transporte adequado a um serviço de saúde integrado ao Sistema Único de Saúde e, assim, reduzir ou evitar sofrimento e sequelas (BRASIL, 2002). O APH pode, também, ser definido como toda e qualquer assistência realizada fora do âmbito hospitalar por equipes de suporte básico ou avançado de vida, na qual são utilizados vários meios e métodos com o intuito de manter a vida e minimizar os danos (LOPES e FERNADES, 1999).

No Brasil, as discussões sobre o APH começaram a ser intensificadas e aprofundadas a partir da década de 90, com a iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. A concepção do modelo pré-hospitalar móvel era voltada ao modelo francês, centrada no médico regulador, porém com a diferença de que, em casos de menor complexidade, se incluía as intervenções dos profissionais de enfermagem. Neste mesmo período, houve uma mobilização dos policiais militares do corpo de bombeiros, que iniciaram um processo de capacitação em APH baseado no modelo americano. Esta mobilização resultou na criação do Resgate, já que a área da saúde, ainda deixava uma lacuna nessa área (BRASIL, 2006a).

Em 1995, com a estruturação inicial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em alguns municípios como Porto Alegre, motivou a criação da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE). Esta rede subsidiou, de forma importante, as bases técnicas e políticas que desencadearam uma série de portarias e adoção da Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2006a).

O SAMU constitui o serviço mais recente da rede de atenção às urgências e está organizado para atender as demandas através de uma central de regulação. Compreende uma equipe multiprofissional oriunda da área da saúde (auxiliar ou técnico de enfermagem, enfermeiro, médico) e não oriunda da área da saúde (condutores de veículos de urgência, radio-operador e telefonistas) (BRASIL, 2002).

O Serviço pode ser acionado pelos cidadãos via telefone através do número nacional 192, de uso exclusivo das Centrais de Regulação Médica de Urgência do SAMU. Ao ser acionado, cada chamada é identificada pelo telefonista auxiliar de regulação médica que, em seguida, transfere a ligação para o médico regulador. Este avalia a solicitação e caracteriza o

grau de urgência para posterior intervenção, que pode variar entre uma simples orientação até o deslocamento de uma unidade de suporte avançado de vida ao local (BRASIL, 2006a).

O atendimento pré-hospitalar móvel pode ser classificado, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), em primário e secundário. É definido como primário quando ocorre um pedido de socorro oriundo de um cidadão e, classificado como secundário, quando o pedido for proveniente de um serviço de saúde o qual tenha prestado atendimento inicial a um paciente que necessita ser transportado para outro serviço de maior complexidade.

Os municípios que implantam o SAMU podem dispor de ambulâncias dos seguintes tipos com respectivas tripulações: **B** – Suporte Básico, com motorista e técnico ou auxiliar de enfermagem; **D** – Suporte Avançado, com motorista, médico e enfermeiro; **E** – Aeronave de transporte médico, com piloto, médico e enfermeiro; **F** – Embarcação de transporte médico que pode ser tripulado por uma equipe de suporte básico ou avançado (BRASIL, 2006a).

As equipes das Unidades de Suporte Básico de Vida (USB) realizam atendimentos a pacientes traumatizados e pacientes portadores de patologias clínicas diversas em que não há risco imediato de vida. No entanto, exceções são feitas quando a USA não está disponível. Nesse caso, a USB se desloca até o local, inicia os primeiros procedimentos e aguarda a chegada da USA (LOPES e FERNANDES, 1999). Há também a possibilidade da USB iniciar o deslocamento à Unidade Hospitalar de referência, caso a USA permaneça indisponível por algum motivo.

Já as equipes da USA, ainda de acordo com os autores, são acionadas sempre que os pacientes, sejam eles clínicos ou traumáticos, apresentarem risco imediato à vida. Essa determinação é baseada no grau de comprometimento das funções vitais como: comprometimento das vias aéreas, da dinâmica respiratória, da dinâmica circulatória, da função neurológica e comprometimento funcional das extremidades.

O Município de Ijuí, especificamente, implantou o SAMU em setembro de 2009 e conta com duas ambulâncias, uma **B** - de Suporte Básico e outra **D** - de Suporte Avançado, sendo que esta abrange também os seguintes municípios da região: Ajuricaba, Augusto Pestana, Boa Vista do Cadeado, Bozano, Catuípe, Condor, Coronel Barros, Jóia, Pejuçara (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/RS, 2012). Desde o início do serviço, o município assumiu a gestão da ambulância de Suporte Básico, já a de Suporte Avançado foi gerida pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISA) até fevereiro de 2010, após esta data o município assumiu a gestão.

Considerando o fato da recente gestão da Unidade de Suporte Avançado pelo Município de Ijuí bem como a complexidade dos serviços prestados, o presente estudo se

propõe caracterizar os atendimentos realizados por esta unidade móvel, de modo a adequar os recursos de acordo com a demanda existente. Nesse sentido, este estudo poderá contribuir com o planejamento e organização do serviço, incidindo na melhoria da qualidade do mesmo, além de apontar possíveis dificuldades que precisam ser discutidas e enfrentadas.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo retrospectiva, documental, descritiva, com abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa consiste em investigações concretas, com a finalidade de estudar as características dos fatos ou fenômenos analisados, utilizando métodos formais, caracterizados pela precisão e controle estatístico de dados coletados em uma determinada população (LAKATOS, MARCONI, 2007).

Já nos estudos transversais, segundo Hulley et. al., (2006), o investigador seleciona uma amostra da população e todas as medições são feitas em um único momento, sem período de acompanhamento. Em relação às pesquisas descritivas, Gil (2002) pontua que elas têm como objetivo primordial a descrição de características de uma determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

A pesquisa foi realizada no Município de Ijuí/RS, onde foram utilizados os dados dos boletins de atendimentos do SAMU, correspondente ao período de setembro de 2011 a agosto de 2012. Foram incluídos todos os boletins de atendimentos realizados pela Unidade de Suporte Avançado (USA) e excluídos os boletins referentes à Unidade de Suporte Básico (USB), bem como todos os boletins em que o deslocamento da USA foi cancelado em virtude da vítima já ter recebido socorro por viatura de resgate, bombeiros ou ter sido deslocada por populares.

A coleta dos dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2012, com o auxílio de um roteiro de pesquisa. Segundo Goldim (2000), o instrumento de coleta de dados deve ser plenamente adequado às questões de pesquisa a serem buscadas. Com este propósito, abrangeram-se as variáveis: período, gênero, faixa etária, horário da chamada, tipo da chamada, origem da solicitação, motivo clínico, motivo traumático, procedimentos efetuados e finalização do atendimento.

Os dados foram digitados em Planilha Excel, submetidos à análise estatística descritiva por meio do software SPSS e apresentados em tabelas com números absolutos e percentuais.

Para a realização do estudo, foram observados os preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Obteve-se a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Ijuí e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob o parecer consubstanciado nº 54.869/12.

3 RESULTADOS

A Unidade de Suporte Avançado (USA) do SAMU de Ijuí/RS atendeu uma demanda de 624 usuários de setembro de 2011 a agosto de 2012. Deste período, no ano de 2011, a maior frequência de atendimentos deu-se no mês de novembro totalizando 58 (9,3%). Já, em 2012, as maiores frequências ocorreram nos meses de maio 57 (9,1%) julho 66 (10,6%) e atendimentos. Desta demanda, os chamados por socorro corresponderam a 433 (69,4%) ocorrências e as solicitações de transporte totalizaram em 191 (30,6%).

Em relação aos motivos dos chamados, entre os pacientes que apresentaram casos clínicos, verifica-se maior prevalência para as condições cardiovasculares em 128 (20,5%) casos; respiratórias, 107 (17,1%) e neurológicas 66 (10,6%). Nas situações de traumatismo, identifica-se uma maior frequência relacionada a colisões, 60 (9,6%) casos; outras causas traumáticas, 25 (4%); queda da própria altura, 21 (3,4%); queda de motocicleta, 12 (1,9%); e atropelamentos, 11 (1,8%). Um dado relevante, relacionado tanto a motivos clínicos quanto traumáticos, são os percentuais de boletins que continham esta informação em branco, ou seja, não identificando o motivo, que corresponderam, respectivamente, a 9,1% e 8,8%.

Quanto à origem das solicitações, verifica-se uma maior demanda proveniente dos domicílios, com 293 (47%) chamados; seguida da unidade básica de saúde 24 horas local, 137 (22%); e via pública, 92 (14,7%). Observa-se, ainda, que os menores percentuais foram das unidades básicas de saúde com 4 (0,6%) solicitações e dos pronto atendimentos externos ao município com 11 (1,8%) ocorrências.

Conforme o tabela 1, verifica-se que os turnos manhã (07h00min-12h59min), tarde (13h00min-18h59min) e noite (19h00min-23h59min) praticamente equiparam-se em termos de solicitação de atendimentos, com os respectivos percentuais 26,1%, 28,7% e 23,2%. No entanto, o período da madrugada (00h00min-06h59min) apresentou um percentual reduzido, correspondendo a 15,4%.

Tabela 1- Distribuição dos atendimentos segundo o horário de chamada do serviço da Unidade de Suporte Avançado do SAMU, no período de setembro de 2011 a agosto de 2012, Ijuí/RS.

Hora da chamada	Frequência	%
00:00- 06:59 hs	96	15,4
07:00- 12:59 hs	163	26,1
13:00- 18:59 hs	179	28,7
19:00- 23:29 hs	145	23,2
Em branco	41	6,6
Total	624	100,0

Constata-se que, do total da população atendida, 55,9% corresponderam à população masculina e 44,1% à feminina. Referente à faixa etária, evidencia-se que a idade de 60 a 79 anos concentrou maior frequência de atendimentos, 165 (26,4%); na sequência, identificam-se os usuários de 40-59 anos e, com os menores percentuais, estão as crianças menores de 1 ano, 10 (1,6%) atendimentos (tabela 2).

Tabela 2- Distribuição dos atendimentos segundo a faixa etária dos pacientes atendidos pelo serviço da Unidade de Suporte Avançado do SAMU, no período de setembro de 2011 a agosto de 2012. Ijuí/RS.

Faixa etária	Frequência	%
Menor de 1 ano	10	1,6
1- 19 anos	54	8,7
20- 39 anos	120	19,2
40- 59 anos	139	22,3
60- 79 anos	165	26,4
80 anos ou mais	117	18,8
Em branco	19	3,0
Total	624	100,0

No que tange, especificamente, aos procedimentos realizados pela equipe de atendimento, observa-se na Tabela 3 que na parte de vias aéreas e sistema respiratório, destaca-se a oximetria de pulso, sendo realizada em 526 (84,3%) usuários, seguida de administração de oxigênio, 237 (38%); intubação, 30 (4,8%); aspiração, 21 (3,4%); colocação de cânula de guedel, 6 (1%); punção torácica, 3 (0,5%). Na parte circulatória e sistema cardiovascular, o procedimento mais realizado é a punção de veia periférica, aparecendo em 221 (35,4) atendimentos, na sequência identifica-se a realização de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em 17 (2,7%) atendimentos; e a desfibrilação, 10 (1,6%). Em se tratando de imobilização, identifica-se a utilização de prancha longa em 104 (16,7%) atendimentos; colar cervical, 88 (14,1%); imobilização de membros, 28 (4,5%); e *Kendrick Extrinsication Device* (KED - Dispositivo de extricação ou desprendimento), 2 (0,3%). Quanto à via de administração de medicamentos, as mais usuais são: a endovenosa, 65 (10,4%); sublingual, 12 (1,9%); intramuscular, 9 (1,4%); oral, 4 (0,6%), respectivamente. Outros procedimentos englobam a realização de curativos em 16 (2,6%); a colocação de sonda gástrica, 5 (0,8%); sonda vesical, 5 (0,8%). Em termos gerais, percebe-se a realização de procedimentos em 543 (87%) atendimentos.

Tabela 3- Distribuição dos atendimentos segundo o procedimento realizado pelo serviço da Unidade de Suporte Avançado do SAMU, no período de setembro de 2011 a agosto de 2012. Ijuí/RS.

Procedimento Realizado	Frequência	%
Oxigênio	237	38,0
Cânula de Guedel	6	1,0
Aspiração	21	3,4
Intubação	30	4,8
RCP	17	2,7
Punção torácica	3	0,5
Veia periférica	221	35,4
Sonda gástrica	5	0,8
Sonda vesical	5	0,8
Desfibrilação	10	1,6
Oximetria	526	84,3

Tabela 3- Distribuição dos atendimentos segundo o procedimento realizado pelo serviço da Unidade de Suporte Avançado do SAMU, no período de setembro de 2011 a agosto de 2012. Ijuí/RS. (continua).

Procedimento Realizados	Frequência	%
Colocação de colar cervical	88	14,1
Imobilização de membros	28	4,5
Curativo	16	2,6
KED	2	0,3
Utilização de prancha longa	104	16,7
Administração de medicação via endovenosa	65	10,4
Administração de medicação via oral	4	0,6
Administração medicação via intramuscular	9	1,4
Administração de medicação via sublingual	12	1,9

As frequências dos desfechos dos atendimentos são demonstradas na tabela 4. A partir desta, é possível identificar que em 444 (71,2%) atendimentos o usuário foi transferido para o hospital local; 86 (13,8%) usuários permaneceram no local devido a óbito e; 51 (8,2%) usuários permaneceram no local após avaliação, procedimentos e orientação médica. Apenas 2 (0,3%) usuários foram transferidos para a Unidade de Saúde 24 horas local.

Tabela 4- Distribuição dos atendimentos segundo a finalização do atendimento realizado pelo serviço da Unidade de Suporte Avançado do SAMU, no período de setembro de 2011 a agosto de 2012. Ijuí/RS.

Finalização do Atendimento	Frequência	%
Usuário permanece no local após avaliação, procedimentos e orientação médica	51	8,2
Usuário permanece no local por decisão própria	3	0,5
Usuário permanece no local por óbito	86	13,8
Foi transferido para hospital local	444	71,2
Foi transferido para outro hospital externo ao município	22	3,5

Tabela 4- Distribuição dos atendimentos segundo a finalização do atendimento realizado pelo serviço da Unidade de Suporte Avançado do SAMU, no período de setembro de 2011 a agosto de 2012. Ijuí/RS. (Continua).

Finalização do Atendimento	Frequência	%
Foi transferido para Unidade de Saúde 24 hs no local	2	0,3
Foi transferido para hospital particular local	16	2,6
Total	624	100,0

4 DISCUSSÃO

Os meses que apresentaram maior número de atendimentos foram novembro/11, maio/12 e julho/12, se relacionarmos esses dados com as estações do ano, percebe-se que coincidem com a primavera, outono e inverno. Considerando que a segunda causa dos motivos clínicos de maior solicitação é a respiratória, pode-se intuir que esta pode se exacerbar no período do outono/inverno.

A causa que ocasionou maior número de chamados por motivo clínico foi a cardiovascular, com 20,5%. No Brasil, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), a maior causa de mortes é decorrente da doença cardiovascular e estima-se que essas taxas tendem a aumentar nos próximos anos em virtude do envelhecimento da população e a persistência de hábitos inadequados de alimentação e atividade física.

Além da causa cardiovascular, foram prevalentes, também, os chamados por causa respiratória e neurológica. Em estudo realizado no SAMU de Porto Alegre, em 2008, relativo aos agravos clínicos atendidos tanto pela USA como USB, os agravos mais atendidos foram os neurológicos, seguidos dos cardiológicos e respiratórios (MARQUES, LIMA e CICONET, 2011). Pode-se perceber que as causas clínicas mais prevalentes são as mesmas, no entanto, em ordem distinta. Talvez pelo fato de que nesta abordou os dois tipos de unidades móveis (USA e USB) e o presente estudo somente a USA.

Nos motivos traumáticos, a maior incidência de atendimentos está relacionada à colisão de trânsito. No Brasil, segundo o Portal do Trânsito Brasileiro (2012), a cada 57 segundos ocorrem um acidente de trânsito e a cada 22 minutos morre uma pessoa em virtude deste. Cada vítima não fatal de acidente de trânsito faz com que o governo tenha um gasto aproximado de 14.321, 25 reais e 60% dos feridos ficam com lesões permanentes.

A demanda correspondente aos chamados por socorro predominou com 69,7%, no entanto, percebe-se um percentual elevado de solicitações de transporte, 30,6%, em sua maioria, provenientes da Unidade de Saúde 24 horas local. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), a transferência de pacientes de unidades de saúde de menor complexidade para os serviços de referência de maior complexidade deve ocorrer sempre que as condições locais de atendimento forem insuficientes para determinada situação clínica, ou seja, nas situações em que for constatada a necessidade de elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva.

Tendo em vista, então, o número de solicitações originadas da Unidade de Saúde 24 horas local, 137 (22%), pode-se sugerir que a população está se direcionando mais a este serviço, de tal modo que a complexidade dos casos está exigindo o redirecionamento para unidades hospitalares. Por outro lado, é contrastante o baixo percentual, (1,8%), de solicitações provenientes de Prontos Atendimentos externos ao município. Pode-se considerar que a transferência de pacientes intermunicipais está ocorrendo por meio de ambulâncias do tipo A, providas apenas por motorista.

Os resultados evidenciam que os homens constituem a população que mais utiliza os serviços da USA. Isso se deve ao fato de que, quando acometidos por alguma morbidade, protelam a procura por serviços de saúde o que acaba agravando seu quadro. Em suma, adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada, já portadores de consequência advindas do retardo do tratamento. Muitos agravos poderiam ser evitados se a população masculina buscasse com regularidade os serviços da atenção básica (BRASIL, 2009).

Ainda, considerando a população que apresenta maior número de atendimentos, contata-se que a faixa etária em destaque compreende as idades de 60-79 anos, seguida dos indivíduos de 40-59 anos. Conforme Maués et. al. (2010), no Brasil, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), classifica como idosos jovens, aqueles que apresentam idade entre 60 e 70 anos; medianamente idosos a partir de 70 até 80 anos e, consideram muito idosos acima de 80 anos. Então, verifica-se que a maior concentração de atendimentos está entre os idosos jovens e medianamente idosos. Ainda, de acordo com os autores, o envelhecimento da população, vem acompanhado por uma transição epidemiológica em que prevalecem as doenças crônico-degenerativas. Em contrapartida, os menores percentuais de atendimentos se concentraram na faixa etária menor de um ano.

Em pesquisa anterior realizada na USA do SAMU de Ijuí - RS, compreendendo o período de setembro de 2009 a agosto de 2011 (MOI, 2011), a predominância do gênero masculino também foi verificada. Ao relacionar com as variáveis denominadas motivos clínicos e traumáticos foi constatado que nos motivos clínicos 55% eram homens e 45% mulheres. Já nos motivos traumáticos, os percentuais de homens e mulheres foram 75% e 25%. Do total de pacientes, 68% foram clínicos e 32% traumáticos. Em se tratando de faixa etária, predominou a faixa de 60-80 anos nos pacientes clínicos e 26-35 anos nos pacientes traumáticos.

Diante dos dados de ambas as pesquisas realizadas na USA de Ijuí, embora se tenha utilizado classificações um pouco diferenciadas, em suma, as duas confirmam que a

população predominante é a masculina e na faixa etária de 60 – 79, 80 anos. Considerando a predominância do gênero masculino, este dado concorda com um estudo realizado na USA do SAMU de Ribeirão Preto (SP), no ano de 2003 (FERNANDES, 2004). Neste, a faixa etária prevalente também se assemelha, compreendendo as idades de 40-79 anos.

A equipe da USA está sendo mais acionada no período das 07:00 horas da manhã às 23:59 horas da noite. No período da madrugada, das 00:00 à 06:59 horas, há um decréscimo no número de chamados, correspondendo a apenas 15%. Ainda em relação ao horário, impressiona o percentual de boletins de atendimento que estavam sem o horário de atendimento, ou seja, em branco, (6,6%). Talvez, esta dificuldade esteja relacionada ao fato de que os acionamentos para atendimentos são feitos por uma central regulação estadual, via telefone celular, a qual acaba não dando tanta ênfase a esse dado. Conforme Fernandes (2004), o decréscimo de atendimentos na madrugada, também foi verificado na USA de Ribeirão Preto, bem como o percentual sem registro de horário que, praticamente, igualou-se com 6,56%.

Em relação aos procedimentos realizados, percebe-se que a oximetria de pulso e a oxigenação precoce estão entre os maiores percentuais no que se refere ao sistema respiratório. A oximetria de pulso (NAEMT, 2007), está cada vez mais difundida no ambiente pré-hospitalar, pelo fato de permitir aos socorristas uma detecção precoce do comprometimento pulmonar e da deterioração cardiovascular, antes do aparecimento de sinais clínicos evidentes. Já, a oxigenação imediata garante a correção e/ou prevenção da hipóxia.

Quanto ao procedimento de intubação, foi realizado em apenas 4,8% dos atendimentos. Esse dado nos permite inferir que pode ter havido um percentual bastante reduzido de paciente com comprometimento ventilatório grave, incapazes de proteger via aérea ou foram adotados outros dispositivos para manter a ventilação/oxigenação adequadas.

De acordo com a National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT, 2007), a intubação endotraqueal ainda é o método preferido para controle de vias aéreas, pelos seguintes motivos: permite isolamento de vias aéreas, diminui o risco de aspiração, facilita a aspiração da traqueia, previne a insuflação gástrica, permite ventilação com oxigênio a 100%, elimina a necessidade de manter uma máscara perfeitamente ajustada à face. No entanto, estudos recentes já mostraram que, em ambiente urbano, pacientes em estado grave e intubados não apresentaram um prognóstico melhor quando comparados aos pacientes transportados com uma máscara associada a balão dotado de válvula (ambú).

Em se tratando de sistema circulatório, o acesso venoso periférico aparece em uma frequência de 35,4% e se constitui, segundo os dados analisados, da principal via de

administração de medicamentos. O acesso venoso central por meio de intracath e o acesso intraósseo não foram realizados no período. Para a NAEMT (2007), o acesso venoso central não é considerado apropriado no pré-hospitalar. Já, o acesso intraósseo constitui-se de um recurso importante a ser considerado na criança, depois de duas tentativas de acesso periférico sem sucesso. No adulto traumatizado, pode ser uma opção quando envolve transporte retardado ou prolongado.

No que se refere à imobilização, identifica-se um percentual reduzido se comparado ao total de atendimentos. A prancha longa aparece com 16,7% e a colocação de colar cervical com 14,1%. Estes números estão diretamente relacionados à quantidade de pacientes traumatizados atendidos.

O serviço de saúde que se constituiu da principal porta de entrada dos usuários do SAMU, mais especificamente da Unidade de Suporte Avançado, foi o hospital local, esse dado já era esperado considerando a complexidade dos pacientes que esta unidade móvel atende.

Do total de desfechos de atendimentos, 13,8% dos usuários permaneceram no local por óbito. De posse deste dado e sabendo-se que a população mais atendida compreende a faixa etária dos 60-79 anos, os quais já são acometidos por doenças crônicas degenerativas, remete-se a seguinte indagação: Será que destes atendimentos havia possibilidade de reversão do quadro ou será que a população está acionando este serviço para a verificação do óbito? Fica o questionamento para posterior estudo.

Relativo, ainda, à finalização do atendimento, tem-se o percentual de 8,2% de usuário que permaneceram no local após avaliação, procedimentos e orientação médica. Nessas situações, após avaliação médica houve a descaracterização de uma situação de urgência, o que significa que o usuário poderia ter acionado outro serviço de saúde de menor complexidade ao invés de ter acionado uma unidade móvel. Esse tipo de equívoco pode ser solucionado através da educação em saúde. O próprio serviço de telefonia 192 já disponibiliza algumas orientações enquanto o usuário aguarda na linha, destacando as situações que podem ser resolvidas na atenção básica.

5 CONCLUSÕES

A população atendida pela USA do SAMU de Ijuí/RS se constitui de uma população predominantemente masculina, envolvendo idosos jovens e medianamente idosos. Os motivos mais frequentes dos atendimentos clínicos envolvem as causas cardiovasculares, respiratórias e neurológicas, ou seja, doenças crônico-degenerativas já esperadas em virtude do envelhecimento da população.

Quanto aos procedimentos realizados, evidencia-se, que em sua maioria, trata-se de procedimentos de suporte básico de vida, destacando-se a oximetria de pulso, oxigenação precoce, acesso venoso periférico, imobilização padrão. Diante disto, talvez esteja ocorrendo uma ou mais das seguintes situações: Não estão existindo vítimas graves que requeiram procedimentos invasivos; as vítimas graves não estão sendo atendidas pela USA; a equipe não está suficientemente capacitada e por isso não realiza procedimentos invasivos.

A principal porta de entrada dos pacientes atendidos pela USA foi o hospital local. Um número considerado de óbitos foi constatado no momento dos atendimentos, totalizando 13,8%. Outro percentual importante foi referente aos pacientes que permaneceram no local devido à descaracterização de situação de urgência, que correspondeu a 8,2%.

Os resultados deste estudo identificaram as principais características dos atendimentos da USA, com isto pretende-se contribuir para a organização do serviço e uma gestão eficiente, além de propiciar um redirecionamento aos profissionais para cursos de atualização e aperfeiçoamento compatíveis com o perfil de morbidade prevalente. Outro ponto importante a destacar refere-se à melhoria dos registros de informações nos boletins de atendimento, pois estes conferem credibilidade a este e a outros estudos que posteriormente virão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 out. 1996. Disponível: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso: 19 jun. 2011.

BRASIL. Portaria n. 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 nov. 2002. Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html> Acesso em: 16 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**– Brasília, 2006a. 126 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf> Acesso em 19 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**-Brasília, 2006b. p. 8.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política **Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes – Brasília, 2009. P.7-16.

FERNANDES, R. J. **Caracterização da atenção pré-móvel da secretaria de saúde do município de Ribeirão Preto – SP**. 2004. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-12082004-153336/pt-br.php>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDIM, J. R. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

HULLEY, S.B. et al. **Delineando a pesquisa Clínica: uma Abordagem Epidemiológica**. Artmed: Porto Alegre, 2006.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Ed. Atlas, 2007.

LOPES S.L.B.; FERNANDES R.J. **Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar**. Medicina, Ribeirão Preto, v.32, p. 381-387, out./dez. 1999. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/7740>>. Acesso em: 10 mai.2012.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S.; CICONET, R.M. **Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre – RS**. *Acta paul.enferm.* [online]. v. 24, n.2, p. 185-191, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000200005>>. Acesso em: 06 nov.2012.

MAUÉS, C.R. et al. **Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos**. Revista Brasileira de Clínica Medica de São Paulo, v.8, n.5, p. 405-410, set./out. 2010. Disponível em : <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n5/007.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2012.

MOI, E. C. **Perfil dos Atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU**. 2011. 26 f. Artigo (Graduação em Enfermagem) - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2011.

NAEMT/NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. **Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado**. Tradução por Diego Alfaro e Hermínio de Mattos Filho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. P. 119-136; 185.

PORTAL DO TRÂNSITO BRASILEIRO. **Acidentes em números**. Disponível em: <http://www.transitobr.com.br/index2.php?id_conteudo=9>. Acesso em: 14 nov. 2012.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **SAMU por Macros: Macro-Missioneira**. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/612/?Macro_Missioneira>. Acesso em: 13 nov. 2012.

Anexo A – Instrumento de coleta de dados

<p>A – Período</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Set/11 2- Out/11 3- Nov/11 4- Dez/11 5- Jan/12 6- Fev/12 7- Mar/12 8- Abr/12 9- Mai/12 10- Jun/12 11- Jul/12 12- Ago/12 	<p>B – Gênero</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Masc 2- Fem <p>C – Faixa Etária</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- < de 1 ano 2- 1-19 anos 3- 20-39 anos 4- 40-59 anos 5- 60-79 anos 6- 80 anos ou mais 7- Em branco 	<p>D – Horário da chamada</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- 00:00 – 06:59 hs 2- 07:00 – 12:59 hs 3- 13:00 – 18:59 hs 4- 19:00 – 23:59 hs 5- Em branco
<p>E – Tipo da chamada</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Socorro 2- Transporte 	<p>F – Origem da solicitação</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Via Pública 2- Domicílio 3- Unidade de Saúde 24 hs local 4- Pronto-Atendimento externo ao Município 5- Hospital local 6- Hospital externo ao município 7- Em branco 8- Outro 9- Unidade Básica de Saúde 	<p>G – Motivo Clínico 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Respiratório 2- Cardiovascular 3- Neurológico 4- Gastrointestinal 5- Obstétrico 6- Psiquiátrico 7- Infecioso 8- Intoxicação Exógena 9- Metabólico 10- Pediátrico 11- Outro 12- Em branco 13- Não se aplica <p>H – Motivo Clínico 2</p>
<p>I – Motivo Traumático 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Colisão 2- Atropelamento 3- Queda da própria altura 4- Queda de moto 5- Queda de altura < de 5 metros 6- Agressão 7- FAF 8- FAB 9- Queimadura 10- Afogamento 11- Capotamento 12- Outro 13- Em branco 	<p>K até R- Procedimentos Efetuados</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Adm O2 2- Guedel 3- Aspiração 4- Intubação 5- Punção de Crico 6- RCP 7- Punção Torácica 8- Veia Periférica 9- Intracath 10- Intraóssea 11- Sonda gástrica 12- Sonda vesical 13- Desfibrilação 14- Oximetria 	<p>S - Finalização do Atendimento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Usuário permanece no local após avaliação, procedimentos e orientação médica 2- Usuário permanece no local por decisão própria 3- Usuário permanece no local por óbito 4- Foi transferido para hospital local 5- Foi transferido para outro hospital

<p>14- Não se aplica J – Motivo Traumático 2</p>	<p>15- Colar cervical 16- Imobilização de membros 17- Curativo 18- KED 19- Prancha longa 20- Adm med EV 21- Adm med VO 22- Adm med IM 23- Adm med SL</p>	<p>externo ao município 6- Foi transferido para Unidade de Saúde 24 hs local 7- Foi transferido para hospital particular local</p>
---	--	--

Anexo B – Ofício encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde

IJUÍ/RS, 05 de maio de 2012.

Ilmo Sra.

Alexandra Lentz

Secretária Municipal de Saúde

Ijuí/RS

Prezado Sra.

Eu, Denise Casagrande, enfermeira, pós-graduanda do curso de Gestão de Organização Pública em Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria/Centro de Educação Superior Norte – CESNORS/UFSM elaborei um projeto de pesquisa, como requisito do Trabalho de Conclusão do Curso, denominado **Caracterização dos Atendimentos realizados pela Unidade de Suporte Avançado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. A pesquisa tem por objetivo principal caracterizar os atendimentos realizados por uma Unidade de Suporte Avançado (USA) do Serviço de atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Este estudo será realizado sob a orientação e acompanhamento da Profa. Dra. Marinês Tambara Leite.

Para tanto estamos solicitando autorização para realizar a coleta dos dados junto aos boletins de atendimentos do SAMU, no serviço de arquivo, em horário a ser combinado previamente com a coordenadora Enf^ª Elisa Doering, responsável pelo serviço.

Vale destacar que, caso haja vossa autorização, necessitamos de uma resposta em **folha timbrada e assinada**.

Sendo o que tinha para o momento, colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,



Marinês Tambara Leite
Pesquisadora responsável

Anexo C - Termo de Confidencialidade**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Título do estudo: Perfil dos Atendimentos realizados pela Unidade de Suporte Avançado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município de Ijuí/RS

Pesquisador responsável: Marinês Tambara Leite

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria / Centro de Educação Superior Norte do RS – CESNORS / Departamento de Ciências da Saúde

Telefone e endereço para contato: (0XX)55 3742-2081/(0XX)55 9971-7184. Av. Independência, nº3751 - Bairro Vista Alegre, CEP 98300-000 - Palmeira das Missões - RS

Local da coleta de dados: Secretaria Municipal de Saúde de Ijuí/RS

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa, cujos dados serão coletados dados junto aos boletins de atendimentos do SAMU, no serviço de arquivo. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria/CESNORS, sala 02, por um período de cinco (05) anos sob a responsabilidade da Professora Marinês Tambara Leite. Após este período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Palmeira das Missões/RS, 05 de maio de 2012.

Profª Marinês Tambara Leite

Pesquisadora Responsável

RG: 8010265026 CPF: 274416440-20

COREN: RS 26726

Anexo D – Parecer consubstanciado do CEP

Plataforma Brasil – Ministério da Saúde

Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

PROJETO DE PESQUISA

Título: Caracterização dos atendimentos realizados por uma unidade de suporte avançado do serviço de atendimento móvel de urgência

Área temática:

Pesquisador: MARINÊS TAMBARA LEITE

Versão: 1

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria /Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CAAE: 04671712.0.0000.5346

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 54869

Data da Relatoria: 10/07/2012

Apresentação do Projeto:

O estudo tem como objetivo caracterizar os atendimentos realizados por uma unidade de suporte avançado do serviço de atendimento móvel de urgência. Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, descritiva, documental, com abordagem quantitativa, a ser desenvolvida no município de Ijuí/RS. A coleta dos dados será realizada junto aos boletins de atendimentos, arquivados na base do serviço de atendimento móvel de urgência, no período de setembro de 2011 a agosto de 2012. Os dados serão analisados a partir dos estratos de cada variável enfocando a frequência absoluta e percentual. Este estudo poderá subsidiar novas ações de saúde no município e servir de orientação para outros municípios que possuem ou venham a ter o serviço de atendimento móvel de urgência

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo principal:

Caracterizar os atendimentos de acordo com as seguintes variáveis: gênero, faixa etária, local de procedência, horário de chamada ao SAMU, tipo de chamada, origem da solicitação, motivo clínico da chamada, motivo traumático da chamada, procedimentos efetuados.

Objetivo Secundário:

Traçar o perfil da população atendida pela USA; sistematizar a procedência das chamadas e solicitações, quanto a sua localização; averiguar relação existente entre horário e frequência das chamadas; verificar os tipos de chamadas que mais frequentes para a Unidade de Suporte Avançado: socorro ou transporte; levantar a frequência dos atendimentos relativa aos motivos clínicos e traumáticos da chamada; identificar quais os procedimentos rotineiros são efetuados pela USA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa é documental e o risco é de identificação dos sujeitos, os benefícios são a melhoria do sistema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa do tipo retrospectiva, descritiva, documental, com abordagem quantitativa. A pesquisa será realizada no município de Ijuí/RS, para a qual serão utilizados os dados dos boletins de atendimentos do SAMU. A pesquisa será realizada no município de Ijuí/RS, para a qual serão utilizados os dados dos boletins de atendimentos do SAMU.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A autorização da secretaria de saúde está presente bem com o termo de confidencialidade.

Recomendações

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovar o projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado.

Necessita Apreciação da CONEP

Não.

SANTA MARIA, 11 de julho de 2012

Assinado por:
Félix Alexandre Antunes Soares