



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Curso de Enfermagem

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM ÁGUAS LINDAS DE GOIÁS:
CARACTERÍSTICAS E DESFECHO**

JÉSSICA FELÍCIA ROCHA DO AMARAL

Brasília,
2017

JÉSSICA FELÍCIA ROCHA DO AMARAL

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM ÁGUAS LINDAS DE GOIÁS:
CARACTERÍSTICAS E DESFECHO**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à
Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia
como exigência para obtenção do título de bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Paula R. Souza Hermann

Brasília,
2017

JÉSSICA FELÍCIA ROCHA DO AMARAL

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM ÁGUAS LINDAS DE GOIÁS:
CARACTERÍSTICAS E DESFECHO**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à
Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia
como exigência para obtenção do título de bacharel
em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Paula R. Souza Hermann

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Paula Regina de Souza
Universidade de Brasília/Faculdade Ceilândia

Prof.^a Dr.^a Marcia Cristina da Silva Magro
Universidade de Brasília/Faculdade Ceilândia

Prof.^a Dr.^a Michelle Zampieri Ipolito
Universidade de Brasília/Faculdade Ceilândia

Brasília,

2017

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

Amaral, Jéssica Felícia Rocha do.

Atendimento pré-hospitalar em Águas Lindas de Goiás: Características e desfecho /Jéssica Felícia Rocha do Amaral. – Brasília: Universidade de Brasília, 2017.

f.: il.

Monografia (graduação) – Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem, 2017.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Paula Regina

1.Serviços médicos de emergência; 2. atendimento pré-hospitalar, trauma,3. urgência clínica. I. Jéssica Felícia Rocha do Amaral II.

Atendimento pré-hospitalar em Águas Lindas de Goiás: Características e desfecho.

CDU

Dedico este trabalho a minha querida família, em especial a minha amada mãe, Maria Cláudia da Paz Rocha, que está no céu agora, mas sempre me apoiou, incentivou e investiu em mim.

E a todos que acreditaram e contribuíram para meu crescimento profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo seu amor incondicional a minha vida, que mesmo sem merecer derramou sua graça salvadora sobre mim e nunca me abandonou.

Agradeço aos meus pais Roberto e Cláudia pelo amor, apoio e dedicação, proporcionando a mim a melhor educação e exemplo de conduta moral que puderam, fazendo assim que meus sonhos se tornassem realidade.

Agradeço ao meu querido esposo, Háramys por me amar, sempre ter orgulho de mim, e nos momentos difíceis me apoiar e incentivar a nunca desistir, me fazendo crescer como profissional e ser humano.

Agradeço ao meu irmão, Felipe, por seu carinho, sendo exemplo de coragem e persistência.

Agradeço a minha sogra, aos meus avós, aos meus tios e tias, aos meus primos, a todos os meus familiares que sempre acreditaram em mim e me proporcionaram suporte quando precisei.

Agradeço aos meus amigos e irmãos em Cristo pelas orações e confidencialidade.

Agradeço aos meus amigos e colegas de faculdade, que por muito choramos, sorrimos, sofremos e amamos a graduação e a companhia uns dos outros.

Agradeço ao SAMU- Águas Lindas, em particular ao coordenador Alan Kardec, pelo apoio a minha pesquisa desde o primeiro momento.

Agradeço a todos os docentes da Universidade de Brasília-FCE que mostraram os caminhos da enfermagem no ensino, na pesquisa, na extensão, na gerência e na assistência de qualidade e humanizada, proporcionando uma formação de excelência, em especial a minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Paula Regina de Souza Hermann.

Por fim, agradeço a todos que de forma direta ou indireta, tiveram participação nesta conquista.

“O temor do senhor é a instrução da sabedoria, e a humildade precede a honra.”

(Provérbios 15.33)

RESUMO

AMARAL, Jéssica Felícia Rocha do. **Atendimento pré-hospitalar em Águas Lindas de Goiás: características e desfecho**/ Jéssica Felícia Rocha do Amaral – Brasília: Universidade de Brasília, 2017. Monografia (Graduação) – Universidade de Brasília, Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2017, 46p.

Introdução: O cenário de saúde do Brasil apresenta uma demanda de urgências de natureza clínica e uma crescente das ocorrências de trauma, o que requer assistência tanto no pré quanto no intra-hospitalar dentro rede de atenção às urgências. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico e desfecho dos atendimentos realizados pelo SAMU de uma cidade do Entorno do Distrito Federal. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, desenvolvido no SAMU de Águas Lindas de Goiás no período de dezembro de 2016. Foram analisadas 316 fichas de atendimento do SAMU. Os dados foram transferidos para uma planilha do excel, importados para o epiinfo 7 e expressos em número absoluto e relativo, média, desvio padrão, mediana e percentil 25% e 75%. **Resultados:** Dos 316 acionamentos 270 resultaram em atendimentos, com predomínio do sexo masculino (55,9%) na faixa etária mediana de 59 anos, por ocorrências clínicas (48,8%) na sexta-feira (16,1%) no período noturno (44,4%) em domicílio (55,7%), sendo transportado para o hospital (65,9%), tendo como principal desfecho a alta hospitalar (73,1%). Os atendimentos de trauma são de homens, por motivo principal o acidente de transito, em rodovias e vias publicas, e os atendimentos clínicos são mulheres por causas cardiovasculares em domicilio. **Conclusão:** O perfil geral dos atendimentos foi caracterizado por ocorrências de natureza clínica, com predominância de pacientes adultos jovens, do sexo masculino, com Hipertensão Arterial Sistêmica como comorbidades de maior frequência, alta hospitalar.

Palavra chaves: Serviços médicos de emergência; atendimento pré-hospitalar, trauma, urgência clínica.

ABSTRACT

AMARAL, Jéssica Felícia Rocha do. **Prehospital care in Águas Lindas de Goiás: characteristics and outcome** / Jéssica Felícia Rocha do Amaral – Brasília: University of Brasilia, 2017. Monograph (Graduation) - University of Brasilia, Undergraduate Nursing, Faculty of Ceilândia. Brasília, 2017, 46 p.

Introduction: The health scenario in Brazil presents a demand for clinical emergencies and a increasing number of trauma cases, which requires both pre-hospital and in-hospital care within the emergency care network. **Objective:** To describe the epidemiological profile and outcome of the consultations carried out by the SAMU (Emergency mobile care service) of a city in the surroundings of the Federal District. **Methodology:** This is a descriptive study of quantitative approach, developed in SAMU of Águas Lindas de Goiás in the period of december 2016. 316 SAMU service records were analyzed. The data were transferred to an excel spreadsheet, imported into epiinfo 7 and expressed in absolute and relative numbers, mean, standard deviation, median and 25% and 75% percentile. **Results:** Of the 316 activations, 270 resulted in consultations with a predominance of males (55.9%), in the median age of 59 years, due to clinical occurrences (48.8%), on friday (16.1%), at night (44.4%), at home (55.7%), being transported to the hospital (65.9%), with the main end result being hospital discharge (73.1%). Trauma attendances are of men, for main reason the traffic accident, in highways and public ways and the clinical appointments are women due to cardiovascular causes at residence. **Conclusion:** The general profile of the visits was characterized by clinical occurrences with predominance of young adult male patients with systemic arterial hypertension and comorbidities of higher frequency, hospital discharge.

Keywords: emergency medical services; pre-hospital care; trauma; clinical urgency.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APH** – Atendimento Pré-Hospitalar
- AVC** - Acidente Vascular Cerebral
- AVP** – Acesso Venoso Periférico
- BVM**- Bolsa Válvula Máscara
- CBMGO** – Corpo de Bombeiros Militar Do Goiás
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CID-10** – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
- CODEPLAN** - Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central
- COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- DATASUS** – Departamento de Informática do SUS
- DF** – Distrito Federal
- ECG** – Escala de Coma de Glasgow
- FAB** – Ferimento por Arma Branca
- FAF** – Ferimento por Arma de Fogo
- FC** – Frequência Cardíaca
- FR** – Frequência Respiratória
- HBB** - Hospital de Base de Brasília
- HIV** - Vírus da Imuno deficiência Humana
- HMBJ** - Hospital Municipal Bom Jesus
- HRAN** - Hospital Regional da Asa Norte
- HRC** - Hospital Regional de Ceilândia
- HRSam** - Hospital Regional de Samambaia
- HSVP** - Hospital São Vicente de Paula
- MS**- Ministério da Saúde
- O2** - Oxigênio
- PAB** - Perfuração por Arma Branca
- PAF** - Perfuração por Arma de Fogo
- PAM** – Pressão Arterial Média
- PCR** – Parada Cardiorrespiratória
- PHTLS** – *Prehospital Trauma Life Support*
- RCP** – Reanimação Cardiopulmonar

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAV- Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SUS _ Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

USB – Unidade de Suporte Básico

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

VA – Vias Aéreas

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da resolução dos acionamentos do SAMU em Águas Lindas de Goiás.....	28
Tabela 2 – Distribuição geral das 270 vítimas atendidas no pré-hospitalar pelo SAMU de acordo com as características demográficas e clínicas.....	29
Tabela 3 – Distribuição das características das 132 vítimas com agravo de natureza clínica e 104 de trauma atendidos no pré-hospitalar pelo SAMU	30
Tabela 4 – Distribuição geral das 316 solicitações de atendimento pré-hospitalar pelo SAMU de acordo com as características da ocorrência	31
Tabela 5 – Procedimentos realizados pela equipe do SAMU durante o atendimento pré-hospitalar das 270 vítimas..	32

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	14
2.OBJETIVO	17
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivos Específicos.....	17
3. ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: APONTAMENTOS	18
3.1 Históricos do Atendimento Pré-hospitalar	18
3.2 Atuação do enfermeiro no Atendimento Pré-hospitalar (SAMU).....	19
3.3 Avaliação e Atendimento no pré-hospitalar	20
3.3.1 Período de ouro	20
3.3.2 Avaliação primária do paciente com agravo clínico	20
3.3.3 Avaliação secundária do paciente com agravo clínico.....	21
3.3.4 Manejo na assistência a crise em saúde mental.....	21
3.3.5 Avaliação primária da vítima de trauma	22
3.3.6 Avaliação secundária da vítima de trauma.....	23
4.METODOLOGIA.....	25
4.1 Tipo de Estudo	25
4.2 Local de Estudo.....	25
4.3 População e Amostra do estudo	25
4.4 Coleta de Dados	26
4.5 Conceitos adotados	26
4.5.1 Turno.....	26
4.6 Análise dos Dados.....	26
4.7 Aspectos Éticos	26
5. RESULTADOS	28
6.DISSCUSSÃO	33
7.CONCLUSÃO.....	39
8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	40
7. ANEXOS	44
7.1 Apêndice A- Instrumento de Coleta de Dados	44

1. INTRODUÇÃO

A violência urbana no âmbito mundial tem sido um marco na história da humanidade, com o aumento dos índices de morbimortalidade, por causas externas: acidentes de trânsito, mortes por arma de fogo, arma branca, atentados terroristas, violência domésticas. No Brasil ocupa o terceiro lugar no quadro de morbimortalidade, sendo antecedido pelas doenças cardiovasculares e oncológicas, e é necessário um atendimento pré-hospitalar a vítima, imediato no local da ocorrência e o adequado transporte a um serviço de emergência de tratamento definitivo visando aumentar a probabilidade de sobrevivência. (GOMES et al, 2016; MARTINS, 2003)

O capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças – CID-10 faz referência aos acidentes e as violências às causas externas de morbidade de mortalidade, sendo os acidentes definidos como os eventos não intencionais e as violências consideradas intencionais. Sendo as causas externas passíveis de prevenção, e originam agravos ao indivíduo, família e comunidade, tornando-se um grande problema de saúde pública no mundo (BRASIL, 2015).

A taxa de mortalidade por causas externas, por 100 mil habitantes, no ano de 2011, no Brasil apresentou um total de 75,8. Sendo na região Centro-Oeste de 87,9, a mais alta em comparação as demais regiões do país. Na região do entorno do Distrito Federal a taxa foi de 86,0, também superior à média nacional. Em números absolutos são 145.842 óbitos anual no Brasil, 12.521 na região Centro-oeste, sendo 1.940 no Distrito Federal e 5.542 no estado de Goiás (DATASUS, 2011).

A taxa de hospitalização no Sistema Único de Saúde por causas externas, por 100 mil habitantes, no ano de 2011 no Brasil somaram um total de 50,58. Sendo na região Centro-Oeste um total de 62,82 a mais alta em comparação as demais regiões do país. Na região do entorno do DF a taxa foi de 47,27. (DATASUS, 2011)

Em relação às doenças crônicas degenerativas, no Brasil em 2011, foram responsáveis por 72,7 % do total de óbitos, em primeiro lugar com (30,4 % dos óbitos) destaca as doenças do aparelho cardiovascular, as neoplasias em segundo lugar com (16,4%), o Diabetes Mellitos com (5,3%) e as doenças do aparelho respiratório com (6,0%). (MALTA et al, 2014).

Nesse cenário dos crescentes índices de causas externas decorrentes da violência urbana e acidentes, bem como das doenças crônicas degenerativas têm ocasionado uma maior demanda por serviços de assistência à saúde especializada, resolutiva e precoce em

Atendimento Pré-Hospitalar, e por consequência aumento dos gastos com internação hospitalar prolongada e assistência em Unidade de Terapia Intensiva, gerando um forte impacto sobre o SUS. (BRASIL, 2006, 2013).

O Brasil apresenta uma situação epidemiológica de saúde denominada de tripla carga de doença, que acontece de forma simultânea envolvendo uma agenda de doenças infecto parasitárias não resolvida, problemas de saúde reprodutiva, doenças crônicas e seus fatores de risco e a crescente demanda das causas externas, o que se faz necessário da construção de serviços e sistemas de saúde integrados para a formação das redes de atenção á saúde. (MENDES, 2010).

A Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, de forma a “garantir a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, ginecoobstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas”, através dos componentes: Pré-hospitalar fixo, as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, que é a porta de entrada para o SUS; pré-hospitalar móvel, Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas; Hospitalar, hospitais gerais de todos os tipos e de referência; pós-hospitalar, atenção domiciliar, hospitais dias e projetos de reabilitação. (BRASIL, 2006).

Em julho de 2011 a portaria acima, foi revogada e substituída pela Portaria nº 1.600 que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências Emergências , instituindo a Rede de Atenção às Urgências no SUS, que tem como componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; e Atenção Domiciliar. Desta forma os serviços trabalharam com encaminhamento em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade, em uma modalidade de atenção a saúde em um processo de trabalho regionalizado e hierarquizado, considerando as características epidemiológicas e densidade populacional loco regional. (BRASIL, 2011, 2013).

O SAMU é responsável pelo atendimento pré-hospitalar com base na regulação médica das urgências. As suas ações são executadas por equipes de suporte básico compostas por condutores e auxiliares/técnicos de enfermagem, realizam medidas de suporte não

invasivas; e de suporte avançado, compostas por condutores, enfermeiros e médicos, executam procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório (BRASIL, 2006).

Destaca-se a relevância do trabalho da enfermagem na assistência pré-hospitalar, haja visto que está presente nos atendimentos realizados, tanto em unidades de suporte básico (USB), pela atuação dos auxiliares/técnicos de enfermagem, nas unidades de suporte avançado (USA), pela atuação do enfermeiro (BRASIL, 2006).

Frente ao exposto e tendo em vista as necessidades de saúde da população do Entorno do DF, a presente pesquisa pretende identificar a epidemiologia e perfil dos atendimentos realizados no pré-hospitalar em uma cidade do Entorno do DF, bem como o desfecho do atendimento. Este conhecimento poderá colaborar para elaborações de mudanças e estratégias na qualidade da assistência a saúde no pré-hospitalar, subsidiar mais pesquisas e monitoramento para o enfrentamento das necessidades de saúde dessa população. E proporcionar ao profissional enfermeiro o desenvolvimento de suas habilidades e competências dentro do que é vigente no APH, conhecendo a realidade para transformá-la.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil epidemiológico e desfecho dos atendimentos realizados pelo Serviço Móvel de Urgência SAMU de uma cidade do Entorno do Distrito Federal.

2.2 Objetivos Específicos

- Levantar os atendimentos realizados pelo SAMU quanto à natureza das ocorrências, causas, local, horário, dia da semana e equipe de atendimento pré-hospitalar;
- Caracterizar o perfil demográfico e clínico das vítimas atendidas pelo SAMU;
- Identificar as variáveis do atendimento pré-hospitalar;
- Identificar desfecho das vítimas atendidas pelo SAMU.

3. ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: APONTAMENTOS

3.1 Históricos do Atendimento Pré-hospitalar

A história do APH no mundo está atrelada a ocorrência de guerras e sua origem surge da ideia simples de um ser humano ajudando o outro. E hoje está fortemente ligada aos altos índices de violência e acidentes de trânsito no âmbito urbano, e ao atendimento no local de ocorrência para aumentar as chances de sobrevivência (CARRENO; MORESCHI 2015).

No século XVIII, o cirurgião chefe de Napoleão, Dominick Jean Larrey (1766-1842), para realizar cuidado e atendimento médico retirava os feridos do campo de batalha de modo a diminuir a morbidade dos soldados, prestando a eles cuidados imediatos através das chamadas “ambulâncias voadoras”, que era um veículo fechado puxado com dois cavalos e que tinham deslocamento rápido com a equipe de dois auxiliares um “enfermeiro” e o médico, que eram treinados para prestar os cuidados imediatos e retirar do local de guerra. (BLATT, 2014)

No século XX, nas duas grandes guerras mundiais, exercem grandes experiências na assistência aos feridos e é responsável pelo desenvolvimento de tecnologias e metodologias na abordagem ao trauma. (SOUSA, 2009). É importante ressaltar que a rapidez na remoção para o atendimento adequado junto à estabilização precisa durante o transporte reduzia a morbidade significativamente. (SILVA, 2010)

O modelo de Assistência Pré-Hospitalar brasileiro, é baseado nos modelos Americano e Francês. No primeiro o atendimento é realizado por profissionais não médicos treinados, e qualificados de acordo com níveis de treinamentos no qual podem realizar procedimentos específicos, e são conhecidos como, Técnicos em Emergências Médicas. Já no segundo é baseado no princípio de regulação médica, que consiste no serviço chamado de Sistema de Atenção Médica as Urgências-SAMU, onde o profissional médico regula, faz a triagem e o atendimento direto a vítima, acompanhado de uma equipe de profissionais de saúde treinados. Existe a “capacitação e formação continuada de todas as categorias de profissionais envolvidas no cuidado a emergências nos níveis pré-hospitalar e intra-hospitalar”. (SOUSA, 2009)

O modelo americano é adotado no Brasil, pelo corpo de bombeiro militar e já foi o mais utilizado no país, antes da criação da política nacional de urgência e emergência em 2003, de onde se originou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência o (SAMU), que tem suas raízes de atuação no modelo Francês. Onde se prioriza o atendimento rápido e sistematizado na primeira hora e no local da ocorrência, com uma equipe multiprofissional de

saúde, mas tendo o médico como figura central, seja no atendimento direto, como na regulação. (SILVA, 2010)

Considerando a necessidade de um Atendimento Pré-Hospitalar que é definido como sendo o atendimento que chega precocemente à vítima após um acontecimento de agravo a sua saúde, seja por natureza traumática ou não e por questões psiquiátricas, que levem ao sofrimento ou morte, garantindo um atendimento e transporte adequado a um serviço de saúde. (BRASIL, 2006)

O APH engloba algumas premissas como: a chegada precoce a vítima; deslocamento de pessoal treinado e ambulâncias equipadas; possibilidade de realização de manobras e intervenções que geram a manutenção da vida até a chegada a uma unidade hospitalar; escolha por uma unidade hospitalar adequada a necessidade da vítima. (CARRENO, MORESCHI 2015)

. O APH no Brasil através do SAMU tem duas modalidades: Suporte Básico de vida (SBV), que tem como característica não efetuar procedimentos invasivos e sim cuidados básicos a equipe é composta por auxiliar/técnico de enfermagem e motorista-socorrista; e o Suporte Avançado de Vida (SAV) tem uma equipe composta por enfermeiro, médico e motorista-socorrista, que realiza invasivos para a manutenção da vida e o transporte interhospitalar de pacientes em estado crítico. (LUCHTEMBERG, 2014)

3.2 Atuação do enfermeiro no Atendimento Pré-hospitalar (SAMU)

A portaria n.º 2048/2002, considera crescente a demanda por serviços em urgência e emergência, devido à sobrecarga dos serviços já existentes fazendo-se necessário de meios intermediários de intervenção rápida e resolutiva, através da regulação médica e do SAMU. Ainda afirma que esses serviços devem contar com equipe de profissionais da área da saúde e não oriundos da saúde. E regulamenta os componentes dessa equipe profissional, bem como suas habilidades, atribuições e competências dentro do serviço. (BRASIL, 2006).

A atuação do enfermeiro no SAMU fica descrita na portaria acima citada, que estabelece os requisitos: Possuir diploma de ensino superior titular enfermeiro, ser devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem e habilitado para a atuação no APH. Dispondo de: capacidade física e mental para a atividade, autocontrole, equilíbrio emocional, experiência previa em urgência e emergência, iniciativa, facilidade em comunicação e condicionamento físico. São atribuições e competências do enfermeiro: supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe; prestar cuidados de maior complexidade técnica que exijam conhecimentos científicos adequados a pacientes graves e em situação de risco; deve ter capacidade de tomar decisões imediatas; prestar assistência de enfermagem a gestantes, parturientes e ao recém nato; conhecer equipamentos e realizar

manobras de extração manual de vítimas, realizando o atendimento de enfermagem necessário para a reanimação e estabilização do paciente no local de atendimento durante o transporte, além de manter-se participante dos programas de treinamento e aprimoramento profissional e promover o desenvolvimento de educação continuada para a sua equipe. O profissional enfermeiro é um componente indispensável da equipe de assistência á saúde no APH (BRASIL, 2006).

A Resolução nº375 do Conselho Federal de Enfermagem, do ano de 2011, dispõe da presença do enfermeiro nas unidades de APH e interhospitalar (terrestre, aérea ou marítima) em situações de riscos conhecidos ou desconhecidos, bem como a realização de uma supervisão direta do enfermeiro na assistência de enfermagem realizada por auxiliares e técnicos de enfermagem. (COFEN, 2011).

3.3 Avaliação e Atendimento no pré-hospitalar

3.3.1 Período de ouro

O cirurgião norte americano, Adams Cowley, desenvolveu estudos com pacientes feridos por trauma e verificou que para obter êxito na assistência a esses pacientes, existia um tempo decisivo, o que passou a chamar “hora de ouro”. Ele observou que os primeiros sessenta minutos eram fundamentais para o tratamento do traumatizado e a letalidade do trauma diminuiria se ocorresse o atendimento mais precoce possível. (OLIVEIRA et al., 2010).

Posteriormente, denominado período de ouro no atendimento pré-hospitalar, conforme o protocolo do PHTLS (2012) é o intervalo de tempo desde o acionamento da equipe até a chegada para o tratamento definitivo e compreende: Tempo resposta: Intervalo de tempo entre o acionamento da equipe e a chegada ao local de ocorrência de 8 a 10 minutos; tempo em cena; Período de permanência da equipe no local da ocorrência, para avaliação e atendimento primário que pode ser até 10 minutos; tempo de transporte: Deslocamento entre o local da ocorrência e a chegada ao hospital para tratamento definitivo, de 8 a 10 minutos.

Durante a primeira hora após o trauma, na fase do APH é necessário realizar medidas para impedir o agravamento do trauma como; reanimação e estabilização, como a permeabilidade das vias áreas, contenção de hemorragias, reposição de volumes, imobilização das lesões, mantendo a vitima com vida até o tratamento definitivo. (MALVESTIO, SOUSA 2010)

3.3.2 Avaliação primaria do paciente com agravo clinico

Os pacientes que desestabilizam sua condição vital, onde há necessidade de intervenção precoce e de qualidade, acometidos por agravos clínicos e não traumáticos, acionam o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. (MARQUES, CICONET, 2011)

Conforme o Protocolo de Suporte Básico de Vida do SAMU, (2016), o atendimento a esses casos deve seguir os seguintes passos:

Avaliar a responsividade (chamar o paciente) e expansão torácica: se não responsivo e sem movimentos respiratórios, checar pulso central: se pulso ausente, iniciar Protocolo (PCR); e se pulso presente, abrir via aérea com manobras manuais (hiperextensão da cabeça e elevação do queixo) e iniciar suporte ventilatório Protocolo (Parada Respiratória). se não responsivo com movimentos respiratórios: garantir a permeabilidade de via aérea e considerar suporte ventilatório; e se responsivo, prosseguir avaliação. Avaliar permeabilidade de via aérea (A) e corrigir situações de risco com: hiperextensão da cabeça e elevação do queixo, cânula orofaríngea, aspiração e retirada de próteses, se necessário. Avaliar ventilação (B): padrão ventilatório; simetria torácica: frequência respiratória; e considerar a administração de O₂. Avaliar estado circulatório (C): presença de hemorragias externas de natureza não traumática; pulsos periféricos ou centrais: frequência, ritmo, amplitude, simetria; tempo de enchimento capilar; pele: coloração e temperatura; e na presença de sangramento ativo, considerar compressão direta, se possível. Avaliar estado neurológico (D): Escala de Coma de Glasgow; e avaliação pupilar: foto-reatividade e simetria. (BRASIL, p. 1/1, 2016)

3.3.3 Avaliação secundária do paciente com agravo clínico

O levantamento histórico ainda no período pré-hospitalar é essencial e indispensável, pois pode interferir de forma direta na evolução do quadro clínico. Para isso existe um método didático para rastreamento de dados importantes do paciente: SAMPLA- Sendo o (S) Sintomas que investiguem a queixa principal. (A) Histórico de alergias, em particular a medicamentos. (M) uso de medicamentos de forma contínua. (P) Passado médico e antecedentes cirúrgicos. (L) Ingesta de líquidos ou alimentos. (A) Ambiente, que possam induzirem a existência do trauma. (NAEMT, 2012).

O Protocolo de Suporte Básico de Vida do SAMU, (2016), orienta a avaliação secundária aos pacientes com agravos clínicos utilizando a entrevista SAMPLA, e a realização da verificação dos sinais vitais: respiração, pulso, pressão arterial, oximetria e glicemia capilar, observação da pele verificando temperatura, turgor e umidade. E ainda realizar um exame físico detalhado da cabeça aos pés.

3.3.4 Manejo na assistência a crise em saúde mental

É de grande importância à abordagem inicial a pessoa com transtorno mental, ser realizada de forma segura e de qualidade, podendo determinar a aceitação e a adesão ao tratamento definitivo posteriormente. Realizando uma escuta ativa, demonstrando respeito à singularidade de cada paciente, oferecendo um cuidado resolutivo. As ações devem ser articuladas, dentro da rede de atenção existente no sistema, promovendo o acolhimento e confiança com o serviço e com a equipe. (KONDO, 2011). A equipe de atendimento móvel de urgência deve realizar uma aproximação tranquila, não acionar o sinal sonoro da ambulância, identificar-se e explicar o motivo da aproximação oferecendo ajuda. (BRASIL, 2016)

O método (ACENA) é uma forma de avaliação do ambiente, dos sujeitos envolvidos e da segurança do local em ocorrências psiquiátricas. (A) Avaliar: Arredores, a casa e a presença de objetos como armas e artefatos e algo que indique o uso de drogas e álcool, avaliar ainda a altura e aparência do paciente. (C) Observar sinais de conflitos e crises na rede social do paciente. (E) Observar expectativas e receptividade do paciente e sua rede social. (N) Nível de consciência, adequação a realidade, capacidade de tomada de decisão e o nível de sofrimento. (A) Observar presença de sinais de uso de álcool ou drogas, agressividade e autoagressão. (BRASIL, 2016)

3.3.5 Avaliação primária da vítima de trauma

Deve ser realizada, antes de iniciar a assistência direta ao paciente, a segurança da cena a fim de proporcionar segurança pessoal, da equipe, das vítimas e de terceiros. O contexto de segurança envolve o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) pela equipe, o reconhecimento da biomecânica que envolve o trauma, a necessidade de acionar recursos adicionais e estabelecer prioridades no atendimento ao paciente. (NAEMT, 2012).

Após garantir a segurança do local, a avaliação da responsividade deve ser realizada, chamando o paciente e executando simultaneamente a estabilização da coluna cervical. (BRASIL, 2016). A estabilização da coluna cervical inicialmente pode ser realizada manualmente, e ser substituída pelo colar cervical, assim que possível para manutenção do alinhamento da cabeça e do pescoço, e durante o transporte utilizar a prancha rígida para a proteção da coluna toracolombar. (ATLS, 2014).

A avaliação ao paciente vítima de trauma deve ser realizada de forma rápida e objetiva com identificação das lesões e tomada de decisão imediata, sendo realizada em aproximadamente 10 minutos. O atendimento deve seguir uma ordem de avaliação que envolve cinco etapas que deve ser obedecida em todos os casos de trauma, sendo os pacientes,

de todas as faixas etárias: (A) via aérea permeável e proteção da coluna cervical; (B) respiração e ventilação; (C) circulação e controle de hemorragia; (D) déficit neurológico; (E) exposição do paciente (NAEMT, 2012). A ECG avalia o nível de consciência, auxiliando na determinação da gravidade do trauma, é uma forma de padronização universal da avaliação neurológica. São observados três parâmetros: abertura ocular, reação motora e resposta verbal. Os componentes destes parâmetros recebe um escore que varia de 3 a 15. Sendo que três é o pior escore, significa que o estado neurológico do paciente é de morte cerebral e quinze é o melhor escore, o que diz apresentação de nível de consciência normal, sendo a apresentação de Glasgow oito a indicação de coma (OLIVEIRA Et al, 2014).

O Protocolo de Suporte Básico de Vida do SAMU, (2016), padroniza as etapas acima, adequando elas pra a realidade dos atendimentos do serviço móvel de urgência da seguinte forma:

Avaliar as vias aéreas (A): manter as vias aéreas pérvias através de manobras de abertura das vias aéreas para o trauma, retirar secreções e corpo(s) estranho(s) da cavidade oral; considerar o uso de cânula orofaríngea; oximetria e O₂ por máscara facial, 10 a 15 l/min se SatO₂ < 94%; estabilizar manualmente a cabeça com alinhamento neutro da coluna cervical; colocar o colar cervical assim que possível; Avaliar a presença de boa respiração e oxigenação (B): avaliar o posicionamento da traqueia e presença ou não de turgência jugular; expor o tórax e avaliar a ventilação; avaliar a simetria na expansão torácica; observar presença de sinais de esforço respiratório ou uso de musculatura acessória; avaliar a presença de lesões abertas e/ou fechadas no tórax; no paciente com ventilação anormal, realizar a palpação de todo o tórax; considerar a necessidade de ventilação assistida através de BVM com reservatório, caso a frequência respiratória seja inferior a 8 mrm, ou não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas. Avaliar a circulação (presença de hemorragia e avaliação da perfusão) (C) controlar sangramentos externos com compressão direta da lesão e/ou torniquete (conforme indicado); avaliar reenchimento capilar (normal até 2 segundos); avaliar características da pele (temperatura, umidade e coloração); avaliar pulso central e radial: Pulso radial ausente e pulso central presente, seguir Protocolo de Choque; Pulso radial ausente e pulso central ausente, seguir com Protocolo de PCR; se possível, aferir a pressão arterial precocemente. Avaliar o estado neurológico (D): aplicar AVDI ou a Escala de Coma de Glasgow; avaliar pupilas; Expor com prevenção e controle da hipotermia: cortar as vestes do paciente sem movimentação excessiva e somente das partes necessárias; proteger o paciente da hipotermia com auxílio de manta aluminizada; utilizar outras medidas para prevenir a hipotermia (ex: desligar o ar condicionado da ambulância); Realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada. Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde. (BRASIL, p. 1/2, 2016).

3.3.7 Avaliação secundária da vítima de trauma

A entrevista (SAMPLA) pode ser realizada com o paciente, e nos casos de inconsciência as informações podem ser obtidas através de familiares, terceiras ou circulantes, acrescentando as informações básicas de identificação, nome e idade. A verificação dos sinais vitais deve ser realizada: Respiração (frequência, ritmo e amplitude); Pulso (frequência, ritmo e volume); Pressão arterial Pele (temperatura, cor, turgor e umidade); avaliação complementar: oximetria de pulso se disponível; glicemia capilar se disponível. O exame físico prossegue com a propedêutica inspeção, palpação. Com a sequência cefálo-podal, frente e dorso, com o objetivo de localizar ferimentos, sangramentos, afundamentos, desvios, hematomas, alterações de cor, alterações de motricidade e sensibilidade. Devendo sempre considerar a cinemática do trauma na busca das lesões. (BRASIL, 2016)

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. O estudo descritivo tem como uma de suas principais características a observação e análise do objeto de estudo sem nenhuma interferência do pesquisador (ANDRADE, 2010).

A abordagem quantitativa é aquela que trabalha com variáveis expressas com dados numéricos e emprega recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e descreve-los. (FONTELLES, 2009).

4.2 Local de Estudo

O estudo foi desenvolvido na unidade pré-hospitalar do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Águas Lindas de Goiás. A equipe é composta 100% por suporte básico de vida, o serviço só despõe de viaturas de Unidade de Suporte Básico (3 viaturas em funcionamento no período estudado) e de 2 Motolâncias que não estavam em uso no período estudado.

A Área Metropolitana de Brasília (AMB), também conhecida como Entorno do Distrito Federal, é composta por composta por 12 municípios goianos que fazem fronteira com o Distrito Federal: Águas Lindas de Goiás, Planaltina, Alexânia, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Cristalina, Formosa, Luziânia, Novo Gama, Padre Bernardo, Santo Antônio do Descoberto e Valparaíso de Goiás. Esta área possui um alto nível de integração com o Distrito Federal. Existe uma dependência desses núcleos urbanos em relação ao DF, em busca de trabalho e procura de bens e serviços oferecidos pela Capital Federal. A região de Águas Lindas de Goiás está localizada a 50 km de Brasília. A rodovia BR-070, é a forma de ligação entre as duas cidades, proporciona o fluxo da população. Em 2015, segundo a PMAD a população urbana de Águas Lindas totalizou 205.267 habitantes. Sendo as mulheres maioria, com (50,8%) e os homens correspondem a (49,2%). (CODEPLAN, 2016).

4.3 População e Amostra do estudo

A amostra foi constituída por 316 acionamentos e 270 vítimas atendidas pelo SAMU em Águas Lindas de Goiás, em dezembro de 2016, conforme os critérios de inclusão e exclusão descritos abaixo.

Critérios de inclusão: Terem sido atendidos pelo SAMU - Águas Lindas, no período do mês de dezembro de 2016. E, como *critério de exclusão:* os atendimentos realizados por outras equipes.

4.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados durante visitas à unidade pela pesquisadora, três dias por semana, em horários distintos, no período de dezembro de 2016, por meio do instrumento de coleta de dados (Anexo A), adaptado a partir da ficha de atendimento utilizada pelo SAMU. Às informações foram extraídas das fichas de atendimento do SAMU e dos prontuários eletrônicos da Secretaria de Saúde do DF (SES/DF)- TRAKCARE.

4.5 Conceitos adotados

1.7.1 Turno

Foram considerados a fim de padronização dos turnos das ocorrências os seguintes horários:

- Turno matutino: o período que compreende 06h e 12h59min
- Turno vespertino: o período entre 13h e 17h59min
- Turno noturno: o período entre 18h e 05h59min

4.6 Análise dos dados

Foram avaliadas 316 fichas. Os dados foram agrupados conforme as variáveis descritas no instrumento de coleta e transferidos para o banco de dados em uma planilha do Excel.

Posteriormente, os dados foram importados para o programa Epi info 7 e estão expressos em frequência absoluta e relativa, média, desvio padrão, mediana e percentil 25% e 75%.

4.7 Aspectos Éticos

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da SES – FEPECS/SES, sob o CAAE: 24858513.0.0000.5553.

Foi garantido o sigilo dos dados dos participantes da pesquisa, não houve nenhum gasto financeiro de sua parte e tampouco remuneração de quaisquer espécies. O anonimato dos participantes é assegurado, pois o estudo tem enfoque nos dados como um todo e não individualmente.

O presente trabalho auxiliará na identificação das principais causas dos atendimentos realizados pelo SAMU e o seu desfecho, possibilitando a identificação da demanda de atendimentos de urgência e emergência, assim colaborando na organização e educação

permanente dos profissionais voltadas principalmente as demandas do setor, através da identificação do perfil demográfico e clínico das vítimas assistidas por esse serviço. Os dados obtidos poderão ser apresentados em reuniões científicas e/ou publicados em revistas científicas, mantendo-se sempre os anonimatos dos sujeitos da pesquisa.

A pesquisa apresenta riscos mínimos podendo ocorrer desconforto do paciente decorrente do acesso ao prontuário e conseqüentemente a informações pessoais.

2. RESULTADOS

No período de dezembro de 2016, o SAMU em Águas Lindas de Goiás recebeu 316 solicitações que resultou em 270 atendimentos. O principal motivo para o não prestação da assistência foi o trote 14 (4,4%), conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da resolução dos acionamentos do SAMU em Águas Lindas de Goiás. Águas Lindas de Goiás, 2016

Resolução do acionamento	n(%)
Transporte para hospital	208 (65,9%)
Alta no local da ocorrência	45 (14,3%)
Trote	14 (4,4%)
Transportado por terceiros	12 (3,8%)
Recusa de transporte	11 (3,4%)
Remoção pelo CBM-GO	7 (2,2%)
Óbito no local	6 (1,9%)
Recusa de atendimento	5 (1,6%)
Evasão do local	5 (1,6%)
Cancelamento pela Central	3 (0,9%)

O sexo masculino predominou com 151 (55,9%) e a mediana da idade foi de 59 (31-75) anos. Quanto à natureza da ocorrência foi em sua maioria clínica 132 (48,8%) relacionado ao sistema cardiovascular. Nas ocorrências traumáticas 104 (38,6%), teve maior ocorrência de acidentes de trânsito 49 (47,1%). E, foram realizados transporte interhospitalar em 34 (12,6%). O hospital municipal de Águas Lindas recebeu 168 (80,7%) das vítimas atendidas pelo SAMU. Foram transportados para o Hospital Municipal Bom Jesus, 168 (80,7%) como destino. O desfecho mais frequente foi a alta hospitalar em 152 (73,1%) e com menor percentual o óbito 7 (2,2%), conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição geral das 270 vítimas atendidas no pré-hospitalar pelo SAMU de acordo com as características demográficas e clínicas. Águas Lindas de Goiás, 2016

Variáveis	n(%)
Sexo	
Feminino	119 (44,1%)
Masculino	151 (55,9%)
Idade^a	59,0 (31-75)
Natureza da ocorrência	
Clinica	132 (48,8%)
Cardiovascular	46 (14,5%)
Psiquiátrica	37 (11,7%)
Neurológica	36 (11,4%)
Obstétrica	26 (8,2%)
Pediátrica	12 (3,8%)
Digestiva	10 (3,1%)
Renal	9 (2,8%)
Endócrina	8 (2,5%)
Ginecológica	6 (1,9%)
Urológica	4 (1,2%)
Oncológica	4 (1,2%)
Trauma^b	104 (38,6%)
Acidente de Trânsito	49 (47,1%)
Queda	18 (17,3%)
Agressão Física	11 (10,5%)
PAF	8 (7,6%)
PAB	9 (8,6%)
Queda da própria altura	6 (5,7%)
Choque Elétrico	2 (1,9%)
Intoxicação	1 (0,9%)
Tipo de lesão	
Escoriações	34 (10,6%)
Ferida penetrante	30 (9,4%)
Contusões	20 (3,6%)
Fratura	18 (5,7%)
Ferimento por arma branca	10 (3,1%)
Ferimento por arma de fogo	8 (2,5%)
Região corpórea lesada	
Cabeça	30 (9,4%)
Membro superior esquerdo	23 (7,8%)
Membro superior direito	22 (6,9%)
Membro inferior direito	15 (4,7%)
Membro inferior esquerdo	14 (4,4%)
Pescoço	8 (2,5%)
Tórax frontal	7 (2,2%)
Região abdominal	6 (1,9%)
Transferência Inter hospitalar	34 (12,6%)
Pacientes clínicos	19 (6,0%)
Pacientes vítimas de trauma	15 (4,7%)
Equipe de transporte com médico	24 (7,5%)
Antecedentes clínicos^b	
Faz uso de medicamentos	93 (29,4%)
Hipertensão Arterial Sistêmica	69 (21,8%)
Etilismo	43 (13,6%)
Internação hospitalar anterior	34 (10,7%)
Diabetes Mellitos	28 (8,8%)
Transtornos Mentais	27 (8,5%)
Cirurgia	24 (7,5%)
Convulsão	22 (6,9%)
Doença cardíaca	19 (6,0%)
AVC	11 (3,4%)
Drogadição	11 (3,4%)
Doença renal	7 (2,2%)
HIV	4 (1,2%)

Alergia	1 (0,3%)
Destino	
HMBJ	168 (80,7%)
HRC	26 (12,5%)
HBB	6 (2,8%)
UPA Ceilândia	3 (1,4%)
HSVP	2 (0,9%)
HRAN	1 (0,4%)
UPA Samambaia	1 (0,4%)
HRSam	1 (0,4%)
Desfecho	
Alta hospitalar	152 (73,1%)
Transferência para outro hospital	49 (23,5%)
Óbito	7 (2,2%)
Tempo de sobrevida após internação hospitalar (dias)^c	7(±9,1)

Notas: ^a mediana (25%-75%), ^b houveram casos com mais de um registro, ^c média (desvio-padrão). PAF (Perfuração por Arma de Fogo), PAB (Perfuração por Arma Branca); AVC (Acidente Vascular Cerebral), HIV (Vírus da Imuno deficiência Humana); CBM-GO (Corpo de Bombeiros Militar do Goiás); HMBJ (Hospital Municipal Bom Jesus), HRC (Hospital Regional de Ceilândia), HBB (Hospital de Base de Brasília), UPA (Unidade de Pronto Atendimento), HSVP (Hospital São Vicente de Paula), HRAN (Hospital Regional da Asa Norte), HRSam (Hospital Regional de Samambaia).

Os pacientes clínicos predominaram o sexo feminino (64,6%), com mediana da idade de 40,5 (29-60) anos. Diferente do trauma, com a maioria do sexo masculino 74 (67,5%) e mais jovens com mediana da idade de 31 (20,5 – 45,5). A comorbidade prevalente foi a hipertensão arterial 61 (33,4%) dos pacientes com agravo clínico. O local de ocorrência foi, na maioria, o domicílio tanto para vítimas de natureza clínica 100 (75,7%) e trauma 51 (49%) (71,3%) sendo que a soma de vias públicas e rodovias é superior ao domicílio no trauma, o período de ouro foi semelhante nos dois grupos, bem como a internação hospitalar, a alta no local da ocorrência 41 (30,2%) ocorreu mais na clínica e a transferência hospitalar no trauma 23 (22,3%) . conforme tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das características das 132 vítimas com agravo de natureza clínica e 104 de trauma atendidos no pré-hospitalar pelo SAMU. Águas Lindas de Goiás, 2016

Características dos pacientes	Clínica	Trauma
Sexo		
Feminino	72 (64,6%)	30 (32,5%)
Masculino	60 (35,4%)	74 (67,5%)
Idade^b	40,5 (29-60)	31 (20,5-45,5)
Comorbidades		
Hipertensão Arterial Sistêmica	61 (33,6%)	8 (8,9%)
Diabetes Mellitus	27 (14,9%)	2 (2,2%)
Local da Ocorrência		
Domicílio	100 (75,7%)	51 (49%)
Via publica	30 (22,7%)	21 (20,1%)

Rodovia	2 (1,5%)	32 (30,7%)
Período ouro		
Tempo resposta ^a (minutos)	12,4 (±7,3)	10 (± 5,4)
Tempo em cena ^a (minutos)	18,2 (±9,6)	17,4 (± 8,6)
Tempo transporte ^a (minutos)	13,2 (± 7,5)	12,9 (± 9,1)
Desfecho		
Alta no local da ocorrência	41 (30,2%)	3 (2,0%)
Internação hospitalar	29 (21,1%)	26 (24,7%)
Transferência para outro hospital	25 (12,5 %)	23 (22,3%)
Óbito no hospital	4 (2,9%)	3 (2,0%)
Tempo de internação hospitalar ^b (dias)	3 (1 - 14)	3 (1,5 - 11)

Notas: ^a média e desvio padrão dos minutos, ^b mediana (25%-75%)

Na tabela 4, tem-se que o local de ocorrência do evento e atendimento pré-hospitalar foi no domicílio 176 (55,7%) e em menor frequência instituições de saúde privada, relacionada ao transporte interhospitalar. No período noturno concentrou maior número de atendimentos 140 (44,4%), na sexta feira 51 (16,1%). A média do tempo resposta foi de 10,5(±7,3) minutos, em cena de 14,3(±10,9) e de transporte 7,9(±9) minutos.

Tabela 4 – Distribuição geral das 316 solicitações de atendimento pré-hospitalar pelo SAMU de acordo com as características da ocorrência. Águas Lindas de Goiás, 2016

Características	n(%)
Local de ocorrência	
Domicilio	176 (55,7%)
Via publica	51 (16,1%)
Instituições públicas	46 (14,5%)
Rodovia	34 (9,4%)
Instituições privadas	9 (2,8%)
Turno	
Manhã	90 (28,4%)
Tarde	86 (27,2%)
Noite	140 (44,4%)
Período ouro	
Tempo resposta ^a (minutos)	(10,5±7,3)
Tempo em cena ^a (minutos)	(14,3±10,9)
Tempo de transporte ^a (minutos)	(7,9±9)
Dias da semana	
Domingo	47 (14,9%)
Segunda-feira	41 (12,9%)
Terça-feira	41 (12,9%)
Quarta-feira	38 (12,0 %)
Quinta-feira	49 (15,5%)
Sexta-feira	51 (16,1%)
Sábado	49 (15,5%)

Nota: ^a média e desvio-padrão

Nos procedimentos relacionados foram realizados uso de colar cervical 44 (16,2%) e abertura de vias aéreas 43 (15,9%), a verificação dos sinais vitais 131 (48,5%) e suplementação de oxigênio 33 (12,2%), acesso venoso periférico 86 (31,8%) e limpeza de ferimentos 32 (11,8%). A maioria, 235 (87%), das vítimas com Escala de Coma de Glasgow, apresentou valor de Glasgow 15. O transporte em prancha rígida foi realizado em 54 (20%) dos atendimentos. Quando existiu a necessidade de administração de medicações ocorreu por via intravenosa, Tabela 5.

Tabela 5 – Procedimentos realizados pela equipe do SAMU durante o atendimento pré-hospitalar das 270 vítimas. Águas Lindas de Goiás, 2016

Procedimentos	n(%)
Vias aéreas/proteção da coluna cervical	
Colar Cervical	44 (16,2%)
Abertura de Vias Aéreas	43 (15,9%)
Aspiração de Vias Aéreas	3 (1,1%)
Respiração/ventilação/oxigenação	
Verificação de sinais vitais	131 (48,5%)
Suplementação de O ₂	33 (12,2%)
Ventilação por BVM	6 (2,2%)
Curativo oclusivo	5 (1,8%)
Circulação/control de hemorragia	
Obtenção de AVP	86 (31,8%)
Reposição volêmica	47 (17,4%)
Sudorese	7 (2,5%)
RCP	1 (0,3%)
Curativo Compressivo	21 (7,7%)
Limpeza de ferimento	32 (11,8%)
Curativo de três pontas	3 (1,1%)
PAM ≤ 70 mmHg	3 (1,1%)
Neurológico ^a	
Glasgow = 3	-
Glasgow = 8	2 (0,7%)
Glasgow = 15	235 (87,0%)
Outros valores de Glasgow	22 (8,1%)
Exposição/control do ambiente	
Despir a vítima	30 (11,1%)
Imobilização de membros	26 (9,6%)
Retirada de capacete	5 (1,8%)
Prancha longa	54 (20,0%)
Manobra de Rolamento	27 (10,0%)
Medicação	
Oral	2 (0,7%)
Venosa	9 (3,3%)

Notas: ^a 11 vítimas sem registro da ECG. O₂ (oxigênio), BVM (Bolsa Válvula Máscara), AVP (Acesso Venoso Periférico), RCP (Reanimação Cardiopulmonar).

3. DISCUSSÃO

Atualmente, o SAMU é um componente indispensável dentro da rede de atenção a saúde, pois proporciona atendimento imediato às causas urgentes de natureza clínica e nos traumas devido às causas externas. O que vem sendo um grande desafio brasileiro, atender essa demanda de tripla carga de doenças que envolvem as causas clínicas e causas externas, responsáveis pelos principais motivos de morbidade e mortalidade no país. (BRASIL, 2013).

O campo da saúde tem ao longo dos anos vem incorporado à perspectiva de comparação entre os sexos em suas pesquisas com o objetivo de compreender as relações que se estabelecem entre homens e mulheres em sociedade, principalmente as repercussões para saúde através da busca pelos serviços de saúde, causas de adoecimento e morte. (MOURA et al, 2015)

Neste estudo observou-se maior ocorrência de atendimentos pré-hospitalar do sexo masculino. Dados consonantes aos encontrados por Fernandes (2004) relatou em sua pesquisa a comparação entre os sexos para os atendimentos do serviço móvel de urgência um percentual de (46,2%) sexo masculino e (46,8%) sexo feminino. Já um estudo mais recente de Dantas et al (2016) houve predominância do sexo masculino, (63,2%) comparado ao sexo feminino que apresentou (35,8%).

A média de busca por consultas médicas para o sexo feminino é de 71 vezes maior do que para o sexo masculino, enquanto a busca por atendimento entre as mulheres é de 4,3 consultas/ano a do homem é de 0,06 consultas/ano. O que reflete no homem uma situação de menor busca por atendimento a saúde, buscando o serviço só em casos extremos, expresso na quantidade de busca por procedimentos diagnósticos de imagem 40 vezes maior que as mulheres. (MOURA, 2012).

Ao comparar os resultados entre os sexos nos atendimentos quanto à natureza da ocorrência, observa o predomínio do sexo feminino (64,6%) nos atendimentos clínicos, já nos atendimentos de trauma ocorre o inverso, a preponderância é do sexo masculino (67,5%). Dantas et al (2016) evidenciou o mesmo em sua pesquisa na natureza traumática os homens foram maioria (35,4%) Já entre as mulheres, as causas clínicas, correspondendo a (21,5%) dos casos atendidos. Gomes et al (2016), em sua publicação só sobre ocorrências traumáticas evidencia o sexo masculino como maioria (78%).

Comportamentos que colocam em risco a saúde, tais como uso abusivo de bebidas alcoólicas, exposição a ambientes urbanos e acidentes de trabalho, determinam a falsa auto percepção de infalibilidade masculina, provocando a ocorrência de acidentes e violências. O que acaba determinando o histórico masculino nas ocorrências traumáticas. Acarretando prejuízos à saúde do homem e ao sistema de saúde, pois, a primeira causa de internação hospitalar de homens entre 20 e 59 anos no Brasil em 2001 e em 2010, foram às causas externas (MOURA, 2012). Tendo os homens maiores riscos de morte que as mulheres, predominantemente na faixa etária de 15 a 59 anos, em sua maioria por causas externas. (BRASIL, 2015). Conforme dados do Ministério da saúde, em (2013) as principais causas de morte nas mulheres foram: Pneumonia, diabetes e doenças hipertensivas, já nos homens foram: Homicídios, pneumonias e acidentes de transporte terrestre. (BRASIL, 2015).

Quanto à faixa etária, Marques e Ciconet, (2011) evidencia atendimento no serviço móvel de urgência a uma faixa etária de maior concentração entre 41-60 anos, o que vai de encontro com a faixa etária encontrada neste estudo, mediana de 59 anos de idade (31-75). Indicando que é uma população adulto/jovem, economicamente ativa e com maior risco de serem atingidas por agravos que requerem pronto atendimento. A população da cidade em estudo conforme dados da COODEPLAN, (2015) abrange 65% nas faixas etárias de 15 a 59 anos, onde se concentra a força de trabalho.

Entre os casos clínicos a mediana da idade foi de 40,5 anos (29-60), e entre os casos de trauma foi de 31 anos (20,5-45,5). O envelhecimento da população brasileira nos últimos anos é mostrado na pirâmide etária, apresentando mudanças significativas no estilo de vida da população e acarretando variações nos seus serviços de saúde. O que é evidenciado pela idade dos casos clínicos. O que corrobora com a crescente da faixa etária em casos clínicos enquanto que no trauma diminui. (BRASIL, 2013).

As condições clínicas de urgência e emergência vem provocando dificuldades evidentes dentro do SUS e a sua imensa demanda um grande problema para as portas de entrada dos pronto atendimentos. (UNASUS 2015)

Marques e Ciconet, (2011) em seu estudo sobre os agravos clínicos atendidos pelo (SAMU), evidenciou que (49,3) dos atendimentos realizados pelo serviço foram classificados como de natureza clínica o que correspondia maioria. Dantas et al (2016) também descreveu maioria nos atendimentos de natureza clínica (46,2%). O que vem de encontro com o presente estudo que mostra (48,8%), maioria dos atendimentos clínicos.

As comorbidades de maior frequência foram hipertensão arterial sistêmica (21,8%) e Diabetes Mellitus (8,8%). Segundo a VIGITEL, (2014) no conjunto das 27 cidades (capitais brasileiras e o DF), a frequência de diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial foi de (24,8%) e a frequência do diagnóstico médico prévio de diabetes foi de (8,0%). O que colabora para os índices de uso de medicação contínua (29,4%) e de internação anterior (10,7%). “Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de hipertensão e diabetes.” (BRASIL, 2013).

Em razão da relevância das doenças crônicas degenerativas no perfil epidemiológico da população brasileira, e considerando que essas doenças são passíveis de prevenção se for considerado os seus fatores de riscos, a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico-VIGITEL, (2014), constatou que no conjunto das 27 cidades (capitais brasileiras e o DF), a frequência de excesso de peso foi de (52,5%), a de adultos obesos de (17,9%). O consumo de alimentos doces em cinco ou mais dias da semana foi de (18,1%), o consumo de refrigerantes em cinco ou mais dias da semana foi de (20,8%), No conjunto da população adulta estudada, a constância de indivíduos que consideram seu consumo de sal muito alto ou alto foi de (15,6%). Refletindo valores de alto risco para a ocorrência de doenças crônicas degenerativas na população adulta brasileira. O consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias foi de (16,5%) sendo que (5,9%) dos indivíduos referiram conduzir veículo motorizado após consumo de bebida alcoólica, sendo essa proporção bastante superior em homens (10,7%) quando comparados às mulheres (1,7%) o que indica maior risco aos homens relacionado a acidente de trânsito.

Nas ocorrências clínicas predominou o atendimento aos agravos do sistema cardiovascular e nas ocorrências traumáticas foram os acidentes de trânsito. O que confirma as causas cardiovasculares é o grande índice da hipertensão arterial como comorbidades na população estudada. O fato dos acidentes de trânsito ser maioria se dá pelo fato que a cidade em estudo está às margens da rodovia federal (BR-070) e está em constante processo de urbanização de suas vias públicas o que demanda maior fluxo de veículos. .

Quanto ao local do atendimento outros estudos demonstram o domicílio predominante nos atendimentos gerais e nos casos traumáticos predominou as vias públicas o que corresponde aos acidentes de trânsito, quedas e violências urbanas. Já nos casos clínicos permanece o domicílio. O que é confirmado no presente estudo, que embora o domicílio

aparece em primeiro lugar também no trauma, se somar as ocorrências em rodovias e via publica, torna-se maioria. (FERNANDES, 2004; MARQUES, CICONET, 2011).

Quanto ao turno e ao dia, dos atendimentos gerais o período dominante foi o noturno, outros estudos como o de Dantas et al (2016), Fernandes (2004) e Gomes et al (2016), avaliaram o período em quatro turnos (matutino, vespertino, noturno e madrugada) que somados noturno e madrugada, houve maior índice de ocorrências. Como no presente estudo o período noturno compreende também o período da madrugada, confirma o que já vem sendo descrito.

Os dias da semana de maior frequência foram: Sexta-feira (16,2%), sábado (15,6%) e quinta (15,5%). É confirmado por Gomes (2016), Ulbrich et al (2010) e Fernandes (2004) como os dias de mais ocorrências em especial as de causas traumáticas. Por se tratar de uma cidade dormitório, Águas Lindas tem maior fluxo de pessoas no período noturno e nos fins de semana, onde os moradores voltam dos afazeres no DF, passando esse período e dias em casa.

Nos atendimentos gerais o tempo resposta teve uma média de 10min, desvio padrão de 7min e mediana de 10min com variação de 6 a 10 min, o que está dentro do preconizado pelo período ouro. Com média e desvio padrão para as ocorrências clínicas de (12,4±7,3) e para as ocorrências traumáticas (10±5,4).

O tempo em cena dos atendimentos gerais teve uma média de 14min e desvio padrão de 10min, com mediana de 14 min variando entre 5min e 21min. Com média e desvio padrão para as ocorrências clínicas de (18,2±9,6) e para as ocorrências traumáticas (17,4±8,6). O que está acima do recomendado pelo período ouro.

Com relação ao tempo de transporte dos atendimentos gerais teve uma média 7 min e desvio padrão de 9min, com mediana de 14 min dentro de uma variação de 5 a 21 minutos. A média e o desvio padrão para casos clínicos (13,2±7,5 e de trama 12,9 (± 9,1) . A cidade em questão é considerada a que mais cresce na América Latina, tanto em extensão como em população, tendo uma ligação de dependência dos bens e serviços ofertados pelo DF, geralmente se fazendo necessário o transporte dos pacientes atendidos para o serviço de saúde do DF.

Nos procedimentos relacionados às vias aéreas e proteção da coluna cervical a todos os atendimentos foram mais prevalentes: Uso de colar cervical (16,2%). Malvestio e Souza (2008) apontam que dentre os procedimentos realizados em casos de acidentes de transito o

procedimento mais comum foi à colocação de colar cervical (50,3%). E Monteiro (2014) apresenta um percentual de (59,%), dos pacientes vítimas de trauma utilizaram o colar cervical.

Relacionado à respiração, ventilação e oxigenação a todos os atendimentos, os procedimentos realizados com maior frequência foram verificação dos sinais vitais (48,5%) e suplementação de oxigênio (12,2%). Mavestio e Souza (2008) relatou que o uso de oxigenioterapia foi necessário em (96,0%) das vítimas de trauma. A monitorização dos sinais vitais é prevista no Protocolo de Suporte Básico de Vida do SAMU, (2016), nos atendimentos clínicos e traumáticos, como parte da rotina de atendimento.

Na circulação e controle de hemorragia: acesso venoso periférico (31,8%) e limpeza de ferimentos (11,8%). Haja vista que houve predomínio nas lesões do tipo escoriações e feridas penetrantes. Sendo necessária a realização da limpeza das lesões e a reposição volêmica. Gomes et al (2016), também apresenta as escoriações como a lesão mais predominante (28,7 %).

Nos aspectos neurológicos a avaliação com Escala de Coma de Glasgow foi realizada na maioria dos atendimentos, apresentado valor de 15. Havendo predomínio de pacientes com o nível de consciência normal.

Com relação à exposição e controle do ambiente, os procedimentos mais realizados foram: uso de prancha longa. O que Monteiro (2014), Malvestio e Souza (2008), apontam como procedimento primordial na imobilização do paciente vítima de trauma, fazendo uma associação com o colar cervical.

A via para administração de medicação mais utilizada foi à venosa, pois é de efeito rápido e sistêmico.

As regiões corpóreas mais lesionadas foram cabeça, seguido de membros superiores e membros inferiores. O mesmo foi apresentado por Gomes (2016) e Monteiro (2014).

As transferências interhospitalares realizadas pelo (SAMU) são previstas na Política Nacional de Atenção as Urgências (2006), como um tipo de chamada dos serviços de saúde, quando for necessário o transporte de pacientes em estado crítico. Esse tipo de chamada correspondeu a (12,6%) do total dos atendimentos com a presença do médico da unidade de saúde solicitante como participante da equipe em (7,5%) dos casos.

Como resolução de todos os acionamentos evidencia que (65,9%) foram transportados para o hospital, e como desfecho dos atendimentos em sua maioria (80,7%), com destino para o Hospital Municipal Bom Jesus (HMBJ), que é o único hospital da cidade, considerado de pequeno porte, não dispõe de serviços de atendimentos de alta complexidade, por isso, (23,5%) dos pacientes foram transferidos para outro hospital e (73,1%) tiveram alta hospitalar. O que reflete em atendimentos em sua maioria de procedimentos básicos e “(44,1%) da população da cidade são usuários da rede de atendimento de saúde pública do DF.” (CODEPLAN, 2016).

Quanto ao desfecho dos casos de trauma, (24,7%) tiveram internação hospitalar. Foram transferidos para outro hospital (22,3%), significa que o município em questão não tem suporte de atendimento nestes casos. Monteiro (2014) em sua pesquisa mostra o local de moradia dos traumatizados atendidos no Hospital Regional de Ceilândia, e descreveu que (24,2%) destes residiam em Águas Lindas de Goiás.

Agora os desfechos em casos clínicos, (21,1%) tiveram internação hospitalar e (30,2%) tiveram alta no local da ocorrência, sendo (12,5%) transferidos para outro hospital. O que caracterizam chamadas e deslocamento do serviço móvel de urgência para atendimentos que poderiam ser resolvidos na atenção básica em saúde, que também é um componente da Rede de Atenção às Urgências, e tem como princípio dentro da rede ser resolutive e porta de entrada dos usuários. Os dados refletem que ou o usuário do serviço não compreende o que é preconizado dentro do sistema de saúde ou não tem acesso ao serviço da atenção básica. “E quase 100% da população da cidade em estudo depende dos serviços públicos de saúde.” (CODEPLAN, 2016).

Os óbitos de forma geral foram baixos, correspondendo a (2,2%), com o tempo de sobrevida após internação em média de 7 dias.

4. CONCLUSÃO

O perfil geral dos atendimentos realizados pelo SAMU em Águas Lindas de Goiás, foi caracterizado por ocorrências de natureza clínica, com predominância de pacientes adultos jovens, do sexo masculino, com Hipertensão Arterial Sistêmica como comorbidades de maior frequência. Os atendimentos foram realizados pela equipe de suporte básico, em sua maioria nos dias de sexta e sábado respectivamente, no período noturno nos domicílios. A maioria das vítimas foram transportados para o Hospital Municipal da cidade, tendo como principal desfecho a alta hospitalar.

Este perfil e desfecho mudam quando analisado separadamente a natureza da ocorrência: clínica e trauma. Nos atendimentos de natureza clínica predominou o sexo feminino, por causas cardiovasculares, em domicílios sendo que a maioria dos pacientes recebeu alta no local da ocorrência como desfecho final. No trauma teve maior ocorrência no sexo masculino, a principal causa do chamado foi por acidente de trânsito, em rodovia e vias públicas e como desfecho à internação hospitalar seguida de transferência para outro hospital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Maria Margarida. Introdução à metodologia do trabalho científico. 10. ed. Brasília: Atlas, 2010.

ATLS. Suporte Avançado de Vida no Trauma. Manual de alunos. 9º edição. 2014.

BLATT, Ângela Maria. Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina. - Florianópolis, SC, 2014. 241p. Tese (Doutorado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Florianópolis, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de Atenção às Urgências – 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Regulação Médica das Urgências. Ed MS, Brasília-DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 07 de julho 2011 - Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em 17 de dezembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde. Brasília: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2014: Uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em 01 de Abril de 2015: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/711-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/violencia-e-acidentes/17256-os-acidentes-e-as-violencias>> Acesso em: 15 de Maio de 2017.

CARRENO, Ioná; NOELLI, Cristiano; MORESCHI, Claudete. Características da equipe de atendimento pré-hospitalar no interior do Rio Grande do Sul. REME - Rev Min Enfermagem. 2015.

CODEPLAN. Pesquisa Metropolitana por Amostra de Domicílios - PMAD – 2015-Águas Lindas de Goiás. Brasília, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 375/2011 - Dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3752011_6500.html>. Acesso em 17 de dezembro de 2016.

DANTAS, Assis Neves et al. Perfil de atendimento do serviço pré-hospitalar móvel de urgência estadual. Cogitare Enferm, 2016.

DATASUS. Informações em saúde. Mortalidade, 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>> . Acesso em: 03 de Maio de 2016.

DATASUS. Informações em saúde. Taxa de mortalidade por causas externas, 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c09.def>>. Acesso em: 03 de Maio de 2016.

DATASUS. Informações em saúde. Taxa de hospitalizações no SUS por causas externas, 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d30.def>>. Acesso em: 03 de Maio de 2016.

FERNANDES Rosana Joaquim. Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria do Estado de Saúde no Município de Ribeirão Preto- SP. Dissertação (mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

FONTELLES, M. J ; Simões, M. G.; Farias, S. H.; Fontelles, R. G. S. Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes para Elaboração de um Protocolo de Pesquisa. Núcleo de Bioestatística Aplicado à Pesquisa da Universidade da Amazônia - UNAMA. Belém, 2009.

GOMES, ATL et al. Caracterização dos acidentes de trânsito assistidos por um serviço de atendimento móvel de urgência. Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online da universidade federal do Estado do Rio de Janeiro, 2016.

KONDO, Érika Hissae et al. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 2011.

LUCHTEMBERG, Marilene Nonnemacher. Processo de trabalho no SAMU: o que pensam os enfermeiros - Florianópolis, SC, 2014. 141 p. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC, 2014.

MALTA, DC et al. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. Epidemiol. Serv. Saúde, 2014.

MALVESTIO, Marisa; SOUSA, Regina. Sobrevivência após acidentes de trânsito: impacto das variáveis clínicas e pré-hospitalares. Rev. Saúde Pública online, 2008.

MALVESTIO, Marisa; SOUSA, Regina. Predeterminantes de sobrevivência em vítimas de acidentes de trânsito submetidas a atendimento pré-hospitalar de suporte avançado de vida. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. 2010.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias; CICONET, Rosane Mortari. Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre – RS. Acta Paul Enfermagem, 2011.

MARTINS PPS, Prado ML. Enfermagem serviço de atendimento pré-hospitalar: Descaminhos e perspectivas. Rev Bras Enferm, Brasília -DF, 2003.

MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2010.

MONTEIRO, Kelly Sousa. Perfil do Paciente Traumatizado: caracterização das variáveis pré e intra-hospitalar- Monografia (Graduação) – Universidade de Brasília, Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2014.

MOURA, Erly. Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes. Figueira, Rio de Janeiro, 2012.

MOURA, Erly et al. Desigualdades de gênero na mortalidade por causas externas no Brasil, 2010. Ciênc. saúde coletiva online, 2015.

NEMT. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado – PHTLS - 7ª Ed. Elsevier/ Medicina Nacionais. 2012.

OLIVEIRA Débora Moura; PEREIRA, Carlos Umberto; FREITAS, Záira Moura. Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma cranioencefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia. Arq Bras Neurocir, 2014.

OLIVEIRA, K R; et al. Os princípios de ouro do atendimento pré-hospitalar ao traumatizado em publicações na Biblioteca virtual em saúde no período de 1998 a 2009. Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição serial on-line, 2010.

SILVA EAC; Tipple AFV; Souza JT; Brasil VV. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. Rev. Eletr, Goiás, 2010.

SOUSA RMC et al. Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem. Ed Atheneu, São Paulo, 2009.

ULBRICH, Elis Martins et al. Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento às vítimas. Cogitare Enferm, 2010.

UNASUS/UFMA- Universidade Federal do Maranhão. Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência .São Luís, 2015.

VIGITEL, BRASIL. vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

ANEXOS

APÊNDICE A– Instrumento de coleta de dados

CHAMADA

Nº da Chamada: _____

Data: ___/___/___ Dia da semana: () segunda () terça () quarta () quinta () sexta () sábado () domingo.

Hora: _____ Turno: Matutino () Vespertino () Noturno

Médico Regulador: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Sexo: F() M()

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____

Local da ocorrência: _____

Endereço: _____

Rua: _____ QD: _____ LT: _____

Bairro: _____

Telefone: _____

NATUREZA DA OCORRÊNCIACLÍNICO:() Cardiovascular () Respiratória () Neurológica () Ginecológica () Digestiva
() Pediátrica () Psiquiátrica () Infecciosa () Renal () Obstétrica
() Outras _____CAUSAS EXTERNAS (TRAUMATICAS)() FAF () FAB () Agressão Física () Queimadura _____ % ()
() Queda () Peçonha () Choque Elétrico () Soterramento
() Intoxicação () Explosão () Acidente de trânsito: () Atropelamento
() Colisão () Capotamento () Outro: _____REGIÃO CORPOREA LESADA() Cabeça () Pescoço () Região mamilar () Tórax Frontal () Tórax Dorsal
() MSD () MSE () Região Abdominal () Região Lombar () Região Genital ()
MID () MIETIPO DE LESÃO() Contusões () Escoriações () Fer. Penetrante () Amputação
() Fratura () Queimaduras () FAB () FAF
() Outras lesões: _____GRAVIDADE PRESUMIDA

() Ileso () Pequena () Média () Severa () Morte () Indefinida

ANTECEDENTES CLÍNICOS() HIV () Alcoolismo () Diabetes () Doença Cardíaca () Hipertensão
() AVC () Doença Renal () Alergia () Drogadição () Convulsão
() Doença Psiquiátrica: _____

Internação: _____

Cirurgia: _____

Medicamentos: _____

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR	Espontânea	4
	A sons	3
	A dor	2
	Nenhuma	1
	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Flexão com retirada	4

MELHOR RESPOSTA MOTORA	Flexão normal	3
	Extensão	2
	Nenhum	1
MELHOR RESPOSTA VERBAL	Orientado	5
	Fala desconexa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhum	1
Total		

SINAIS VITAISTAX: _____ PAS: _____ PAD: _____ SPO₂: _____ %

FR: _____ rpm FC: _____ bpm Glicemia Capilar: _____

Respiração: () normal () Taquipneia () Bradpneia () Apneia

Pulso: () normal () Lento () Rápido () Irregular () Ausente

Neurológico: () normal () Consciente () Inconsciente () convulsionou

() Resp. Estímulos () Relaxou Esfíncter

AIS: _____

RTS: _____

TRABALHO DE PARTO

() 01 Contração/ 10 min () 1-3 contração/ 10 min () Bolsa rota

() 3-5 contrações/ 10 min () Sangramento () Nascimento

TRANSPORTE

() USA () USB () UIR () USB EXTRA () MOTOLÂNCIA

TEMPO

Comunicação: _____ Partida: _____ Chegada no local: _____

Partida do local: _____ Destino: _____ Partida do destino: _____

Chegada na Base: _____

Tempo Resposta: _____ min

Tempo em cena: _____ min

Tempo transporte: _____ min

PROCEDIMENTOS

() Monitorização () RCP () Acesso Venoso Periférico () Oxigênio ____ l/min

() Desobstrução de vias aéreas () Aspiração de vias aéreas () Ventilação por BVM

() Medicação () curativo compressivo () outros

RESGATE

() Imobilização () Colar Cervical () Prancha longa () Curativo de 3 pontas

() Curativo Compressivo () KED () Curativo em queimadura () Limpeza de ferimento ()

outros: _____

PRESCRIÇÃO

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	HORÁRIO	SORO	VOLUME
				Ringer lactato	
				Soro Fisiolo.0,9%	

DESTINO

() HRL () HRSAM () HRG () HBB () HRP () HSVP () HRAN

() HRC () HMBJ () Transporte Inter-hospitalar () Múltiplos meios USA e USB no mesmo atendimento.

INCIDENTE

- Recusou atendimento Recusou o transporte Evasão do local
- Transportado por 3º Óbito no local Óbito no transporte
- Problemas com a VTR QTA Outros: _____

DESFECHO

- Óbito no local Alta Hospitalar óbito no hospital DATA:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
