

CARACTERÍSTICAS DOS ATENDIMENTOS CLÍNICOS E TRAUMÁTICOS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE NATAL/RN

GLAUCEA MACIEL DE FARIAS
FÁTIMA HARYANNY RUFINO MINEIRO
VÁLERIA JANE JÁCOME FERNANDES
ISIS CRISTIANE BEZERRA DE MELO
MARCELA AUGUSTA DE SOUSA FÉLIX

Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, Natal/RN, Brasil

E-mail: glauceamaciel@gmail.com

INTRODUÇÃO

O transporte de pessoas para o ambiente hospitalar constitui uma necessidade entre todos os povos. A preocupação em associar os cuidados iniciais para manter a vida, ao transporte das vítimas até a chegada em um hospital, surgiu na França durante a revolução francesa no século XVII, por iniciativa do estudante de medicina Dominique Larrey (SOARES, 2000).

Desse período em diante, as formas de atendimento de emergência passaram por grandes modificações e, atualmente, além da preocupação de realizar um cuidado imediato para evitar a morte, procura-se realizar ações com a finalidade de evitar as sequelas que a vítima possa vir a apresentar após um agravo (DIVINO, 2006).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde instituiu a política nacional de atenção às urgências, em 29 de setembro de 2003, através da Portaria nº. 1.863, considerando os elevados índices de mortalidade no país, causados tanto pelas doenças do aparelho circulatório, que ocupam a principal causa de morte no Brasil, quanto pelas mortes provocadas por causas externas (CE's) (BRASIL, 2003a).

A efetivação dessa política, instituída nacionalmente pela Portaria nº. 1.864, acontece através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que pode ser acionado publicamente pelo telefone 192 (BRASIL, 2003b). Esse modelo de atendimento pré-hospitalar (APH) funciona 24 horas e visa melhorar a qualidade da assistência às vítimas de trauma e o atendimento especializado a pessoas que são acometidas por emergências clínicas em geral, proporcionando atendimento rápido e precoce, ainda no local do evento.

Assim, o serviço do SAMU é realizado através de duas modalidades: o suporte básico à vida (SBV), que se caracteriza por não realizar manobras invasivas e o suporte avançado à vida (SAV), que possibilita procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório (SANCHES; DUARTE; PONTES, 2009). De acordo com a Portaria n.º 2048/GM, de 5 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde, o SAMU deve dispor em suas viaturas da presença de profissionais devidamente qualificados. Nas ambulâncias SBV, deverão estar presentes um motorista e um técnico de enfermagem; e naquelas de SAV devem ter um médico, enfermeiro e motorista (BRASIL, 2002).

Para facilitar o trabalho deste serviço, existe uma Central de Regulação Médica que consiste em uma forma organizada de responder adequadamente a toda situação de urgência que necessite de meios médicos ou não, possibilitando a racionalização de recursos, funcionando assim como a coordenadora e disponibilizadora do atendimento. Tem como funções a avaliação técnica da gravidade das solicitações de socorro, administração dos meios disponíveis para prestação do atendimento e definição e articulação com a unidade especializada que irá receber o paciente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1998).

Dessa forma, com as funções e atribuições do SAMU vemos que ele é capaz de promover o estruturamento dos serviços no momento em que executa a distribuição das vítimas às unidades fixas, evitando a exaustão dos pronto-socorros, reduzindo a mortalidade e as sequelas no ambiente pré-hospitalar. Além disso, atua na observação do sistema de saúde

local, identificando e fornecendo informações epidemiológicas da população assistida, facilitando o planejamento das ações que promovam melhoria no sistema de saúde.

Diante desse cenário que envolve o APH móvel e, partindo do pressuposto de que ao conhecermos a realidade causal e contextual dos agravos à saúde, podemos traçar medidas direcionais de atenção, elaborados os seguintes objetivos: identificar o turno de maior atendimento feito pelo SAMU/Natal; caracterizar os agravos clínicos e traumatológicos, quanto ao tipo, frequência e sexo.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, com abordagem quantitativa e dados retrospectivos coletados a partir do banco de dados do SAMU/NATAL, RN. A pesquisa foi realizada na Central de Regulação Médica do SAMU/Natal. Essa Central conta com 12 ambulâncias, sendo 09 de suporte básico e 03 de suporte avançado e ainda possui 07 novas motolâncias, conduzidas por técnicos de enfermagem e socorristas. É realizada uma média de 5,5 mil atendimentos mensais (NATAL, 2009).

A população do estudo constituiu-se de todos os atendimentos realizados (as ligações recebidas) pelo SAMU/Natal, que resultaram em deslocamento e intervenção direta da equipe de saúde, sendo excluída da análise os atendimentos que depreenderam apenas orientações médicas por telefonia e transferências intra-hospitalares no intervalo entre fevereiro de 2007 a fevereiro de 2008, totalizando 16.185 atendimentos.

Para tanto, foi utilizando um formulário previamente estruturado contendo questões referentes às variáveis demográficas (idade, sexo, período do ano e local de atendimento) e variáveis epidemiológicas (agravos clínicos e traumatológicos). A instituição em estudo possui um sistema informatizado, no qual são registrados todas as solicitações e informações sobre os atendimentos. Para que a coleta de dados acontecesse, seguimos os princípios éticos e legais que regem a pesquisa científica em seres humanos, preconizados na Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde manifestada pela aprovação do protocolo registro do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) – do Hospital Universitário Onofre Lopes, protocolo nº. 153/07 (BRASIL, 2000). Os dados foram categorizados e processados eletronicamente, através dos softwares Microsoft-Excel XP e Statistica 6.0, e analisados através da estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes de iniciar a apresentação e discussão dos dados propriamente dita, é pertinente fazer alguns esclarecimentos acerca das informações coletadas. Assim, mediante a característica emergencial do serviço e fluxo conturbado no qual transitam as informações referentes aos agravos, dados como idade, mortalidade, nível de consciência são informações não contempladas ou demasiadamente incompletas e duvidosas, no banco de dados, não sendo possível sua categorização e consequente análise.

De maneira semelhante, os dados referentes às características dos agravos, são superficiais e generalistas, não apresentando nenhuma padronização de caracterização dos agravos nem referência à classificação dos agravos segundo o Código Internacional de Doenças (CID).

Tal fato dificultou a classificação dos atendimentos, sendo os agravos clínicos classificados de um modo geral dentro dos grandes sistemas orgânicos – cardiovascular, digestivo, geniturinário, neurológico, muscular, respiratório, reprodutivo (obstétrico) e metabólico – e as CE's classificadas de forma genérica, obedecendo a predominância de termos encontrados no banco de dados – afogamento, agressão física, capotamento, colisão/atropelamento, eletroplessão, ferimento por arma branca (FAB), ferimento por arma de fogo (FAF), queda e queimadura. Para inclusão de agravos, cuja categorização não foi possível devido à imprecisão do banco de dados, foi criada a categoria “outros”, presentes tanto nos agravos clínicos quanto nas CE's.

Dessa forma, em relação aos horários dos atendimentos e os dias da semana em que ocorreram os eventos, podemos observar que a maioria se concentra no período diurno, com 9.820 (61,7%) atendimentos, e o domingo o dia de maior registro de ocorrências com 2.686 (16,6%). Da mesma forma, em pesquisas realizadas por Pereira; Lima (2006) e Aquino (2007), os atendimentos realizados pelo SAMU na cidade de Londrina/PR e Florianópolis/SC, respectivamente, distribuíram-se em todos os dias da semana com relativa concentração nos fins de semana. Concordando com nossos dados, em ambos os trabalhos, foi observado um maior número de atendimentos no período diurno; em Londrina representou 61,5% e Florianópolis 57,9%. Ladera e Barreto (2008) confirmam o período diurno (65,9%) como sendo o de maior número de atendimentos.

Em relação à distribuição dos agravos clínicos e traumatológicos, vimos que 9.778 (60,4%) dos registros de atendimentos eram clínicos seguidos dos traumáticos com 6.407 (39,6%). Observou-se uma intrínseca relação do fator sexo com a ocorrência de determinados agravos, sendo, dessa forma, mais comum na população feminina os de caráter clínico, representados por 54,0% (5.281) dos casos em detrimento ao sexo masculino com 44,3% (4.334).

Entre as causas clínicas, as de maior incidência em ambos os sexos foram em ordem decrescente, os agravos metabólicos com 1.801 (28,1%), complicações respiratórias com 1.669 (26,0%), transtornos psiquiátricos com 1.456 (22,7%) e cardiovasculares, 1.242 (19,4%) eventos. Esses resultados são semelhantes aos dados apresentados pelos Cadernos de Informação de Saúde para o Brasil (BRASIL, 2009), o qual destaca a redução relativa de morbidade hospitalar por doenças infecciosas e o aumento por doenças respiratórias (13,7%) e cardiovasculares (10,2%).

No nosso estudo, ao separarmos a incidência de doenças cardiovasculares (DCV) por sexo, observamos maioria significativa na população feminina, em detrimento da masculina, 665 (53,5%) mulheres para 562 (45,2%) homens. Segundo dados da Federação Mundial do Coração, as DCV são as principais causas de morte entre as mulheres em todo o mundo (WIELGOSZ, 2005). No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), ocorrem três mortes por infarto do miocárdio para cada morte por câncer de mama (BRASIL, 2009).

Azambuka et al. (2008) relatam que, no Brasil, em 2003, as DCV foram responsáveis por 30% de todos os óbitos em mulheres e 26% em homens na faixa etária entre 35 e 64 anos. Na faixa de 65 anos e acima, as DCV continuaram sendo responsáveis por mais óbitos em mulheres do que em homens (35% mulheres e 31% homens). Segundo os autores, os óbitos durante a hospitalização por DCV acometeram 56,9% das mulheres e 50,0% dos homens na faixa etária entre 35 e 64 anos.

Em contrapartida, estudo realizado por Mourão et al. (2008), sobre o perfil de óbitos por DCV no Ceará, constataram prevalência da população masculina (57,1%) como a principal vítima das doenças do aparelho cardiovascular. Romanzini et al. (2008) encontraram em sua pesquisa que o sexo masculino tem maior agregação de fatores de risco biológicos para doenças cardiovasculares, como excesso de peso corporal e hipertensão, do que o sexo feminino, enquanto o sexo feminino apresentou mais fatores de risco comportamentais para essa doença, como alimentação, exercícios físicos e tabagismo.

Do mesmo modo, os agravos psiquiátricos prevaleceram na população feminina com 717 casos (49,2%) e a masculina com 675 (46,3%) agravos. Andrade, Viana e Silveira (2006) explicam que o número elevado de episódios psiquiátricos nas mulheres é consequência de uma maior vulnerabilidade feminina a sintomas de ansiedade e depressão, principalmente associados ao período reprodutivo, sendo comuns nesse grupo os transtornos esquizofrênicos, afetivo bipolar e obsessivo compulsivo.

Em relação aos agravos traumáticos, houve predominância na população masculina, apresentando um registro de 4.617 (72,1%) atendimentos em relação à feminina com 1.351 casos (21,1%), destacando-se as colisões com 2.335 eventos (36,4%) produzidas por acidentes de trânsito (AT's). É importante lembrar, segundo a classificação da CID-10, o

atropelamento é um tipo de colisão envolvendo um veículo e o pedestre. Dessa forma, todos os acidentes resultantes de atropelamento foram incluídos na categoria colisão. Destacam-se, também, as quedas (33,2%), envolvendo vários tipos como as de motocicleta, bicicleta, de nível, e da própria altura, não podendo ser separado por categorias por falta de informação no banco de dados do SAMU/Natal.

Em relação ao sexo, Andrade e Mello Jorge (2000) comentam que a superioridade do sexo masculino é um traço fortemente característico nos AT's, sinalizando mais uma vez o fato da maior exposição do homem, além do comportamento mais agressivo desse grupo no trânsito. Farias et al. (2009), ao analisarem os AT's num hospital de urgência de Natal/RN, constataram que das 605 vítimas, 82,8% eram do sexo masculino e 17,2% feminino. Essa preponderância também foi observada por Barros et al. (2009) em relação aos acidentes de motocicleta (88,40%). Em relação ao tipo de AT's, Farias et al. (2009) constataram a predominância da colisão (61,8%), incluindo os atropelamentos, seguida da queda (34,9%) e do capotamento (3,3%).

Em relação às quedas, observa-se que estas possuem maior incidência em idosos sendo as fraturas, principalmente de membros inferiores (destaque para as fraturas de fêmur), e lacerações as principais lesões. Além dessas, há prevalência significativa de traumatismos crânio encefálico (FARIAS et al., 2008).

Quanto ao cenário de violência urbana, observamos, nesse estudo, um número significativo de casos de violência onde 1.183 (18,5%) pessoas sofreram esse tipo de agravo. Desses, a agressão física obteve 546 registros (46,1%), seguida do FAB com 337 (28,5%) e FAF com 300 (25,3%). O número de casos nas três categorias supracitadas são superiores na população masculina em relação à população feminina. Colaborando com nossos dados, um estudo realizado por Mascarenhas et al. (2009) sobre as características dos casos de violência notificados pelos serviços públicos de emergência do Brasil, em 2006, observou que dos 4.854 atendimentos por violência, a maioria foi classificada como agressão física (87,0%).

Assim como ocorre na Cidade do Natal, um trabalho realizado por Sanches, Duarte e Pontes (2009), sobre os atendimentos de FAF realizados pelo SAMU de Campo Grande/MS, constatou que as vítimas, que sofreram FAF, corresponderam a 3,9% (233) dos atendimentos entre abril de 2005 e abril de 2007, sendo a maioria (94%) do sexo masculino.

CONCLUSÕES

Os atendimentos realizados pelo SAMU/Natal predominaram no período diurno (61,7%) sendo o domingo o dia de maior registro de atendimentos (16,6%). Em relação à distribuição dos agravos clínicos e traumatológicos, observamos que a maioria (60,4%) foram de registros clínicos, em detrimento dos traumáticos (39,6%). Detectamos uma intrínseca relação do fator sexo com a ocorrência de determinados agravos, sendo, dessa forma, mais comum na população feminina os agravos de caráter clínico (54,0%), e na população masculina os eventos traumáticos (72,1%).

Quanto aos atendimentos clínicos, destacaram-se os de natureza metabólica (28,1%), complicações respiratórias (26,0%), transtornos psiquiátricos (22,7%) e cardiovasculares (19,4%). Em relação aos atendimentos traumáticos, destacaram-se as colisões (36,4%) provocadas por acidentes de trânsito (AT's), as quedas (33,2%) e a violência urbana (18,5%).

Concluimos que a implantação do SAMU/Natal vem ao encontro das necessidades da população, pois promove a integralidade da assistência além de oferecer atendimento de qualidade e garantir o pronto atendimento nas situações de urgência. No entanto, o registro dos dados mostrou-se como uma fragilidade a ser superada devido às informações ignoradas ou sem referência.

PALAVRAS-CHAVE: Atendimento de emergência pré-hospitalar, Unidades móveis de emergência, Causas externas.

REFERÊNCIAS

AQUINO, D.I., **Caracterização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU- 192), do município de Florianópolis/SC**. 2007: 84p. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí/SC.

ANDRADE, S.; MELLO JORGE, M.H.P. Características das vítimas por acidentes de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v.34, n.2, p.149 -156, 2000.

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev. psiquiatr. clín.* v.33, n.2, São Paulo, 2006.

AZAMBUJA, M. I. R. et al . Impacto econômico dos casos de doença cardiovascular grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 91, n. 3, Sept. 2008 .

NATAL. Prefeitura do Natal. Secretaria Municipal de Saúde. Notícias. **Samu recebe sete motolâncias (13/07/09)**. 2009. Acesso em: 20 de julho de 2009. Disponível em: <<http://www.natal.rn.gov.br/noticia/ntc-836.html>>.

BARROS, W.C. T. S. et al. Characterization of motorcycle accidents: a study on motorcycle drivers victimized by traffic accidents in Rio Grande do Norte. *The FIEP Bulletin*, v. 79, p. 239-242, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Seção 1, p. 32-54.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 out. 2003a. Seção 1, p. 56.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 out. 2003b. Seção 1, p. 57-59.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos** (Res. CNS 196/96 e outras). Brasília: 2000. (Séries Cadernos técnicos).

_____.BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. DATASUS. Cadernos de Informação de Saúde. **Cadernos para o Brasil**. Brasília. DF. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA-CFM. Resolução n 1.529, de 4 de setembro de 1998. Normatiza atividade médica na área de urgência e emergência. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/.htm>>. Acesso em 20 jul. 2009.

DIVINO, E. A. **Atendimento Pré-Hospitalar Móvel na Cidade do Rio Grande: Socorro às Vítimas de Trauma**. 2006. 212f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2006.

FARIAS, G. M. et al. Characterization of traffic accidents: study performed on victims attended to in an emergency hospital in the greater Natal/RN. *The FIEP Bulletin*, v. 79, p. 229-231, 2009.

_____. Perfil sócio-demográfico dos idosos com fratura de fêmur em um hospital de traumatologia de Natal/RN. In: I Fórum Internacional sobre Saúde e Envelhecimento Simpósio sobre Representações Sociais, 2008, João Pessoa-PB. **Anais de I Fórum Internacional sobre Saúde e Envelhecimento Simpósio sobre Representações Sociais**. João Pessoa-PB : Pró Reitoria de Pós-Graduação - UFPB, 2008.

LADEIRA, R. M.; BARRETO, S. M. Fatores associados ao uso de serviço de atenção pré-hospitalar por vítimas de acidentes de trânsito. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, fev. 2008 .

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) - Brasil, 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.18, n.1, p.17-28, mar. 2009.

MOURÃO, T. C. et al. Mortalidade precoce por doenças cardiovasculares: perfil epidemiológico dos óbitos no Ceará. **REPM**, v. 2, n. 4, p. 27 - 40, 2008.

PEREIRA, W. A. P.; LIMA, M. A. D. S. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 3, p.279-83, 2006.

ROMANZINI, M. et al . Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, Nov. 2008 .

SANCHES, S.; DUARTE, S. J. H.; PONTES, E. R. J. C. Caracterização das vítimas de ferimentos por arma de fogo, atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Campo Grande-MS. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, Mar. 2009 .

SOARES, L. M. C. A. (Org) Manual do curso de regulação médica. In: **IV Congresso Internacional da Rede Brasileira de Cooperação em Emergência - RBCE**, 2000, São Paulo: CSI/SES, 2000, 47p.

WIELGOSZ, A. Cardiovascular Disease and the community. **Prevention and Control**, v. 1, n. 3, 2005.

Autor principal: GLAUCEA MACIEL DE FARIAS, Rua Jerônimo de Albuquerque, 3621, Candelária, CEP: 59064-650, Natal/RN – Brasil. Telefone: (84) 3215-3840 / 9983-6159. E-mail: glauceamaciel@gmail.com