

JESSIMIRA SOARES MUNIZ PITTEI

**CARACTERIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU), PALMAS -
ESTADO DO TOCANTINS, NO PERÍODO DE JULHO DE
2008 A JUNHO DE 2009.**

BRASÍLIA - 2010

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

JESSIMIRA SOARES MUNIZ PITTEI

**CARACTERIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU), PALMAS -
ESTADO DO TOCANTINS, NO PERÍODO DE JULHO DE
2008 A JUNHO DE 2009.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

JESSIMIRA SOARES MUNIZ PITTEI

**CARACTERIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU), PALMAS -
ESTADO DO TOCANTINS, NO PERÍODO DE JULHO DE
2008 A JUNHO DE 2009.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em 23 de Junho de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof. Pedro Sadi Monteiro
Titulação: Doutor
Universidade de Brasília

Membro: Prof^a Cristine Alves de Jesus
Titulação: Doutora
Universidade de Brasília

Membro: Prof^a Ivone Kamada
Titulação: Doutora
Universidade de Brasília

Suplente: Prof^a Paula Elaine Diniz dos Reis
Titulação: Doutora
Universidade de Brasília

A **Deus**, autor da minha vida;
Walter e Leticia, alegria de meu viver;
Aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pois sem Ele nada seria possível. Obrigada Senhor por mais esta vitória.

Em especial ao meu querido orientador Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro, que prontamente me recebeu, me brindou com sua experiência e conhecimentos, e principalmente pelos momentos de aprendizagem constante ao longo deste trabalho, que, certamente se eternizará.

À minha família pela compreensão e apoio nos momentos difíceis, de ausência, cansaço e tensão.

À Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, Tocantins, na pessoa do senhor Secretário Samuel Bonilha pelo constante apoio no desenvolvimento deste trabalho.

À Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado do Tocantins, Programa de Apoio à Pós-Graduação, pelo apoio financeiro que tornou viável a realização deste estudo.

Aos Coordenadores do SAMU que não mediram esforços para que esta pesquisa fosse realizada.

Aos Profissionais do SAMU que colaboraram participando da pesquisa e principalmente àqueles que sempre torceram por mim e me apoiaram nos momentos de ausência ao trabalho: Dr. Jesian, Neurivan, Santiago, Cleide e Ângela.

Às minhas amigas: Prof^a Dr^a Solange Miranda, Prof^a Ms Ruth Bernardes, Lia de Almeida, que quando precisei, estavam sempre ao meu lado.

Às minhas companheiras de viagem: Renata Alves e Manuela Barreto que juntas passamos momentos de tristeza, alegria, sofremos, aprendemos e compartilhamos ao longo do caminho Palmas/Brasília, Brasília/Palmas.

À minha querida Igreja Batista Nova Esperança que esteve sempre orando por mim nestes anos.

Aos amigos Ocivan, Kátia e família que me acolheu com carinho no aconchego do seu lar nessas idas e vindas à Brasília.

Ao querido professor Armênio Zarro Suzano pela revisão ortográfica do texto.

“Quem decide pode errar.
Quem não decide, já errou.”

Herbert V. Karajan

RESUMO

PITTERI, Jessimira Soares Muniz. **Caracterização de Assistência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Palmas – Estado do Tocantins, no Período de Julho de 2008 a Junho de 2009.** 2010. 124p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília – UnB. Brasília - DF.

Introdução – O município de Palmas – TO implantou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em 2005 com a finalidade de prestar socorro à população em casos de urgência e emergência. O serviço possui um sistema de informação para armazenamento dos dados referentes às chamadas recebidas na central de regulação médica. **Objetivos** - Conhecer a assistência prestada pelo SAMU incluindo o perfil sócio demográfico dos profissionais que atuam no serviço e o perfil epidemiológico dos pacientes, fluxo dos atendimentos e identificação do tempo resposta. **Metodologia** - Realizou-se um estudo transversal descritivo tendo como amostra 59 profissionais e 2.400 fichas de atendimento. **Resultados** - Revelaram que dentre os profissionais pesquisados houve predominância de homens (64,4%); a faixa etária variou de 26 a 55 anos; 57,6% fazem uso de bebida alcoólica e 11,9% usam tabaco; a maioria não considerou o serviço estressante (57,6%). Do total de atendimentos, os clínicos (41,6%) quase se igualaram aos por causas externas que corresponderam a 42,6% destacando-se os acidentes de motocicletas com 48,1%. Os homens foram os mais atendidos neste serviço (52,7%) e a média etária foi 35 anos. As regiões que tiveram mais atendimento foram a região Sul e a Norte e o destino da maioria das vítimas foi o Hospital Geral de Palmas excetuando as causas gineco-obstétricas que foram para o Hospital de Referência Dona Regina. **Conclusão**- A caracterização do perfil dos atendimentos pode subsidiar as autoridades sanitárias, gestores e políticos na discussão e tomada de decisão que possam contribuir na prestação de assistência com qualidade de acordo com normas preconizadas pelo Ministério da Saúde e que envolvem a qualidade de saúde dos trabalhadores.

Palavras-chave: Socorro de Urgência; Assistência Pré Hospitalar; Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

PITTERI, Jessimira Soares Muniz. **Characterization of the Assistance of the Mobile Emergency Health Care Service (SAMU), Palmas – State of Tocantins, in the period July 2008 to June 2009.** 2010. 124p. Dissertation (Master of Science in Health Sciences). Universidade de Brasilia – UnB. Brasilia - DF.

Introduction – The city of Palmas in the state of Tocantins set up the Mobile Emergency Health Care Service (SAMU) in 2005 in order to provide urgency and emergency service for its population. The service has an information system for the storage of data from calls received by the medical regulation center. **Objective** – To study the assistance provided by the SAMU, including the socio-demographic profile of the staff and the epidemiological profile of the patients, the flow of occurrences, and identification of response time. **Methodology** – A transversal descriptive study was carried out with a sample of 59 professionals and 2,400 occurrence reports. **Results** – The study found that among the surveyed professionals there was a prevalence of males (64.4%); the ages ranged from 26 to 55; 57.6% make use of alcohol and 11.9% use tobacco; most of them did not regard the work as stressful. Of the total number of occurrences, clinical cases (41,6%) nearly equaled the number of those with external causes (42.6%), of which motorcycle accidents represented 48,1%; Men were the most frequently attended by the service and the average age was 35. The regions that had the most occurrences were the South and the North regions and the destination of the majority of the patients was the HGP, with the exception of obstetric and gynecological cases, which were taken to the HRDR. **Conclusion** – The characterization of the profile of the occurrences may aid health authorities, policymakers, and politicians in discussions and decision making that may contribute to the delivery of quality services following the norms established by the Health Ministry and involving the quality of the health of workers.

Key Words: Urgencies; Emergency; Prehospital Care; Emergency Medical Services;

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição das respostas em relação ao uso de álcool e tabaco pelos profissionais do SAMU, Palmas – TO, 2009.-----	57
Figura 2 – Distribuição das respostas em relação ao estresse no serviço, Palmas – TO, 2009. -----	61
Figura 3 – Distribuição de socorros, segundo tipo de atendimento, Palmas – TO, 2008/2009. -----	63
Figura 4 – Distribuição de atendimentos por acidentes de trânsito, segundo destino, Palmas – TO, 2008/2009. -----	69
Figura 5 – Distribuição de atendimentos por outras causas externas, segundo motivo, Palmas – TO, 2008/2009. -----	70
Figura 6 – Distribuição de atendimentos por outras causas externas, segundo motivo e sexo, Palmas – TO, 2008/2009.-----	72
Figura 7 – Distribuição de atendimentos por outras causas externas, segundo destino, Palmas – TO, 2008/2009.-----	73
Figura 8 – Distribuição de óbitos por outras causas externas, segundo faixa etária e sexo, Palmas – TO, 2008/2009. -----	74
Figura 9 – Distribuição de atendimentos por causas clínicas, segundo sexo, Palmas – TO, 2008/2009. -----	75
Figura 10 – Distribuição de atendimentos por causas clínicas, segundo destino, Palmas – TO, 2008/2009. -----	81
Figura 11 – Distribuição de óbitos por causas clínicas, segundo faixa-etária e sexo, Palmas – TO, 2008/2009. -----	82
Figura 12 – Distribuição de atendimentos gineco-obstétricos, segundo destino, Palmas – TO, 2008/2009. -----	85
Figura 13 – Distribuição de atendimentos por causas psiquiátricas, segundo faixa etária, Palmas – TO, 2008/2009.-----	88
Figura 14 – Distribuição de atendimentos por causas psiquiátricas, segundo destino, Palmas – TO, 2008/2009.-----	89
Figura 15 – Distribuição de remoções, segundo destino, Palmas – TO, 2008/2009.-----	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais do SAMU segundo faixa etária, sexo, estado civil e tempo de serviço em anos, Palmas - TO, 2009. -----	54
Tabela 2 – Distribuição dos profissionais do SAMU segundo carga horária semanal, Palmas - TO, 2009. -----	56
Tabela 3 – Distribuição dos profissionais do SAMU segundo uso de bebida alcoólica, Palmas - TO, 2009. -----	58
Tabela 4 – Distribuição dos profissionais do SAMU segundo tipo de bebida consumida, Palmas - TO, 2009. -----	59
Tabela 5 – Distribuição dos afastamentos dos profissionais do SAMU segundo motivo, Palmas - TO, 2009. -----	60
Tabela 6 – Distribuição das saídas das ambulâncias do SAMU, segundo relatório de atendimento, Palmas – TO, 2008/2009. -----	62
Tabela 7 – Distribuição de socorros, segundo causas externas, Palmas – TO, 2008/2009. -----	65
Tabela 8 – Distribuição de atendimentos por acidentes de trânsito, segundo sexo e faixa etária, Palmas – TO, 2008/2009. -----	67
Tabela 9 – Distribuição de atendimentos por acidentes de trânsito, segundo local da ocorrência, Palmas – TO, 2008/2009. -----	68
Tabela 10 – Distribuição de atendimentos por agressões, segundo faixa etária, Palmas – TO, 2008/2009. -----	71
Tabela 11 – Distribuição de atendimentos por causas externas outras, segundo local da ocorrência, Palmas – TO, 2008/2009. -----	73
Tabela 12 – Distribuição de atendimentos por causas clínicas, segundo motivo, Palmas – TO, 2008/2009. -----	76
Tabela 13 – Distribuição de atendimentos por causas clínicas, segundo faixa etária, Palmas – TO, 2008/2009. -----	77
Tabela 14 – Distribuição de atendimentos por causas clínicas, segundo local da ocorrência, Palmas – TO, 2008/2009. -----	80
Tabela 15 – Distribuição de atendimentos gineco-obstétricos, segundo motivo da ocorrência, Palmas – TO, 2008/2009. -----	83

Tabela 16 – Distribuição de atendimentos gineco-obstétricos, segundo local da ocorrência, Palmas – TO, 2008/2009. -----	84
Tabela 17 – Distribuição de atendimentos psiquiátricos, segundo motivo, Palmas – TO, 2008/2009. -----	86
Tabela 18 – Distribuição de atendimentos por causas psiquiátricas, segundo local da ocorrência, Palmas – TO, 2008/2009. -----	88
Tabela 19 – Distribuição de remoções, segundo tipo, Palmas – TO, 2008/2009. -----	90

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACSU	Área Comercial Sul
APH	Atendimento Pré-Hospitalar
ATLS	Advanced Trauma Life Support
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CRM	Central de Regulação Médica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DETRAN	Departamento de Trânsito
FAB	Ferimento por Arma Branca
FAF	Ferimento por arma de fogo
FCC	Ferimento Corto Contuso
GM	Gabinete Ministerial
GSE	Grupo de Socorro de Emergência
HCR	Hospital Cristo Rei
HGP	Hospital Geral de Palmas
HOC	Hospital Osvaldo Cruz
HRDR	Hospital de Referência Dona Regina
MS	Ministério da Saúde
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NEU	Núcleo de Educação em Urgência
PAPH	Projeto de Atendimento Pré-Hospitalar
PEET	Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas
PCR	Parada Cardiorrespiratória
QTA	Cancelada a Última Mensagem
QUALISUS	Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema único de Saúde
RBCE	Rede Brasileira de Cooperação em Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAU	Serviço de Atendimento Unimed

SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SI	Sistema de Informação
SR	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARM	Telefonista Auxiliar de Regulação Médica
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
USF	Unidade Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. REVISÃO DA LITERATURA	19
2. 1 HISTÓRIA DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	19
2. 2 SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR.....	24
2. 3 CENTRAL DE REGULAÇÃO.....	27
2. 3. 1 Sala de Regulação.....	33
2. 3. 2 Sala de Equipamentos	34
2. 3. 3 Ambientes Adjacentes à CRM.....	34
2. 3. 4 Bases Descentralizadas.....	35
2. 4 EQUIPE PROFISSIONAL.....	35
2. 5 NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIA	37
2. 6 O SAMU NO ESTADO DO TOCANTINS.....	39
2. 7 O SAMU EM PALMAS.....	39
2. 7. 1 Bases Descentralizadas.....	41
2. 7. 2 Recursos Humanos.....	42
2. 7. 3 Organograma.....	43
3. OBJETIVOS.....	44
3. 1 GERAL.....	44
3. 2 ESPECÍFICOS.....	44
4. MATERIAIS E MÉTODOS	45
4. 1 TIPO DE ESTUDO.....	45
4. 2 LOCAL E CONTEXTO.....	45
4. 3 TAMANHO DA AMOSTRA	46
4. 3. 1 Profissionais.....	46
4. 3. 2 Atendimentos	46
4. 4 FONTE DE COLETA DE DADOS.....	47
4. 4. 1 Instrumentos.....	47
4. 4. 2 Descrição das Variáveis	47
4. 5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	50
4. 6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	50
4. 6. 1 Profissionais.....	50

4. 6. 2 atendimentos	51
4. 7 ASPECTOS ÉTICOS	51
4. 8 SELEÇÃO DE FICHAS.....	51
4. 8. 1 atendimentos	51
4. 8. 2 Profissionais	52
4. 9 ANÁLISE DOS DADOS	52
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
5. 1 PERFIL DO PROFISSIONAL	53
5. 2 ATENDIMENTOS	62
5. 2. 1 atendimentos por Causas Externas	64
5. 2. 1. 1 Acidentes de Trânsito	65
5. 2. 1. 2 Causas Externas Não Decorrentes de Acidente de Trânsito	69
5. 2. 2 atendimentos por Causas Clínicas	75
5. 2. 3 atendimentos por Causas Gineco-Obstétricas	83
5. 2. 4 atendimentos por Causas Psiquiátricas	86
5. 3 REMOÇÕES	90
5. 4 TEMPO RESPOSTA	92
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
7. SUGESTÕES	98
REFERÊNCIAS	99
ANEXOS	115
ANEXO A – MAPA DE PALMAS.....	115
ANEXO B – RELATÓRIO DE ATENDIMENTO.....	116
ANEXO C– PARECER COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETO E PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	117
ANEXO D– PARECER CEP.....	118
APÊNDICES	119
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO	119
APÊNDICE B – TCLE	121
APÊNDICE C – PLANILHA DE DADOS DOS ATENDIMENTOS	123
APÊNDICE D – PLANILHA DE DADOS DOS PROFISSIONAIS.....	124

1 INTRODUÇÃO

O significativo aumento da população, dos meios de transporte, da violência urbana e do estresse entre outras causas, tem aumentado o número de mortes e invalidez por vítimas de trauma. As emergências clínicas, se atendidas precocemente, assim como o trauma, têm um melhor prognóstico com o mínimo de sequelas e um menor número de óbitos. O perfil nosológico do Brasil tem se aproximado do perfil de países do Primeiro Mundo, onde as causas de mortalidade mais elevadas são as moléstias cardiovasculares, o câncer e o trauma (1).

Atualmente o trauma deve ser considerado como uma doença de grande importância, pois constitui a segunda causa geral de morte no Brasil e a primeira abaixo dos 45 anos e consome mais anos de vida útil que as doenças cardiovasculares e o câncer (2).

A urgência médica pode ser conceituada como um evento vital para sociedade/indivíduo e que apresenta uma gravidade considerada, ameaçando a integridade física e psicológica da pessoa, necessitando de intervenção rápida e resolutiva, que não pode esperar mais de 24 horas. A urgência está mal definida pelos próprios médicos, o que dificulta a organização dos cuidados. A urgência médica caracteriza-se um estado prioritário em que o paciente não pode esperar uma fila para ser atendido. Tem risco de evoluir sua afecção muito rapidamente e chegar a um estado grave (3).

O atendimento do paciente traumatizado começa na cena do acidente devendo ser tratado de forma sistemática numa rede complexa envolvendo o serviço de atendimento móvel de urgência que é responsável pelo atendimento inicial e protocolos para manejo pré-hospitalar, e um centro especializado em traumas (4).

No ano de 2002, o Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria GM/MS nº 2.048/2002 aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e em 2003, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com a finalidade de implementar o serviço de atendimento de urgência por meio do Atendimento Pré-Hospitalar (APH), proporcionando uma assistência indireta (telefone) com uma orientação realizada pela regulação médica, ou direta, pela

assistência prestada no local, de forma que, pela diminuição do tempo na prestação de socorro, possa diminuir o índice de mortalidade (5).

De acordo com as diretrizes do MS, a Central de Regulação Médica (CRM) do SAMU deve ser implantada pelos municípios em parceria com as três esferas de governo, conforme normas técnicas pré-estabelecidas em portarias, devendo o serviço apresentar ao MS os dados gerados pelo Sistema de Informação (SI) após análise de indicadores de desempenho, casuística de atendimentos e taxa de mortalidade geral e evitável no APH (5).

“O uso da Tecnologia da Informação por gestores de saúde tem se tornado cada vez mais importante”, pois tais instrumentos servem como fonte de informações de indicadores e apóiam no processo decisório e estratégico da gestão administrativa. Os gestores cada vez mais necessitam de Sistemas de Informação para gerar relatórios de desempenho e indicadores para tomada de decisão tornando sua administração eficiente (6).

É inegável a importância da informatização nos serviços de saúde, porém é necessária a implantação de ferramentas mais modernas e que sejam fundamentalmente melhores do que as que já existem (7). O programa de informação atual do SAMU chama-se Sistema de Regulação SR-SAMU. As informações sobre os atendimentos são armazenadas de duas formas: pela ficha de regulação preenchida pelos operadores do SI e as fichas de atendimento às ocorrências preenchidas manualmente pela equipe de suporte básico (SBV) e equipe de suporte avançado de vida (SAV) no atendimento às vítimas. Sabe-se que dados podem ser transformados em informações e conhecimento. Contudo, estes dados têm servido apenas para execução da estatística de solicitações de socorro por meio do serviço de regulação médica às urgências e emergências e atendimentos realizados pelas equipes de suporte básico e avançados de vida.

Desde que o SAMU surgiu, vem contribuindo para mudar o perfil do atendimento de emergências no Brasil, mas foi em 2005 que ele chegou a Palmas - TO. No ano de 2007 o SAMU atendeu 23.247 chamados telefônicos sendo que os atendimentos foram realizados na área de urgências clínicas, traumáticas, pediátricas, gineco-obstétricas e psiquiátricas. No entanto, apesar deste serviço ter

completado 4 anos de funcionamento não foi realizado ainda, um diagnóstico situacional. Diante do enunciado, qual seria o cenário atual do serviço?

O diagnóstico das populações é relevante para os organismos de planejamento e serve de apoio, para a formulação de políticas de saúde pública (8). Como enfermeira e coordenadora administrativa do SAMU de Palmas, que mensalmente analisa e envia os dados dos atendimentos ao MS, considerando os fatos citados em relação ao alto índice de doenças que causam morte súbita em ambientes não hospitalares, o alto índice de morbimortalidade por falta de socorro em tempo hábil, e pela falta de dados mais abrangentes a pesquisadora verificou a necessidade de realizar um estudo que possibilitasse a averiguação, constatação e conhecimento de dados que representassem a realidade, suas principais causas e que poderia contribuir com a gestão municipal para criar estratégias de enfrentamento além de aprimorar ações exercidas pelo serviço, trazendo benefícios ao cliente.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 HISTÓRIA DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

No século XVIII, em período de guerra, quando o tratamento hospitalar era realizado no hospital de campanha, surgiu o serviço de transporte no intuito de apenas transportar os soldados franceses feridos para atendimento hospitalar. Nesta época não se pretendia prestar atendimento pré-hospitalar ou móvel de urgência (9). Em 1918, começou na Rússia, o serviço pré-hospitalar com uma equipe formada por médico, assistente de médico e enfermeiro. Já na Alemanha e França o atendimento pré-hospitalar começou no ano de 1961, e o médico e professor de cardiologia Dr. J. Pantridge teve grande influência neste modelo, devido sua especialidade onde o tempo é fator importante para salvar vidas (10).

Existem diferenças nos modelos de atendimento pré-hospitalar móvel americano e francês. No modelo americano o atendimento é dado por profissionais sem formação médica (socorrista), em que o objetivo é chegar o mais rápido possível ao local da cena pegar a vítima e levar imediatamente para o centro de atendimento especializado, minimizando, assim, o tempo no local de ocorrência do trauma. No modelo francês, o atendimento é centralizado na figura do médico e da regulação médica com objetivo de fazer chegar o atendimento mais rápido a vítima no local da cena, e somente após realizar manobras necessárias, acontecerá o transporte para o local indicado pelo médico regulador (9).

O APH tem cerca de 30 anos na América do Norte e Europa, e que foi expandido após a guerra do Vietnã quando as autoridades norte-americanas perceberam que a atuação dos socorristas no local e o transporte dos soldados para os hospitais reduziam significativamente a mortalidade dos soldados (11).

Em 1978 houve a implantação do curso de Suporte Avançado de Vida no Trauma - ATLS (Advanced Trauma Life Support) e tem como objetivo preparar o médico para atuar de forma mais eficaz no momento do trauma, quando o diagnóstico precoce e a terapêutica na primeira hora do atendimento podem

melhorar a sobrevivência (12).

No Brasil, por muito tempo, as ambulâncias foram consideradas mais como transporte do que como uma unidade de atendimento e cuidado precoce. Responsabilizava-se apenas pelo transporte de vítimas e acidentados para os hospitais (13).

Em 1988 a Constituição Federal Brasileira ampliou o conceito de saúde ao defini-la como “direito de todos e dever do Estado”. Desde então o Brasil vem tentando redefinir o perfil da assistência à saúde compreendendo mudanças nos papéis e das funções da estrutura do governo na gestão do sistema de saúde nacional (14).

No Brasil o conceito de atendimento de emergência pré-hospitalar surgiu no ano de 1986 quando o Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro criou o Grupo de Socorros de Emergência (GSE) com a incorporação de médico socorrista e unidades de suporte avançado de vida (15).

A implantação da política de saúde específica para o serviço de assistência pré-hospitalar não passou pelo controle social e em lugares isolados desenvolveram-se modelos de APH que apesar de juntos às instituições de saúde foi considerado alheio a estas instituições, sendo atribuídos às instituições de Segurança Pública e voltados para minimizar os impactos da violência que passa a dominar o cenário dos grandes centros urbanos (16).

Somente sob aspecto das políticas compensatórias, é que as políticas de saúde são voltadas a atingir grande parcela da população e, mediante as quais, surgiram no início da década de 1990, os serviços de APH às urgências/emergências – através do Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas/Projeto de Atendimento Pré-Hospitalar (PEET/PAPH) – a serem desenvolvidos por instituições da Segurança Pública, sobretudo pelos Corpos de Bombeiros através de Agentes de Socorros Urgentes com uma formação básica (16).

Como se pode perceber na história o início do atendimento pré-hospitalar se deu em momentos de guerra, porém, no decorrer dos tempos outros fatores importantes foram acontecendo fazendo com que os serviços de urgências sofressem modificações. Algumas situações fazem com que os serviços de saúde de emergência sofram mudanças para atender também novas demandas. Como exemplo disso temos o envelhecimento da população, que aumenta mortalidade por

doenças cardiovasculares, e se houver um atendimento imediato leva a amplas possibilidades terapêuticas e todas estas mudanças no perfil epidemiológico (17).

O atendimento pré-hospitalar começou a tomar forma na década de 1990, com enfoque às vítimas de trauma, e a partir da Política Nacional de Atenção à Urgência e Emergência, sofreu uma reformulação passando a chamar SAMU, ampliando o atendimento para urgências clínicas e outras (18).

No Estado de São Paulo, foi criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no ano de 1990, apesar de ainda não haver uma política federal brasileira que regulamentasse este serviço, tendo como princípios básicos chegar o mais rápido possível até a vítima, estabilizá-la no local e transportá-la da forma mais segura até chegar à unidade de saúde a qual seria destinada. Hoje, neste serviço, funcionam ambulâncias sofisticadas e além do serviço público ainda existem empresas que realizam o resgate/transporte terrestre e também aéreo via helicóptero (19).

Por ser um serviço público e pela sua filosofia de atendimento assemelha-se ao modelo da França, centralizado na figura do médico regulador, cujo governo francês deu uma importante colaboração para algumas secretarias de saúde de estados brasileiros na organização do SAMU por meio de um convênio estabelecido entre o Brasil e a França (20). Em 1993, o MS em Porto Alegre, no Seminário Internacional de Atenção às Urgências definiu que o atendimento pré-hospitalar brasileiro teria como modelo o Francês (9).

No ano de 1995 foi criada a Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE) na cidade de Porto Alegre num Simpósio Internacional para discutir a Atenção Pré-Hospitalar Móvel e a Regulação Médica das Urgências e Emergências. Chamada inicialmente de Rede 192, teve como objetivos integrar os profissionais envolvidos com a urgência e emergência no SUS (Sistema Único de Saúde), envolver as comunidades visando diminuir a ocorrência de situações de urgência, organizar as respostas às urgências, além de constituir um espaço cidadão para discutir de forma livre as questões das urgências e, em última instância, o aprofundamento da organização do SUS. Esta data culminou com a inauguração do SAMU de Porto Alegre (21).

O SAMU depois de um tempo ficou tão comum na França tal qual o futebol, entretanto ele não é um sistema colonialista ou imperialista francês, com a pretensão de impor seu modelo, mas, que as experiências dos SAMUs de outros países como o Chile, Guiana Francesa, Colômbia e Brasil são tão importantes como os da Espanha ou Portugal (22).

Mas é graças à compreensão de nossos Hospitais Públicos e as nossas embaixadas no estrangeiro que a cooperação internacional dos SAMUs da França através de Miguel Martinez-Almoyna se desenvolveu e permitiu que nossa experiência servisse a inúmeros países que solicitaram a ajuda da França nesta área (22).

Desde 1998 o MS vem tentando mudar a realidade dos atendimentos de urgência e emergência no país, pois, naquele momento, o atendimento às urgências estava totalmente congestionado e não havia investimento em ações estratégicas que mudassem esta realidade. Havia um aumento significativo de mortes por acidentes de trânsito e tantos outros agravos sem quaisquer atitudes em relação a estes eventos. Outro problema dos serviços de urgência se dava ao fato da atenção básica não dar conta de assumir casos agudos de baixa complexidade que poderiam ser atendidos neste nível de assistência. Além dos problemas da urgência e emergência relacionados com a falta de estrutura física, de equipamentos e de recursos humanos que na maioria das vezes era composto por profissionais recém formados, os serviços de urgência ainda assumia a demanda da atenção básica (23).

A população brasileira não faz distinção da hierarquia dos serviços de saúde, pois nas portas dos pronto-socorros há uma grande demanda de pacientes em situação de urgência real ou presumida, tornando-se superior à sua capacidade de atendimento (1). É comum a população usar a porta da urgência não só para casos agudos, mas também de forma eletiva, o que descaracteriza a missão do atendimento de urgência (24).

O modelo piramidal de atenção à saúde adotado pelos municípios, na década de 1990, não conseguiu satisfazer as necessidades da população, mesmo tendo realizado mudanças significativas na estrutura e nos processos de trabalho nos serviços de saúde (25).

No ano de 2004 no Rio de Janeiro o serviço de urgência estava passando por

um momento delicado em que médicos se revoltaram com o serviço, havia uma grande fila de espera e desespero daqueles que necessitavam de atendimento. Em 2005 esta situação foi considerada de calamidade pública e o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, requisitou a gestão de seis hospitais do município do Rio de Janeiro e desabilitou a gestão plena do município por tempo indeterminado. Porém, esta situação durou somente quarenta dias quando o Supremo Tribunal Federal considerou que esta medida feria a constituição e então o município foi novamente habilitado na gestão plena (23).

No contexto acima referido foi implantada a Política de Qualificação da Atenção à Saúde no SUS (QUALISUS) que tem como objetivo melhorar a qualidade da atenção nos serviços de saúde do SUS. Dentre as metas deste programa está a resolubilidade, a eficácia e efetividade, a diminuição de risco à saúde, a humanização nas relações entre profissionais e serviço, profissionais e profissionais e ainda profissionais e usuários fazendo com que houvesse presteza no atendimento e conforto na atenção ao usuário. Também que houvesse motivação dos profissionais de saúde e controle social através do Conselho Municipal de Urgência e Emergência com representações paritária (17-26).

O aumento da demanda no atendimento às urgências não é problema exclusivo dos países pobres e subdesenvolvidos, em países ricos como Estados Unidos da América, Canadá e Reino Unido, estes problemas também são encontrados (27).

A Secretaria de Atenção a Saúde do MS, responde pela Política de Atenção às Urgências, sendo que o seu principal componente consiste na implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, com uma cobertura de 62 milhões de brasileiros em 266 cidades e apóia-se em cinco ações:

- a) Organizar o atendimento de urgência em unidades de pronto-atendimento;
- b) Estruturar o APH móvel;
- c) Reorganizar as grandes urgências em pronto-socorros e hospitais;
- d) Criar retaguarda em hospitais para os atendidos nas urgências;

e) Estruturar o atendimento pós-hospitalar (26).

Portanto, o QUALISUS, visa qualificar os serviços de atenção às urgências melhorando o atendimento que deixa de ser por ordem de chegada e passa a ser baseado no grau de risco, quando na chegada do paciente é feita uma avaliação por um profissional, que utilizando de protocolos, classifica o risco, diminuindo o tempo de espera e menor permanência no serviço de urgência (26-28).

2.2 SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

“O serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) envolve todas as ações que ocorrem antes da chegada do paciente ao ambiente hospitalar, e pode influir positivamente nas taxas de morbidade e mortalidade” (29).

É definido como APH o atendimento baseado em medidas e procedimentos técnicos objetivando o suporte básico ou avançado de vida com a finalidade de não agravar as lesões já existentes ou gerar lesões que não existiam, transportando a vítima ao serviço hospitalar mais apropriado quando necessário (11).

Diante de uma ocorrência de emergência de qualquer natureza existe a necessidade de uma resposta multi-institucional, mobilizando veículos, recursos tecnológicos e profissionais capacitados, sendo que cada qual assume o seu papel específico de forma simultânea dentro da mesma cena. Este conjunto sistematizado permite uma melhor atenção às vítimas e uma otimização no que diz respeito a gestão de recursos (29).

Pelo fato de em alguns casos haver a presença de profissionais de mais de uma instituição com funções diferenciadas o APH é muito confundido com o serviço de resgate, porém, cada um tem sua função e um complementa o outro. O resgate tem a função de resgatar no sentido de libertar, ou seja, tirar de algum lugar que está preso, que ameaça a pessoa. Este serviço, não faz parte da atividade dos profissionais de saúde, são os bombeiros os responsáveis por ele. Quando no

atendimento existe uma situação ameaçadora, se faz necessário, complementar o atendimento com a equipe de resgate e/ou com policiais militares. Enquanto a equipe de saúde faz a assistência, os profissionais do resgate e da polícia fazem a segurança do indivíduo, não podendo jamais prestar cuidados que são exclusivos dos profissionais de saúde (3).

Reiterando este pensamento, Martins (2004 p. 4) conclui após seu estudo que o Corpo de Bombeiros Militar é uma instituição de Segurança Pública e que sua prática no APH se configura numa práxis reiterativa, imitativa e espontânea, com baixo grau de conhecimento, subordinada e inflexível, que se configura fora do âmbito da práxis da saúde. A prática no atendimento pré-hospitalar no que se refere a tratamento e cuidado são práticas exclusivas de profissionais de saúde. “Portanto, a prática de APH (tratamento e cuidado), não se caracteriza como prática de Bombeiros” (16).

Os Corpos de Bombeiros devem permanecer no âmbito dos primeiros socorros, não apenas para cumprir o artigo 135 do Código Penal que trata da Omissão de Socorro, mas para que sua práxis possa desenvolver-se naquilo que lhe é específico: neste caso, o apoio ao APH, prestando segurança à equipe de saúde, à vítima real e outras em potencial, bem como, realizando ações de resgate da vítima e, se necessário os primeiros socorros até que os profissionais de saúde tenham acesso à vítima (16).

Para evitar prática equivocada por bombeiros, alguns conselhos tomaram as devidas providências por meio de resoluções que garantam que algumas atividades sejam exclusivas de sua profissão. O exemplo disto é a Resolução nº 300/2005 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que define que todo e qualquer procedimento de enfermagem previsto em lei no atendimento pré e inter-hospitalar deve ser desenvolvido privativamente por enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, de acordo com a complexidade após ser avaliado pelo enfermeiro (30).

Na Portaria GM/MS nº 824 de 24 de junho de 1999, o MS considerou como atendimento pré-hospitalar aquele procedimento prestado à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde e definiu que o sistema pré-

hospitalar é de responsabilidade médica, cabendo então a este profissional o dever de coordenar e regular este serviço, com ações integradas entre outros profissionais, designados como socorristas. Incumbiu as instituições ligadas ao SUS de envolver as escolas médicas e de enfermagem na capacitação destes profissionais, sob a coordenação das secretarias estaduais e municipais de saúde (32). Embora a portaria tenha sido revogada pela portaria GM/MS nº 814 de 2001 a idéia central foi mantida (33).

Neste aspecto, Pereira e Lima (2006 p. 280) afirmam que “a assistência qualificada na cena do acidente, o transporte e a chegada precoce ao hospital são fundamentais para que a vítima chegue ao hospital com vida” (29).

O MS naquele momento tinha como prioridade a organização de uma rede de atenção integral para atendimento de urgências, a Política Nacional de Atenção às Urgências que então, assumiria este papel de organização do fluxo de atendimento de pacientes nos diversos graus de complexidade (1).

O Ministro de Estado da Saúde, Barjas Negri, em 2002, revoga a portaria GM/MS nº 814/01 e institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Portaria GM/MS 2048/2002), estabelece os princípios e diretrizes dos sistemas estaduais de urgência e emergência, define normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos hospitais de urgência, determina a criação das Coordenações do Sistema Estadual de Urgências. Então, nos anos de 2003 e 2004, instituiu outras Portarias como a GM/MS nº 1863/2003 que Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências que posteriormente foi implantada em todas as unidades federadas e, no mesmo ano, a Portaria GM/MS nº 1864/2003 instituindo o atendimento pré-hospitalar móvel de urgência, os recursos financeiros para adequação da área física das centrais de regulação, para aquisição de equipamentos e o custeio das equipes de forma compartilhada entre as três esferas de governo (23).

O APH é realizado em duas modalidades: APH Fixo e APH Móvel. É considerado como APH Fixo o conjunto de unidades básicas de saúde, unidades da Estratégia Saúde da Família (USF), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e unidades não hospitalares de atendimento às urgências e

emergências que é o caso da Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) que deve funcionar 24 horas e tem o papel de prestar assistência no primeiro nível de assistência da média complexidade (5).

No anexo IV da portaria GM/MS nº 2048/2002 trata-se do APH Móvel que é definido como o atendimento que procura chegar precoce à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde não somente traumático, mas agora de forma clínica, cirúrgica, psiquiátrica ou obstétrica. Este serviço é entendido como da área da saúde, deve ser vinculado a uma Central de Regulação, com equipe de saúde própria e capacitada, frota de veículos com equipamentos que atenda as necessidades de atendimentos a situações de urgência e emergência da população de um município ou região (34).

Segundo o MS a rede nacional SAMU está formada por 147 Serviços de Atendimento Móvel de Urgência com cobertura de 1.273 municípios incluindo capitais brasileiras e dentre elas Palmas, capital do Tocantins, o Estado mais novo do país (26).

2.3 CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA

Ultimamente a tecnologia tem sido importante para a melhoria da qualidade da assistência (35). Com a informática as instituições de saúde e profissionais podem ter acesso a software que facilita o acesso do usuário e também serve como ferramenta a resposta mais rápida ao usuário do serviço de APH.

A regulação médica do sistema é entendida como o elemento ordenador e orientador da atenção pré-hospitalar que faz o enlace com o nível hospitalar e abarca duas dimensões de competência: a decisão técnica em torno dos pedidos de socorro e a decisão gestora dos meios disponíveis (36).

Martinez-Almoyna e Nitschke (1999) afirmam que a urgência é causa de desordem, de angustia e de pressão por parte da sociedade. A tomada de decisão é uma postura difícil, pois, necessita de procedimentos anormais, perigosos e pouco

eficientes, fazendo com que poucos desejem decidir com um sim ou um não à uma solicitação. É preciso que haja um julgamento da real necessidade. Alguns terão que aguardar remarcar consultas etc. Para eles, “o serviço de urgência deve ser regulado, e sua atividade mantida a um nível negociado entre o político e o técnico” (3).

Os serviços de urgência que não têm regulação tendem a ter menos eficiência em relação àqueles que regulam as consultas, organizam as filas de espera de acordo com a prioridade, para não causar um curto circuito no sistema. Desta maneira, o serviço cujo fluxo é gerenciado por um médico regulador, torna o acesso mais equitativo e mais eficiente, com menos custo para o serviço (1-23).

O SAMU tem como finalidade levar o atendimento de forma mais rápida a população em caso de emergência, diminuindo o número de mortes e período de internação, além de diminuir sequelas causadas por socorro tardio. A população aciona a central de regulação gratuitamente pelo telefone, as ligações são atendidas pelo TARM (Telefonista Auxiliar de Regulação Médica), que após anotação das principais informações, transfere para o médico que irá tomar decisão de que tipo de socorro o indivíduo precisa. Funciona 24h, inclusive aos sábados, domingos e feriados e os atendimentos pelas equipes de suporte básico de vida ou suporte avançado de vida são realizados em vias públicas, residência ou local de trabalho (19-37).

Vale reforçar que o TARM é proibido fazer a regulação, deve limitar-se apenas a anotar as queixas e quando requisitado dar informações sobre endereços ou telefones. Nunca pode dizer que não tem ambulância sem passar a ligação para o médico que após ouvir a solicitação, analisa e dá melhor resposta possível garantindo o acesso do paciente a unidade de saúde.

O telefonista auxiliar de regulação pode encerrar o caso sem passar pela avaliação do médico regulador apenas quando o chamado se resumir a um pedido de informação como: endereços de unidades de saúde, telefones de outras centrais de atendimento à população ou outros chamados não relacionados a urgências médicas (23).

No Manual de Regulação Médica, podemos ler que cabe ao médico regulador: “[...] tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis devendo possuir

delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com seu julgamento” (23). Ao médico regulador é dado o poder de decidir a resposta ao pedido de socorro, que pode ser apenas uma orientação ou até mesmo a recusa de ajuda quando seja impossível avaliar a situação ou dar solução, ou mesmo quando não é de competência de serviço médico ou não é urgência (38).

Na primeira etapa do atendimento o acolhimento inicialmente realizado pelo TARM deve permitir a detecção de agravos de maior gravidade, antes mesmo de ser encaminhada a solicitação ao médico regulador, com o objetivo de identificar sinais de alerta em situações de risco de acordo com a natureza do agravo ou descrição do cenário (23).

Quando o médico regulador atende ao telefone, inicia a segunda parte das informações que é sobre o paciente. Neste momento, o recurso emergencial já pode ser acionado, se não for necessário, o médico pode exercer a telemedicina que é autorizada pela Resolução CFM nº 1.643/2002 (39). A telemedicina é basicamente medicina a distância. É uma aplicação da telemática médica. O termo telemática se refere à aplicação complementar de informática e telecomunicações. O médico tem como instrumento de trabalho os algoritmos para estratificar o risco de gravidade das vítimas (1).

Assim como é necessário habilidade por parte do TARM, é exigido também do médico regulador ao conduzir o interrogatório e julgar as informações que são obtidas do solicitante e tomar a melhor decisão no uso de diretrizes técnicas e/ou protocolos de referência do serviço. O Ministério da Saúde afirma que é perfeitamente possível estratificar o grau de urgência e de gravidade do caso por telefone, embora a pressão social possa ser um fator desfavorável nesta avaliação (23). As perguntas objetivas dirigidas ao solicitante, utilizando uma semiologia definida e abordada nos protocolos específicos são fatores facilitadores para este tipo de atendimento. Quanto ao fator tempo, é importante o conhecimento do tempo necessário entre o início dos sintomas e o tempo preciso para o início do tratamento, sabendo-se que quanto maior o tempo exigido, maior é a urgência. A pressão social que envolve o atendimento não pode ser desconsiderada, as informações não podem ser subestimadas e o atendimento não pode ser negligenciado (23).

As urgências são classificadas em níveis que vão do nível 01 ao nível 04 onde o nível 01 é visualmente classificado pela cor vermelha e significa grau de urgência ou emergência máxima; o nível 02 é classificado pela cor laranja significa que a urgência é de grau moderado e não precisa da presença médica; o nível 03 é classificado pela cor verde e significa prioridade baixa e pode aguardar atendimento médico por várias horas; o nível 04 é classificado pela cor azul e a urgência é de grau mínimo, podendo o médico regulador aconselhar, orientar medicalização por telefone ou orientar o encaminhamento por meios próprios quando for o caso. Porém, na falta de recurso, em que houver longo período de espera, o médico regulador deve constantemente reavaliar os casos pendentes e estar atento às mudanças, fazendo sempre contato com o solicitante dando informação sobre as dificuldades e orientando o tempo previsto de espera (23).

Outra maneira da solicitação chegar ao médico regulador pode ser o pedido de ajuda ou apoio, oriundo de profissionais da saúde ou solicitação de transferência de pacientes já atendidos em unidades de saúde de menor complexidade. Nestes casos, o MS indica que o pedido deve ser avaliado pelo médico regulador se é pertinente ou não, caso não haja pertinência, deve orientar o médico solicitante como conduzir o caso ou como utilizar os recursos locais (23).

Quando é decidido pelo regulador médico o envio de recurso, o rádio operador é acionado e libera a unidade de suporte básico ou avançado conforme a decisão do médico, informa ao condutor o endereço e o melhor itinerário para o deslocamento, acompanha a movimentação e localização de todas as viaturas da frota. Todo este processo deve respeitar o fator tempo, existe uma associação positiva entre a demora da ambulância e a proporção de casos fatais e graves, “o tempo é fator crucial no atendimento de emergência” (40). O tempo-resposta é definido como o período que vai desde o chamado até o socorro chegar até a vítima e enfatiza como sendo este um dos principais indicadores da eficiência do sistema (40).

Há ainda outra etapa desta comunicação, quando a equipe no local da cena identifica a situação da vítima e relata ao médico regulador, aguardando então a decisão quanto ao cuidado a ser ministrado e se necessário for, remover a vítima, o médico regulador tomará a decisão de acordo com a necessidade do paciente, o

serviço de referência que irá atendê-lo. Quando não existir vaga, o médico regulador utiliza o conceito de vaga zero, determinado pelo MS, quando ele tem a autoridade para fazê-lo (23).

O conceito vaga zero corresponde a obediência de uma política gerada pela interpretação conjunta da Constituição Federal, da Lei Orgânica da Saúde nº 8080/1990 e Portaria GM/MS nº 2048/2002 que diz: em caso de urgência, o atendimento deverá sempre ser prestado independente da existência ou não de leitos vagos, se o hospital público não tiver condições o paciente deve ser atendido pelo hospital particular (41).

O MS indica alguns cuidados que devem ser tomados na recepção do chamado, para que haja maior agilidade, melhor compreensão de ambas as partes e melhor atendimento ao usuário. Uma das orientações é com relação ao atendimento que deve ser no primeiro toque do telefone, onde o telefonista deve identificar-se, perguntar e registrar o nome do solicitante, chamando-o sempre pelo nome, usando uma linguagem simples e de fácil entendimento, tentando acalmá-lo com tom de voz suave e compassada, ajudando-o a expressar-se calmamente. O atendente deve manter o controle da conversação desde o início, mesmo quando exista a pressão por parte do solicitante. O conjunto de informações referentes à solicitação de atendimento de responsabilidade do TARM depende do protocolo do serviço, mas, deve contar com informações mínimas, como o número da ocorrência, município, data e horário, nome e telefone do solicitante, motivo do chamado etc. (23).

Outro cuidado recomendado pelo MS é a necessidade de que todo este processo seja gravado. A gravação dos chamados dá respaldo aos profissionais, quanto aos registros de sua conduta, aos solicitantes, no sentido do registro correto e claro das informações, bem como às instituições para manutenção e observância de pactos e posturas éticas no trato dos pacientes acometidos por urgências (23-42).

Para decisão gestora é necessário haver algumas ferramentas como mapas do município, grades de pactuação, protocolos de regulação, lista de instituições de saúde com telefones, manuais de rotinas do serviço, grades de recursos disponíveis, planos de catástrofe, impressos para registros de informação etc. (23).

Apesar de se usar informação como sinônimo de comunicação, existe diferença. “Na informação, não há uma interação entre sujeitos, ao passo que a

comunicação só existe quando há interação interpessoal” (43). Entretanto, no SAMU podemos verificar que existe tanto comunicação como informação.

Chity apud Marquis e Huston (2005), define comunicação como a troca complexa de pensamentos, idéias ou informações em dois níveis: verbal e não-verbal (44). Pelo fato da comunicação ser complicada é necessário que haja coerência na comunicação verbal e não-verbal para não haver confusão na troca de informação, para que o receptor entenda diferentemente a informação transmitida pelo emissor. A transmissão correta das informações iniciais é extremamente importante, pois por meio delas é que as equipes chegarão ao local do socorro (1-5-23-44).

Destri Junior (2005, p. 3) lembra que “a tecnologia da informação tem como principal função permitir a operação do sistema em tempo real, compreendendo a troca de informações entre os elementos participantes do sistema e, também, a obtenção de dados” (45).

Os registros do atendimento devem ser completos, incluindo todas as informações com características epidemiológicas e demográficas incluindo o diagnóstico, o tratamento, a evolução e gastos. “A precisão no registro das informações é fundamental, principalmente para controle de qualidade” (12).

No entanto, os sistemas de informação implantados no Brasil apresentam vários problemas e dentre eles a deficiência na comunicação entre os envolvidos no processo como: hospitais, gestores, centrais de regulação, ambulância. Outro problema encontrado é a dificuldade de localização da vítima, que ocorre pela falta de padronização e armazenamento inadequado dos dados. Estes fatores dificultam a operação de rastreamento, auditoria e análise dos dados. Apesar das legislações vigentes, existe uma preocupação maior do governo com os aspectos estruturais do que com aspectos operacionais, o que permite uma brecha para que os problemas já detectados continuem ocorrendo (45).

O MS dá orientações técnicas para o planejamento arquitetônico de uma central de regulação médica de urgência através da Portaria MS/GM nº 2.970 de 08 de dezembro de 2008 (46).

2.3.1 Sala de Regulação

Segundo a portaria que dá orientações técnicas para planejamento, construção ou adequação de uma CRM, a sala de regulação deve ter acesso restrito aos profissionais que nela trabalham, os postos de trabalho devem ser criados de acordo com a população, sendo que até 350.000 habitantes, que é o caso de Palmas, deve ter durante o dia dois TARMs, um operador de frota e um médico regulador e no período noturno, um TARM, um operador de frota e um médico regulador (46).

De acordo com a Resolução RDC/ANVISA nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 cada posto de trabalho deve utilizar 2m² de área, além dos espaços para circulação e recursos necessários. Deve haver controle acústico do ambiente segundo as normas da Associação Brasileira Normas Técnicas (ABNT), mantendo nível de ruído adequado, preservando o ambiente de excesso de ruídos externos. No ambiente devem ser respeitadas as condições de conforto, higrotérmico, qualidade do ar, acústico e luminosidade. A sala deve ainda proporcionar segurança, integridade da conduta profissional, imparcialidade no manejo e sigilo ético-profissional das informações (46-47).

Quanto aos recursos materiais para sala de regulação o MS recomenda sistema de telefonia com número suficiente de linhas disponíveis à população, aparelho de telefone adequado aos postos de trabalho, aparelho de fax, sistema de comunicação por rádios, sistema de gestão informatizado para arquivamento de registros gerados pela regulação e sistema de gravação digital contínua para registro de toda comunicação efetuada por telefone e rádio, com acesso protegido, permitido apenas às pessoas autorizadas pela coordenação (5-23).

2.3.2 Sala de Equipamentos

A sala de equipamentos deve estar mais próxima possível da sala de regulação, a área mínima de 6m² climatizada em temperatura de 18°C, preservada de luz solar, não podendo ter carpetes ou qualquer outro material que gere cargas elétricas por atrito (46).

2.3.3 Ambientes adjacentes à Central Médica de Regulação

Estes ambientes servem para dar apoio às equipes que atuam no campo além da equipe administrativa do SAMU. São eles: sanitários, sala para coordenação geral, médica e enfermagem; sala administrativa, área para arquivo; sala para repouso (feminino/masculino) com área mínima de 5m² por profissional, contendo banheiros e vestiários com armários para guardar pertences dos profissionais em anexo; copa/refeitório com mesa e cadeiras suficientes para os profissionais, não sendo obrigatório haver cozinha; depósito de material de limpeza; almoxarifado; farmácia; sala de utilidade; central de material esterilizado simplificada (opcional); sala de estar; abrigo coberto para as ambulâncias; lava-jato para as ambulâncias obedecendo a Resolução RDC/ANVISA nº 306/2004; sinalização adequada na saída das ambulâncias; obedecer ao padrão visual determinado pelo MS (46-48).

2.3.4 Bases Descentralizadas

De acordo com o MS devem estar em locais estratégicos de forma a contemplar os atendimentos da região, diminuindo o tempo-resposta respeitando a ordenação do fluxo das urgências. As bases descentralizadas podem ser construídas exclusivamente para o SAMU, porém, são de inteira responsabilidade

dos municípios. A estrutura mínima é: quarto com banheiro anexo, estacionamento coberto para as ambulâncias, copa, sala de estar, almoxarifado. Poderão também ser utilizadas estruturas já existentes adjacentes aos serviços de saúde, desde que seja mantida a individualidade no que concerne à área de descanso, banheiros e estacionamento coberto para as ambulâncias (46).

2.4 EQUIPE PROFISSIONAL

É determinado pela Política Nacional de Atenção às Urgências, que no serviço de atendimento pré-hospitalar móvel haja uma equipe de profissionais oriundos da saúde e outros não oriundos da saúde. A equipe de profissionais oriundos da saúde compõe-se de médicos reguladores e intervencionistas, enfermeiros assistenciais, auxiliares e técnicos de enfermagem (5).

Para a função de Coordenador Geral do SAMU, é exigido que seja um profissional oriundo da saúde, com experiência em serviços de gerenciamento e sistemas, e com conhecimentos comprovados no atendimento pré-hospitalar de urgência. Ainda é necessário que dentre os médicos, haja um responsável técnico pelas atividades médicas e dentre os enfermeiros, um responsável técnico pelas atividades de enfermagem, quando a demanda local permitir; caso haja necessidade, subentende-se que poderão ser contratados outros profissionais que não sejam os intervencionistas para tal função (5).

Segundo MS é de responsabilidade do médico regulador, quando recebe as informações dos usuários, gerenciar, definir e operacionalizar os meios disponíveis e necessários para atender as necessidades levantadas, utilizando os protocolos técnicos e a capacidade de julgar o que é necessário para o melhor atendimento ao usuário. Os médicos intervencionistas têm a função de realizar o atendimento necessário no local e durante o transporte, estando sempre sob o comando e o poder decisório do médico regulador (5).

O enfermeiro, segundo a Lei do Exercício Profissional – Lei Federal nº 7.498/86 é o profissional que privativamente exerce a chefia dos profissionais de

enfermagem, planeja, organiza, coordena e avalia os serviços de enfermagem, presta os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento científico e capacidade de tomar decisões imediatas, além de ser o responsável pelos cuidados de enfermagem a paciente grave e que corre o risco iminente de morte (49).

Por esta razão, o COFEN na Resolução nº 300/2005 que dispõe sobre a atuação dos profissionais resolve no artigo primeiro que toda a assistência de enfermagem deve ser exercida privativamente pelos profissionais de enfermagem, e o parágrafo único deste artigo define que toda Unidade de Terapia Intensiva (UTI) móvel ou de suporte avançado de vida, seja ela aquática, terrestre, ou aérea, é obrigatória a assistência de enfermagem ser executada pelo enfermeiro, o que também não exclui a possibilidade de haver um auxiliar ou técnico de enfermagem para ajudar o enfermeiro (31). Assim, o MS respeitando as referidas leis, na composição da equipe, define que o enfermeiro atua na unidade de suporte avançado e os auxiliares e técnicos de enfermagem atuam nas unidades de suporte básico sob a supervisão do enfermeiro (5).

Quanto aos requisitos gerais contidos na portaria GM/MS nº 2048/2002 para atendimento pré-hospitalar móvel as exigências são as mesmas para os profissionais oriundos da saúde, a saber:

Ser habilitado para exercer a medicina pré-hospitalar, atuando nas áreas de regulação médica, suporte avançado de vida, em todos os cenários de atuação do pré-hospitalar e nas ambulâncias, assim como na gerência do sistema;

- Ter equilíbrio emocional e autocontrole, iniciativa e facilidade de comunicação;
- Ter disposição para cumprir ações orientadas;
- Ter capacidade física e mental para a atividade, destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis;
- Ser capaz de trabalhar em equipe;
- Ter disponibilidade para a capacitação e recertificação periódica.

Os profissionais não oriundos da saúde que compõe a equipe do SAMU são: TARM, operadores de frota ou rádio operador, e condutores.

Os TARMs são profissionais do nível básico, capacitados para atender telefone na Central de Regulação Médica e seu serviço deve ser diretamente supervisionado pelo médico regulador. Como requisitos para desenvolver esta atividade são exigidos equilíbrio emocional e autocontrole, disposição para cumprir ações orientadas e capacidade de trabalhar em equipe (5).

Operadores de frota ou rádio operadores são profissionais também de nível básico, habilitados para operar sistemas de radiocomunicação e controlar o sistema operacional da frota de ambulâncias e outros veículos de urgência e os requisitos exigidos são os mesmos do TARM (5).

Para os condutores de serviço de urgência é necessária habilitação profissional de acordo com o código sanitário e a Regulamentação da Política Nacional de Urgências e ainda de acordo com as leis de trânsito vigentes, também como os demais, devem ter equilíbrio emocional, autocontrole, capacidade de trabalhar em equipe e disposição para cumprir ações orientadas e ter disposição para capacitação e recertificação conforme exigências do serviço (5).

2.5 NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIA

A Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da Portaria GM/MS nº 2.048/2002, especificamente no Capítulo VII, instrui a constituição do Núcleo de Educação em Urgência (NEU) sob a justificativa das urgências serem especialidades médicas e de enfermagem e, portanto, nos cursos de graduação a atenção dada a esta disciplina seja insuficiente.

De acordo com Ciconet, Marques e Lima (2008) um dos pontos significativos das diretrizes de atenção às urgências diz respeito à criação dos Núcleos de Educação em Urgências (NEU), definição de seus princípios norteadores, objetivos, grades de temas com conteúdos programáticos, e suas respectivas cargas horárias

e habilidades a serem alcançadas (50).

Para que haja menor sequela, os profissionais devem reconhecer rapidamente as condições que colocam o paciente em risco de morte, adotando ações corretas diante de cada situação. Para tanto o serviço de urgência deve indicar a formação de equipes especializadas e capacitadas para atender as principais patologias caracterizadas por elas (51).

Segundo a Portaria GM/MS nº 2.048/2002 o NEU deve ser um espaço interinstitucional, de formação capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências sob coordenação de um gestor público do SUS (5).

São princípios norteadores dos Núcleos de Educação em Urgência: organizar o sistema de atenção às urgências a partir da qualificação assistencial com equidade; reduzir a morbimortalidade por meio da promoção da saúde, com base no uso inteligente das informações obtidas nos espaços de atendimento às urgências; educação permanente articulada ao planejamento institucional e transformação da realidade e seus fatores determinantes baseados em situação-problema (5).

No ano de 2006, no Congresso Nacional da Rede SAMU, foi proposta a implantação do NEU em cada SAMU com a denominação de Núcleo de Educação Permanente (NEP) com objetivo de potencializar a qualificação dos profissionais devido à carência no mercado, uma vez que o componente pré-hospitalar móvel é bastante recente no país (50).

Além de qualificação, capacitação e atualização dos profissionais oriundos e não oriundos da saúde que compõe os serviços de urgência, o NEU tem ainda a função de participar da construção dos modelos de atenção às urgências, construção de protocolo único para trabalho em conjunto dos profissionais; garantir a massiva divulgação, de informações relativas ao perfil assistencial dos diversos equipamentos de urgência e emergência e a forma mais adequada de sua utilização e acionamento; acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de atenção às urgências, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do país; articular e apoiar, os Comitês, Municipal e Estadual de Urgência (52).

2.6 O SAMU NO ESTADO DO TOCANTINS

No Tocantins, com o propósito de regulamentar, normatizar e executar a Política Nacional de Atenção Integral às Urgências e promover, articular e integrar os serviços de saúde Estadual e Municipal, o SAMU foi implantado no ano de 2005, nas cidades de Palmas, Araguaína e Gurupi, por entender que este serviço era o primeiro componente desta política. Possui um atendimento organizado por meio da Central de Regulação Médica, sendo seus Recursos Humanos composto por Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica, Rádio-Operador e Médicos Reguladores (53).

Bem como designado na Portaria GM/MS nº 2048/2002, a Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, por meio do manual de orientação aos municípios para implantação do SAMU, manteve o delineamento das equipes, o perfil profissional e os requisitos gerais sem outras alterações (53).

2.7 O SAMU EM PALMAS-TO

O SAMU de Palmas foi criado por meio da Portaria GM/MS nº 326 em 4 de março de 2005, está localizado no Plano Diretor Básico, na Avenida Teotônio Segurado ACSU 100 lote 10, e com cobertura de 208.165 habitantes (54-55).

Possui três equipes de SBV e uma equipe de SAV. A equipe de suporte avançado de vida é composta por um médico, um enfermeiro, um condutor e um técnico de enfermagem, o que diferencia as equipes de outros Estados e a Política Nacional de Urgência e Emergência que preconiza a equipe sem o técnico de enfermagem (55).

O prédio possui dois pisos, no piso superior fica a sala da regulação médica, a sala dos equipamentos, a administração, o auditório, o repouso médico, a farmácia e almoxarifado. A sala de regulação médica está composta por quatro postos de

serviço, um ao lado do outro, todos com computador, e telefone interligados ao sistema de telefonia 192 e o sistema de rádio que faz a comunicação entre a central e as ambulâncias, além de possuir uma linha telefônica para ligações locais (55).

A sala de equipamentos está situada ao lado da sala de regulação, conforme orientações técnicas para o planejamento arquitetônico de uma Central de Regulação Médica de Urgência (46). Nela encontra-se o sistema de gravação digital e sistema de gestão informatizado para arquivamento dos registros gerados. Esta sala está dividida por divisórias de madeira com a sala da coordenação administrativa, que possui banheiro anexo (55).

No início, a Central de Regulação não era informatizada, alguns meses depois foram instalados equipamentos e realizada a informatização pelo MS por meio do DATASUS, mas o Sistema de Informação chamado de Sistema de Gestão SAMU não processava todas as informações conforme o programa atual. Todos os atendimentos realizados, os cuidados prestados e toda a intercorrência no atendimento eram digitados posteriormente por um digitador conforme as informações anotadas pelos socorristas durante o atendimento (55).

Atualmente a CRM é totalmente informatizada, possui um SI que foi desenvolvido pelo MS e implantado nas “Centrais Tocantinenses” em janeiro de 2007 após uso e detecção de dificuldades e falhas apresentadas pelo Sistema antigo. Funciona diariamente com um médico regulador, de um a dois TARMs e um operador de frota. Cada profissional faz plantão de 12h consecutivas sendo que o médico faz 09 plantões e os TARMs e operadores de frota fazem 12 plantões mensais. Estes são os profissionais que alimentam o sistema através da digitação dos dados durante o chamado telefônico (55).

A sala da administração funciona 12h por dia, setor responsável pelos recursos humanos, escalas de serviço, estatística, realização dos mapas mensais de previsão e provisão de materiais e equipamentos. Na farmácia/almojarifado são guardados medicamentos e materiais de enfermagem, é o setor responsável por distribuir materiais e medicamentos para a reposição das ambulâncias. Existem normas de previsão, provisão e distribuição dos materiais e medicamentos, tendo farmacêutico responsável pelo serviço (55).

A sala de arquivo possui prateleiras de madeira onde são guardadas as pastas com os relatórios de atendimento manuscritos pelos profissionais durante o atendimento. As pastas são separadas por mês e ordenadas por dias. Dividido por divisórias de madeira está o depósito de equipamentos. Nele guardam-se respiradores, oxímetros de pulso, desfibriladores e outros equipamentos de reserva do serviço. O serviço possui uma sala para a coordenação médica, coordenação de enfermagem e coordenação geral, com banheiro. Ainda no piso superior, está localizado um auditório com capacidade para 25 lugares e é utilizado para reuniões e capacitações realizadas pelo NEP (55).

O piso térreo é composto pelos repouso feminino e masculino, copa/refeitório, sala de estar, banheiros, depósito de material de limpeza e garagem para as ambulâncias. O prédio é murado, e no final do terreno existe uma edícula onde funciona a Central de Material Esterilizado, a lavanderia e a sala do Chefe de Frota. Ainda ao lado da edícula foi construída uma rampa para limpeza das ambulâncias (55).

2.7.1 Bases Descentralizadas

O SAMU devido sua natureza, necessita de localização estratégica para melhor atendimento das ocorrências, minimizando o tempo de deslocamento ao local da chamada, reduzindo riscos da urgência e os gastos nos percursos (57).

Pelo fato da cidade ter uma característica diferente de outras cidades, a distribuição da população ser desproporcional, sendo que a região sul é muito mais populosa do que a região norte, além da cidade ter uma extensão alongada, com intuito de diminuir o tempo resposta, foi necessário descentralizar a base, ficando 01 equipe de SBV e a equipe de SAV, na base central e 01 equipe de SBV Na UPA Norte localizado no centro e 01 na UPA Sul, localizado no bairro Aurenly I. As trocas de plantão são realizadas na base central às 06h30min e às 18h30min e para alimentarem-se as equipes dirigem-se também à base central no horário das refeições, voltando logo em seguida para as bases descentralizadas (55).

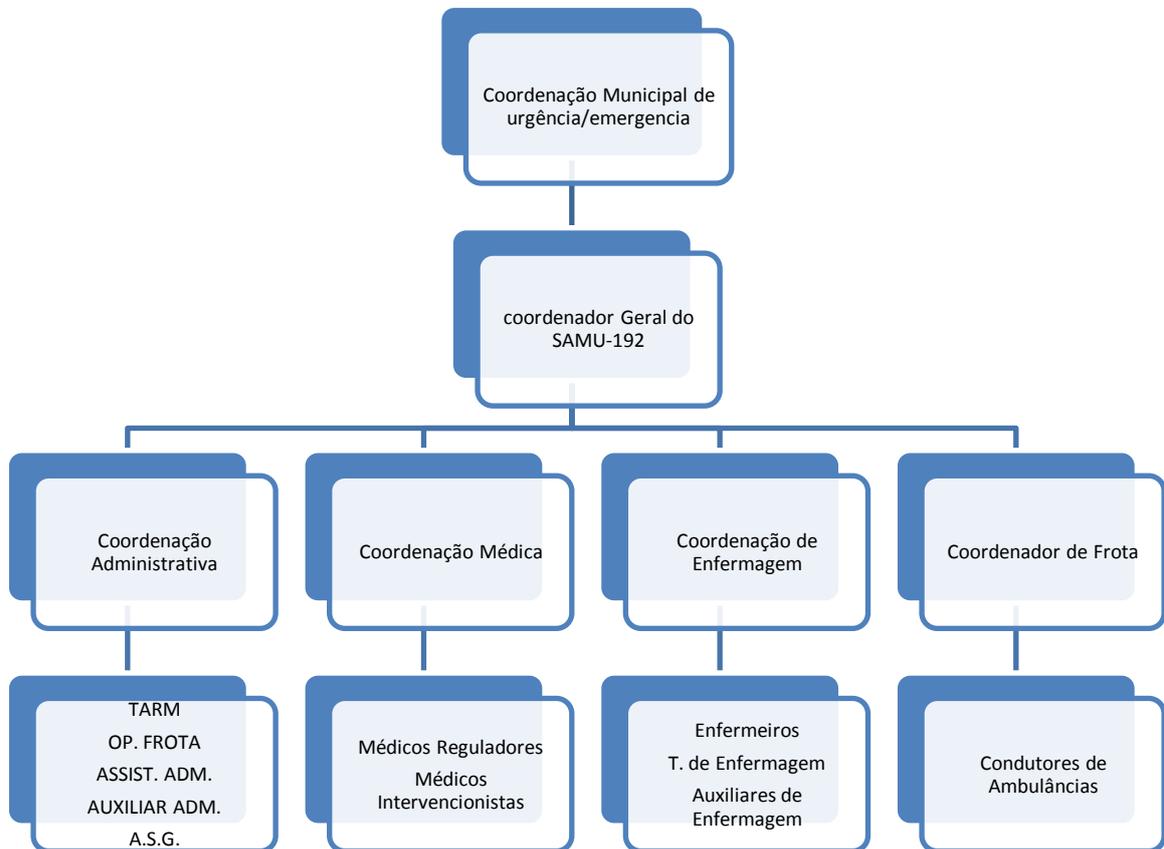
2.7.2 Recursos Humanos

O SAMU-192 é gerenciado por um médico coordenador que é oficialmente responsável pelo serviço perante a Secretaria Municipal de Saúde. É organizado internamente em quatro coordenações e trabalham 110 funcionários, em que a maioria é funcionário público municipal, regidos pela Lei Complementar nº 008/99 - Estatuto dos Servidores Municipais e Regimento Interno do SAMU de Palmas, a minoria é contratada ou cedida pela Secretaria Estadual da Saúde (58-59).

A equipe administrativa é formada por uma coordenadora administrativa, cinco assistentes administrativos e dois auxiliares de serviços gerais. Também fazem parte da equipe administrativa nove TARMs e sete operadores de frota, sendo todos concursados pelo município, exceto um TARM que é cedido pela Secretaria Estadual da Saúde. A equipe de enfermagem possui nove enfermeiros sendo que um deles exerce também a função de coordenador de enfermagem, e oito profissionais são concursados e apenas um é contratado. Existem vinte e seis técnicos de enfermagem, sendo dezenove concursados, quatro contratados e três cedidos pela Secretaria Estadual de saúde (55).

Os médicos exercem tanto a função de regulador como a função de intervencionista de campo e a equipe é formada por cinco concursados e dez contratados. São lotados no SAMU também os condutores que atuam no transporte social, totalizando trinta e seis condutores, porém, somente vinte e seis atuam nas equipes de SBV/SAV e um deles exerce também a função de chefe de frota. Todos os condutores são concursados municipais (55).

2.7.3 Organograma



FONTE: PALMAS, 2008.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Conhecer a assistência prestada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Município de Palmas - TO de julho de 2008 a junho de 2009.

3.2 ESPECÍFICOS

- Conhecer o perfil sócio demográfico dos profissionais que prestam assistência no SAMU e possíveis causas de afastamento do trabalho;
- Identificar os tipos de atendimentos prestados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na cidade de Palmas;
- Conhecer o perfil epidemiológico das vítimas atendidas (gênero e faixa etária);
- Identificar a distribuição dos atendimentos por tipo e local;
- Identificar o tempo resposta dos atendimentos solicitados ao SAMU.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo do tipo transversal descritivo tendo como base a epidemiologia (60). Os dados foram coletados no período de julho de 2008 a junho de 2009, se refere aos atendimentos prestados pelo SAMU na cidade de Palmas, Estado do Tocantins.

4.2 LOCAL/CONTEXTO

Palmas, capital do Estado do Tocantins, planejada e localizada estrategicamente no centro do Estado, à margem direita do rio Tocantins, completou em 2009, 20 anos de existência. Está cercada pelas serras do Carmo e do Lajeado, tem avenidas largas e 2.474,9 km de extensão. Pelo fato de ser cercada por serras e pelo rio Tocantins, a cidade assume uma característica de crescimento diferente de outras cidades, porque oferece espaço de crescimento somente para o sul (55).

Ao contrário do que foi idealizado, o processo de ocupação contrariou a lógica econômica para implantação das infra-estruturas, pois houve um contingente grande de população migrante que se instalou em áreas periféricas antes da ocupação do Plano Diretor Básico e os bairros de Taquaralto e dos Aurenys (I, II, III, IV) e outros bairros da região sul ficam distantes da área central e abrigam cerca de 40% da população de Palmas (61) (Anexo A).

A cidade possui dois hospitais públicos com gestão do Estado, sendo um, referência para neonatologia com Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, pediatria e maternidade (Hospital de Referência Dona Regina - HRDR) e o outro, Hospital Geral de Palmas (HGP), com pronto-socorro, UTI adulto e UTI pediátrica, referência para o Estado do Tocantins e outros estados. Existem ainda dois

hospitais da rede particular sendo uma maternidade com UTI neonatal – Hospital Cristo Rei (HCR) e o outro hospital geral – Hospital Osvaldo Cruz (HOC).

Na gestão do município, há duas unidades de pronto-atendimento, a UPA Norte e a UPA Sul, localizadas nos dois extremos de Palmas e na região central, próximo aos hospitais existe um pronto-atendimento particular, Serviço de Atendimento da Unimed (SAU). Todos funcionam 24h por dia com leitos de observação.

4.3 TAMANHO DA AMOSTRA

4.3.1 Profissionais

Optou-se no estudo por entrevistar os profissionais envolvidos diretamente nos atendimentos de urgência, quais foram: TARM, Operador de Frota, Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Condutor das equipes de SBV e SAV. Assim, do total de 110 profissionais vinculados ao SAMU 92 atendiam ao critério definido. Destes, 59 (64,1%) fizeram parte da amostra estudada e 33 (35,9%) foram excluídos por não atender os critérios definidos na pesquisa.

4.3.2 Atendimentos

O tamanho da amostra para análise dos atendimentos foi calculada tendo como base o estudo realizado por Aquino (2007) onde o número de atendimentos psiquiátricos foram 271 (5,6%) (62). Chegou-se à conclusão de que seria necessário o estudo de 85 atendimentos por mês, considerando intervalo de confiança de 95,0% e margem de erro de 2,0%. O SAMU de Palmas atende uma média de 500 ocorrências por mês (55), neste estudo, considerando-se pesquisar as ocorrências

durante o período de doze meses, decidiu-se pesquisar 200 atendimentos/mês totalizando 2400, o que correspondeu a 40% dos atendimentos.

4.4 FONTE DE COLETA DE DADOS

4.4.1 Instrumentos

Para estudar o perfil dos profissionais, foi utilizado um questionário contendo perguntas abertas e fechadas (Apêndice A). Após a coleta os dados foram armazenados em uma planilha do Microsoft Office Excel 97-2003 para análise (Apêndice D).

Os dados relativos ao atendimento realizado pelo SAMU foram coletados a partir de Relatórios de Atendimento preenchidos pelas equipes de SBV e equipe de SAV no local da ocorrência (Anexo B). Após a coleta os dados foram armazenados em uma planilha do Microsoft Office Excel 97-2003 (Apêndice C)

4.4.2 Descrição das Variáveis

Foram selecionadas as variáveis de acordo com os objetivos determinados na pesquisa. São elas:

Profissão: Foi representado por Enfermeiro, Médico, Técnico de Enfermagem, Conductor, Operador de Frota e Telefonista Auxiliar de Regulação Médica.

Gênero: Foi caracterizado por feminino e Masculino.

Faixa etária dos profissionais: Foi caracterizada por idade em anos completos de 20 a 25, 26 a 30, de 31 a 35, de 36 a 40, de 41 a 45, de 46 a 50 e de 51 a 55, 56 a 60 e acima de 61 anos.

Escolaridade dos profissionais: Foi representado por número de anos estudados.

Estado civil dos profissionais: Caracterizado por solteiro, casado, divorciado, viúvo e outros. Foi caracterizado como outros os que não se enquadraram nas alternativas dadas.

Tempo de serviço: Foi caracterizado por ano completo, menos que 1 ano, 1, 2, 3, 4 anos.

Uso de tabaco pelos profissionais: Foi caracterizado sim ou não. Em caso afirmativo, pelos tipos de tabaco (cigarro, cachimbo, cigarro de palha e rapé) e quantidades utilizadas por dia.

Uso de álcool pelos profissionais: Foi caracterizado por sim ou não. Em caso afirmativo, pelos tipos de bebidas alcoólicas (Cerveja, whisky, pinga, vinho e outras bebidas alcoólicas que não estão citadas nas alternativas especificadas).

Problemas de saúde e afastamento do trabalho: Foi caracterizado por tipo e motivo do afastamento.

Tipo de saídas: Foram representadas por saídas que geraram atendimentos (socorro e remoção) e saídas que não geraram atendimentos QTA (linguagem utilizada para os atendimentos cancelados pela central de regulação médica e a equipe retorna para a base de apoio), removidos por Corpo de Bombeiros, removidos por terceiros, óbitos e recusa de atendimento.

Tipo de atendimento: O socorro foi categorizado em: causas externas, causas clínicas, causas psiquiátricas, causas ginecológicas e obstétricas. As remoções em transporte de unidade pré-hospitalar para unidade pré-hospitalar, de unidade pré-hospitalar para hospital, inter-hospitalar, do aeroporto para hospital, do hospital para aeroporto e remoção para exames.

Motivo do atendimento: As causas externas foram classificadas de acordo com as opções contidas no relatório de atendimento em: acidente de trânsito envolvendo carro, moto, bicicleta ou atropelamento e outras causas externas como: queda, agressão física, ferimento corto contuso (fcc), ferimento por arma de fogo (faf), ferimento por arma branca (fab), intoxicação exógena, queimadura, choque elétrico

e outros.

Para os atendimentos clínicos os motivos foram classificados pelas categorias como descrito a seguir: dor torácica, dispnéia, síncope, parada cardio-respiratória (PCR), convulsão, acidente vascular cerebral (AVC), alcoolismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), outros motivos não especificados no relatório de atendimento e ignorados (quando o motivo estava em branco).

Os atendimentos ginecológicos e obstétricos foram classificados como: trabalho de parto, abortamento, doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), sangramento, dor pélvica, parto na ambulância, eclampsia, outras intercorrências não especificadas no relatório de ocorrência e ignoradas (em branco).

Os atendimentos psiquiátricos foram classificados em: adictos, tentativa de suicídio e suicídio, depressão, agitação, surto psicótico, heteroagressão e outros motivos não especificados no relatório de ocorrência.

Local das ocorrências: Os dados foram colhidos por meio do campo local da ocorrência e caracterizados por bairros sendo:

Norte – Das quadras 105 Norte até a quadra 605 Norte;

Centro – Avenida Juscelino Kubichek, Avenidas em torno do Palácio Araguaia, Quadras 101 Norte, 102 Norte, 103 Norte I, 103 Norte II, 104 Norte I e 104 Norte II, 101 Sul, 102 Sul, 103 Sul I, 103 Sul II, 104 Sul I e 104 Sul II que são as quadras comerciais de Palmas.

Sul – Das quadras 106 Sul até a quadra 1506 Sul.

Aurenys - Aurenys I, Aurenys II, Aurenys III, Aurenys IV e Setor Irmã Dulce.

Taquaralto – Setor Sul, Bela Vista, Morada do Sol (I e II), Santa Fé, Sol Nascente, Maria Rosa.

Santa Bárbara – Jardim Santa Bárbara, Jardim Santa Helena, Marly Camargo, Jardim Aeroporto.

Taquari – Lago Sul e Taquari.

Taquaruçu – Cidade e Serra.

Faixa etária: Foi categorizada por anos completos de 0 a 10, 11 a 20 de 21 a 30 de 31 a 40, de 41 a 50, de 51 a 60 e mais que 61anos.

Destino: Foram categorizados em atendimento no local, unidades de atendimento pré-hospitalar como UPA (Norte, Sul e SAU), hospitais (HGP, HRDR, HCR, HOC) e outros (não especificados no relatório de ocorrência).

Tempo resposta: Estes dados foram coletados por meio dos campos saída da base e chegada ao local de ocorrência e caracterizados por minutos.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Quanto aos profissionais, foram incluídos aqueles que trabalham na CRM, nas equipes de suporte básico e suporte avançado de vida que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice B).

Fizeram parte do estudo todos os documentos citados referentes aos meses de julho de 2008 a junho de 2009, com a devida autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – Tocantins.

4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

4.6.1 Profissionais

Foram excluídos aqueles que executam serviços administrativos, os auxiliares

de serviços gerais, os condutores das unidades de transporte social e os profissionais que recusaram assinar o TCLE, os que estavam de férias, licença maternidade ou licença médica no momento da coleta de dados, significando 35,9%.

4.6.2 Atendimentos

Também foram excluídas as fichas de atendimento que estavam incompletas e não garantiam segurança na representação dos dados.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme protocolo da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, o projeto foi submetido primeiramente à Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Palmas – TO. Após autorização desse órgão para realização da pesquisa (Anexo C), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas, conforme preconiza a Resolução CNS nº 196/96, que normaliza pesquisa envolvendo seres humanos (63), em que o pesquisador garantiu o anonimato dos indivíduos pesquisados, e só deu início à coleta dos dados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. O projeto foi aprovado conforme parecer CEP nº 05/2009 (Anexo D).

4.8 SELEÇÃO DE FICHAS

4.8.1 Atendimentos

A técnica utilizada foi amostra Casual Simples (64). Foram separadas todas

as fichas de atendimento às ocorrências preenchidas pela equipe de suporte básico e equipe de suporte avançado de vida, do período entre julho de 2008 e junho de 2009, segundo os dias de atendimento. As fichas foram numeradas com números arábicos em sequência foram sorteadas aleatoriamente 200 fichas por mês. Foi avaliado o preenchimento das fichas e feito a compilação dos dados. Posteriormente foram digitados em uma planilha do Microsoft Office Excel 97-2003 (Apêndice C), para facilitar a análise posterior.

4.8.2 Profissionais

Para a avaliação do perfil dos profissionais a pesquisadora entregou um questionário com perguntas abertas e fechadas, bem como o TCLE, em que a pesquisadora explicou os objetivos do estudo, esclareceu as dúvidas dos participantes, aguardou o preenchimento e depois de preenchido e entregue foram digitados em planilha do Microsoft Office Excel 97-2003 para análise (Apêndice D).

4.9 ANÁLISE DOS DADOS

Na análise estatística dos dados foi utilizada média, moda, mediana, frequência e percentual de acordo com a especificidade de cada variável (65) e o programa estatístico utilizado foi o Epi-info (TM), versão 3.5.1 (66). Os dados foram apresentados em gráficos e tabelas e os resultados discutidos conforme literatura estudada.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram analisados e os resultados são apresentados de acordo com os objetivos propostos na pesquisa por tópicos e discutido conforme literatura estudada. No primeiro tópico foram abordados os dados referentes aos profissionais que atuam no serviço. No segundo tópico os atendimentos realizados pelo serviço, no terceiro tópico as remoções, no quarto e último o tempo resposta.

5.1 PERFIL DO PROFISSIONAL

Em relação aos profissionais, optou-se por analisar apenas os profissionais da Central de Regulação Médica e os profissionais das equipes de SBV e SAV. Do total de 92 profissionais, fizeram parte da amostra 59 (64,1%), em que predominou a categoria de técnicos de enfermagem com 19 (32,2%), seguido de 15 (25,4%) condutores, 10 (16,9%) médicos, 06 (10,2%) operadores de frota, 05 (8,5%) enfermeiros e 04 (6,8%) TARMs.

Em um estudo que avaliou o SAMU em Recife, a proporção de profissionais que participou da pesquisa foi diferente, e ainda fizeram parte da amostra funcionários administrativos e pilotos de aeronave (14,7%), 19,5% eram técnicos de enfermagem, 19,5% enfermeiros, 14,6% médicos, 12,2% telefonistas, 12,2% eram motoristas e 7,3% operadores de frota (67).

Na Tabela 1 é apresentado o perfil dos profissionais da amostra estudada. A faixa etária variou de 26 a 55 anos, sendo que predominou de 31 a 45 anos com 44 profissionais (74,5%) seguido de 08 (13,6%) que tinham de 26 a 30 anos, 05 (8,5%) de 46 a 50 anos. A menor frequência foi encontrada na faixa etária de 51 a 55 anos com apenas 02 profissionais (3,4%). Destes, 38 (64,4%) eram do sexo masculino e 21 (35,6%) do sexo feminino. O estado civil foi definido como casado pela maioria 29 (49,0%), solteiros 10 (17,0%), 07 (12,0%) divorciados, e 13 profissionais (22,0%) definiram sua situação como outros. A média de anos trabalhados no APH foi de 3,5

anos, moda 4,0 e mediana 4,0, onde 47 (79,6%) profissionais estão atuando no serviço há 04 anos, ou seja, desde quando iniciou o serviço na capital. Há menos de um ano estão atuando 03 pessoas (5,1%) e entre 01 e 03 anos, 08 (13,6%). Houve ainda 01 profissional (1,7%) que não respondeu esta questão.

TABELA 1. Distribuição dos profissionais do SAMU segundo faixa-etária, sexo, estado civil e tempo de serviço em anos, Palmas - TO, 2009.

CARACTERÍSTICAS	n	%
Faixa Etária:		
26 a 30 anos	08	13,6
31 a 35 anos	15	25,4
36 a 40 anos	14	23,7
41 a 45 anos	15	25,4
46 a 50 anos	05	8,5
51 a 55 anos	02	3,4
TOTAL	59	100,0
Sexo:		
Masculino	38	64,4
Feminino	21	35,6
TOTAL	59	100,0
Estado Civil:		
Casado	29	49,0
Outros	13	22,0
Solteiro	10	17,0
Divorciado	07	12,0
TOTAL	59	100,0
Tempo de Serviço:		
< 1 ano	03	5,1
1 ano	01	1,7
2 anos	03	5,1
3 anos	04	6,8
4 anos	47	79,6
Não Respondeu	01	1,7
TOTAL	59	100,0
TOTAL	59	100,0

Ao contrário dos profissionais do SAMU da capital Palmas, estudo realizado no Estado de Goiás com profissionais do atendimento pré-hospitalar mostra que 51% dos profissionais daquele serviço eram solteiros (15).

Outros estudos mostram semelhança na predominância de faixa etária, sexo e estado civil. Estudo realizado no Rio Grande do Sul descreve o perfil dos

profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar de urgência, sendo eles 61% do sexo masculino, na faixa etária de 30 a 39 anos e atuam no serviço há mais de 05 anos (68). Zapparoli e Marziale (2006) descrevem em seu estudo que 67,5% dos profissionais do SAMU de Ribeirão Preto são do sexo masculino, 47,5% são casados, 15% divorciados, 95% têm idade entre 28 e 48 anos, sendo 65% com atuação na unidade há menos de 05 anos (19).

Levine, Wilson, Guido (1988) e Heskins (1997) afirmam que o cuidado intensivo, que pode ser comparado ao cuidado prestado pelo SAMU, é uma atividade masculina, pela característica do ambiente que exige alto nível tecnológico, e do trabalho requerendo racionalidade lógica e dinamismo que são requisitos tradicionais do sexo masculino (69-70), porém Campos (2005) discorda e afirma que a concentração masculina no SAMU se dá pela característica do trabalho que demanda de força física que na maioria das vezes é necessária pelo atendimento e pelas constantes remoções que necessitam de força física (34).

Em Recife, o tempo de serviço dos profissionais em anos, predominou de 09 a 12 anos com 34,1%, seguido de 01 a 04 anos com 31,7%, seguido de 22,0% os que trabalham a menos de 01 ano e 9,8% de 05 a 08 anos (67). No entanto, em Palmas esta diferença pode ser justificada, pois, o serviço de Recife tem aproximadamente 19 anos.

Na população estudada a média de anos estudados foi 14,3 anos, mediana 15 e a moda 11. A média de anos estudados pelos profissionais foi considerada como boa tendo em vista que a média correspondeu à graduação incompleta e também pelo fato da maioria dos profissionais entrevistados pertencerem a classe que não exige mais que 11 anos de estudo.

Ao investigar-se a carga horária, na Tabela 2, verifica-se que todos os profissionais da enfermagem trabalham 30h semanais em plantões de 12h por 60h de descanso. Existe uma lei municipal que garante esta carga horária a estes profissionais. Os condutores têm 40h semanais e fazem plantões de 24h por 72h de descanso, os operadores de frota e os TARMs trabalham 40h semanais em turnos de 12h não tendo regularidade nas horas de descanso, apenas respeitando o intervalo mínimo de 12h entre um plantão e outro. Os médicos são os únicos

profissionais que não há regularidade em sua carga horária e nem em número ou horário de plantões. Alguns fazem plantões de 12h noturno e diurno, outros fazem apenas plantões noturnos e ainda alguns fazem plantões de 6h. Todos os médicos trabalham tanto na regulação como na unidade móvel, dividindo a metade do plantão para cada função.

TABELA 2. Distribuição dos profissionais do SAMU segundo carga horária semanal, Palmas - TO, 2009.

PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	n	%
Técnico de Enfermagem:			
	30h Semanais	19	100,0
	TOTAL	19	100,0
Condutor:			
	40h Semanais	15	100,0
	TOTAL	15	100,0
Médico:			
	20h Semanais	05	50,0
	24h Semanais	02	20,0
	40h Semanais	02	20,0
	36h Semanais	01	10,0
	TOTAL	10	100,0
Operador de Frota:			
	40h semanais	06	100,0
	TOTAL	06	100,0
Enfermeiro:			
	30h Semanais	05	100,0
	TOTAL	05	100,0
TARM:			
	40h semanais	04	100,0
	TOTAL	04	100,0
TOTAL		59	100,0

Autores referem que o trabalho no serviço de emergência é fator de estresse, desgaste físico e emocional devido os profissionais que atuam na emergência se depararem com situações que envolvem risco de morte, o lidar com a dor e a morte. Ainda outros fatores podem causar riscos psicossociais, familiares e de saúde como o trabalho noturno, e o rodízio em turnos alternados, dentre os quais pode se destacar o distúrbio de sono, fadiga, dificuldade de se concentrar, distúrbios

alimentares que podem levar à depressão, suicídio, tabagismo, consumo de álcool etc. (19-71-72-73).

Destaca-se que os condutores de ambulância no serviço estudado fazem plantões de 24h, iniciando seus plantões no período noturno; sobre este assunto Fhischer *et al.* (2000) observaram uma redução no tempo total de sono depois de um turno de trabalho noturno. Segundo os autores os trabalhadores relataram uma menor eficiência de sono, demonstrando também uma redução na percepção do alerta depois da sexta e décima hora seguida de trabalho. Esta diminuição do período de sono pode levar também entre outros, a quadros de sonolência, comprometendo a eficiência durante o horário de trabalho. Um menor tempo de reação também pode ser consequência tanto de uma má qualidade quanto de um tempo insuficiente de sono, tendo como consequência principal o aumento da sonolência (74).

A sonolência contribui significativamente para os erros e aumento do risco de acidentes nos locais de trabalho. Isto pode afetar as operações industriais, plataformas petroquímicas e sistemas de transportes (75). Outros estudos com motoristas de ambulância mostram que na maioria das vezes os acidentes de trabalho, ocorridos com estes profissionais não são por colisão, mas, principalmente, por executar tarefas diversas diferentes daquelas que lhes são devidas (76).

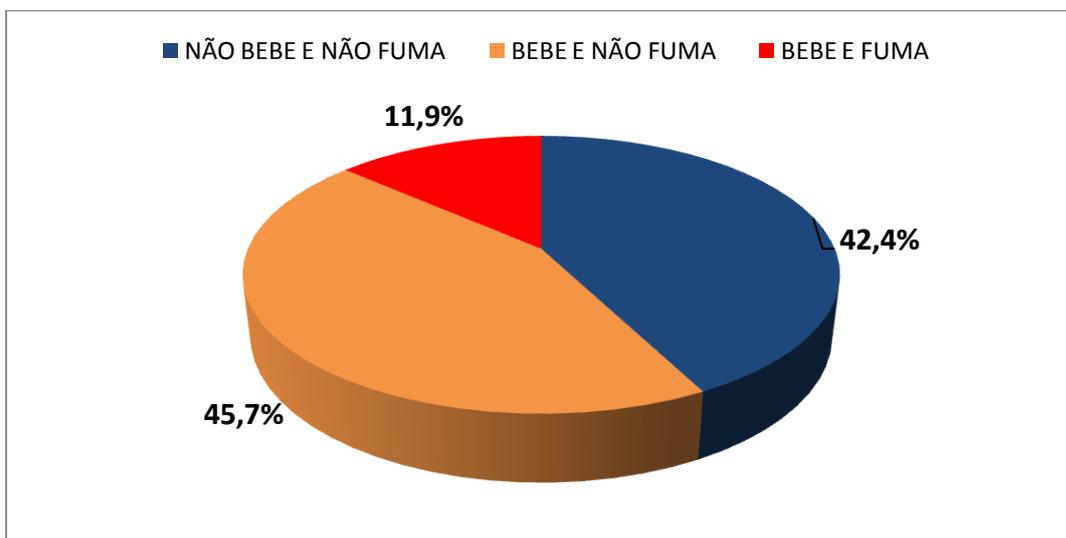


FIGURA 1. Distribuição das respostas em relação ao uso de álcool e tabaco pelos profissionais do SAMU, Palmas - TO, 2009.

Como mostra a Figura 1, quando foram questionados quanto ao uso de bebida alcoólica e tabaco, 34 (57,6%) usam bebida alcoólica e 07 (11,9%) usam tabaco. Observou-se que todos que fumam fazem também uso de bebida alcoólica, dos usuários de álcool 34 profissionais, 27 (79,4%) usam bebida alcoólica, mas não fumam e 25 (42,4%) não utilizam álcool e nem tabaco. Dos que usam bebida alcoólica 26 (76,5%) são do sexo masculino e 08 (23,5%) feminino.

Em todas as profissões o uso de bebida alcoólica está evidenciado nesta população. Os condutores são os profissionais mais atingidos pelo uso de bebida alcoólica, seguido dos técnicos de enfermagem. Os enfermeiros foram os que menos utilizaram bebidas alcoólicas nesta amostra. Estes dados podem ser verificados na Tabela 3.

TABELA 3. Distribuição dos profissionais do SAMU segundo uso de bebida alcoólica, Palmas - TO, 2009.

PROFISSÃO	n	%
Condutores	11	32,4
Técnicos de Enfermagem	08	23,5
Médicos	06	17,6
Operadores de Frota	04	11,8
TARM	04	8,8
Enfermeiros	02	5,9
Total	34	100,0

Pesquisas mostram que o consumo de álcool vem aumentando consideravelmente, aproximadamente 02 bilhões de pessoas no mundo consomem álcool e, no Brasil, são por volta de 18 milhões de consumidores. Borrini *et al.* (1996) relatam que em estudo realizado com profissionais da saúde mostrou que 69,4% dos profissionais usavam bebidas alcoólicas e ainda Amorim *et al.* (2008) mostraram em estudo mais recente com estudantes de medicina que a proporção de uso de álcool foi maior, 85,3% (77-78). Chiapetti e Serbena (2007) relatam também alto uso de álcool e tabaco em estudantes da área de saúde (79).

Aos profissionais que referiram uso de bebida alcoólica, questionou-se quais os tipos de bebida utilizavam, frente às seguintes alternativas: cerveja, whisky, pinga, vinho e outras, possibilitando marcar mais de uma alternativa (Tabela 4).

TABELA 4. Distribuição dos profissionais do SAMU segundo tipo de bebida consumida, Palmas, 2009.

TIPO DE BEBIDA	n	%
Cerveja	19	55,9
Cerveja e vinho	06	17,7
Todos os tipos	05	14,8
Whisky e outras	01	2,9
Vinho	01	2,9
Cerveja e outras	01	2,9
Pinga	00	0,0
TOTAL	34	100,0

Os resultados mostraram que a bebida preferida dos profissionais foi a cerveja, que é utilizada por 31 pessoas (91,2%). O vinho foi o segundo colocado sendo citado por 12 profissionais (35,3%), o whisky é utilizado por 06 pessoas (17,6%), lembrando que 05 (14,8%) profissionais citaram que utilizam todos os tipos de bebidas e ainda 02 pessoas (5,8%) utilizam também outras bebidas não explícitas nas alternativas. Dados da Companhia de Bebidas das Américas - AMBEV no ano de 2005 mostraram que o Tocantins ocupa o segundo lugar entre os Estados brasileiros no consumo de cerveja (80).

Todos que fumam citaram que o tipo de tabaco usado é o cigarro e a média de cigarros fumados por dia foi 11, 2, mediana 12 e a moda 4. Do total de fumantes, 06 (85,7%) são homens e 01 (14,3%) mulher. Quando relacionado com a profissão, a frequência foi de 01 (14,3%) médico e 06 (85,7%) condutores. Nesta população não foram encontrados fumantes nos profissionais de enfermagem, nos operadores de frota e TARMs.

Tauil, Coelho e Monteiro (2006), realizaram uma pesquisa com acadêmicos de enfermagem na Universidade de Brasília, citam que encontraram 6,8% de fumantes na população estudada. Os autores relatam uma proporção maior de fumantes também em pessoas do sexo masculino (81).

Leite, Santos e Marques (2008) lembram que os profissionais de saúde são vistos pelas pessoas como referência e que atitudes erradas como o consumo de álcool e tabaco, podem servir como má influência. Outro aspecto discutido pelos

autores é que o consumo excessivo do álcool prejudica a saúde, afeta os relacionamentos e interfere no comportamento social além de afetar o desempenho das atividades diárias (82). O uso de bebida alcoólica deve ser motivo de preocupação dos gestores do SAMU de Palmas.

Foram identificados 09 (15,3%) profissionais com problemas de saúde, em que os problemas citados foram: rinite (02), HAS (01), obesidade (01), hérnia de disco (01) asma (01), problema relacionado com a visão (02).

No período estudado, 10 (16,9%) dos profissionais tiveram afastamento do trabalho e os motivos são mostrados na Tabela 5.

TABELA 5. Distribuição dos afastamentos dos profissionais do SAMU segundo causas, Palmas, 2009.

CAUSAS	n	%
Acidente de Moto	02	20,0
Colisão da ambulância	01	10,0
Cirurgia	01	10,0
Doença não especificada	01	10,0
Doença na família	01	10,0
Fraturo	01	10,0
Hérnia de disco e depressão	01	10,0
Problema no olho	01	10,0
Licença maternidade	01	10,0
TOTAL	10	100,0

É referido na literatura que nem sempre é fácil ou prazeroso trabalhar na urgência e emergência, por sua característica, onde se encontra um cenário com várias especificidades como a complexidade das ações, a necessidade de tomada de decisão rápida e precisa. A escassez de recursos materiais e humanos, a sobrecarga de trabalho mental, psíquico e físico, jornada de trabalho extenuante, o convívio com a dor, sofrimento e morte levam os profissionais a situação de estresse (73-83-84-85).

Com o objetivo de associar o estresse com possíveis causas de afastamento do trabalho, perguntou-se aos profissionais se achavam o serviço estressante e pediu-se para justificarem as respostas. A maioria dos profissionais respondeu que

não acha o serviço no SAMU estressante (34) e justificaram as respostas dizendo que fazem o que gostam e apesar de lidarem com situações que exigem urgência e cuidados diferenciados, estão preparados e consideram uma situação rotineira conforme demonstra a Figura 2:

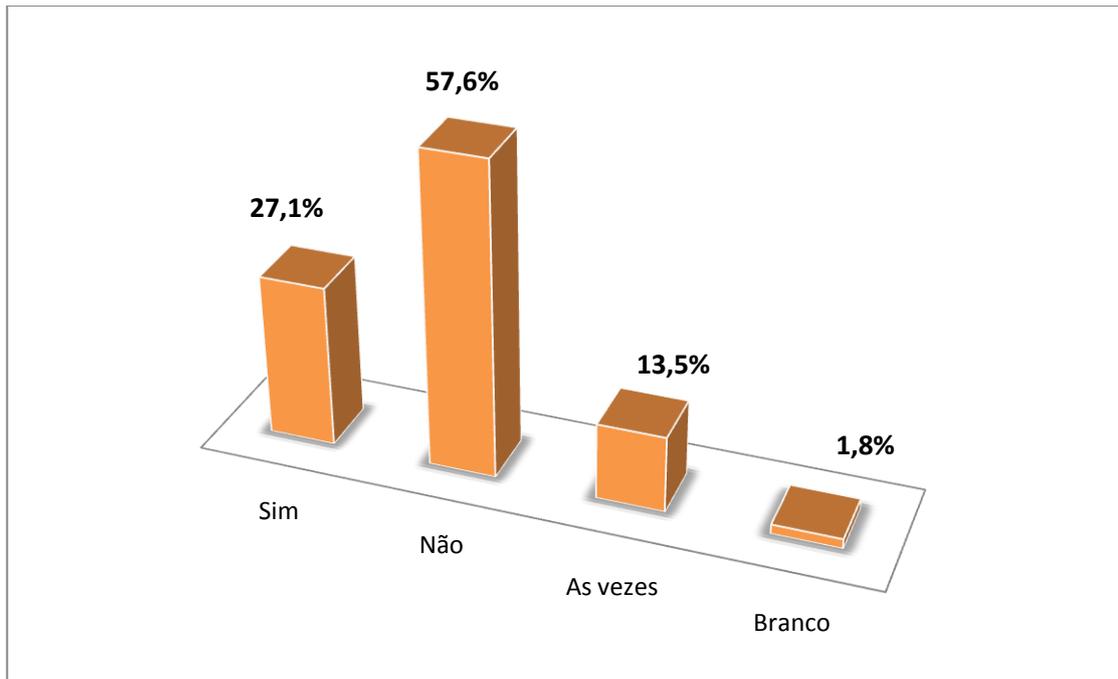


FIGURA 2. Distribuição das respostas em relação ao estresse no serviço, Palmas – TO, 2009.

Dos que disseram que o serviço é estressante (16), citaram como fator de estresse o medo do desconhecido, a falta de materiais e quebra de ambulância, espaço físico inadequado, a imprudência de outros condutores de veículos que podem causar um acidente com as ambulâncias, situações de insegurança no local da cena, a cobrança da população, a exigência de um serviço rápido e eficiente além da carga de trabalho e emocional. Os que responderam às vezes (08) usaram as mesmas justificativas dos que disseram que o serviço é estressante. Apenas um não respondeu a questão.

Almeida e Pires (2007) a este respeito consideram que o trabalho na urgência e emergência pode ser fonte de prazer, mas também de sofrimento (85). Na literatura encontrou-se como fonte de prazer a possibilidade de salvar vidas (86),

ajudar as pessoas, a dinâmica do serviço e a possibilidade de exercer a profissão com plenitude, já como fonte de sofrimento assim como neste estudo a falta de materiais, a carga de trabalho e o espaço físico inadequado também foram apontados como fatores de sofrimento e estresse (85).

5.2 ATENDIMENTOS

Foram analisados 2.400 relatórios de atendimento no período de junho de 2008 a julho de 2009. Destes, 2135 (89%) foram atendimentos prestados entre socorro e remoções. Do total das saídas, obtivemos 265 (11%) que não geraram atendimento conforme Tabela 6. Apesar de não gerar atendimento, estas saídas geram um custo para o serviço, visto que à medida que a ambulância sai, utiliza-se combustível, pneus, tempo, equipe, além de duplicidade de uso dos recursos públicos como é o caso daqueles atendimentos que são acionados pela população, sem critérios, o SAMU e o Corpo de Bombeiros.

TABELA 6. Distribuição das saídas das ambulâncias do SAMU, segundo relatório de atendimento, Palmas – TO, 2008/2009.

SAÍDAS	n	%	MÉDIA
Atendimentos	2135	89,0	177,9
QTA	120	5,0	10,0
Removido pelo COBOM	79	3,3	6,6
Removido por Terceiros	29	1,2	2,4
Recusa Atendimento	37	1,5	3,1
TOTAL	2400	100,0	200

Os QTAs, na maioria das vezes, são representados pelos trotes e causam um custo social e pessoal enorme, sendo maleficiente, pois além de enganar deliberadamente o serviço de saúde, utiliza um recurso que pode ser escasso naquele momento (62).

Além de socorro prestado na rua, em casa, no ambiente de trabalho, o SAMU ainda presta serviço de remoção de unidades pré-hospitalares para outras unidades pré-hospitalares, como USF para UPA, remoção pré-hospitalar para hospitalar, remoção inter-hospitalar e remoção para exames. Dos atendimentos, 1.831 (82%) foram por socorro e 304 (18%) foram por remoção.

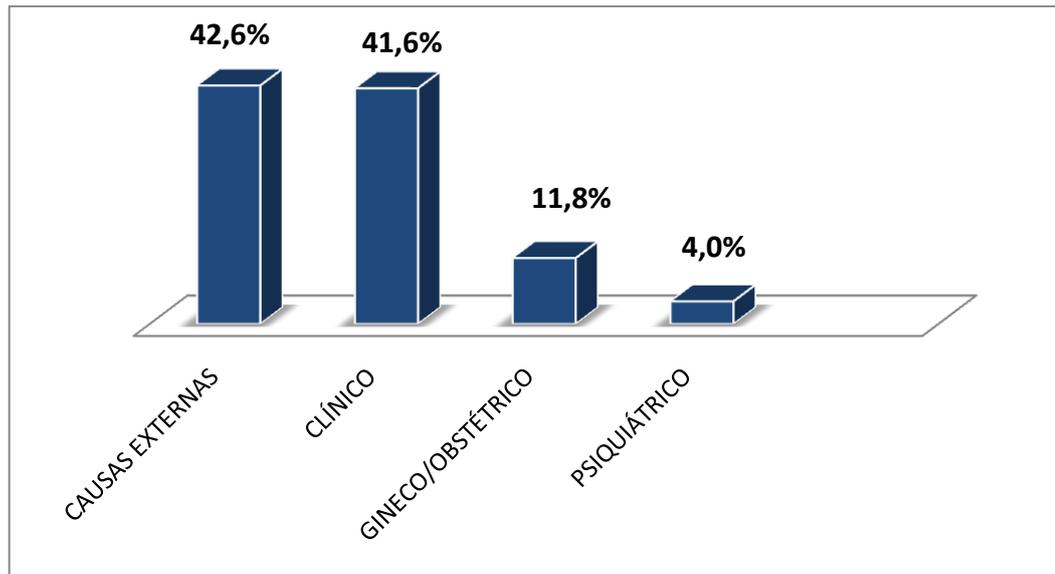


FIGURA 3. Distribuição de socorros, segundo tipo de atendimento, Palmas – TO, 2008/2009.

A Figura 3 mostra que dos 1831 atendimentos por socorro, o atendimento clínico foi 762 (41,6%) e quase se igualou ao atendimento por causas externas que foi 780 (42,6%), o atendimento ginecológico foi somado com o obstétrico e totalizou 215 (11,8%). Por causas psiquiátricas foram atendidas 74 pessoas (4,0%) e foi a causa de menor frequência.

Em Florianópolis-SC, dados bem próximos foram encontrados onde os atendimentos clínicos e psiquiátricos foram um pouco maior, 49,1% e 5,6%. Já os atendimentos gineco-obstétricos somaram 8% (62). Em outro estudo realizado em 38 SAMUs em outubro de 2004, 47,2% dos atendimentos foram meramente clínicos excetuando traumas, emergências pediátricas, obstétricas ou psiquiátricas (87).

Diferentemente de Aquino (2007) que em seu estudo houve predominância do sexo feminino com 50,3% e em 9% dos atendimentos o sexo foi ignorado, e também

de Oliveira, Neves, Araujo (2009) que ao estudarem o perfil dos pacientes atendidos em uma unidade de emergência verificaram que 52% da população estudada era do sexo feminino. No SAMU de Palmas a maioria dos usuários era do sexo masculino, 965 (52,7%), 859 (46,9%) do sexo feminino e em 07 atendimentos (0,4%) o sexo foi ignorado (62-88).

A média de idade para os atendimentos por socorro foi de 35 anos, mediana 30 e moda 22, enquanto Oliveira, Neves, Araujo (2009) em São Paulo obtiveram a média de idade entre os pacientes atendidos de 41,6 (88).

5.2.1 Atendimentos por Causas Externas

Como causas externas consideram-se agravos não naturais, provocados por uma intervenção voluntária ou ainda por uma causa extremamente brutal como um acidente de trânsito (89).

As causas externas constituem uma das principais causas de morte em todo o mundo e no Brasil, correspondem à terceira causa de morte, precedida apenas pelas doenças do aparelho cardiovascular e neoplasias (90).

O estudo mostrou que a maior frequência dos atendimentos por causas externas foi por acidentes de trânsito totalizando 533 (68,3%) e o maior número de acidentes foram causados por motocicletas. Outro problema que vale a pena ressaltar são as quedas que totalizou 131 (16,8%) atendimentos por ocorrências de causas externas.

Os atendimentos por causas externas são mostrados na Tabela 7 segundo acidentes de trânsito e outra causas.

TABELA 7. Distribuição de socorros, segundo causas externas, Palmas - TO, 2008/2009.

MOTIVO	n	%
Acidente de moto	375	48,1
Queda	131	16,8
Acidente de automóvel	60	7,7
Acidente de bicicleta	58	7,5
Atropelamento	40	5,1
Agressão	35	4,5
Ferimento por arma branca	23	2,9
Ferimento coto contuso	20	2,6
Outros	15	1,9
Intoxicação exógena	13	1,7
Choque elétrico	04	0,5
Ferimento arma de fogo	04	0,5
Queimadura	02	0,3
TOTAL	780	100,0

Dados do MS mostram que no ano de 2006, 7,0% das internações nos hospitais do SUS foram por causas externas e destas, 15,0% foram por acidente de transporte terrestre (90).

5.2.1.1 Acidentes de Trânsito

Considera-se como acidente de trânsito um evento que provoque dano envolvendo veículo, via, vítima sendo ela pessoa humana ou animal, tendo obrigatoriamente a necessidade de haver a presença de pelo menos dois destes fatores (91).

Atualmente, a América Latina e o Caribe têm uma taxa de 17 mortes por cada 100 mil pessoas por acidentes de trânsito, quase o dobro da média mundial, e, segundo cálculos do Banco Interamericano de Desenvolvimento, se a tendência continuar as mortes poderão chegar a 31 por cada 100 mil no ano 2020, a maior taxa do planeta. Este tipo de acidente é a principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos e para alguns países representa uma despesa de entre 1,0% e 2,0% de seu Produto Interno Bruto (92).

No Brasil, a mortalidade por acidentes de trânsito é extremamente alta além de causar sequelas físicas e psicológicas em pessoas jovens e ainda em idade produtiva e é considerado um importante problema de saúde pública. Segundo MS a mortalidade proporcional de acidentes de trânsito por sexo foi de 82,0% no sexo masculino e 18,0% no feminino e a proporção de mortalidade na região Norte foi 7,0% (90).

O Estado do Tocantins registra, em média, 21 acidentes de trânsito por dia, e uma pessoa morre a cada dois dias, conforme dados do último levantamento realizado pelo Departamento Estadual de Trânsito do Tocantins (DETRAN-TO). Pelo levantamento, baseado em dados de janeiro a outubro de 2007 (304 dias), foram 6.508 acidentes, com 174 mortes em todo o Estado. A análise dos dados mostra ainda que, no período, 3,7% das vítimas morreram (93).

De acordo com os dados do Centro Integrado de Operação da Polícia Militar (SIOP), no ano de 2007 foram registrados 3125 acidentes de trânsito registrados em boletins de ocorrência no município de Palmas, um número alto que mostra o quanto o trânsito se tornou um problema de saúde pública. De todos os acidentes 48,4% foram causados por motocicletas, 33,2% por automóveis sem contar com caminhões, ônibus ou reboque e 8,9% foram por bicicletas. A maioria dos condutores eram homens (62,3%), com idade de 18 a 29 anos (35,7%) e de 30 a 59 anos (35,4%). Foram a óbito 2,7% das vítimas (94).

Neste estudo os acidentes de trânsito foram representados por acidentes de moto, acidentes de bicicleta, acidentes de automóveis e atropelamentos totalizando 533 atendimentos. Destes, 375 (70,4%) foram atendimentos prestados às vítimas de acidentes de motocicletas, 60 (11,1%) às vítimas de acidente de automóveis, 58 (10,9%) às vítimas de acidentes envolvendo bicicletas e 40 (7,5%) aos pedestres que sofreram atropelamento (Tabela 8). Considerou-se para esta variável o veículo que a vítima estava utilizando, independentemente se o acidente era queda, colisão, capotamento ou atropelamento. Outros estudos mostram semelhança (29-62-91-95-96-97).

TABELA 8. Distribuição de atendimentos por acidentes de trânsito, segundo sexo e faixa etária, Palmas - TO, 2008/2009.

ACIDENTE TRÂNSITO F. ETÁRIA	Mas.		Fem.		Ig.		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0 A 10	15	4,4	10	5,3	00	0,0	25	4,7
11 A 20	53	15,6	36	19,1	00	0,0	89	16,7
21 A 30	135	39,7	62	33,0	00	0,0	197	37,0
31 A 40	69	20,3	46	24,5	00	0,0	115	21,6
41 A 50	31	9,1	17	9,0	00	0,0	48	9,0
51 A 60	13	3,8	09	4,8	00	0,0	22	4,1
61 OU +	11	3,2	02	1,1	00	0,0	13	2,4
Ignorado	13	3,9	6	3,2	05	100,0	24	4,5
TOTAL	340	100,0	188	100,0	05	100,0	533	100,00

Os acidentes aconteceram numa proporção maior em pessoas do sexo masculino 340 (63,8%), sendo a faixa etária mais atingida dos 21 aos 30 anos tanto para mulheres quanto para homens. Ainda se observou 25 acidentes ocorridos na infância (4,7%) e 89 na adolescência um percentual considerável (16,7%).

Ocorreram 08 óbitos (1,5%) por acidentes de trânsito na amostra estudada. Todos os óbitos foram de pessoas do sexo masculino, sendo 05 (62,5%) na faixa etária de 21 a 30 anos, corroborando a literatura onde autores afirmam que a maioria dos óbitos por acidentes de trânsito ocorre em homens adultos, jovens (18-90-94-98-99-100). Segundo Soares Filho *et al.* (2008) a proporção de óbitos por acidentes de trânsito na região Norte foi (7%) (90), em Palmas esta proporção foi reduzida.

O trauma é a causa de morte mais comum entre crianças acima de um ano de idade nos Estados Unidos. Dentre as mortes por acidentes, mais de dois terços são por acidentes envolvendo veículos motorizados (4).

De acordo com o MS das vítimas de acidente de trânsito internadas nos hospitais públicos, 76, 7% eram do sexo masculino e 23,3% do sexo feminino e a faixa etária mais atingida foi dos 20 a 29 anos tanto entre as mulheres como entre os homens, reforçando os dados encontrados neste estudo (18-90-94--98-99-100).

TABELA 9. Distribuição de atendimentos por acidentes de trânsito segundo local da ocorrência, Palmas – TO, 2008/2009.

LOCAL DO ATENDIMENTO	n	%
Sul	277	51,9
Norte	99	18,6
Aureny III	38	7,1
Taquaralto	32	6,0
Ignorado	26	4,9
Aureny IV	17	3,2
Aureny II	15	2,8
Aureny I	09	1,7
Santa Bárbara	07	1,3
Taquaruçu	05	0,9
Taquari	04	0,8
Outros	04	0,8
TOTAL	533	100,0

Quando distribuídos os acidentes de trânsito por local das ocorrências, as quadras da região sul tiveram 277 (51,9%) atendimentos e as quadras da região norte 99 (18,6%) e foram os que mais tiveram acidentes. Estes bairros são compostos, na grande maioria, por quadras residenciais. Apesar de todas as equipes terem acesso ao endereço da ocorrência, para chegar até ela, ainda em 26 fichas (4,7%) não foram identificados o local da ocorrência (Tabela 9).

Na Figura 4 são mostrados que em Palmas a referência para traumas é o Hospital HGP. A grande maioria das vítimas por acidentes foi levada para este serviço. Foram realizados 36 atendimentos no local (6,8%) não necessitando transportar as vítimas, apenas 38 vítimas (7,1%) foram levadas para as unidades de pronto-atendimento, houve recusa de atendimento por 02 vítimas (0,4%) e 08 (1,5%) foram a óbito antes mesmo de serem socorridas e permaneceram no local do acidente aguardando a remoção pelo IML.

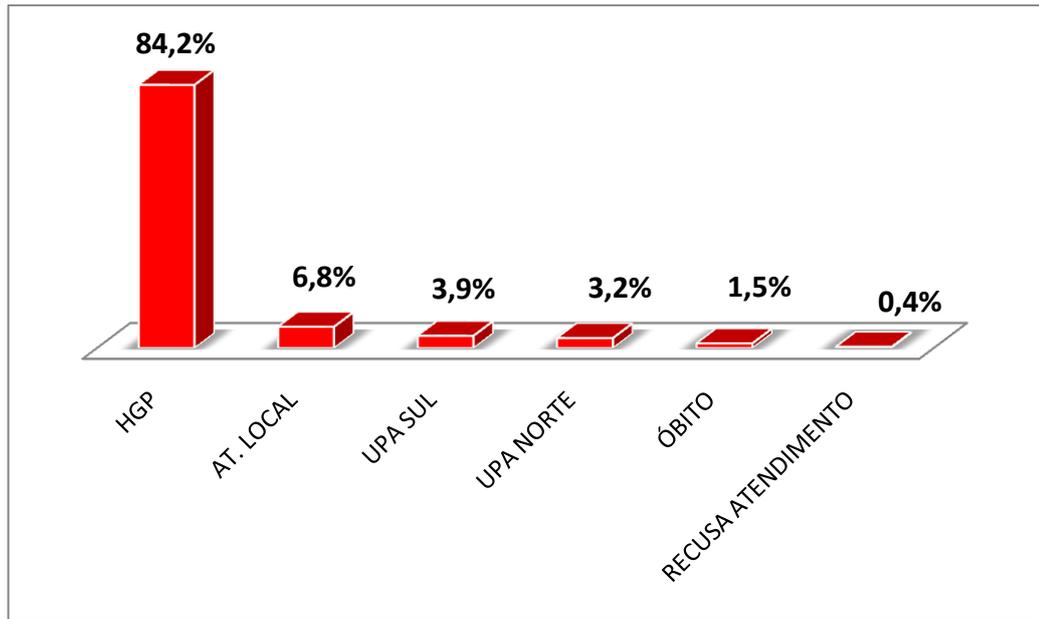


FIGURA 4. Distribuição de atendimentos por acidentes de trânsito, segundo destino, Palmas-2008/2009.

O HGP atendeu nos últimos quatro meses de 2006, cerca de 800 pacientes vítimas de acidentes de trânsito, uma média de 200 pacientes/mês, gerando um custo médio mensal de R\$ 1.476,22 por internação e R\$ 110.000,00 com órteses e próteses. Foi realizada também uma média de 246 cirurgias ortopédicas nestes meses e uma média mensal de 110 tomografias computadorizadas em vítimas de acidentes de trânsito (101).

Em um inquérito realizado no HGP no ano de 2007, 48,6% das notificações das causas externas foram por acidente de trânsito (94).

5.2.1.2 Causas Externas Não Decorrentes de Acidente de Trânsito

Considerou-se como causas externas não decorrentes de acidente de trânsito as agressões físicas, ferimento por arma branca, ferimento por arma de fogo, ferimento corto contuso, intoxicação exógena, choque elétrico, queda e queimadura.

Na Figura 5 são mostrados que do total de 247 atendimentos, a queda foi a causa que teve maior incidência correspondendo a 131 casos (53,0%). Resultado semelhante encontrado por Gawryszewski, Jorge e Koizumi (2004) em que as quedas lideraram a internação com 56,1% do total de internações por causas externas (102).

Estudo realizado nos Estados brasileiros no ano de 2006 sobre o perfil dos atendimentos de emergência por acidentes e violências mostra uma predominância de quedas com 40,2%, onde em todos os tipos de acidentes também predominou o sexo masculino (90).

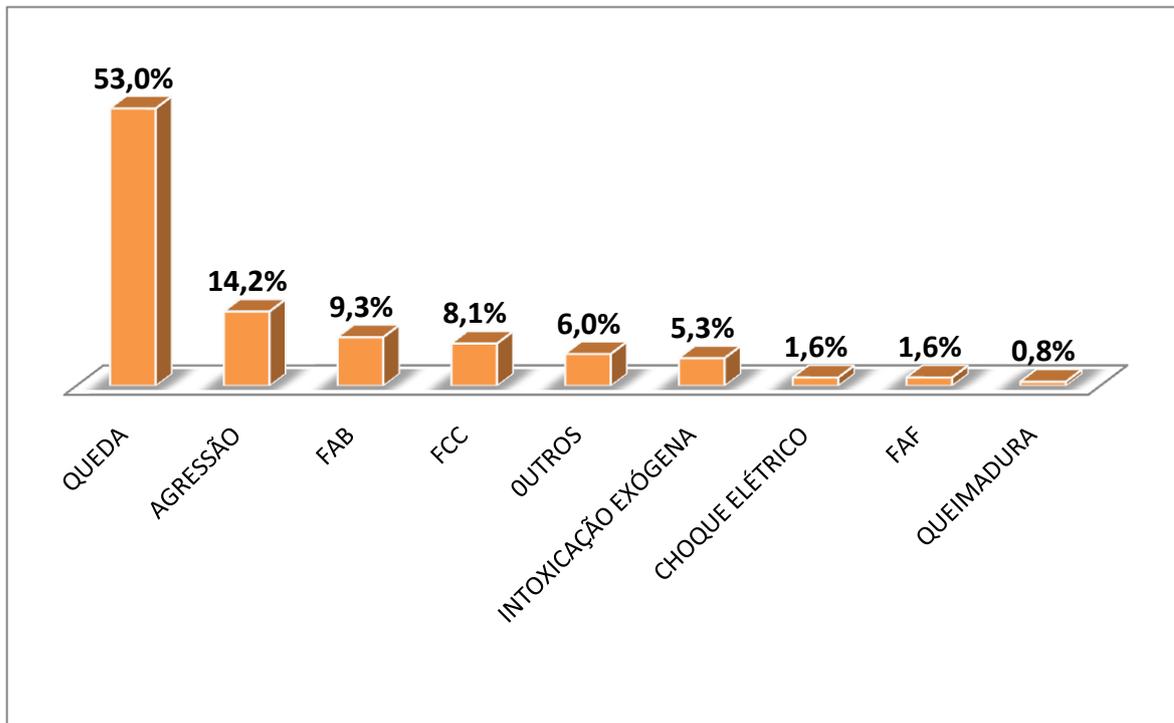


FIGURA 5. Distribuição de atendimentos por causas externas não decorrentes de acidentes de trânsito, segundo motivo, Palmas - TO, 2008/2009.

A definição de agressão física, segundo Ferreira (2004), além de bordoadas, pancada, também é investida, ataque e conduta caracterizada por intuito destrutivo (103). Neste estudo somou-se o FAB com FAF e agressões de qualquer outra natureza. Portanto, 35 pessoas foram atendidas por agressão física (14,2%),

somada aos ferimentos de arma branca que foram 23 (9,3%) e 04 ferimentos de arma de fogo (1,6%) que totalizou 25,1% dos atendimentos que representou um percentual relevante comparado aos dados encontrados na literatura, em que o relatado por Mesquita Filho e Jorge (2007) que ao estudarem a característica da morbidade por causas externas em um serviço de urgência em Minas Gerais, encontraram a proporção de 10,8% para vítimas de agressão (104). Os atendimentos prestados pelo SAMU de Florianópolis e pelo SAMU de Olinda que conforme Aquino (2007) foi 4,9% e conforme Cabral e Souza (2008) foi 9,2% respectivamente (62-105).

Na Tabela 10 Observa-se que não houve atendimento por qualquer tipo de agressão na faixa etária de 0 a 10 anos. A faixa etária que representou maior frequência de atendimentos por agressão foi dos 21 aos 30 anos. Na região Sul do Brasil foi realizado estudo numa população menor de 15 anos e foi notado 0,6% de agressão nesta faixa etária (106).

Apesar de não haver ferimento por arma de fogo e nem por arma branca no idoso, encontrou-se 02 pessoas que sofreram agressão por outra natureza (5,7%) na faixa etária acima de 61 anos. Estudo realizado com idosos por meio do Sistema de Informações Hospitalares a proporção de internação de idosos por agressão foi de 2,8% (102).

TABELA 10. Distribuição de atendimentos por tipo de agressões, segundo faixa etária, Palmas – TO, 2008/2009.

FAIXA ETÁRIA	AGRESSÃO		FAB		FAF	
	n	%	n	%	n	%
0 – 10	00	0,0	00	0,0	00	0,0
11 – 20	06	17,1	06	26,2	02	50,0
21 – 30	13	37,1	11	47,9	02	50,0
31 – 40	10	28,6	03	13	00	0,0
41 – 50	03	8,6	01	4,3	00	0,0
51 – 60	00	0,0	01	4,3	00	0,0
61 OU +	02	5,7	00	0,0	00	0,0
Ignorado	01	2,9	01	4,3	00	0,0
Total	35	100,0	23	100,0	04	100,0

Do total de atendimentos por outras causas externas, 178 pessoas eram homens (72,1%) e 69 (27,9%) mulheres. Tal resultado se assemelha ao encontrado em serviço pré-hospitalar de Minas Gerais (104) onde 70,8% dos pacientes eram do sexo masculino e 29,1% feminino, também há um serviço de urgência/emergência do Rio de Janeiro que a proporção foi de 69,3% do sexo masculino e 30,7% do sexo feminino (107).

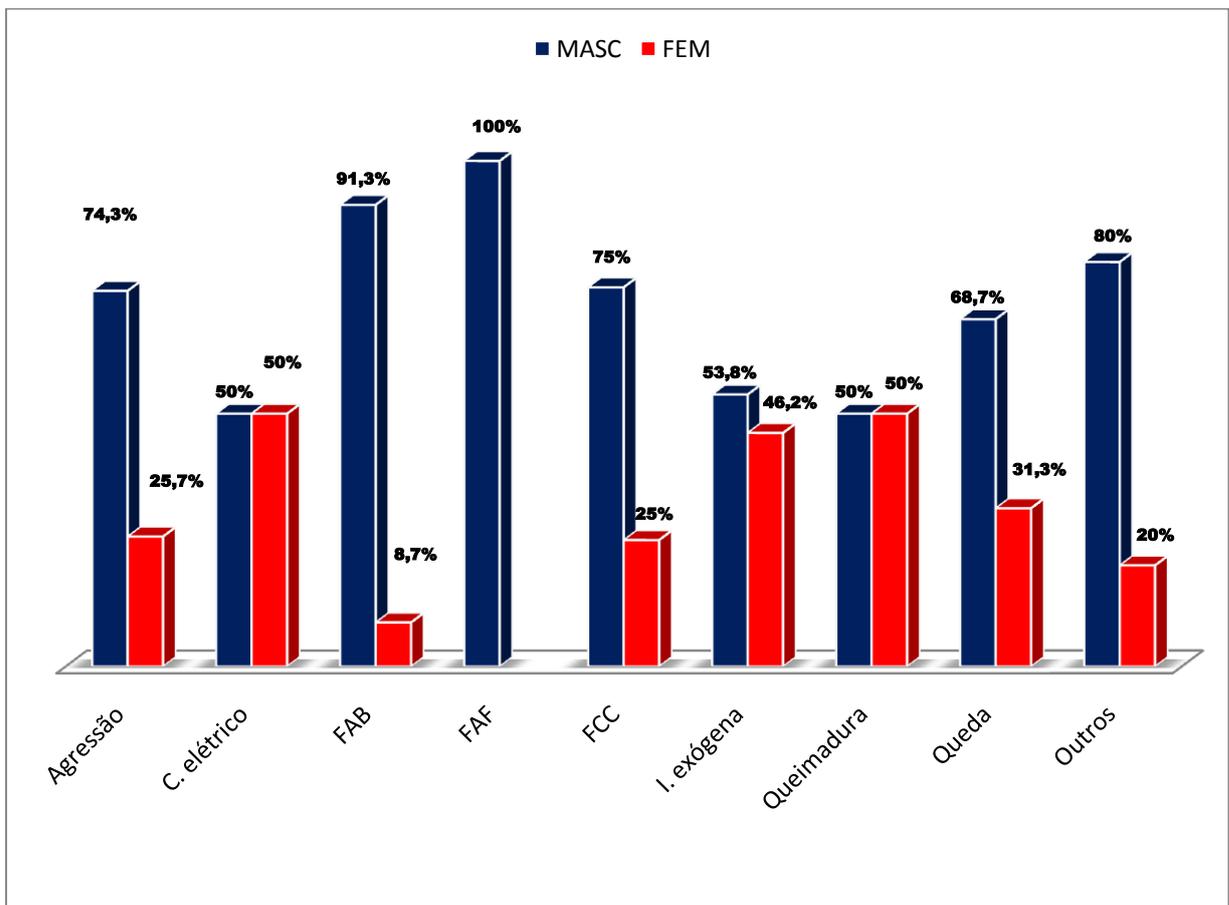


FIGURA 6. Distribuição de atendimentos por causas externas não decorrentes de acidentes de trânsito, segundo motivo e sexo, Palmas – TO, 2008/2009.

Excetuando-se, queimadura e choque elétrico que obtiveram o mesmo percentual de atendimentos, nos demais motivos a incidência de atendimentos foi maior no sexo masculino reiterando achados na literatura (90-102-104-107).

TABELA 11. Distribuição de atendimentos por causas externas não decorrentes de acidentes de trânsito, segundo local da ocorrência, Palmas – TO, 2008/2009.

LOCAL DO ATENDIMENTO	n	%
Sul	105	42,5
Norte	68	27,5
Taquaralto	19	7,7
Aureny III	16	6,6
Taquari	13	5,3
Santa Bárbara	10	4,0
Aureny IV	05	2,0
Aureny II	04	1,6
Ignorado	03	1,2
Aureny I	03	1,2
Taquaruçu	01	0,4
TOTAL	247	100,0

De acordo com a Tabela 11, a região sul teve 105 atendimentos com maior incidência de causas externas outras (42,4%), seguido da região norte que teve 68 atendimentos (27,4%). Dos Aurenys, o Aureny III foi o que teve mais atendimentos 16 (6,5%) e o Aureny I teve 03 apenas atendimentos (1,2%) e foi o que teve menos.

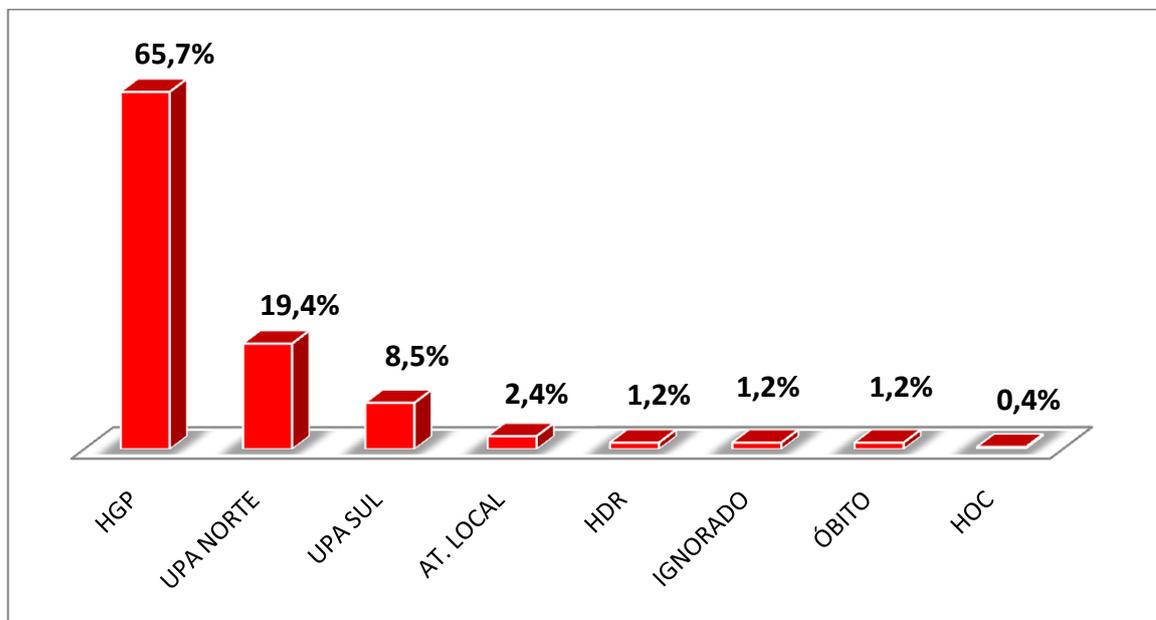


FIGURA 7. Distribuição de atendimentos por causas externas não decorrentes de acidentes de trânsito, segundo destino, Palmas – TO, 2008/2009.

Na Figura 7 são mostrados que dos pacientes atendidos por outras causas externas 162 (65,7%) foram encaminhados para o HGP, 48 (19,4%) à UPA Norte e 21 (8,5%) à UPA Sul. Somente 06 (2,4%) foram atendidos no local, sem necessidade de remoção em 03 (1,2%) casos ocorreu óbito no local.

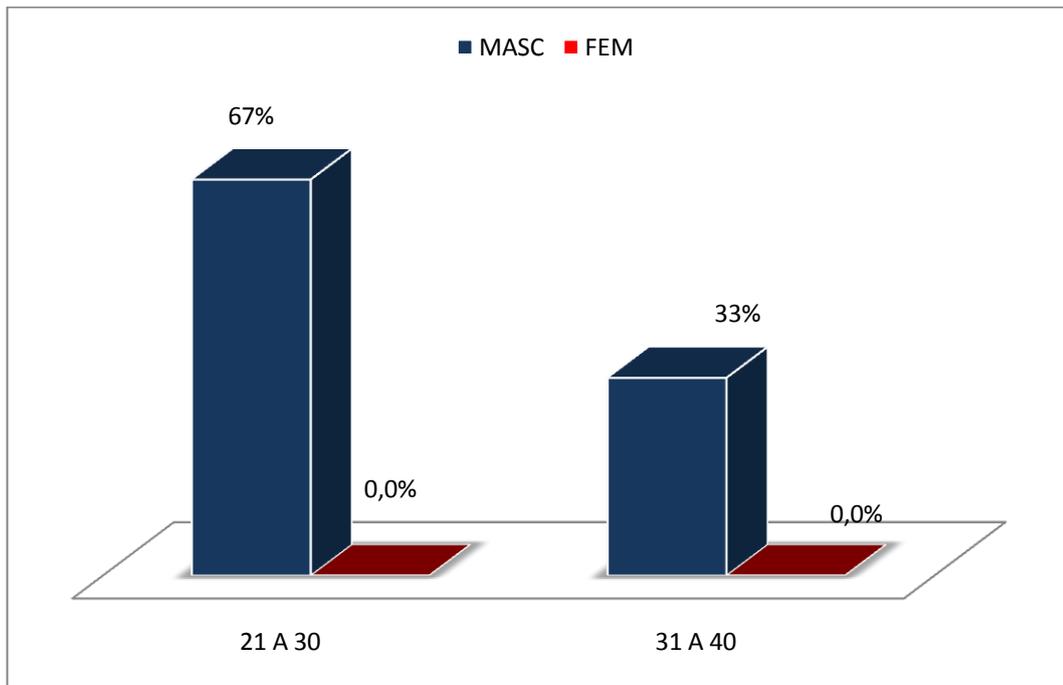


FIGURA 8. Distribuição de óbitos por causas externas não decorrentes de acidentes de trânsito, segundo faixa etária e sexo, Palmas – TO, 2008/2010.

Conforme mostrado na Figura 7, obteve-se 03 (1,2%) óbitos por outras causas externas e na Figura 8 verifica-se que todos os óbitos ocorreram em pessoas do sexo masculino, também, igualmente aos acidentes de carro e moto, ocorreram somente em homens e na faixa etária adulta jovem.

Estudo comparou a mortalidade por causas externas entre os jovens e idosos, na faixa etária de 15 a 29 anos a proporção de óbitos em homens foi de 35,3% e a proporção de mulheres foi de 4,1% e na faixa de 30 a 44 anos a proporção foi de 23,9% para homens contra 3,2% para as mulheres (102), diferentemente do que este estudo mostrou.

Outro estudo realizado em Vitória – ES verificou-se que 24,8% dos óbitos em homens foram por causas externas e em mulheres apenas 5,1% (108).

5.2.2 Atendimentos por Causas Clínicas

Do total de 1831 atendimentos por socorro, 762 foram por causas clínicas. Os homens obtiveram 402 (52,8%) atendimentos sendo 5,7% a mais do que as mulheres (47,1%). Os motivos variaram nas diversas faixas etárias. Para os atendimentos clínicos a média de idade foi 44,1 anos, mediana 43 e moda 30.

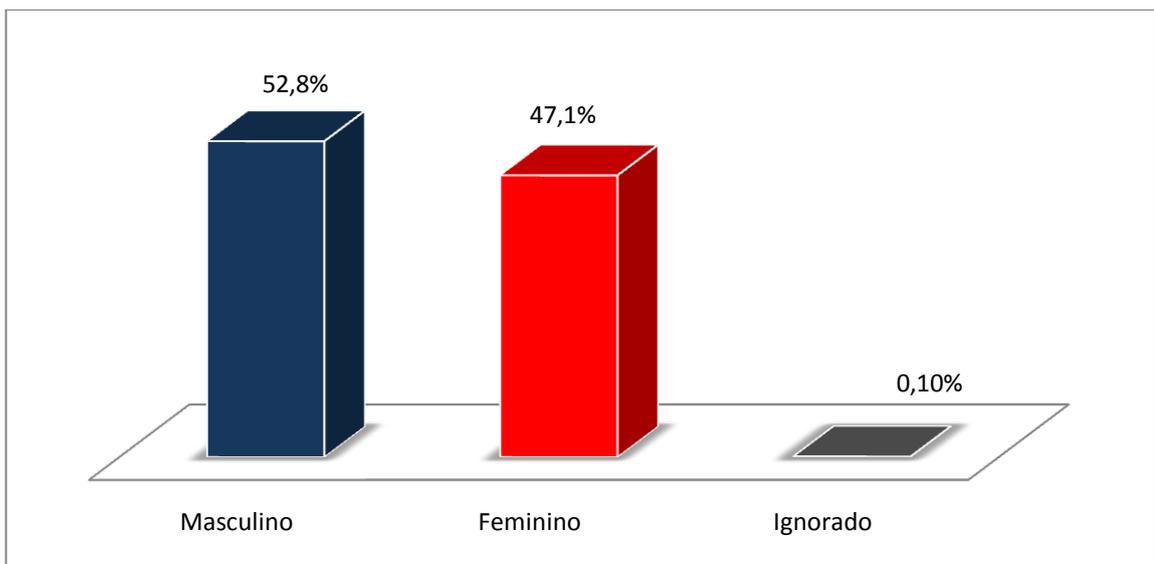


FIGURA 9. Distribuição de atendimentos por causas clínicas, segundo sexo, Palmas – TO, 2008/2009.

Em Olinda, cidade do nordeste brasileiro, a média de idade para os atendimentos clínicos foi 47 anos assemelhando-se a este estudo, porém a proporção de mulheres atendidas por causas clínicas foi maior, 55,1% (105).

Os atendimentos clínicos realizados pelo SAMU tiveram diversos motivos. A maioria foi atendimento com motivo inespecífico, com 193 atendimentos (25,2%). Como motivos inespecíficos foram classificados aqueles que no relatório de

ocorrência apenas foram assinalados como outros motivos, mas, não foram identificados pelos profissionais quais eram. Os motivos são apresentados na Tabela 12.

TABELA 12. Distribuição de atendimentos por causas clínicas, segundo motivo, Palmas – TO, 2008/2009.

MOTIVO	n	%
Outros	193	25,4
Síncope	116	15,3
Crise convulsiva	111	14,4
Dispnéia	101	13,2
Dor Torácica	69	9,2
Alcoolismo	63	8,0
Hipertensão	61	8,2
AVC	21	2,8
PCR	18	2,3
Ignorado	09	1,2
TOTAL	762	100,0

Muitos motivos do atendimento clínico conforme afirmado por Aquino (2007) são importantes indicadores da atenção básica, que muitas vezes pelas lacunas existentes na atenção básica, ou pela verticalização das ações ou ainda por falta de protocolos ou pelo perfil inadequado dos profissionais, acabam parando nos serviços de urgência (62). Esta afirmação nos faz refletir na necessidade de haver maior empenho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em atender sua área de abrangência, além do seguimento dos protocolos pré-estabelecidos pelo MS.

Na Tabela 13, são mostrados os atendimentos por causas clínicas segundo a faixa etária.

TABELA 13. Distribuição de atendimentos por causas clínicas, segundo faixa etária, Palmas – TO, 2008/2009.

MOTIVO	0 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	ACIMA	IG	TOTAL
	%	%	%	%	%	%	60 %	%	%
Outros	1,7	2,6	3,7	3,7	3,7	2,6	6,7	0,7	25,4
Síncope	0,7	3,9	2,4	2,4	1,2	1,8	2,8	0,1	15,3
Crise convulsiva	2,2	1,2	3,9	3,0	1,8	0,9	1,0	0,4	14,4
Dispneia	1,0	1,2	1,7	0,4	0,9	1,3	6,6	0,1	13,2
Dor Torácica	0,3	0,4	1,2	1,2	1,2	2,0	2,6	0,3	9,2
Hipertensão	0,0	0,1	0,4	0,5	1,0	2,2	3,7	0,1	8,0
Alcoolismo	0,0	1,2	1,7	1,3	1,0	0,9	0,3	1,8	8,2
AVC	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,8	1,7	0,0	2,8
PCR	0,0	0,1	0,0	0,3	0,1	0,8	1,0	0,0	2,3
Ignorado	0,0	0,5	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2
Total	5,9	11,2	15,7	12,8	11,2	13,3	26,4	3,5	100,0

Casos de síncope tiveram 116 registros e foi o segundo motivo dos atendimentos por causas clínicas (15,3%) seguido de crise convulsiva com 111 atendimentos (14,4%) e 101 casos de dispnéia (13,2%). Do total de atendimentos clínicos, 63 o motivo foi abuso de álcool (8,0%). Verificou-se que 09 (1,2%) casos apesar de estar identificado que o atendimento foi por causa clínica, novamente o motivo foi ignorado.

A síncope é definida como perda súbita da consciência e incapacidade de manutenção do tônus postural com melhora espontânea (109-110-111). Ela pode ocorrer repentinamente ou ser precedida de sintomas como tontura, visão turva, náusea, calor, palpitação. Para Azevedo, Barbisan e Silva (2009), a síncope é comum e pode ocorrer em até 30% da população adulta e dentre as várias etiologias a mais comum é a síncope vaso-vagal que corresponde a 50% dos casos (109). A síncope é responsável por 3 a 5% dos atendimentos em emergência e por 1 a 6% das internações hospitalares, entretanto na população estudada mostrou uma proporção muito maior de atendimentos (112). Do total de atendimentos por causas clínicas (762) a faixa etária mais atingida por síncope foi de 11 a 20 anos com 30 atendimentos (3,9%), seguida da faixa acima de 61 anos com 21 atendimentos (2,8%).

Das condições neurológicas mais graves a epilepsia é a mais prevalente aumentando de duas a quatro vezes a taxa de mortalidade. Sua incidência é de 30 a

50 casos por 100.000 hab./ano, com prevalência de 5 a 9 por 1.000 habitantes (113). Em Lisboa verificou-se uma incidência média de 18 a 61 casos por 100.000 habitantes/ano e é responsável por 0,1% das emergências (114).

A incidência da epilepsia na população pediátrica é grande e 75% dos pacientes epiléticos iniciam suas crises antes dos 18 anos (115). A crise convulsiva e epilepsia ocorrem em criança com mais frequência do que em qualquer outra faixa etária (116). Diferentemente da literatura estudada neste estudo a proporção de crises convulsivas foi bem maior e dos 762 atendimentos clínicos, a faixa etária mais atingida por crise convulsiva foi em adultos de 21 a 30 anos com 30 atendimentos (3,9%) seguida de 31 a 40 anos com 23 atendimentos (3,0%).

Estudo literário mostra que cerca de 50% dos pacientes que dão entrada no Pronto-Atendimento a causa é Insuficiência Respiratória Aguda (117), uma proporção bastante acima da encontrada neste estudo.

As doenças do aparelho respiratório foram a segunda causa de internações hospitalares no SUS no ano de 2005, tornando-se primeira causa quando se trata de crianças de 0 a 9 anos sendo responsáveis por 20,3% dos óbitos ocorridos em crianças de 1 a 4 anos no ano de 2004 (118). Aquino (2007) mostra um total de 21,6% de atendimentos pelo APH móvel por problemas respiratórios (62). Este estudo mostra que 101 atendimentos (13,2%) foram os atendimentos por dispnéia. As faixas etárias que obtiveram mais atendimentos por este motivo foram acima de 60 anos totalizando 50 atendimentos (6,6%) e 21 a 30 anos com 13 atendimentos (1,7%).

Nos Estados Unidos de 5 a 10% da população atendida nas unidades de emergência são indivíduos com dor no peito (119). Estima-se que no Brasil de 7 a 10% dos pacientes atendidos por causas clínicas tenham como motivo a dor torácica (120). Em Florianópolis, dos pacientes atendidos pelo SAMU, 28,2% foram por causas cardiovasculares (62). Neste estudo os atendimentos por dor torácica foram 69 e apareceu em quinto lugar do total de motivos de atendimento por causas clínicas representando 9,2%, ratificando o encontrado na literatura. As faixas etárias mais atendidas por dor torácica foram de 51 a 60 anos com 15 atendimentos (2,0) e acima de 60 anos com 20 atendimentos (2,6%).

Os levantamentos epidemiológicos brasileiros mostram uma preocupação com o uso do álcool, como sendo um problema importante para a saúde pública. No ano de 2005 12,3% das pessoas entre 12 e 65 anos eram dependentes do álcool. Na população geral, 75% fazem ou já fizeram uso de álcool. O levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira realizado em 2007 aponta 36% de adolescentes em uso de bebida alcoólica (121).

A OMS (Organização Mundial de Saúde) estima que o álcool seja responsável por 26% dos acidentes não intencionais, 10% dos intencionais, 10% das doenças cardiovasculares e 9% de todas as formas de câncer. Pesquisa sobre a mortalidade por uso do álcool revela que no ano de 2006 do total de óbitos registrados no SIM (Sistema de Informação da Mortalidade) 1,5% de óbitos tiveram causa básica plenamente relacionada com o álcool (122-123-124-125). Em Palmas os atendimentos por embriaguês foram 63 (8,2%) e só não tiveram atendimentos por esta causa os menores de 11 anos. Em Florianópolis 4,6% dos atendimentos clínicos foram por embriaguês (62).

Como emergência hipertensiva Gus e Rosito (2006) consideram as situações em que há dano definido de órgão-alvo e como urgência hipertensiva as situações que não há dano em órgão-alvo, mas, risco evidente (126). Diversos inquéritos demonstraram que a hipertensão arterial tem alta prevalência no Brasil, variando de 11 a 25% dos adultos. As urgências e emergências hipertensivas podem resultar em até 25% dos atendimentos de urgência/emergências em clínica médica (127-128). Em outro estudo realizado em APH fixo em Belo Horizonte os atendimentos por HAS representaram 7,84% dos atendimentos clínicos, mostrando semelhança com este estudo (129).

Das causas clínicas as que menos tiveram atendimentos foram os Acidentes Vasculares Cerebrais representados por 21 atendimentos (2,8%), e as PCRs que obtiveram 18 atendimentos (2,3%). Há um consenso de que o AVC deve ser tratado como uma emergência médica, portanto é necessário implementar ações na fase pré-hospitalar da pessoa com AVC. Em Curitiba, 4,4% dos atendimentos foram por AVC (130).

Nos EUA anualmente ocorrem 250 mil casos de PCR fora do hospital. Quando uma PCR é atendida em tempo menor que oito minutos a chance de sobrevivência chega a 44% (131-132). Entretanto em Palmas das mortes por causas clínicas 68,4% foi por parada cardiorrespiratória.

É possível que o motivo da idade ser ignorada, seja devido a equipe não ter acesso aos documentos da pessoa atendida ou quando ela não tem acompanhante e está sem condições de falar sua idade. Já o motivo do atendimento, os profissionais recebem informações da central de regulação médica ao sair da base, portanto, deveria estar registrado. Em outros estudos também foram encontrados dados ignorados na ficha de registro (62-105-133).

A frequência de atendimentos clínicos foi maior na região sul com 273 atendimentos (35,8%), seguido da região norte com 172 (22,6%). Entre os bairros Aurenys, o que teve menos atendimento foi o Aurenys I, fato justificado por haver uma UPA naquele local. Mais uma vez foram encontradas 07 fichas sem o preenchimento do local da ocorrência (0,9%), reafirmando a falha da equipe.

TABELA 14. Distribuição de atendimentos por causas clínicas, segundo local da ocorrência, Palmas – TO, 2008/2009.

LOCAL DO ATENDIMENTO	N	%
Sul	273	35,8
Norte	172	22,6
Taquaralto	83	10,9
Aurenys III	60	7,8
Taquari	35	4,7
Santa Barbara	35	4,7
Aurenys IV	34	4,5
Centro	26	3,4
Aurenys II	20	2,6
Aurenys I	14	1,8
Ignorado	07	0,9
Outros	02	0,2
Taquaruçu	01	0,1
TOTAL	762	100,0

A maioria dos pacientes atendidos foi encaminhada a uma UPA (52%), sendo que a UPA Norte recebeu 220 encaminhamentos (28,9%) e a UPA Sul recebeu 176

(23,1%). O HGP recebeu 251 pacientes (32,9%). Alguns casos houve resolução no próprio local onde 58 pessoas tiveram este tipo de atendimento (7,9%). Poucos pacientes foram destinados à rede particular de atendimento, em que somente 05 pessoas foram para o HOC (0,7%), e 02 pessoas foram encaminhadas ao SAU (0,3%).

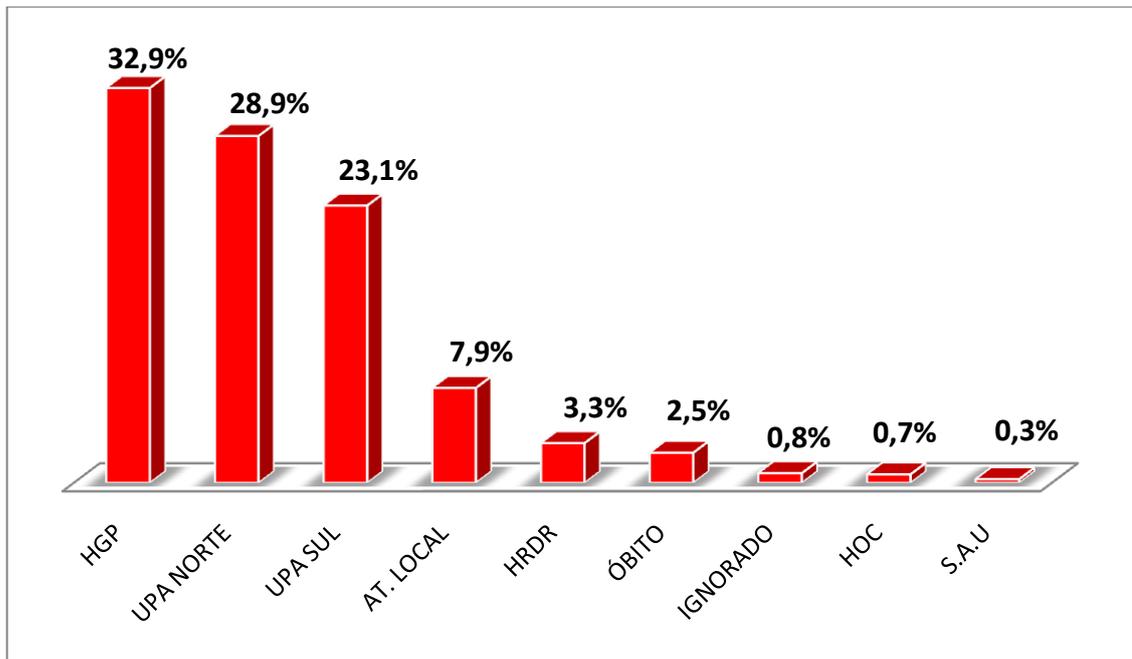


FIGURA 10. Distribuição de atendimentos por causas clínicas, segundo destino, Palmas – TO, 2008/2009.

A frequência de óbitos por causas clínicas foi 19 (2,5%). Houve 04 óbitos por causas não identificadas (21,0%), 13 foram por PCR que representou a maioria (68,4%), 01 foi por AVC (5,3%) e 01 (5,3%) foi por dispnéia.

De acordo com o MS o índice de mortalidade por infarto no Rio de Janeiro é de 15% e no ano de 2008 esta proporção caiu para 7,6% (134). Estudos revelam que apenas 30% das tentativas de RCP (Ressuscitação Cárdiopulmonar) são bem sucedidas (135), ratificando os achados neste estudo (31,6%).

O sexo feminino obteve 11 mortes e teve maior percentual (57,9%). Pode-se verificar na Tabela 11 que na adolescência, houve 01 óbito em mulheres (9,1%), entretanto 06 mulheres morreram na fase idosa (54,5%) representando a maior

proporção. Não houve óbitos por causas clínicas em homens na adolescência, porém 06 (75%) dos óbitos aconteceram na fase adulta e produtiva (dos 31 aos 60 anos), enquanto nas mulheres, houve 04 (36,4%) dos óbitos clínicos nesta fase. Estes dados alertam para realização de estratégias de enfrentamento a agravos específicos para a saúde do homem. De acordo com Prado e Nascimento (2008), no estudo sobre a mortalidade realizado nas regiões do Brasil, 52,0% dos óbitos em mulheres acontecem na faixa etária de 70 anos ou mais enquanto para os homens, o percentual cai para 35,9% (125), fato este também comprovado nesta pesquisa.

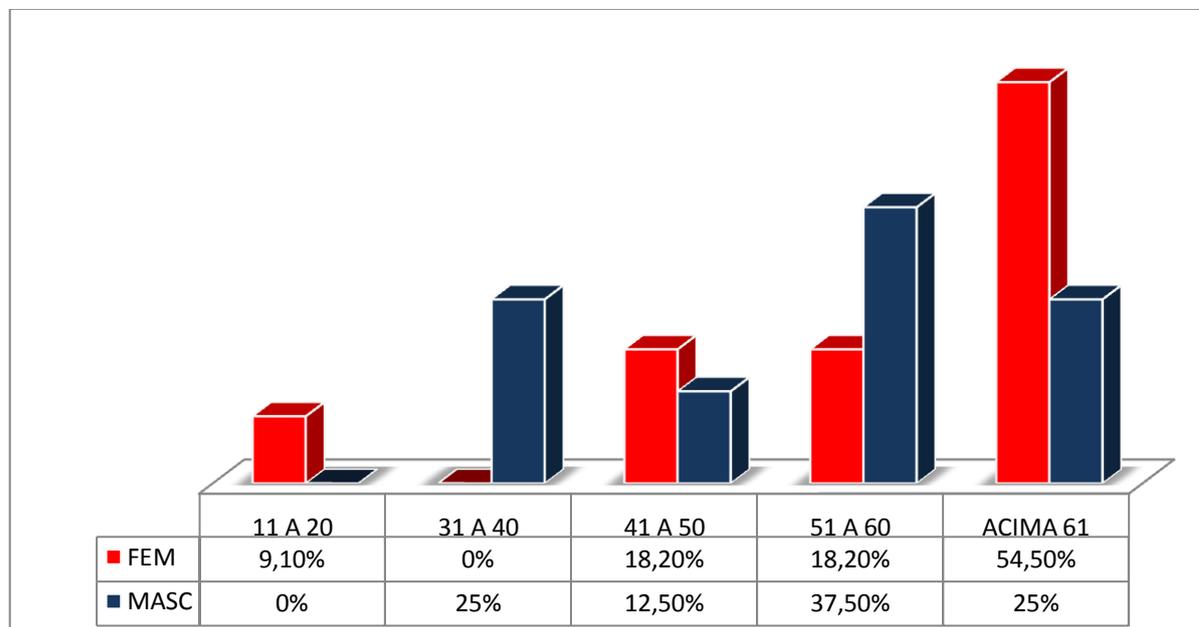


FIGURA 11. Distribuição de óbitos por causas clínicas, segundo faixa-etária e sexo, Palmas – TO, 2008/2009.

Ao analisar a mortalidade segundo o sexo, Prado e Nascimento (2008) referem que a primeira causa de morte para o sexo masculino tanto no Brasil como em quase todas as regiões, ocorrem por doenças do aparelho circulatório, exceto na região Norte onde esta causa fica em segundo lugar (125).

Segundo Soares Filho (2008 p. 11) “os homens, em geral, padecem mais pelas principais causas de morte do que as mulheres”. Para o autor, os homens não se vêem como alvo da atenção à saúde e acreditam que o serviço é frequentado por

mulheres. Ainda acrescenta que a organização dos serviços de saúde não colabora para mudar este paradigma, visto que as unidades de saúde não estão preparadas para absorver esta demanda (136).

5.2.3 Atendimentos por Causas Gineco-obstétricas

Os atendimentos ginecológicos e obstétricos somaram 215 (11,8%). As mulheres atendidas tinham de 15 a 50 anos. Em Ribeirão Preto – SP 6,8% foram atendimentos gineco-obstétricos, em Florianópolis-SC, 7,6% e em Olinda-PE 13,8% (62-105-133).

A maioria dos atendimentos nessa categoria ocorreu por trabalho de parto com 156 casos (72,6%), ocorreram ainda 05 casos de parto na ambulância (2,3%) e a menor frequência de atendimentos foi por eclampsia 01 atendimento (0,5%), conforme dados apresentados na Tabela 15. Estudo em Florianópolis mostra que dos atendimentos ginecológicos e obstétricos 66,6% foi por trabalho de parto, 13,1% por aborto e 20,1% por outras intercorrências (62).

TABELA 15. Distribuição de atendimentos por causas gineco-obstétricas, segundo motivo da ocorrência, Palmas – TO, 2008/2009.

MOTIVO DO ATENDIMENTO	n	%
Trabalho de Parto	156	72,6
Sangramento	15	7,0
Outros	12	5,6
Ignorado	09	4,2
Abortamento	07	3,3
Dor Pélvica	06	2,8
Parto na ambulância	05	2,3
DHEG	04	1,9
Eclampsia	01	0,5
TOTAL	215	100,0

Das mulheres atendidas por trabalho de parto, 47 (30,1%) possuíam de 15 a 20 anos, e 89 (57,1%) estavam na faixa etária de 21 a 30 anos, 16 (10,3%) tinham entre 31 e 40 anos, ainda na faixa etária de 41 a 50 anos foi atendida 01 (0,6%) gestante em trabalho de parto, além das 03 que a idade foi ignorada (1,9%). A média de idade foi de 23,5 anos, mediana e moda 22.

Não houve informações nas fichas de ocorrência se as mulheres que estavam sangrando estavam grávidas ou não. Em todas as faixas etárias houve atendimento por sangramento, já por abortamento os atendimentos concentraram-se na faixa de 15 a 30 anos e não foi previsto como objetivo avaliar se os abortos foram espontâneos ou provocados. Estudos brasileiros revelam que a maioria das mulheres que realizam aborto está na faixa etária dos 20 a 29 anos (137-138).

A maioria de casos de hipertensão específica da gravidez ocorreu na faixa etária de 21 a 30 anos, 02 casos (50%), enquanto 01 caso (25%) ocorreu na faixa etária dos 15 aos 20 anos e 01 (25%) na faixa de 41 a 50 anos. Estudo realizado no hospital das clínicas de São Paulo mostrou DHEG em 19,6% das mulheres com idade acima de 40 anos (139). Outro estudo realizado em São Paulo mostrou realidade diferente, onde 45,4% das gestantes com DHEG eram adolescentes de 15 a 19 anos, 27,2% entre 20 e 29 anos e apenas 4,5% tinham idade acima de 40 anos (140).

TABELA 16. Distribuição de atendimentos por causas gineco-obstétricas, segundo local da ocorrência, Palmas – TO, 2008/2009.

LOCAL DO ATENDIMENTO	n	%
Sul	42	19,5
Aureny III	36	16,7
Norte	34	15,8
Taquaralto	34	15,8
Taquari	21	9,8
Aureny IV	16	7,4
Santa Bárbara	13	6,0
Aureny II	08	3,7
Aureny I	07	3,3
Ignorado	03	1,4
Centro	01	0,5
TOTAL	215	100,0

Os atendimentos ginecológicos e obstétricos tiveram percentuais próximos nas regiões sul, norte, Aurenys III e Taquaralto com média de 36,5 atendimentos por bairro no período estudado. Nos bairros Aurenys IV, Santa Bárbara e Taquari a média diminuiu para 16,6 atendimentos e nos Bairros Aurenys I, Aurenys II a média foi de 7,5 atendimentos.

De acordo com Kran e Ferreira (2006) nos bairros dos Aurenys (I, II, III, IV) e Taquaralto está concentrada a maior parcela da população de baixa renda (61).

Cabral e Souza (2008) ressaltam que o SAMU é um instrumento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e, portanto é responsável pelo transporte e assistência à gestante de alto risco (105), no entanto, observa-se que poucos foram os casos de atendimento às gestantes de alto risco neste serviço. Percebe-se a importância da regulação médica ser criteriosa na dispensação de recursos, podendo até mesmo utilizar ambulâncias do tipo A para este atendimento.

Reduzidos foram os atendimentos realizados no local e também reduzidos foram os encaminhamentos ao HGP, UPA Norte e UPA Sul. Somente 10 casos entre dor pélvica, sangramento e outras causas não identificadas foram encaminhados aos serviços de menor complexidade (4,7%). Este fato justifica-se, pois a referência para atendimentos ginecológicos e obstétricos de Palmas é o HRDR que teve como destino 93,0% dos atendimentos.

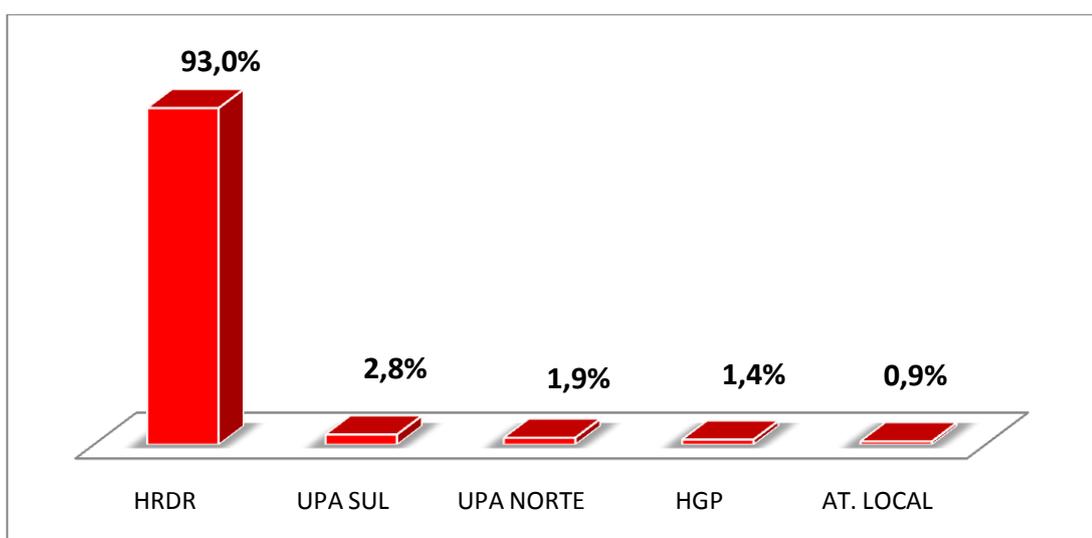


FIGURA 12. Distribuição de atendimentos por causas gineco-obstétricas, segundo destino, Palmas-2008/2009.

Não foi detectado caso de óbito por causas obstétricas ou ginecológicas embora na região Norte no ano de 2005 a razão de mortalidade materna foi 57,5% e no Brasil a mortalidade materna por aborto foi 9,3% e ainda a média de internação por aborto de 2002 a 2006 foi de 34,5% (141).

5.2.4 Atendimentos por Causas Psiquiátricas

As causas psiquiátricas foram agrupadas em adictos, agitado, depressão, heteroagressão, suicídio e tentativa de suicídio, surto psicótico e outros. O total de atendimentos por causas psiquiátricas foram 74 (4,0%), destes observou-se que 20 (27,4%) atendimentos foram ignorados os motivos.

TABELA 17. Distribuição de atendimentos por causas psiquiátricas, segundo motivo, Palmas – TO, 2008/2009.

MOTIVO DO ATENDIMENTO	n	%
Agitado	27	36,5
Ignorado	20	27,1
Adictos	07	9,5
Surto psicótico	05	6,7
Tentativa de suicídio	05	6,7
Outros	04	5,4
Depressão	03	4,0
Suicídio	02	2,7
Heteroagressão	01	1,4
TOTAL	74	100,0

Em Curitiba os atendimentos psiquiátricos realizados pelo SAMU tiveram uma proporção de 14,4% ficando em terceiro lugar nos atendimentos prestados e 10% a mais que os atendimentos deste estudo. Em Aracajú – SE no ano de 2004, 2005 e 2006 tiveram respectivamente 6,7, 8,2 e 8,9% atendimentos psiquiátricos também com uma proporção maior, entretanto e em Florianópolis – SC e Ribeirão Preto - SP a proporção foi mais próxima à de Palmas - TO, 5,6% e 3,1% (63-130-133-142).

Em estudo realizado em Aracajú, os profissionais que trabalham no SAMU foram indagados sobre o conceito de urgência psiquiátrica e todos associaram com agressividade, e ainda relacionaram com paciente em surto, violência, causadores de heteroagressão ou auto-agressividade, pessoa que causa dano à sociedade (142).

Ao analisar as informações sobre os motivos dos atendimentos psiquiátricos, houve uma predominância de atendimento a pacientes agitados com 27 atendimentos (36,4%), seguido dos adictos com 07 (9,5%). Os demais motivos tiveram índices semelhantes: os surtos psicóticos com 05 (6,9%), as tentativas de suicídio com 05 (6,9) as depressões com 03 (4,0%). A heteroagressão foi o motivo que obteve menor número de atendimentos.

Verificou-se na literatura a agitação como sintoma de psicoses, intoxicação ou abstinência de droga e álcool (143-144-145-146). Jardim (2008) refere que agitação não é sintoma específico da psiquiatria podendo ser encontrada também em causas clínicas (142). Em outros estudos não se achou a agitação como motivo de atendimento o que impossibilitou a comparação dos dados, pois as proporções relatadas pelos autores foram bastante diferentes das encontradas neste estudo.

Aquino (2007) relata que os pacientes psiquiátricos atendidos por depressão foram 24,7 %, tentativa de suicídio 22,5%, adictos 25,4%, esquizofrenia e overdose 8,8% cada e inespecífico 9,5%. Outro fator neste estudo que dificultou a comparação foi o fato de que em 20 (27,4%) dos atendimentos o motivo foi ignorado (62).

Quando os atendimentos psiquiátricos foram distribuídos por sexo houve predominância do masculino com 42 homens (56,7%). Em relação a faixa etária, 23 pessoas tinham entre 21 e 30 anos (31,0%), 19 tinham entre 31 e 40 anos (25,7%). As demais faixas variaram de 6,8% a 14,9%, conforme demonstrado na Figura 13.

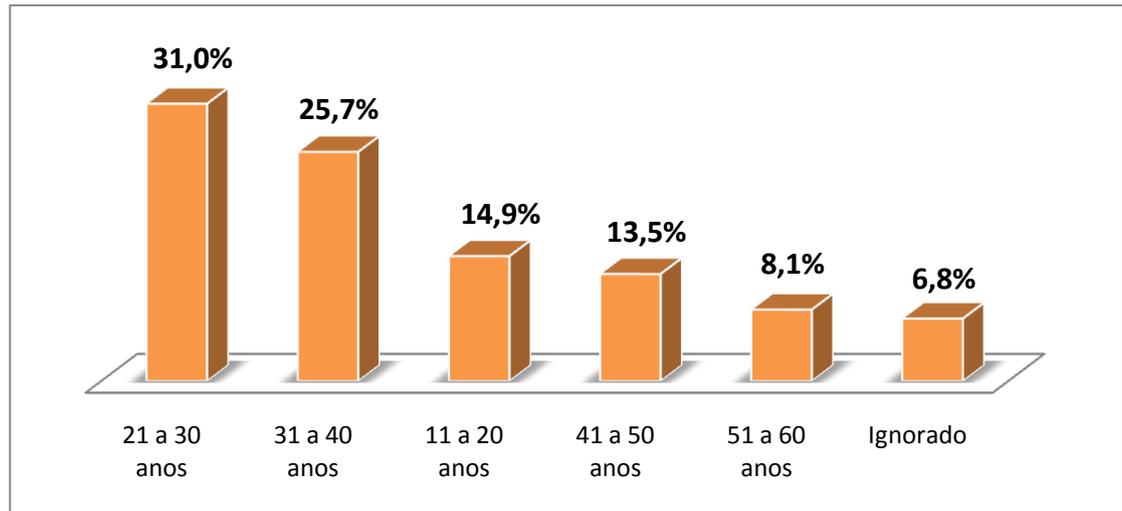


FIGURA 13: Distribuição de atendimentos por causas psiquiátricas, segundo faixa etária, Palmas – TO, 2008/2009.

A prevalência de transtornos de ansiedade nos Estados Unidos está entre 2 e 4% em toda população, com uma relação homem-mulher de 2:1, porém no Brasil esta relação é contrária 1:2. (144-147). Para depressão, estima-se que a prevalência anual é de 3 a 11% e a prevalência nas mulheres é duas vezes mais que em homens (148).

TABELA 18. Distribuição de atendimentos por causas psiquiátricas, segundo local da ocorrência, Palmas – TO, 2008/2009.

LOCAL DO ATENDIMENTO	n	%
Sul	23	31,2
Norte	21	28,5
Taquaralto	08	10,9
Aureny III	07	9,7
Aureny I	03	4,2
Taquari	03	4,2
Aureny II	02	2,8
Centro	02	2,8
Aureny IV	01	1,4
Ignorado	01	1,4
Santa Bárbara	01	1,4
Taquaruçu	01	1,4
TOTAL	74	100,0

A região sul foi a que mais teve atendimento por causas psiquiátricas totalizando 23 (31,2%), seguido da região norte com 21 (28,8%). Os bairros que menos tiveram atendimento nesta área foram o Aurenly IV, Santa Barbara e Taquaruçu com 01 atendimento (1,4%) cada. Houve também 01 atendimento (1,4%) que não foi identificado o local.

O destino da maioria dos usuários atendidos foi o HGP 54 (72,6%), 07 usuários (9,6%) receberam atendimento no próprio local da ocorrência, 08 usuários (10,9%) foram encaminhados a uma unidade de pronto-atendimento, 01 (1,4%) o destino foi um hospital particular e 01 (1,4%) foi encaminhado ao serviço especializado Centro Atendimento Psíco Social conforme demonstrado na figura 14.

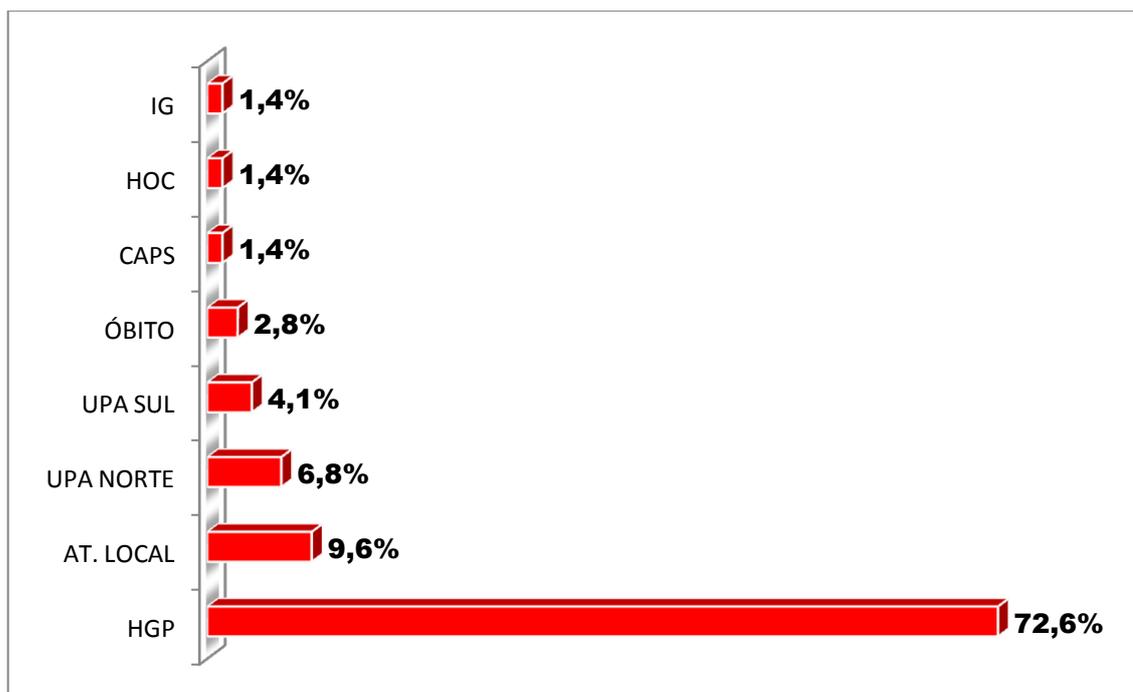


FIGURA 14: Distribuição de atendimentos por causas psiquiátricas, segundo destino, Palmas – TO, 2008/2009.

5.3 REMOÇÕES

Foram consideradas remoções todos os encaminhamentos de alguma unidade de saúde onde o usuário já havia previamente sido avaliado por um profissional e precisou ser encaminhado para outra unidade de maior ou menor complexidade, além das transferências inter-hospitalares, para exames, paciente vindo por remoção aérea até o aeroporto ou aqueles que saíram das unidades hospitalares para o aeroporto onde teriam remoções aéreas para outros serviços. As remoções representaram 304 atendimentos (18%).

Em Olinda, as remoções foram 7,3%, em Recife 11,5% e em Florianópolis as transferências representaram 0,7% (62-67-105), proporções muito menores que em Palmas. Barbosa (2001) relata que 25% dos chamados ao SAMU de Campinas são procedentes de outras unidades de saúde para orientação e para transferências (42).

TABELA 19. Distribuição de remoções, segundo tipo, Palmas – TO, 2008/2009.

LOCAL DO ATENDIMENTO	n	%
Pré-hospitalar p/ hospital	217	71,3
Inter-hospitalar	66	21,7
Pré-hospitalar p/ pré-hospitalar	14	4,6
Exames	06	2,0
Hospital para aeroporto	01	0,4
TOTAL	304	100,0

De acordo com a tabela 19, neste estudo predominaram as remoções de unidades pré-hospitalares para hospital com 217 (71,3%) remoções, seguida de inter hospitalar com 66 (21,7%) remoções. Os demais tipos obtiveram percentuais reduzidos (de 0,4% a 4,6%).

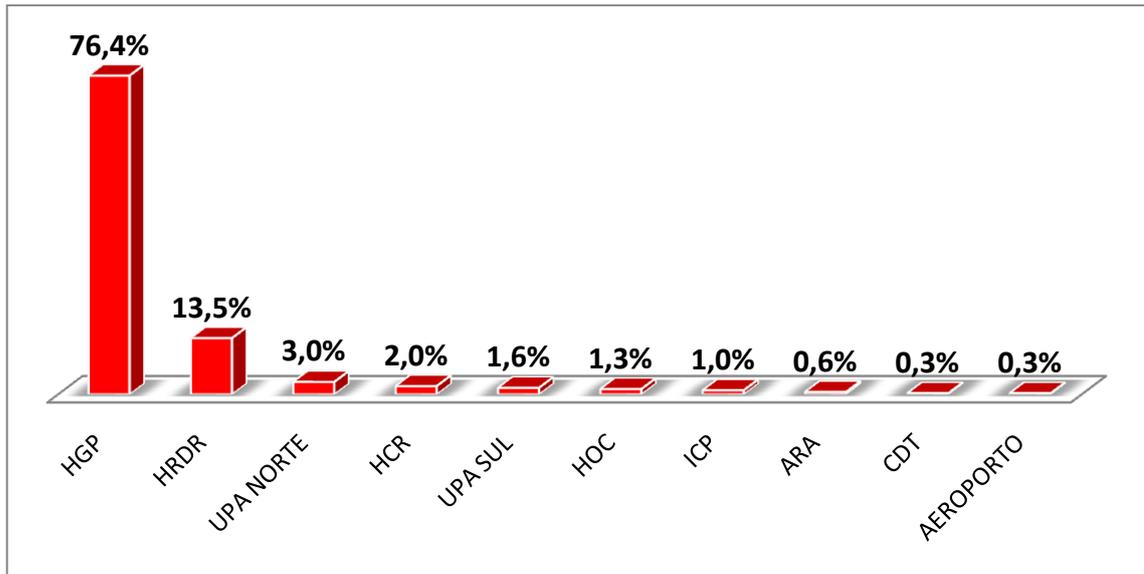


FIGURA 15: Distribuição de remoções, segundo destino, Palmas – TO, 2008/2009.

Na Figura 15 observa-se que quando se distribuiu as remoções segundo destino, o HGP recebeu 232 pacientes e foi o que mais recebeu os encaminhamentos com (76,4%), seguido do HRDR que recebeu 41 pacientes (13,5%). Os dois hospitais da rede particular, juntos receberam 10 pacientes (3,3%), as unidades de pronto-atendimento que receberam os pacientes de outras unidades não hospitalares como as USFs, totalizaram 14 atendimentos (4,6%). Os demais encaminhamentos totalizaram 06 (1,9%) e foram para realização de exames no Centro de Diagnóstico e Tratamento (CDT), Arai Kaminishi Costa e Instituto cardiológico de Palmas (ICP) e ainda 01 (0,3%) paciente foi encaminhado ao aeroporto, para transferência em hospital de outro Estado.

O HGP é o hospital público de referência para casos clínicos de alta complexidade, UTI, para as urgências traumáticas e psiquiátricas. Já o HRDR, é referência para os casos clínicos pediátricos e gineco-obstrétricos e UTI neonatal (50). Portanto, justifica a maioria do destino das transferências terem sido para estes serviços.

Fernandes (2004) ao caracterizar as remoções realizadas pelo SAMU de Ribeirão Preto verificou que 36,49% dos encaminhamentos foram de uma unidade básica de saúde para um hospital de referência de acordo com a complexidade do

caso. Aquele estudo mostrou que houve casos meramente sociais que deveriam ser transportados por ambulâncias de menor custo e concluiu que as remoções interferiram na diminuição do tempo resposta além de ter influência negativa no sistema de urgência e emergência (133).

5.4 TEMPO RESPOSTA

O sucesso do atendimento de um paciente em situação de urgência e emergência depende muito do fator tempo. Como tempo resposta entende-se como o período entre o chamado até a chegada da equipe e o atendimento prestado ao paciente (62). Vários fatores podem interferir e causar um aumento do tempo como é o caso da demora das anotações dos dados, a regulação médica, a falta de ambulâncias ou indisponibilidade por estar atendendo outras ocorrências, congestionamento no trânsito. Outros fatores podem diminuir o tempo como é o caso da descentralização das bases e o georeferenciamento dos atendimentos (57).

A média de tempo resposta às ocorrências foi de 8,6 minutos, mediana 07 e moda 05. A capital que apresentou o tempo resposta mais próximo a este foi Cuiabá com tempo médio de 10 minutos (149).

A cidade de Palmas possui avenidas distribuídas em Norte/Sul (NS) e Leste/Oeste (LO). O crescimento da cidade é limitado para região Sul, por ser margeada na região Leste por serras e na Oeste pelo Rio Tocantins. As avenidas são largas, com maior extensão nas NSs do que nas LOs, só existem semáforos nos cruzamentos da Avenida Teotônio Segurado, os demais cruzamentos são divididos por rotatórias e proporcionam boa fluidez do trânsito (94).

A estrutura e organização da cidade, a localização da CRM do SAMU, assim como a distribuição das bases descentralizadas na região Norte e no Aurenly I, podem ser considerados como fatores facilitadores para o tempo resposta reduzido na cidade de Palmas.

Segundo Schvartsman, Carrera e Ambramovici (2005) estudos relacionados ao tempo resposta ao atendimento a politraumatizados mostram que a redução de tempo resposta não determinou impacto significativo na sobrevivência global destes indivíduos. De acordo com estes autores, a média de tempo encontrada na literatura é de 10 minutos (150).

Na opinião de Blackwell e Kaufran (2002) o tempo resposta a um chamado não deve ultrapassar 5 minutos, pois num intervalo de tempo maior poderia ser prejudicial à vida da vítima (151). Em um estudo realizado nos Estados Unidos, mostrou que não houve significância para sobrevivência das vítimas atendidas quando o tempo resposta ficou abaixo de oito minutos (152).

O tempo resposta em São Paulo que era de 40 minutos em média, caiu para 12 minutos pela distribuição das ambulâncias em bases descentralizadas (57). Os outros estudos encontrados mostraram que em Florianópolis predominou o tempo resposta de 0-15 minutos com 51% seguido de 16-30 minutos com 28,7% (62), porém, Souza e Novaes (2006) referem que a média é de 45 minutos (153). Fortaleza tem média de tempo resposta de 29 minutos (154), já em Ribeirão Preto a média foi de 31,11 minutos e mediana de 14 minutos (133).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo sobre a caracterização do SAMU de Palmas possibilitou conhecer o perfil dos profissionais que prestam assistência no SAMU, além do perfil dos atendimentos realizados pelo serviço na Capital. Dessa forma os gestores dispõem de subsídios que poderão incorporar em programas de assistência destinado a melhoria da qualidade de vida e de trabalho dos profissionais.

A média de anos estudados pelos profissionais foi considerada como boa tendo em vista que a média correspondeu à graduação incompleta e também pelo fato da maioria dos profissionais entrevistados pertencerem a classe que não exige mais que 11 anos de estudo.

A carga horária dos profissionais de enfermagem é de 30h, e tem como base Lei municipal que regulamenta a atuação dos profissionais de enfermagem. Outro avanço para a equipe é o fato da USA funcionar com equipe além do preconizado pelo MS.

Apesar de estudos mostrarem que os serviços de urgência são estressantes, os profissionais do SAMU em Palmas, não referiram o serviço como fator de estresse. Desta forma, é necessário que outros estudos sejam realizados para buscar aprofundar essa questão.

Verificou-se que houve saídas das ambulâncias que não geraram atendimentos, por recusa ou cancelamento de atendimento pelo próprio solicitante, pelo fato da vítima ter sido removida por bombeiros ou terceiros, o que ocasionou desperdício de recursos e perda de tempo, que é um dos fatores primordiais do serviço.

Quanto aos atendimentos, a pesquisa permitiu identificar os tipos, conhecer o perfil epidemiológico dos clientes, fazer uma distribuição espacial dos atendimentos identificando o tempo em que o serviço chega até o cliente.

Considerando as informações que foram geradas por meio da realização deste estudo chegamos às seguintes conclusões:

- Entre os profissionais do SAMU predomina o sexo masculino na faixa etária de 31 a 45 anos. Não há isonomia na carga horária dos profissionais e nem regularidade no turno de trabalho;
- O uso de bebida alcoólica prevaleceu no sexo masculino e os condutores foram os principais consumidores. A bebida de preferência foi a alcoólica não destilada;
- O tipo de tabaco usado pelos profissionais foi o cigarro;
- Os profissionais do SAMU não referiram o serviço como fator de estresse;
- Apesar da maioria das saídas das ambulâncias ter sido para socorro e remoção das vítimas, verifica-se que houve uma quantidade importante de saídas das ambulâncias que não geraram atendimentos;
- As causas externas foram as responsáveis pela maioria dos atendimentos seguidas das causas clínicas;
- Verificou-se que dos acidentes de trânsito, os causados por motocicletas, foram os que predominaram, com uma proporção elevada em relação aos automóveis e atropelamentos. Os homens adultos e jovens foram as principais vítimas de acidentes de trânsito;
- Das outras causas externas não decorrentes de acidentes de trânsito a queda foi o principal motivo e os homens, na faixa etária dos 21 aos 30 anos, os mais atingidos;
- Todos os óbitos ocorridos por causas externas foram em pessoas do sexo masculino;
- As regiões que tiveram maior número de atendimentos por causas externas foram a Sul e Norte e o destino das vítimas foi HGP;

- Entre as causas clínicas os motivos inespecíficos foram as principais causas de atendimentos, seguido de síncope, crise convulsiva e dispnéia. Os homens receberam a maioria dos atendimentos clínicos realizados pelo SAMU;
- As regiões que tiveram a maioria dos atendimentos clínicos foram a Sul e Norte e o destino dos pacientes variou entre HGP, UPA Norte e UPA Sul;
- A proporção de óbitos foi maior por causas clínicas do que por causas externas;
- A maioria dos óbitos clínicos foi em pessoas do sexo feminino na faixa etária acima de 61 anos. Os óbitos ocorridos em homens foram na faixa etária dos 31 aos 60 anos, quando é uma fase considerada bastante produtiva na vida do homem;
- O trabalho de parto foi o responsável pela maioria dos atendimentos gineco-obstétricos, caracterizando-se mais como um transporte social e obteve-se uma pequena proporção de partos ocorridos na ambulância. Foram reduzidos os atendimentos às gestantes de alto risco descaracterizando o serviço de emergência;
- Predominou a faixa etária dos 21 aos 30 anos para dos atendimentos gineco-obstétricos;
- A maior proporção dos atendimentos por causas ginecológicas e obstétricas aconteceram na região Sul, Aurenópolis, região Norte e Taquaralto e a maioria teve como destino o HRDR;
- Os atendimentos psiquiátricos ocorreram na região Sul e Norte e o destino da maioria foi o HGP. Houve predominância de atendimentos aos homens na faixa etária dos 21 aos 30 anos;
- A maioria das remoções foi de unidades pré-hospitalares para hospitais, uma vez que poucos atendimentos foram para realização de exames;

- O tempo resposta do SAMU de Palmas está entre os melhores do Brasil, atendendo a necessidade de chegar às vítimas num tempo menor que 10 minutos.

7 SUGESTÕES

- Realizar um trabalho de sensibilização com os profissionais do SAMU para diminuição do uso de álcool e tabaco;
- Capacitar e sensibilizar os profissionais para preenchimento do relatório de ocorrência;
- Realizar estratégias de enfrentamento aos agravos relativos à saúde do homem tais como: incentivo a atividades físicas e mudança de comportamento relativa a hábitos alimentares; criar ambulatório com atendimento específico para atender as demandas da saúde do homem; realizar atividades educativas voltadas para esta área etc.;
- Realizar atividades e eventos que incentivem a mudança de comportamento no trânsito;
- Equipar os pronto-atendimentos para atendimento ao trauma;
- Realizar atividades educativas nas escolas sobre o trânsito;
- Implantar o projeto SAMU nas escolas divulgando o trabalho dos serviços de urgência;
- Realizar outras pesquisas que estudem o perfil da rede de atendimento de urgência de Palmas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Costa MPF, Guimarães HP, Píspico A. Gestão das unidades de emergência, urgência e pronto atendimento. In: Pereira LL et al. Editores. Administração hospitalar: instrumentos para a gestão profissional. São Paulo: Loyola, 2005. 277-308.
2. Borges LAA, Di Leoni CBR, Dornelles VFM. Atendimento inicial ao politraumatizado. In: NASI AL. Editores. Rotinas em pronto-socorro. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 282-288.
3. Martinez - Almoyna M, Nitschke CM. Urgência: urgência médica ou emergência médica? In: Martinez - Almoyna M, Nitschke CAS. Editores. Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência: SAMU. Santa Catarina: Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, 1999. 2-4.
4. Rotta AT. Trauma pediátrico. In: NASI AL. Editores. Rotinas em pronto-socorro. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Atenção Especializada. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
6. Amaral MB, Salvador VFM. Gestão de sistemas de informação hospitalar. In: Pereira LL et al. Editores. Administração hospitalar: instrumentos para a gestão profissional. São Paulo: Loyola, 2005. 455-475.
7. Frederighi WJP. O enfoque do planejamento estratégico na gestão hospitalar. In: Pereira LL et al. Editores. Administração hospitalar: instrumentos para a gestão profissional. São Paulo: Loyola, 2005. 35-54.
8. Morato RG, Kawakubo FS. Metodologia para o mapeamento e análise da desigualdade ambiental urbana na Subprefeitura da Lapa (São Paulo, Brasil) com apoio de geoprocessamento. Rev GeoFocus (Informes y comentarios). 2006. (7): 24-33.
9. Dalcin RR, Cavazzola LT. Serviço de atendimento médico de urgência. In: Nasi AL. Editores. Rotinas em pronto-socorro. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
10. Fontinele K Jr, Sarquis SIJS. Urgência e emergência em enfermagem. Goiânia: AB, 2004.
11. Vargas D. Atendimento pré-hospitalar: a formação específica do enfermeiro

- na área e as dificuldades encontradas no início da carreira. Rev Paul Enferm [periódico na Internet]. 2006 mar. [Acesso em 26 maio 2008] 25(1): 38-43. Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/>.
12. Fraga GP. Programas de qualidade no atendimento ao trauma. Rev Medicina, Ribeirão Preto. 2007 jun/set: 40(3): 321-8.
 13. Secretaria de Estado da Saúde (São Paulo). Rede Brasileira de Cooperação em Emergências. Manual do Curso de Regulação Médica. São Paulo, 2001.
 14. Maia AC, Bez Junior A. Sistema de saúde: resgate histórico, evolução dos compradores de serviços. In: Pereira LL et al. Editores. Administração hospitalar: instrumentos para a gestão profissional. São Paulo: Loyola, 2005. 35-54.
 15. Florêncio VB, Rodrigues CA, Pereira MS, Souza ACS. Adesão às precauções padrão entre os 44 profissionais da equipe de resgate pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros de Goiás. Rev. Eletrônica de Enferm [periódico na Internet]. 2003 [acesso em 20 mar. 2008]. 5(1): 43-48. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/Revista>.
 16. Martins PPS. Atendimento pré-hospitalar: atribuição e responsabilidade de quem? Uma reflexão crítica a partir do serviço do corpo de bombeiros e das políticas de saúde “para” o Brasil à luz da filosofia da práxis. [dissertação mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
 17. Bittencourt RJ, Hortale VA. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. Rev Ciência e Saúde Coletiva. 2007; 12(4): 929-34.
 18. Ladeira RM, Barreto SM. Fatores associados ao uso de serviço de atenção pré-hospitalar por vítimas de acidentes de trânsito. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2008 fev. [Acesso em 30 mar. 2008]; 24(2): 287-94. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php>.
 19. Zapparoli AS, Marziale MHP. Risco ocupacional em unidades de suporte básico e avançado de vida em emergências. Rev. Brasileira de Enfermagem. 2006 jan./fev.; 59(1): 42-6.
 20. Takeda RA, Widmer JA, Morabito R. Aplicação do modelo hipercubo de filas para a descentralização de ambulâncias de um sistema urbano de atendimento médico de urgência. Rev. Pesquisa Operacional. 2004 jan./abr.;

- 24(1): 39-71.
21. Rede Brasileira de Cooperação em Emergências-RBCE Observatório Nacional das Urgências: Uma Sistemática das necessidades sociais em saúde e urgências. [Internet] [Acesso em 21 set. 2009]. Disponível em: www.rbce.org.br.
 22. Carli P. Prefácio francês. In: Martinez - Almoyna M, Nitschke CAS. Editores. Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência: SAMU. Santa Catarina: Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, 1999. 11-12.
 23. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Atenção Especializada. Regulação Médica das Urgências. Brasília: Ministério da saúde, 2006.
 24. Marques GQ, Lima, MADS. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. Rev. Esc. Enferm da USP. [periódico na Internet] 2008 [Acesso em 30 mar. 2008]; 42(1): 41-7. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php>.
 25. Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. Rev. Latino- Am de enferm. 2007 jan.-fev.; 15(1): 1-8.
 26. Brasil, Ministério da Saúde. [Internet] [Acesso em 26 mar. 2009] Disponível em <http://portal.saude.gov.br>.
 27. Pires PS. Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: “Canadian Triage and Acuity Scale” (CTAS). [tese doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003. 206 f.
 28. Malta DC, Lemos MAS, Silva MMA et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde [periódico na Internet]. 2007 mar [Acesso em 26 mai. 2008]; 16(1): 45-55. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/>.
 29. Pereira WAP, Lima MADS. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. Acta Paul Enferm [periódico na Internet]. 2006 [Acesso em 30 mar. 2008]; 19(3): 279-86. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php>.

30. Gobierno de (Chile). Manual de Operaciones Multi-Institucional Ante Emergencias. Santiago, 2001.
31. COFEN, Resolução nº 300, de 16 de março de 2005. Disponível em: < www.portalcofen.gov.br > Acesso em 24 ago. 2008.
32. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS 824, de 24 de junho de 1999. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/legislacao.html> > Acesso em: 31 mar. 2008.
33. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS 814, de 01 de junho de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/legislacao.html> > Acesso em: 31 mar. 2008.
34. Campos RM. Satisfação da equipe de enfermagem do serviço de atendimento móvel às urgências (SAMU) no ambiente de trabalho. [dissertação mestrado]. Natal: Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005. 128p.
35. Lopes CHAF, Chaves EMC, Jorge MSB. Administração de medicamentos: análise da produção científica de enfermagem. Rev Brasileira de Enferm. 2006 set./out.; 59(5): 684-8.
36. Gonçalves AJ. Prefácio português. In: Martinez - Almoyna M, Nitschke CAS. Editores. Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência: SAMU. Santa Catarina: Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, 1999. 13-16.
37. Brito MC, Inácio PSA. A satisfação do cliente no atendimento Móvel de urgência - SAMU/192. Anuário 2005. 89-101.
38. Nitschke CM, Martnez-Almoyna M. Atendimento pré-hospitalar (socorro, assistência, ajuda, auxílio ou atendimento?) e resgate. In: Martinez - Almoyna M, Nitschke CAS. Editores. Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência: SAMU. Santa Catarina: Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, 1999. 18-22.
39. CFM, Resolução nº 1.643, Define e disciplina a prestação de serviços através da telemedicina, de 07 de agosto de 2002. Disponível em:

- http://www.portalmedico.org.br/php/pesquisa_resolucoes.php# > Acesso em 15 nov. 2008.
40. Jardim RX, Conceição SV, Carvalho CRV. Localização estratégica para o serviço de atendimento móvel de urgência na região metropolitana de Belo Horizonte. XXIV Encontro Nac. de Eng. de Produção - Florianópolis, SC, Brasil, 03-05 de Nov. 2004.
 41. Nery FL. Saiba o que é “Vaga Zero” e como agir em situações em que um parente precisa de atendimento urgente e não há vagas nos hospitais públicos. Folha Universal. Jul. 2009; n. 899, p.9-10.
 42. Barbosa Z. Regulação médica das urgências: entraves, desafios e potencialidades na avaliação e implementação da atenção integral às urgências em Campinas [dissertação mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2001. 217p.
 43. Peres HHC, Leite MMJ. Sistemas de informação em saúde. In: Kurcgant P. Editor Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 66-75.
 44. Marquis CJ, Huston B L. Administração em enfermagem: teoria e prática. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
 45. Destri J Jr. Sistema de apoio à decisão espacial aplicado ao serviço de atendimento móvel de urgência em vias de trânsito [tese doutorado] Universidade Federal de Santa Catarina; 2005. 186 f.
 46. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS 2970 de 08 de dezembro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/legislacao.html> > Acesso em: 31 mar. 2008.
 47. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução RDC/ANVISA 50 de 21 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da saúde, 2002. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/legislacao.html> > Acesso em: 13 mar. 2009.
 48. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução RDC/ANVISA 306 de 07 de dezembro de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/legislacao.html> > Acesso em: 13 mar. 2009.

49. Brasil, Lei Federal nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Disponível em: www.portalcofen.gov.br > Acessado em: 24/08/2008.
50. Ciconet RM, Marques GQ, Lima MADS. Educação em serviço para profissionais de do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre - RS. Rev Interface Comunicação Saúde Educação. 2008 jul./set.; 12(26) 659 –66.
51. Unicovsky MAR, Rosa CP Machado ME. Rotinas de enfermagem na sala de emergência. In: Nasi AL. Editores. Rotinas em pronto-socorro. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
52. Campinas, Portaria Municipal nº 8, de 06 de dezembro de 2004. Disponível em: <<http://www.campinas.sp.gov.br/bibjuri/port08-06122004.htm>> Acesso em: 08 out. 2009.
53. Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. Política Estadual de Atenção às Urgências e Emergências. Palmas: Secretaria da Saúde, 2004.
54. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS 326, de 04 de março de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: < www.saude.gov.br > Acesso em: 04 fev. 2008.
55. Secretaria Municipal de Saúde (Palmas). Projeto SAMU-192: regional Palmas. . Palmas: Secretaria Municipal, 2010.
56. Siemens, Werner Von Siemens Academy. Sistema de Gestão SAMU. Brasília: Doc- Services, 2005.
57. Oliveira EA. Otimização da localização das bases de operação do serviço de atendimento móvel de urgência - SAMU/BH através do uso de técnicas de geoprocessamento. Rev Caminhos de Geografia [periódico na Internet]. 2008 jun. [Acesso em: 13 out. 2009]. 9(26): 133-45. Disponível em <http://www.ig.ufu.br/revista/caminhos.html>.
58. Prefeitura Municipal (Palmas). Lei complementar 008 de 1999. Palmas: Prefeitura Municipal, 1999.
59. Secretaria Municipal de Saúde (Palmas). Regimento interno do SAMU de 05 de maio de 2008. Palmas: Secretaria Municipal, 2008.
60. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. 11ª reimp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
61. Kran F, Ferreira FPM. Qualidade de vida na cidade de Palmas: análise através de indicadores habitacionais. Ambiente & Sociedade [periódico na

- Internet] jul./dez. 2006 [Acesso em 20 mar. 2008]; 9(2): 123-41. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf>.
62. Aquino DI. Caracterização do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU-192), do município de Florianópolis/SC [dissertação mestrado]. Santa Catarina: Universidade do Vale de Itajaí; 2007. 84p.
63. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Manual Operacional para Comitês de Ética. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
64. Vieira S. Introdução à bioestatística. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1980.
65. Pana D Filho, Santos JA. Metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Futura, 2002.
66. CIVIES, Centro de Informações em Saúde para Viajantes. Disponível em: < <http://www.cives.ufrj.br/software/epi351/epi351.html>> acessado em 05.05.2008.
67. Almeida AC. Avaliação da implantação e desenvolvimento do sistema público municipal de atendimento móvel pré-hospitalar da Cidade do Recife [dissertação mestrado]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz – FIO CRUZ- Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães; 2007. 204p.
68. Wendland et al. Necessidades e expectativas no trabalho com traumas nas esferas pré-hospitalar e hospitalar. 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 24-29 Out 2004; Gramado (RS). Brasília (DF): ABEn; 2005.
69. Levine CD, Wilson SF, Guido G W. Personality factors of critical care nurses. Heart lung. 1998; 17(4): 392-8.
70. Heskins FM. Exploring dichotomies of caring, gender and technology in intensive care nursing: a qualitative approach. intensive crit. care nurse. 1997; 13(2): 65-71.
71. Marziale MHP. Estudo da fadiga mental em enfermeiras atuantes em instituição hospitalar com esquema de trabalho em turnos alternantes [dissertação mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1997.
72. Marziale MHP, Rodrigues CM. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. rev. latino-am. enferm [periódico na Internet]. 2002 [Acesso em: 14 fev. 2010]. 10(4): 571-7. Disponível em <http://www.scielo.br/>.

73. Benetti ERR et al. Variáveis de Burnout em profissionais de uma unidade de emergência hospitalar. *Rev. Cogitare Enferm.* 2009 Abr./Jun.; 14(2): 269-77.
74. Fischer FM, Moreno CRC, Borges FNS, Louzada FM. Implementation of 12-hour shifts in a Brazilian petrochemical plant: impact on sleep and alertness. *Chronobiol.* 2000; 17: 521-37.
75. Dinges DF. An overview of sleepiness and accidents. *J. Sleep Res.* 1995; 4(2): 4-14.
76. Takeda E, Robazzi MECC. Acidentes de trabalho com motoristas de ambulâncias que realizam socorro de urgência. *Rev Latino-Am. Enferm* [periódico na internet]. 2007 Mai./Jun. [Acesso em 14 fev. 2010]; 15(3) Disponível em <http://www.eerp.usp.br/rlae>.
77. Borrini P et al. Padrões de uso de bebidas alcoólicas por profissionais da saúde de hospital universitário e suas concepções conceituais e etiológicas sobre o alcoolismo. *Rev Brasileira de Neurol.* 1996 Nov./dez.; 32(6): 221-6.
78. Amorim AVC et al. Álcool e alcoolismo: estudo de prevalência entre discentes do curso de medicina da UNIFENAS em Belo Horizonte – Minas Gerais. *Rev Médica de Minas Gerais.* 2008; 18(1): 16-23.
79. Chiapetti N, Serbena CA. Uso de álcool, tabaco e drogas por estudantes da área de saúde de uma universidade de Curitiba. *Rev Psicol: Reflexão e Crítica.* 2007; 20(2): 303-13.
80. Tundela A. SP traça estratégias para combater o consumo de álcool na adolescência. [Internet] Secretaria da Segurança Pública do Estado do Tocantins, 2005 [Acesso em 06 jan. 2010]. Disponível em <http://www.ssp.to.gov.br/noticia.php?id=294>.
81. Tauil MC, Coelho RAC, Monteiro PS. Prevalência do uso de fumo entre alunos do curso de graduação em enfermagem da Universidade. *Rev Comunicação Ciências e saúde.* 2006; 17(2): 121-7.
82. Leite FMS, Santos LP, Marques CP. Consumo de álcool entre os acadêmicos de enfermagem. *REEUNI.* 2008 set./dez.; 1(3): 42-56.
83. Deslandes SF. Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, interações e desafios [tese doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.
84. Stacciarini JMR, Tróccol BT. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Rev Latino-Am Enferm.* 2001 Mar.; 9(2): 17-25.

85. Almeida PJS, Pires DEP. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. *Rev Eletrônica em Enferm.* [periódico na Internet]. 2007 [Acesso em 03 mar. 2010]; 9(3):617-29. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>.
86. Pires DEP. Relationship between new technologies and the health of health care professionals: a study in a dutch hospital. [pós-doutorado]. Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ UFSC; 2004.
87. Canesin MF, Timermam S, Marques FRB, Ferreira D, Moura IR. “Tempo é vida” – um dever de conscientização da morte súbita. Universidade Estadual de Londrina/PR. Instituto do Coração do Hospital das Clínicas - FMUSP e Ministério da Saúde - São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2005 Jun.; 84(6): 441-2.
88. Oliveira GN, Neves MF, Araujo IEM. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. 61º Congresso Brasileiro em Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil, 07 a 10 dez., 2009.
89. Chesnais JC. Les morts violentes dans le monde. *Population & Sociétés*. 2003 nov.; (395):1-4.
90. Soares Filho AM, Macário EM, Alencar G, Conceição GMS, Mascarenhas MDM, Almeida MC, Montenegro MMS, Silva MMS. A violência no Brasil: abordando diferentes fontes. In: Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de análise de situação em saúde. *Saúde Brasil 2007: Uma análise da situação de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 185-422.
91. Souza ERS, Minayo MCS, Franco LG. Avaliação do processo de implantação e implementação do programa de redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito. *Rev. Epidemiologia de Serviços de Saúde*. 2007 mar.; 16(1): 19-31.
92. Leal JD. BID quer reduzir pela metade mortes por acidentes de trânsito na América Latina. *Jornal Globo.com Notícias* [Internet]. Rio de Janeiro, 19 mar. 2010 [Acesso em 20 mar. 2010]; Disponível em <http://www.g1.globo.com/noticias/mundo>.

93. Córdova, T. Estado Tem em Média 21 Acidentes por Dia. *Jornal do Tocantins* [Internet]. Palmas, 26 abril 2009 [Acesso em: 20 mar. 2009]; Disponível em <http://www.jornaldotocantins.com.br>.
94. Secretaria Municipal de Saúde (Palmas). 1º Boletim epidemiológico: acidentes de trânsito. Palmas: Secretaria Municipal de Saúde, 2009.
95. Andrade SM; Jorge MHPM. Características das vítimas por acidentes de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2000 Abr. [Acesso em 06 jan. 2010]; 34(2): 149-56. Disponível em www.fsp.usp.br/rsp.
96. Cocco M, Lopes MJM. Morbidade por causas externas em adolescentes de uma região do município de Porto Alegre. *Rev Eletrônica de Enferm* [periódico na Internet]. 2010 [Acesso em 06 abr. 2010]; 1(12): 89–97. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/Revista>.
97. Cyrillo RMZ, Darli MCB, Canini SRMS, Carvalho EC, Lourencini RR. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móvel. *Rev. Eletr. Enf.* [periódico na Internet]. 2009 [Acesso em: 06 abr. 2010]; 11(4): 811-9. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a06.htm>.
98. Marson AC, Thomson J C. The influence of prehospital care on motor vehicle crash mortality. *J Trauma*. 2001; (50): 917-21.
99. Calil AM, Sallum EA, Domingues CA, Nogueira LS. Mapeamento das lesões em vítimas de acidentes de trânsito: revisão sistemática da literatura. *Rev. Latino- Am Enferm* [periódico na Internet]. 2009 jan./fev. [Acesso em 18 mar. 2010]; 17(1): 121-7. Disponível em www.eerp.usp.br/rlae.
100. Sado MJ, Morais FD, Viana FP. Caracterização das vítimas por acidentes motociclismos internadas no hospital de urgências de Goiânia. *Rev. Movimentada*. 2009; 2(2): 49-53.
101. Tocantins, Secretaria do Estado da Saúde do Tocantins. Audiência Pública Debate Índice de Acidentes no Trânsito. [Internet]. Secretaria da Saúde: Palmas, 2006 [Acesso em: 20 out. 2010]; Disponível em: www.saude.to.gov.br.
102. Gawryszewski VP, Jorge MHPM, Koizumi MS. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2004; 50(1): 97-103.

103. Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa: Aurélio Buarque de Holanda Ferreira. 3. ed. Curitiba: Positivo, 2004.
104. Mesquita Filho M, Jorge MHPM. Características da morbidade por causas externas em serviço de urgência. Rev Bras epidemiol. 2007; 10(4): 579-91.
105. Cabral APS; Souza WV. Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. Rev. Bras. Epidemiol. 2008; 11(4): 530-40.
106. Martins CBG, Andrade SM. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. Rev bras epidemiol. 2005; 8(2): 194-204.
107. Deslandes SF, Silva CMFP. Análise da morbidade hospitalar por acidentes de trânsito em hospitais públicos do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Rev. Saúde Pública. 2000; 34(4): 367-372.
108. Maciel ELN, Smarzaró DC, Oliosá DMS, Costa EF, Feitoza HN, Pereira JA, Pereira JGP, Bastos MJRP, Bossanel RCL, Souza, MFM de, Oliveira Junior JG. Análise ecológica da violência letal no município de Vitória-ES: sua distribuição e contexto socioespacial. In: Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de análise de situação em saúde. Saúde Brasil 2007: Uma análise da situação de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. P. 457-508.
109. Freitas J, Puig J, Cunha D, Costa O, Freitas A. Síncope: Como abordar? Rev Port Cardiol. 1994; 13: 133-40.
110. Calkins H, Zipes D. Syncope and hypotension. In: Braunwald E, Zipes DP, Libby P., editors. 6th ed. Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. Philadelphia: Saunders; 2001. p. 932-40.
111. Azevedo MCS, Barbisan JN, Silva EOA. A predisposição genética na síncope vasovagal. Rev Assoc Med Bras. 2009; 55(1): 19-2.
112. Kuhmmer R, Lazzaretti RK, Zimerman LL. Síncope vasovagal e suplementação de sal. Rev HCPA. 2008; 28(2): 110-5.
113. Shorvon SD. The epidemiology and treatment of chronic and refractory epilepsy. Epilepsia 1996 *Apud* Valença MM, Valença LPAA. Etiologia das

- crises epilépticas na cidade do Recife, Brasil: estudo de 249 pacientes. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2000; 58(4): 1064-72.
114. Bentes CC, Pimentel JG. Estado de mal convulsivo: aspectos fisiopatológicos e clínicos. *Acta Médica Portuguesa.* 2003; (16): 77-80.
115. Gomez-Placencia J. Epilepsia na infância. *Rev Cérebro & Mente.* [periódico na internet]. 1997 [Acesso em: 30 mar. 2010]; (4) Disponível em <http://www.cerebromente.org.br/n04/doenca/epilepsy/epilepsy.htm>.
116. Galanopoulou AS, Moshe SL. Desnutrição e epilepsia. *J. Pediatr. (Rio J.)*. 2002; 78(1): 07-08.
117. Ferrari D, Pinto AL, Tadine RM. Diagnóstico da insuficiência respiratória aguda no pronto-atendimento. *Rev Emergência Clínica.* 2007; (2): 15-18.
118. Lima LS de, Leal LP, Silveira CLS, Wanderley AG. Disfunções respiratórias na infância e cuidados de enfermagem. In: Associação Brasileira de Enfermagem Editor Programa de atualização em enfermagem: saúde da criança e do adolescente (PROENF). Porto Alegre: Artmed/ Panamericana Editora, 2006.
119. Bassan R, Pimenta L, Leães PE, Timerman A. Sociedade Brasileira de Cardiologia I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. *Arq Bras Cardiol.* 2002; 79 (suplemento II): 1-22.
120. Furtado MV *et al.* Dor Torácica. In: Nasi AL. Editores. Rotinas em pronto-socorro. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
121. Balan TG, Campos CJG. Padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre graduandas de enfermagem de uma Universidade Estadual Paulista. *SMAD Rev Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas.*[periódico na Internet]. 2006 [Acesso em 15 fev. 2009]; 2(2). Disponível em <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>.
122. Barros MBA, Léon-Marin L, Oliveira HB, Dalgalarro P, Botega NJ. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas: Diferenças sociais e demográficas no Município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, 2003. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília.* 2008 out./dez.; 179(4): 259-70.
123. Pinsky I, El - Jundi SARJ. O impacto da publicidade de bebidas alcoólicas sobre o consumo entre jovens: revisão da literatura internacional. *Rev. Brasileira de Psiquiatria.* [periódico na Internet]. 2008 Nov. [Acesso em:

- 09 abr. 2010]; 30(4): 362-74. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/213.pdf>.
124. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Secretaria Nacional Anti-Drogas; 2007.
125. Prado RR, Nascimento AF. Mortalidade por uso do álcool. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de análise de situação em saúde. Saúde Brasil 2007: Uma análise da situação de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
126. Gus M, Rosito GA. Hipertensão arterial sistêmica na sala de emergência. In: NASI AL. Editores. Rotinas em pronto-socorro. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 74-78.
127. Furtado RG, Coelho EB, Nobre F. Urgências e emergências hipertensivas. Medicina, Ribeirão Preto. 2003 abr./dez.; 36: 338-44.
128. Fuchs FD. Hipertensão arterial sistêmica. In Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani Editores. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
129. Dornas G Jr, Ferreira JM. Informações de unidades de pronto-atendimento: possibilidades de uso como sentinelas da atenção básica a saúde. Informática Pública. 2003; 5(1): 27-48.
130. Carabajá K, Silva RC, Ferreira Filho UR. Caracterização do serviço de atendimento móvel de urgência– SAMU no município de Curitiba – PR [trabalho de conclusão de curso]. Curitiba: Centro Universitário Campos Andrade, Curso de Enfermagem; 2010. 12 f.
131. Nasi LA, Barcelos GR, Ferrari ADL, Vieira SRR. Parada cardiorrespiratória. In: Nasi AL. Editores. Rotinas em pronto-socorro. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 42-50.
132. Santos ES, Timerman A, Achutti AC. Ressuscitação cardiopulmonar. In Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani Editores. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 1141-1147.

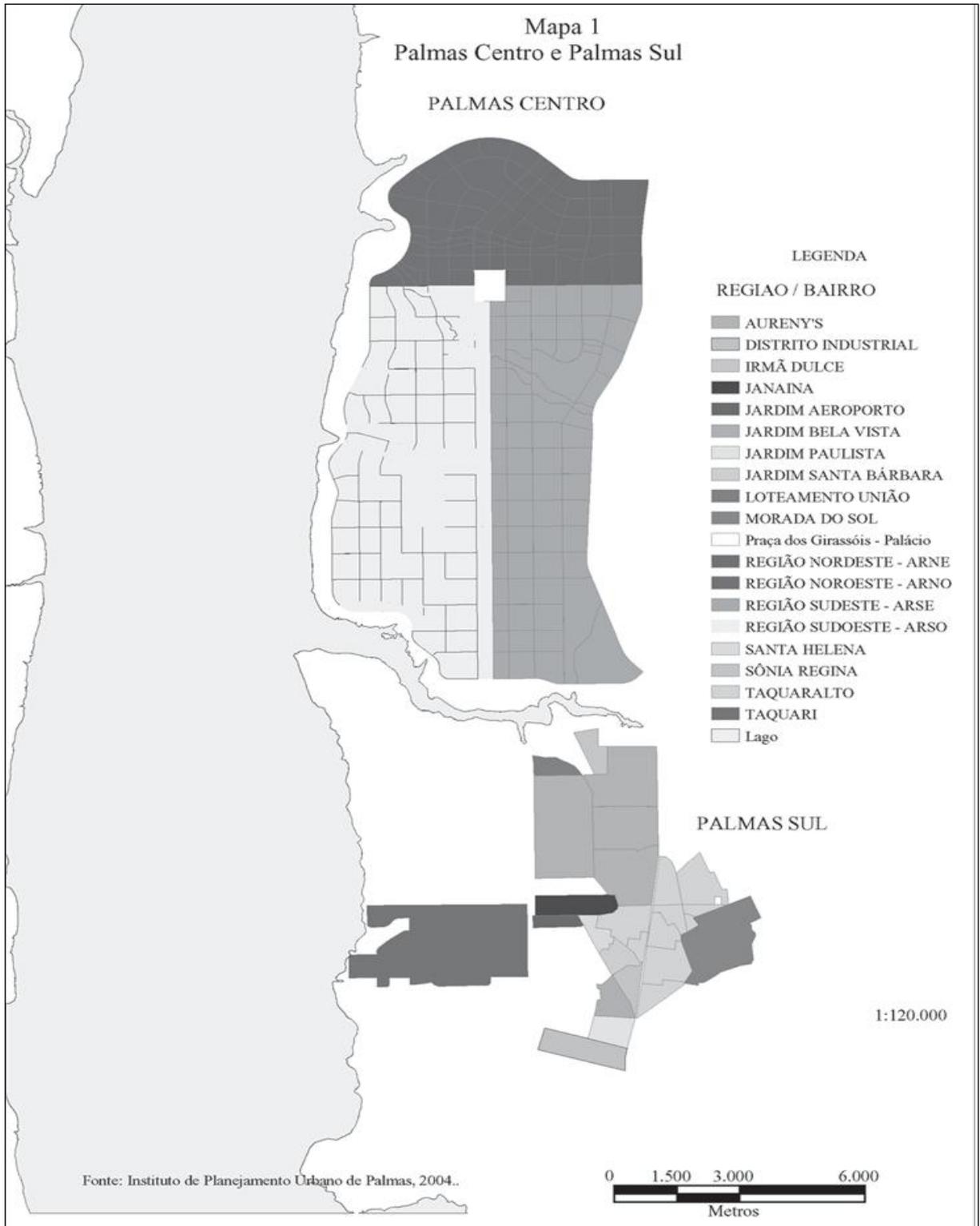
133. Fernandes RJ. Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da secretaria de saúde do município de Ribeirão Preto-SP [dissertação mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004. 101p.
134. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de análise de situação em saúde. Saúde Brasil 2007: Uma análise da situação de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
135. Silva SC, Padilha KG. Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas. Rev Esc Enferm USP. 2001; 35(4): 360-5.
136. Soares Filho AM. Perfil da saúde no homem. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de análise de situação em saúde. Saúde Brasil 2007: Uma análise da situação de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. P. 510-536.
137. Souza KV, Almeida MRCB, Soares VMN. Perfil da mortalidade materna por aborto no Paraná: 2003-2005. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2008 dez.; 12(4): 741-9.
138. Nicolau AIO, Ribeiro SG, Lessa PRA, Moraes MLC, Gadelha APP, Pinheiro AKB. Perfil obstétrico e contraceptivo de mulheres residentes em uma comunidade rural cearense. In: 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2009, Fortaleza. Anais eletrônicos. Fortaleza: ABEn, 2009.
139. Schupp TR. Gravidez após 40 anos: análise dos fatores prognósticos para resultados maternos e perinatais diversos [tese doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007.
140. Goncalves R, Fernandes RAQ, Sobral DH. Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. Rev. bras. enferm. 2005; 58(1): 61-4.
141. Vieira EM, Cordeiro LD, Monteiro RA. A mulher em idade fértil no Brasil: evolução da mortalidade e da internação por aborto. In: Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de análise

- de situação em saúde. Saúde Brasil 2007: Uma análise da situação de saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 143-182.
142. Jardim KFSB. O serviço ambulatorial móvel de urgência (SAMU) no contexto da reforma psiquiátrica: em análise a experiência Aracajú/SE [dissertação mestrado] Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes; 2008. 165f.
143. Osório CMS, Abreu PB, Gama CS. Psicoses. In Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani Editores. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 885-897.
144. Piltcher R, Salle E, Segal J. Urgência em psiquiatria. In: Nasi AL. Editores. Rotinas em pronto-socorro. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 708-720.
145. Diemen LV, Kessler FHP, Pechansky F. Drogas: uso, abuso e dependência. In Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani Editores. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 917-931.
146. Kanapp P, Nasi LA. Intoxicação aguda e abstinência ao álcool. In: Nasi AL. Editores. Rotinas em pronto-socorro. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 254-257.
147. Cordioli AV, Manfro GG. Transtorno de ansiedade. In Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani Editores. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 863-873.
148. Fleck MPA. Depressão. In Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani Editores. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.874-884.
149. Secretaria do estado da Saúde do Mato Grosso. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência atendeu 3.201 chamadas de Janeiro a Março de 2009. Cuiabá: Secretaria da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/portal/manchetes/manchete.php?id=2649>> Acesso em: 11 abr. 2010.
150. Schvartsman C, Carrera R, Abramovici S. Avaliação e transporte da criança traumatizada. J. Pediatr. (Rio J.) 2005; 81(5, suppl.I): 223-9.

151. Blackwell TH, Kaufman JS. Response time effectiveness: comparison of response time and survival in an urban emergency medical services system. *Acad. Emerg. Med.* 2002 apr.; 9(4): 288-95.
152. Pons PT, Markovchick VJ. Eight minutes or less: does the ambulance response time guideline impact trauma patient outcome? *J Emerg Med.* , New York, 2002 jul.; 23(1): 43-8.
153. Souza JC, Novaes AGN. Sistema de atendimento móvel de Urgência – SAMU. Dimensionamento espacial em áreas urbanas. *Revista Engenharia Civil. UM.* 2006; (27): 87-98.
154. Silva JG et al. Atendimento pré-hospitalar móvel em Fortaleza, Ceará: a visão dos profissionais envolvidos. *Rev. bras. epidemiol.* 2009; 12(4): 591-603.

ANEXOS

ANEXO A – MAPA DA CIDADE DE PALMAS - TO



ANEXO B – RETÓRIO DE ATENDIMENTO DO SAMU, PALMAS - TO



RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DO SAMU

USA USB Nº: _____ DATA: ____/____/____ Ocorrência Nº: _____

CONTROLE			EQUIPE		
Saída da Base: _____	Chegada ao Local: _____	Saída do Local: _____	Médico: _____		
Chegada ao Hospital: _____	Saída do Hospital: _____	Chegada à Base: _____	Enfermeiro: _____		
Tempo Total do Atendimento: _____			Técnico: _____		
Km Saída Base: _____	Km Chegada Base: _____	Km Total: _____	Motorista: _____		

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA		DOCUMENTO DE IDENTIDADE
NOME: _____	SEXO: _____ IDADE: _____	
ENDEREÇO: _____		

LOCAL DA OCORRÊNCIA Via Pública Residência Local de Trabalho
 ENDEREÇO: _____

NATUREZA		<input type="checkbox"/> TRAUMA	
<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Agressão Física	SITUAÇÃO DA VÍTIMA	
<input type="checkbox"/> Acidente auto	<input type="checkbox"/> FAF	MOTO: <input type="checkbox"/> Condutor	AUTO: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro
<input type="checkbox"/> Acidente moto	<input type="checkbox"/> FAF	<input type="checkbox"/> Carona	<input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro
<input type="checkbox"/> Acidente bicicleta	<input type="checkbox"/> Queimadura	<input type="checkbox"/> Ejeção	
<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Choque Elétrico	DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	
	<input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Capacete	<input type="checkbox"/> Cinto de Segurança <input type="checkbox"/> Air-bag

EXAME FÍSICO											
	Crânio	Face	Pescoço	Tórax	Abdome	Pelve	Dorso	MSD	MSE	MID	MIE
Contusão											
Escoriação											
FCC											
Fratura fechada											
Fratura exposta											
Queimadura											

<input type="checkbox"/> URGÊNCIA CLÍNICA		<input type="checkbox"/> REMOÇÃO		INTERCORRÊNCIAS: _____
<input type="checkbox"/> Dor torácica	<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> UTI		
<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Psiquiatria	<input type="checkbox"/> Exame: _____		
<input type="checkbox"/> Síncope	<input type="checkbox"/> Obstetria	<input type="checkbox"/> Hospital - Aeroporto		
<input type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Aeroporto - Hospital		
<input type="checkbox"/> AVC		<input type="checkbox"/> Outros: _____		
<input type="checkbox"/> Crise Convulsiva				

PA: _____ **FC:** _____ **FR:** _____ **SatO₂:** _____ **Pupilas:** _____ **Glasgow:** _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaringea	<input type="checkbox"/> Drenagem Torácica	<input type="checkbox"/> Oxigênio
<input type="checkbox"/> Cânula Nasofaringea	<input type="checkbox"/> Pericardiocentese	<input type="checkbox"/> Colar Cervical
<input type="checkbox"/> Intubação Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Desfibrilação	<input type="checkbox"/> Prancha Longa
<input type="checkbox"/> Intubação Nasotraqueal	<input type="checkbox"/> RCP (Duração: _____)	<input type="checkbox"/> Prancha Curta
<input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia	<input type="checkbox"/> Suporte Ventilatório <input type="checkbox"/> Ambu <input type="checkbox"/> Respirador	<input type="checkbox"/> KED
		<input type="checkbox"/> Imobilização <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS		
SUBSTÂNCIA	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	QUANTIDADE

DESTINO		MÉDICO QUE RECEBE O CASO
<input type="checkbox"/> Hospital: _____	<input type="checkbox"/> Óbito no Local	
<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento Norte	<input type="checkbox"/> Óbito durante o Transporte	
<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento Sul	<input type="checkbox"/> Outros	

Carimbo e Assinatura

ANEXO C – PARECER DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETO E PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

RELATÓRIO DA ANÁLISE DE PROJETO PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETO E PESQUISA

Nº 37 - 01/08

INSTITUIÇÃO: CEULP/ULBRA

PESQUISADOR(A): Jessimira Soares Muniz Pitteri

ORIENTADOR (A): DR. Pedro Sadi Monteiro

TÍTULO DO TRABALHO: "DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO SAMU 192 EM PALMAS – TO: CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO, SÓCIO-DEMOGRÁFICO E ESPACIAL".

PARECER

Após reunião da Comissão de Avaliação de Projeto e Pesquisa, no dia 17 de setembro do corrente ano, concluiu-se que a referida pesquisa, de uma forma geral, preenche os requisitos éticos e atende as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, estando a pesquisadora liberada para executar a pesquisa no SAMU de Palmas-TO.

SITUAÇÃO DO PROJETO : APROVADO.

Palmas, 17 de setembro de 2008.

Samara Queiroga B. S. da Costa

Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas

ANEXO D – PARECER COMITÊ DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS
COMUNIDADE EVANGÉLICA LUTERANA DO BRASIL
Departamento para o Decreto de 08/07/2008 - D.O. n.º 130 de 07/07/2008
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CEP No. 05/2009

Projeto: Diagnóstico situacional do SAMU-192 em Palmas – Tocantins: cenário epidemiológico, sócio-demográfico e espacial.

Pesquisador responsável: Jessimira Soares Muniz Pitteri

Área Temática: Ciências da Saúde

Resumo descritivo do estudo: Trata-se de um projeto que objetiva construir o diagnóstico situacional do SAMU-192 em Palmas identificando os cenários epidemiológico, sócio-demográfico e espacial, no período de 2008. O estudo é relevante, pois trará parâmetros reais do comportamento dos agravos em ambiente não hospitalar, mas e, principalmente, para apoiar os gestores na formulação das estratégias específicas para esta área.

Comentários e Considerações: O protocolo, em geral, apresenta de modo organizado, todas as partes do projeto estão bem redigidas, atendendo às exigências da Resolução CNS No. 196/96, que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos.

Situação: Aprovado

Palmas, 14 de maio de 2009

Solange Maria Miranda Silva
Solange Maria Miranda Silva
Coord. de Enfermagem
CEULP/ULBRA

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

QUESTIONÁRIO

1. Profissão: _____ 2. Sexo: () Feminino () Masculino
2. Idade:

a) 20 a 25 anos	d) 36 a 40 anos	g) 51 a 55 anos
b) 26 a 30 anos	e) 41 a 45 anos	h) 56 a 60 anos
c) 31 a 35 anos	f) 46 a 50 anos	i) acima de 60 anos
3. Número de anos escolares estudados: _____
4. Estado civil: a) Solteiro b) Casado c) Divorciado d) Viúvo e) Outro
5. Há quanto tempo trabalha no SAMU-192? _____
6. Qual sua carga horária semanal? _____
7. Quantos plantões você costuma fazer por mês? Com plantão extra _____
Sem plantão extra _____
8. Você fuma? () Sim () Não Se sim qual tipo de tabaco:
a) Cigarro b) cachimbo c) Rapé d) cigarro de palha N° de cigarro por dia _____
9. Você bebe? () Sim () Não Se sim qual tipo de bebida:
a) Cerveja b) whisky c) pinga d) vinho e) outras
10. Você Tem algum problema de saúde? () Não () Sim
Qual(is): _____.

11. Teve algum afastamento do trabalho entre julho de 2008 e junho de 2009? () não () sim
Por qual(is) motivo
(os): _____

12. Você considera o seu serviço no SAMU-192 estressante? Por quê?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ abaixo assinado, aceito participar da pesquisa intitulada **Diagnóstico Situacional do SAMU-192 em Palmas – Tocantins: Cenário Epidemiológico, Sócio-Demográfico e Espacial** que será realizada pela pesquisadora aluna do Mestrado em Ciências da Saúde Jessimira Soares Muniz Pitteri e orientada pelo Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro da Universidade de Brasília. A pesquisa tem como objetivo construir o diagnóstico situacional do SAMU-192 em Palmas, identificando os cenários de ocorrência, epidemiológico, sócio-demográfico e espacial, no período de julho de 2008 a junho de 2009. Fui informado que esta pesquisa servirá como instrumento para criação de estratégias de enfrentamento à situação encontrada e que além de aprimorar ações exercidas pelo serviço, trará benefícios ao cliente. A pesquisadora compromete-se a manter o sigilo absoluto sobre identidade das pessoas pesquisadas, assegurando o seu anonimato quando da publicação dos resultados da pesquisa. Fui esclarecido que esta pesquisa não trará prejuízo ao serviço. Também fui informado que os resultados deste estudo vão ser analisados pela própria pesquisadora não havendo a possibilidade de ser utilizado por outras pessoas nem para outros fins. Declaro que fui informado quanto aos objetivos deste trabalho que estou autorizando a sua realização. Fui informado que posso indagar a pesquisadora Sr^a. Jessimira Soares Muniz Pitteri se desejar fazer alguma pergunta sobre a pesquisa, pelo telefone (63)8111-9075, no seguinte endereço: Quadra 906 Sul, Alameda 03, Casa 31, Plano Diretor Sul de Palmas, que posso desistir a qualquer momento de participar e que os resultados da pesquisa serão disponibilizados quando forem publicados. Fui orientado ainda pela pesquisadora que, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA, estabelecido na Avenida Teotônio Segurado, nº 1500, Plano Diretor Sul, Palmas-TO, telefone 3219-8053, conforme parecer nº 37 - 01/2008, e que, esta pesquisa atende às exigências éticas e científicas indicadas na Resolução nº 196 de 1996, do Conselho Nacional de Pesquisa, que contém as diretrizes e normas de pesquisas que envolvem seres humanos.

Palmas, 16 de setembro de 2009.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Jessimira Soares Muniz Pitteri.

Assinatura do orientador: _____

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

