

CARACTERIZAÇÃO DAS CAUSAS EXTERNAS ATENDIDAS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Magda Milleyde de Sousa Lima¹

Francisco José Magalhães Brandão²

Darlane Veríssimo de Araújo²

Joselany Áfio Caetano¹

Livia Moreira Barros³

<https://orcid.org/0000-0001-5763-8791>

<https://orcid.org/0000-0002-5049-9845>

<https://orcid.org/0000-0001-5459-9678>

<https://orcid.org/0000-0002-0807-056X>

<https://orcid.org/0000-0002-0174-2255>

Objetivo: Analisar o perfil dos atendimentos por causas externas do serviço de atendimento móvel de urgência. **Métodos:** Estudo documental, retrospectivo e quantitativo, realizado no serviço de atendimento móvel de urgência, no noroeste do Ceará, por meio da análise de 2251 fichas de atendimentos no período de novembro de 2017 a outubro de 2018. Os dados foram analisados pelo software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24. **Resultados:** Houve o predomínio de homens (68,6%), com idade entre 20 a 49 anos (62,0%), não apresentando hálito etílico (72,4%). As principais causas externas foram quedas com taxa de 50,2% entre mulheres e 41,9% entre homens, seguido de colisões com taxa de 28,9% entre mulheres e 31% entre homens. Os meses predominantes foram junho (10,2%), abril (8,8%) e dezembro (8,8%). O principal veículo utilizado foram ambulâncias de suporte básico (87,5%), com destino ao hospital de traumatologia (86,3%), com tempo resposta de 7,81 minutos para o local da ocorrência. **Conclusão:** O atendimento pré-hospitalar realizado pelo serviço móvel apresenta um perfil específico relacionado ao sexo, faixa etária, queixa principal e tempo resposta durante a assistência de vítimas de causas externas.

Descritores: Assistência pré-hospitalar; Emergências; Perfil de saúde.

CHARACTERIZATION OF EXTERNAL CAUSES ASSISTED BY THE MOBILE EMERGENCY SERVICE

Objective: To analyze the profile of calls for external causes of the mobile emergency service. **Methods:** Documentary, retrospective and quantitative study, carried out in the mobile emergency care service, in northwestern Ceará, through the analysis of 2251 attendance records from November 2017 to October 2018. The data were analyzed using the Statistical software Package for the Social Sciences (SPSS), version 24. **Results:** There was a predominance of men (68.6%), aged between 20 and 49 years (62.0%), with no ethyl breath (72.4%). The main external causes were falls with a rate of 50.2% among women and 41.9% among men, followed by collisions with a rate of 28.9% among women and 31% among men. The predominant months were June (10.2%), April (8.8%) and December (8.8%). The main vehicle used was basic support ambulances (87.5%), destined for the trauma hospital (86.3%), with a response time of 7.81 minutes to the place of the occurrence. **Conclusion:** The prehospital care provided by the mobile service has a specific profile related to sex, age group, main complaint and response time when assisting victims of external causes.

Descriptors: Prehospital care; Emergencies; Health profile.

CARACTERIZACIÓN DE CAUSAS EXTERNAS ASISTIDAS POR EL SERVICIO DE EMERGENCIA MÓVIL

Objetivo: Analizar el perfil de llamadas por causas externas del servicio de emergencia móvil. **Métodos:** Estudio documental, retrospectivo y cuantitativo, realizado en el servicio móvil de atención de emergencias, en el noroeste de Ceará, mediante el análisis de 2251 registros de asistencia desde noviembre de 2017 a octubre de 2018. Los datos fueron analizados mediante el software estadístico Paquete para las Ciencias Sociales (SPSS), versión 24. **Resultados:** Predominó el sexo masculino (68,6%), con edades comprendidas entre 20 y 49 años (62,0%), sin aliento etílico (72,4%). Las principales causas externas fueron las caídas con una tasa del 50,2% entre las mujeres y el 41,9% entre los hombres, seguidas de las colisiones con una tasa del 28,9% entre las mujeres y el 31% entre los hombres. Los meses predominantes fueron junio (10,2%), abril (8,8%) y diciembre (8,8%). El principal vehículo utilizado fueron las ambulancias de apoyo básico (87,5%), con destino al hospital de traumatología (86,3%), con un tiempo de respuesta de 7,81 minutos al lugar del hecho. **Conclusión:** La atención prehospitalaria que brinda el servicio móvil tiene un perfil específico relacionado con el sexo, el grupo de edad, la queja principal y el tiempo de respuesta en la atención a víctimas de causas externas.

Descriptores: Atención prehospitalaria; Urgencias médicas; Perfil de salud.

¹Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

²Universidade Estadual vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil.

³Universidade da Integração Internacional da Lusofania Afro-Brasileira, Redenção, CE, Brasil.

Autor correspondente: Magda Milleyde de Sousa Lima | E-mail: limamilleyde@gmail.com

Recebido: 22/03/2020 - Aceito: 02/01/2021

INTRODUÇÃO

As causas externas se constituem um desafio para a saúde pública, aumentando o crescimento de hospitalizações, que resulta em maiores custos financeiros e complicações nas lesões de trauma, como também, incapacidades físicas e mortes¹.

De acordo com a literatura, elas ocupam o segundo grupo de mortes evitáveis, apresentando aumento anual de 1,1 e 1,0% nas regiões Nordeste e Norte, tendo como principais fatores as agressões, acidentes de trânsito e lesões autoprovocadas, sobretudo entre adultos jovens, do sexo masculino em idade economicamente ativa².

Esse aumento na demanda de atendimento representa um dos grandes problemas existentes nos serviços de saúde, pois os setores de urgência e emergência ainda se apresentam como um ambiente assimétrico, complexo e com muitos desafios, relacionados a sobrecarga dos profissionais, estresse e desgaste, corroborando para na produção do cuidado³.

Diante deste cenário, em 2011, foi publicada a Portaria No. 1.600, que instituiu a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS, que tem a finalidade de realizar a articulação de todos os equipamentos de saúde através da ampliação e da qualificação do acesso integral aos usuários em situação de urgência e emergência, de forma ágil e resolutiva, tendo como um dos componentes o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)⁴.

O impulso da implantação do SAMU deu-se a partir de 2003, sendo considerado uma estratégia de atendimento pré-hospitalar às urgências no Brasil, tornando-se um serviço imprescindível na redução da morbidade e mortalidade por causas externas. Neste cenário, um dos principais indicadores de qualidade do serviço é a avaliação do tempo-resposta das ambulâncias, pois o intervalo entre o acionamento da equipe e a chegada em cena influenciam na sobrevivência dos pacientes⁵.

A assistência aos pacientes é realizada por meio das ambulâncias do tipo USB (Unidades de Suporte Básico) e USA (Unidade de Suporte Avançado), ambas possuem recursos tecnológicos e profissionais treinados para atuar no âmbito pré-hospitalar⁵.

O enfermeiro, como parte da equipe do SAMU, em sua atuação em atendimento pré-hospitalar, exerce funções de assistência às vítimas com agravamento à saúde em ambientes extra-hospitalares, como auxílio em reanimações, estabilização do quadro clínico, avaliação de prioridades, assim como também executa, cargos de gestão e administração na base do SAMU, como a responsabilidade de serviço burocrático como as escalas dos plantões,

e também a organização e manutenção de insumos para os profissionais, possibilitando a prestação de cuidados eficiente⁶.

Mediante tais considerações e a fim de discutir a temática, surgiram os seguintes questionamentos: Qual o perfil das ocorrências por causas externas atendidas pelo SAMU? Qual o tempo-resposta de atendimento as vítimas de causas externas?

A análise do perfil das vítimas e do tempo-resposta das ambulâncias proporciona uma reflexão crítica acerca do funcionamento do SAMU, das políticas públicas de saúde e da RAU, possibilitando que enfermeiros e gestores conheçam a população que busca o serviço, e implementem estratégias efetivas de promoção à saúde e prevenção de agravos, com a realização de treinamento da equipe com base na prática baseada em evidência. Tais ações, corroboram para melhorar a qualidade do cuidado e reduzir a morbidade e mortalidade por causas externas. Neste sentido, o presente artigo tem o objetivo de analisar o perfil dos atendimentos por causas externas do serviço de atendimento móvel de urgência.

MÉTODOS

Trata-se de estudo documental, retrospectivo com abordagem quantitativa. A análise de documentos contribui com investigações relacionadas com a maneira de pensar e de agir, por meio de procedimentos no domínio da ciência da informação, viabilizando a compreensão de um problema⁷.

O estudo foi realizado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da região noroeste do Estado do Ceará. O serviço foi implantado no dia 05 de Agosto de 2005 e atende a microrregião de Sobral-CE. A instituição tem duas ambulâncias de suporte básico, uma ambulância de suporte avançado e uma motolância. O serviço é composto por uma equipe multiprofissional formada por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, condutores, técnicos auxiliares de regulação médica (TARM) e agentes administrativos.

A amostra foi composta por 2.251 fichas de atendimento individual das ocorrências por causas externas, atendidas no período de novembro de 2017 a outubro de 2018. Os critérios de inclusão foram: fichas de atendimento pré-hospitalar de vítimas de causas externas, de ambos os sexos e de qualquer faixa etária, que foram atendidas no período de novembro de 2017 a outubro de 2018. Os critérios de exclusão foram: fichas com menos de 90% das informações e trotes. Foram excluídas 26 fichas referente a trotes.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento espelho das fichas de notificação dos atendimentos no SAMU, preenchido por meio de um formulário no *google drive*, contendo variáveis relacionadas ao perfil dos pacientes (sexo, faixa etária, queixa principal, uso de hálito etílico), perfil do transporte utilizado durante o atendimento (tipo de ambulância e tempo resposta da assistência) e perfil do desfecho do atendimento (hospital, liberado, óbito, recusa remoção, recusa atendimento e removido por meios próprios).

Os dados coletados foram digitados e compilados no Excel e a análise estatística foi realizada por meio do *software* IBM SPSS, versão 24.0. Os dados foram organizados em tabelas com frequências absolutas e percentuais. O nível de significância adotado foi de 5% e o intervalo de confiança de 95%. Os dados relativos às variáveis clínico-epidemiológicas dos pacientes foram tratados a partir da estatística descritiva, mediante uso de distribuições de frequências uni e bivariadas e medidas descritivas (médias, medianas, desvio padrão e percentis 25-75). As diferenças entre as proporções foram verificadas mediante aplicação do teste estatístico Qui-Quadrado de Pearson e as diferenças entre as variáveis contínuas com o Teste de Mann-Whitney.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sob Parecer No. 2.806.742, respeitando os princípios éticos e legais determinados pela Resolução No. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, abordando os princípios da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

RESULTADOS

Na análise das 2251 ocorrências foi identificado que os pacientes atendidos por causas externas tinham idade entre menos de um e 113 anos ($p < 0,000$), com média de 37 anos (DP 21,205) e mediana 34 anos. O percentual por faixa etária teve maior índice na variável entre 20 a 29 anos (26,45%) e o menor foi em pacientes com menos de um ano (0,05%). Noventa e duas fichas (4,0%) não informaram a idade.

Em relação ao sexo, houve o predomínio do sexo masculino (68,6%). A distribuição dos atendimentos ocorreu de forma homogênea durante o período analisado ($p < 0,142$), havendo aumento de ocorrências nos meses de junho (10,2%), abril (8,8%) e dezembro (8,8%) e redução no mês de fevereiro (6,5%). Foi identificado o predomínio de pacientes sem hálito etílico (p -valor 0,000) em ambos os sexos, sendo feminino (90,4%) e masculino (72,4%).

Conforme a tabela 1, a análise do perfil das ocorrências foi feita por meio da comparação entre o sexo masculino e feminino, sendo identificadas 12 tipos de causas externas e um número significativo de quedas, com taxa de 50,2% entre mulheres e 41,9% entre homens, seguido de colisões com 28,9% entre mulheres e 31% entre homens. Por sua vez, houve percentuais menores nos casos de choque elétrico com 0,4% entre mulheres e 0,5% em homens.

Tabela 1. Comparação das ocorrências de acordo com o sexo e as principais causas externas

Variáveis /Categorias	Sexo		p-value
	Feminino	Masculino	
	n(%)	n(%)	
Causas Externas			
Quedas	355(50,2)	642(41,9)	0,000†
Colisões	204(28,9)	479(31,0)	
Agressão física	27(3,8)	103(6,7)	
Ferimento por arma de fogo (FAF)	12(1,7)	91(5,9)	
Atropelamento	28(4,0)	63(4,1)	
Tentativa de suicídio	36(5,1)	34(2,2)	
Ferimento por arma branca (FAB)	9(1,3)	49(3,2)	
Intoxicação/Envenenamento	19(2,7)	21(1,4)	
Capotamento	2(0,3)	15(1,0)	
Choque elétrico	3(0,4)	7(0,5)	
Obstrução das Vias Aéreas por Corpos Estranhos (OVACE)	5(0,7)	4(0,3)	
Queimadura	2(0,3)	4(0,3)	
Não Informado	2(0,3)	12(0,8)	
Outros	3(0,4)	15(1,0)	
Total	707(100)	1544(100)	

† Qui-quadrado de Pearson. Fonte: Elaborado pelos autores.

A variável queda foi subdividida em quatro tipos ($p < 0,000$): queda de moto, representando um quantitativo de 47,9% no sexo masculino e 43,4% no sexo feminino; queda da própria altura com 45,6% no sexo feminino e 32,8% no sexo masculino; queda de bicicleta com 10% no sexo masculino e 2% no sexo feminino; queda de altura com 9,0% no sexo feminino e 9,3% no sexo masculino.

Conforme a tabela 2, a variável colisão apresentou 16 subdivisões ($p < 0,149$) com predomínio no número de

colisões entre moto e carro, sendo 48,5% no grupo do sexo feminino e 43,9% no grupo do sexo masculino.

Tabela 2. Caracterização dos tipos de colisões ocorridas entre os meses de novembro de 2017 a outubro de 2018

Variáveis /Categorias	Sexo		p-value
	Feminino	Masculino	
	n(%)	n(%)	
Tipos de Colisões			
Moto x Carro	97(48,5)	204(43,9)	0,149†
Moto x Moto	65(32,5)	142(30,5)	
Moto x Bicicleta	16(8,0)	53(12,3)	
Carro x Bicicleta	5(2,5)	20(4,3)	
Moto x Animal	4(2,0)	12(2,6)	
Carro x Carro	7(3,5)	9(1,9)	
Moto x Poste	0(0,0)	7(1,5)	
Carro x Poste	0(0,0)	4(0,8)	
Moto x Árvore	0(0,0)	3(0,6)	
Moto x Caminhão	1(0,5)	3(0,6)	
Carro x Árvore	1(0,5)	0(0,0)	
Bicicleta x Ônibus	1(0,5)	0(0,0)	
Bicicleta x Bicicleta	0(0,0)	1(0,2)	
Caminhão x Moto	0(0)	1(0,2)	
Carro x Parede	0(0)	1(0,2)	
Ônibus x Carreta	3(1,5)	1(0,2)	
Total	200(100)	465(100)	

† Qui-quadrado de Pearson. Fonte: Elaborado pelos autores

A análise do perfil das ambulâncias ($p < 0,075$) identificou que a maioria das ocorrências é realizada por meio da Unidade de Suporte Básico (87,5%), seguida da Unidade de Suporte Avançado (9,7%) e motolância (1,8%). Um por cento dos casos não foi informado.

O tempo resposta foi analisado de acordo com as variáveis: 0-5 minutos, 6-10 minutos, 11-15 minutos, 16-20 minutos, 21-25 minutos, 26-30 minutos e mais de 30 minutos. A duração do tempo resposta da ambulância para o local da ocorrência ($p < 0,916$) foi de 7,81 minutos, em média, com desvio padrão de 4,04 minutos. A variável "entre seis e 10 minutos" teve predomínio (47,15% das ocorrências), seguida da variável "entre 0 e 5 minutos" (33,2%). Mais de três por cento das fichas não informavam o tempo de deslocamento.

O tempo resposta das ambulâncias durante o atendimento no local da ocorrência ($p < 0,011$) obteve média de

11,48 minutos, com desvio padrão de 6,34. A variável "entre 6 e 10 minutos" teve predomínio (35% das ocorrências). Por sua vez, foi possível verificar que, em apenas 1,8% dos casos, a ambulância ficou por mais de 30 minutos no local. Mais de 13% das fichas não informavam o tempo de atendimento.

O tempo resposta das ambulâncias do local da ocorrência para o local referenciado ($p < 0,000$) foi, em média, de 9,54 minutos, com desvio padrão de 5,63. A variável que obteve predomínio foi "entre 6 e 10 minutos", com 39,9% das ocorrências. Por sua vez, o tempo resposta de mais de 30 minutos para o local referenciado, aconteceu em apenas 0,7% dos casos e, mais de 15% não informavam o percurso da ambulância para o local de referência.

O tempo médio em que as ambulâncias ficam no hospital referenciado ($p < 0,008$) foi de 12,48 minutos e desvio padrão de 11,379. A variável "entre 6 e 10 minutos" obteve predomínio (28,6%). Contudo, 20,5% das ocorrências não informavam essa categoria.

Conforme mostra a tabela 3, as vítimas por causas externas são referenciadas de forma significativa para o hospital, representando um valor de 90,2% dos pacientes do sexo feminino e 82,4% do sexo masculino. Por sua vez, o número de óbitos do sexo masculino foi de 3%, representando um número maior do que o sexo feminino (1%).

Tabela 3. Destino dos pacientes

Variáveis /Categorias	Sexo		p-value
	Feminino	Masculino	
	n(%)	n(%)	
Destino dos pacientes			
Hospital	638(90,2)	1273(82,4)	0,000†
Liberado	3(0,4)	26(1,7)	
Óbito	7(1,0)	47(3,0)	
Recusa atendimento	8(1,1)	49(3,2)	
Recusa remoção	25(3,5)	59(3,8)	
Removido por meios próprios	8(1,1)	55(3,6)	
Não informado	18(2,5)	35(2,3)	
Total	707(100)	1544(100)	

† Qui-quadrado de Pearson. Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

Foi identificado que a maioria das vítimas por causas externas são do sexo masculino e estão na faixa etária de 20 a 39 anos. Esses dados vão ao encontro de um estudo realizado em São Paulo, o qual indicou que o maior percentual

de vítimas de trauma é do sexo masculino (64,35%) e com idade entre 20 a 59 anos (54,48%)⁸. Essa taxa indica que serviço de atendimento móvel de urgência atende números elevados de jovens, na faixa etária da população economicamente ativa.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde⁹, os homens possuem três vezes mais probabilidade de morrer vítima de causas externas do que mulheres. Sendo assim é necessária a realização de ações voltadas para promoção da saúde, com o fortalecimento de políticas públicas voltadas para esse perfil, a fim de fornecer subsídios para melhorar a qualidade de vida do homem, com redução da morbidade e mortalidade^{10,11}.

Além disso, houve o predomínio de ocorrências por causas externas nos meses de abril, junho e dezembro, e redução no mês de fevereiro. Estes dados vão ao encontro de estudos realizados no âmbito nacional. De acordo com Ciconet¹², em uma pesquisa realizada no SAMU de Porto Alegre durante os meses de janeiro a dezembro de 2013, as ocorrências por causas externas aumentaram no último trimestre do ano, sendo o mês de dezembro com 12,1% e reduziram no primeiro trimestre, sendo fevereiro representado por 3,7% das ocorrências.

Neste contexto, as programações turístico-culturais, como o carnaval e as festividades do ciclo natalino, podem representar um período de maior risco para causas externas¹⁰. Assim, redução no mês de fevereiro, visto que o município da pesquisa não realiza festividades no período de carnaval.

Em relação à queixa principal, houve o predomínio de quedas e colisões, corroborando com um estudo realizado por Tibães et al.¹³, o qual identificou que, entre as causas externas, havia um número alto de acidentes de trânsito (68,22%) e de quedas (20,34%). As quedas e os acidentes de trânsito são definidos como os principais eventos acidentais responsável por mais de cinco milhões de óbitos por ano em todo o mundo, significando 9% de todas as mortes¹⁴. Neste contexto, no ano de 2014, ocorreram 13.327 óbitos por quedas no Brasil, o que corresponde a 8,5% das mortes por causas externas¹⁵.

Por sua vez, de acordo com pesquisadores brasileiros¹⁰, as colisões são os acidentes de trânsito mais comuns, principalmente entre motocicletas, representando o quantitativo de 59,9% das ocorrências em Recife, no primeiro semestre de 2015. Assim, políticas públicas para prevenção de mortes no trânsito devem ser desenvolvidas, sobretudo, voltadas para os indivíduos mais vulneráveis¹⁶.

Além disso, foi analisado no estudo que um fator preocupante no município está relacionado à violência urbana, por meio das agressões físicas, ferimentos por arma de

fogo e os ferimentos por arma branca. Esses dados coincidem com uma pesquisa feita por Tibães et al.¹³, identificando que a violência urbana representa 10,05% do total de casos, sendo que 42,9% dos casos de violência são de agressão física, 32,72% de ferimento por arma de fogo e 24,38% são ferimentos por arma branca. Essa violência traz implicações para os serviços de saúde e, de acordo com Melo e Garcia (2019)¹⁷, a violência é um problema complexo que envolve múltiplos fatores, relacionados com características culturais, sociais e ambientes, sendo necessário a implantação de ações efetivas e com colaboração intersetorial.

O presente estudo também identificou o valor alto de tentativas de suicídio, sendo registrados 70 casos durante o ano, representado por 5,1% das causas externas no sexo feminino e 2,2% no sexo masculino. A taxa de suicídio ainda é maior entre mulheres do que entre homens, sendo realizada de maneira menos agressiva, principalmente por meio de envenenamento e automedicação. Estudos indicam que esses fatores podem estar relacionados à facilidade de acesso a medicamentos, agrotóxicos e raticidas presente no domicílio das vítimas. Sendo assim, é necessária a articulação entre a rede de Saúde Mental com a Estratégia de Saúde da Família para prevenção desses casos¹⁸.

Em relação ao uso de bebida alcoólica, o presente estudo evidenciou que a maioria das vítimas não apresentava hálito etílico, sendo presente em 9,1% das vítimas do sexo feminino e 25,6% no sexo masculino, corroborando com um estudo que realizado por Soares et al.¹⁹ em Picos - Piauí, que indicou que uma taxa de 68,7% das vítimas não havia ingerido bebida alcoólica. Apesar da maioria das vítimas não apresentarem hálito etílico, o resultado encontrado ainda é preocupante, principalmente entre os homens.

No Brasil, o consumo de álcool contribui para a mortalidade prematura com taxa de crescimento anual de 5,59%, principalmente entre jovens, pardos e negros, residentes no Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Esses dados refletem a influências das desigualdades sociais no país²⁰.

Neste estudo foi analisado que a maioria dos atendimentos são realizados pelas unidades de suporte básico (USB), seguido pelas unidades de suporte avançado (USA) e motolância. Tais resultados corroboram com o que preconizado pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS No. 356, de 8 de abril de 2013, que indica que a USB deve representar a média de 80% das ocorrências²¹.

Foi analisado que o tempo médio para a chegada da ambulância no local foi de 7,81 minutos, corroborando com o preconizado por estudos internacionais, que indicam tempo médio de 6 a 8 minutos²².

Além disso, foi possível inferir que o tempo de atendimento no local da ocorrência teve média de 11,48 minutos. Por sua vez, o tempo resposta para o hospital referenciado teve média de 9,54 minutos. Esses valores corroboram com o preconizado em estudo realizado nos Estados Unidos, que indica que o atendimento deve seguir a “hora de ouro”, ou seja, entre zero e 30 minutos e o tempo de remoção deve estar entre 8 e 10 minutos²².

Por sua vez, o tempo médio de espera da ambulância no hospital referenciado (média de 12,48 minutos) infere que, durante o atendimento pré-hospitalar, o local onde a ambulância fica por mais tempo é na unidade de referência do paciente. Com o intuito de reduzir o tempo de retenção das ambulâncias no ambiente hospitalar, a Resolução CFM No. 2.110/2014 autoriza que a equipe do SAMU solicite ao diretor do hospital que libere a ambulância em casos de demora por falta de maca²³.

Foi identificado que o principal desfecho do atendimento pré-hospitalar realizado na região noroeste do Ceará, dá-se através do encaminhamento dos pacientes para o hospital. Esses dados corroboram com o Conselho Federal de Medicina, que determina a existência da “vaga zero” nas emergências hospitalares. Ou seja, todo paciente regulado pelo SAMU com risco de morbidade e mortalidade deve ter acesso garantido, mesmo que o hospital esteja superlotado²³.

O estudo identificou um valor elevado de regulação solicitando o retorno da ambulância para a base do SAMU. Esses valores indicam que o serviço não é acionado somente para situações de emergência, uma vez que pacientes graves não recusam atendimento. Neste cenário, pesquisas internacionais evidenciam diversos fatores relacionados ao uso inapropriado das ambulâncias, de acordo com raça, faixa etária, renda, escolaridade e cultura da organização do sistema de saúde local²⁴.

Como limitações do estudo pode-se destacar o período de análise da pesquisa e a ausência de informações nas fichas de ocorrência, principalmente relacionadas ao tempo resposta das ambulâncias. Com isso, sugere-se a realização de novos estudos utilizando um período maior de atendimento.

A análise do estudo trouxe contribuições para a prática, uma vez que os resultados evidenciaram que o atendimento do SAMU apresenta um perfil específico de ocorrências por causas externas relacionadas ao sexo, faixa etária e queixa principal, através de uma assistência pré-hospitalar móvel rápida. Tais informações possibilitam que enfermeiros e

gestores avaliem as políticas públicas e elaborem medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos, com foco no público mais afetado, corroborando para redução da mortalidade.

CONCLUSÃO

Durante os meses de novembro de 2017 a outubro de 2018, houve 2.251 atendimentos pré-hospitalar para vítimas de causas externas, tendo o perfil formado por pacientes do sexo masculino, na faixa etária de 20 a 39 anos, não apresentando hálito etílico 72,4% e tendo como principal queixa as quedas e colisões. Em relação ao perfil das ambulâncias avaliadas no estudo, pode-se concluir que houve predomínio da Unidade de Suporte Básico, seguindo o tempo resposta preconizado pela literatura e com principal destino o hospital. A taxa de letalidade foi de 1% no sexo feminino e 3% no sexo masculino.

Diante do cenário atual é necessário reduzir as ocorrências atendidas pelo serviço, sendo recomendado que a gestão reorganize as políticas públicas existentes, a fim de realizar ações de promoção a saúde e prevenção de agravos, de forma efetiva, para reduzir os índices de causas externas e diminuir os gastos destinados para o atendimento pré-hospitalar e para a reabilitação desses pacientes.

Contribuição dos autores:

Magda Milleyde de Sousa Lima: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada; Francisco José Magalhães Brandão: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; d) aprovação da versão final a ser publicada; Dariane Veríssimo de Araújo: b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada; Joselany Áfio Caetano: a) concepção e/ou desenho do estudo; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada; Livia Moreira Barros: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada.

Agradecimentos:

Aos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da região noroeste do estado do Ceará.

REFERÊNCIAS

1. Silva AD, Alves GC, Amaral EM, Ferreira LA, Dutra CM, Ohl RI, et al. Vítimas de acidente motociclístico atendidas em hospital público de ensino. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2018 [citado 2019 Jul 22];22:e-1075. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remex.org.br/pdf/e1075.pdf>
2. Malta DC, Saltarelli RM, Prado RR, Monteiro RA, Almeida MF. Mortes evitáveis no Sistema Único de Saúde na população brasileira, entre 5 e 69 anos, 2000 - 2013. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2018 [citado 2020 Mar 19];21:e180008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000100407&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
3. Souza JD, Pessoa Júnior JM, Miranda FA. Stresse em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2017 [citado 2020 Mar 19];4(12):107-16. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832017000100012
4. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília (DF): CONASS; 2015.
5. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Macedo C, Lopes MG. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 2020 Mar 20];33(7):e00043716. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000705010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
6. Tavares TY, Santana JC, Eloy MD, Oliveira RD, Paula RF. O cotidiano dos enfermeiros que atuam no serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev Enferm Cent Oeste Min* [Internet]. 2017 [citado 2019 Jul 20];7:e1466. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/%20article/view/1466>
7. Garcia Junior EF, Medeiros S, Augusta C. Análise documental: uma metodologia da pesquisa para a Ciência da Informação. *Temática* [Internet]. 2017 [citado 2020 Mar 21];13(7):138-50. Disponível em: <https://www.periodicos.ufpb.br/index.php/tematica/article/view/35383/18042>
8. Almeida PM, Dell'Acqua MC, Cyrino CM, Juliani CM, Palhares VC, Pavelqueires S. Análise dos atendimentos do SAMU 192: componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [citado 2019 Jul 20];20(2):289-95. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000200289&script=sci_abstract&tlng=pt
9. World Health Organization. Road traffic injuries: Fact sheet [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2019 Jul 20]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/en/>
10. Mendonça MF, Silva AP, Castro CC. Análise espacial dos acidentes de trânsito urbano atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: um recorte no espaço e no tempo. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 [citado 2019 Jul 22];20(4):727-41. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000400727&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
11. Ferreira JI, Martins ER, Ramos RC, Costa CM, Alves RN, Lima B. Políticas públicas de atenção integral a saúde do homem: desafios para a enfermagem. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2016 [citado 2019 Set 12];24(6):e7631. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/download/7631/20390>
12. Ciconet RM. Tempo resposta de um serviço de atendimento móvel de urgência [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
13. Tibães HB, Silva DM, Alves M, Penna CM, Brito MJ. Perfil de atendimento do serviço de atendimento móvel de urgência no norte de Minas Gerais. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [Internet]. 2018 [citado 2019 Set 12];10(3):675-82. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6150/pdf_1
14. Campos MR, von Doellinger VR, Mendes LV, Costa MF, Pimentel TG, Schramm JM. Diferenciais de morbimortalidade por causas externas: resultados do estudo Carga Global de Doenças no Brasil, 2008. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [citado 2019 Set 27];31(1):121-36. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000100121&script=sci_arttext&tlng=pt
15. Ribeiro AP, Souza ER, Sousa CA, Freitas MG. Quedas acidentais nos atendimentos de urgência e emergência: resultados do VIVA Inquérito de 2014. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2016 [citado 2019 Set 27];21(12):3719-27. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001203719&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
16. Rios PA, Mota EL, Ferreira LN, Cardoso JP, Santos GJ, Rodrigues TB. Acidentes de trânsito com condutores de veículos: incidência e diferenciais entre motociclistas e motoristas em estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2019 [citado 2020 Mar 19];22:e190054. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2019000100456&script=sci_arttext
17. Melo AC, Garcia LP. Fatores associados a agressões por desconhecidos entre jovens do sexo masculino atendidos em serviços de urgência e emergência: estudo de casos e controles. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [citado 2020 Mar 19];24(8):2825-34. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802825
18. Ribeiro NM, Castro SS, Scatena LM, Haas VJ. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2018 [citado 2019 Out 21];27(2):e2110016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200310&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
19. Soares LS, Sousa DA, Machado AL, Silva GR. Caracterização das vítimas de traumas por acidente com motocicleta internadas em um hospital público. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2015 [citado 2019 Out 21];23(1):115-21. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15599/12365>
20. Machado IE, Monteiro MG, Monteiro RA, Lana FC, Gawryszewski VP, Malta DC. Trends in mortality rates where alcohol was a necessary cause of death in Brazil, 2000-2013. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 19];42:e9. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e9/en>
21. Ministério da Saúde. Portaria No. 356, de 8 de abril de 2013. Adequar e nortear o cadastramento do componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências no SCNES. *Diário Oficial da União*. 2013 Abr 9;Seq. 1:40-1.
22. National Association of Emergency Medical Technicians. *PHTLS: atendimento pré-hospitalar ao traumatizado*. 8a ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2016.
23. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM No. 2.110, de 25 de setembro de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência, em todo o território nacional. *Diário Oficial da União*. 2014 Nov 19;Seq. 1:199.
24. Booker MJ, Shaw AR, Purdy S. Why do patients with 'primary care sensitive' problems access ambulance services? A systematic mapping review of the literature. *BMJ Open*. [Internet]. 2015 [cited 2020 Jan 12];5(5):e007726. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/5/e007726>