

TÓPICOS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Frederico Celestino Barbosa

Tópicos em urgência e emergência

1ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

1ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Barbosa, Frederico Celestino
B238T Tópicos em urgência e emergência

/ Frederico Celestino Barbosa. – Piracanjuba-GO

Editora Conhecimento Livre, 2022

47 f.: il

DOI: 10.37423/2022.edcl583

ISBN: 978-65-5367-206-2

Modo de acesso: World Wide Web

Incluir Bibliografia

1. equipe 2. ocorrência 3. cuidado 4. assistência I. Barbosa, Frederico Celestino II. Título

CDU: 613

<https://doi.org/10.37423/2022.edcl583>

O conteúdo dos artigos e sua correção ortográfica são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

Dr. João Luís Ribeiro Ulhôa

Dra. Eyde Cristianne Saraiva-Bonatto

MSc. Frederico Celestino Barbosa

MSc. Carlos Eduardo de Oliveira Gontijo

MSc. Plínio Ferreira Pires

Editora Conhecimento Livre

Piracanjuba-GO

2022

CAPÍTULO 1	5
SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	
Fabiana Costa da Silva	
Ithana Queila Borges Pizzani Ferreira	
Lélia Mendes Sobrinho de Oliveira	
Daniela Sena de Araújo	
Juliana Marques Dourado Viena	
Rosangela Ribeiro de Souza	
Aline da Rocha Melo de Oliveira	
Sheyla Santana de Almeida	
Sanmara Souza Pedreira Lima	
Maria Ana Bitencourt Boente Calabrich	
DOI 10.37423/220906527	
CAPÍTULO 2	17
IMPORTÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO NO PERÍMETRO URBANO DA BR-163 NA CIDADE DE SINOP-MT	
Rafael Garcia de Maria	
DOI 10.37423/220906571	
CAPÍTULO 3	22
TRATAMENTO CONSERVADOR EM TRAUMA RENAL PERFURANTE BILATERAL GRAU IV	
Isabella Decezaro	
Guilherme Stradiotto Batistella	
Mônica Moka Hasse	
Maísa Compassi Brun	
Prof Dr. José Luis Bolzan Rossignollo Filho	
DOI 10.37423/220906604	
CAPÍTULO 4	27
REGULAÇÃO DE LEITO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO	
Nadia Lisieski	
Ana Flávia Mariano Bailone Alvares Leite	
Marineusa Farias	
Carmen Liliam Brum Marques Baptista	
Sabino Scipiecz	
DOI 10.37423/220906605	

CAPÍTULO 5 35

SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE UM GRUPAMENTO DO CORPO DE BOMBEIROS: PERFIL DE TRÊS ANOS DE OCORRÊNCIAS.

Marisete Hulek Steinmetz

Maria Regiane Trincaus

Marcela Birolim

Maicon Henrique Lentscki

Bruno Bordin Pelazza

DOI 10.37423/220906609

Capítulo 1



10.37423/220906527

SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Fabiana Costa da Silva

HUPES- BA

Ithana Queila Borges Pizzani Ferreira

HUPES- BA

Lélia Mendes Sobrinho de Oliveira

UFBA

Daniela Sena de Araújo

SAMU- BA

Juliana Marques Dourado Viena

HUPES-BA

Rosangela Ribeiro de Souza

HUPES

Aline da Rocha Melo de Oliveira

HUPES- BA

Sheyla Santana de Almeida

UEFS

Sanmara Souza Pedreira Lima

UNEF- BA

Maria Ana Bitencourt Boente Calabrich

Maternidade Climério de Oliveira

INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia de trabalho fundamental para nortear as ações do cuidado de enfermagem ao indivíduo no contexto saúde-doença tendo como objetivo reunir as atividades de enfermagem para que não sejam feitas de forma isolada e façam parte de um processo. Este é denominado processo de enfermagem, podendo ser compreendido como um instrumento de trabalho da enfermagem, orientado pelo menos por uma teoria, sendo composto por etapas ordenadas, dinâmicas, interacionadas e independentes podendo ocorrer em qualquer cenário da atenção direta ao cliente (TANURE, PINHEIRO, 2021). A SAE favorece uma prática assistencial pautada no conhecimento científico contribuindo positivamente para o paciente, família, a equipe de enfermagem bem como para o serviço de saúde, tendo como foco o cuidado e na segurança do paciente (BRASIL, 2014). O cuidado é a nossa prática e se caracteriza por ações e comportamentos realizados na intenção de favorecer, manter e melhorar o processo de viver-morrer, proporcionando atenção às necessidades biopsicossociais e espirituais das pessoas (TANURE, PINHEIRO, 2021).

Dessa forma, com o processo de enfermagem, os enfermeiros têm condições de gerenciar os riscos que os pacientes encontram expostos, uma vez que existem linguagens padronizadas para nomeá-los que devem ser utilizadas para favorecer a comunicação entre os profissionais e à obtenção e o monitoramento de indicadores de resultados em saúde. (CHANES, 2018). Indicadores de resultados são utilizados para nortear os processos e ações bem como à educação permanente e continuada de modo a prestar à melhor assistência e minimizar os incidentes relacionados ao cuidado à saúde.(BRASIL, 2014).

Cabe enfatizar que esses incidentes são circunstâncias que podem não atingir diretamente o paciente (near miss), atingi-los sem causar nenhum dano (incidente sem lesão) ou em resultar em comprometimentos desnecessários que chamamos de eventos adversos, causando danos que prolonga o tempo de internamento, promove incapacidades e até óbitos (BRASIL, 2014). Sabemos que erros culminam em eventos adversos, mas nem todo evento adverso são resultantes de erro (SILVA et al., 2015). À compreensão do conceito de erro é necessária para que sejam pensadas estratégias de prevenção, sobretudo aos eventos adversos evitáveis.

Desde 460 à 360 a.c., Hipócrates cunhou o postulado *non nocere*, que significa primeiro não cause dano. No final do século passado Avedis Donabedian estabeleceu os sete atributos do Cuidado à saúde que definem a sua qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade

e equidade de forma a compreender melhor o conceito de qualidade em saúde. (BRASIL, 2014). Isso porque o Institute of Medicine apresentou um relatório “To err is human” sobre efeitos adversos que nos EUA chegam à 98000 mortes por erros na assistência. Esses números geram impactos por ultrapassar às mortes no trânsito, câncer e HIV além de onerar os cofres públicos em 29 milhões de dólares anualmente (SILVA et al., 2015). Cabe destacar que em 2013, à Agência Nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) instituiu o programa nacional de segurança do paciente com o objetivo de contribuir para a qualidade do cuidado prestado nos estabelecimentos de saúde com instituição de seis protocolos de segurança do paciente com foco nos problemas de maior incidência (1- Identificação correta do paciente, 2- melhoria da comunicação entre profissionais de saúde, 3- melhoria da segurança dos medicamentos de alta vigilância, 4- realização da cirurgia certa em local de intervenção e pacientes corretos, 5- Higienização das mãos com mais frequência para prevenir infecções, 6- Redução da ocorrência de quedas) (BRASIL, 2014).

Considerando a necessidade constante de mudança e melhoria na assistência à saúde, as quais vem sendo influenciadas pelo contexto histórico, político, econômico, cultural e social, o processo de enfermagem vem sendo aprimorado (CHANES, 2018). Por conseguinte, o processo de enfermagem é auferido pelo Conselho de Enfermagem que o denomina Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), considerando esta ser uma atividade privativa da enfermeira (o), regulamentada pela Lei do exercício profissional (BRASIL, 1986), complementada pela Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (BRASIL, 2009). Logo, a SAE emerge como ferramenta operacionalizadora do processo de enfermagem, através da organização do trabalho, quanto ao método, instrumentos e pessoal, devendo ser realizada em todos os ambientes, públicos ou privados, no qual ocorre o cuidado de enfermagem (BRASIL, 2009). Consequentemente, o processo de enfermagem através da SAE, é um método para atender o outro de forma mais organizada e sistemática alicerçado nas seguintes etapas: histórico; diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (ROTHROCK, 2007). Já a teoria de enfermagem funciona como um alicerce estrutural para implementar a SAE, considerando a importância de um marco conceitual que fundamente o cuidado e organização que o serviço almeja alcançar (TANURE, PINHEIRO, 2021). A partir dos pressupostos da teoria empregada, a enfermeira pode alinhar as atividades assistenciais e gerenciais, possibilitando a implementação de cuidados efetivos, eficientes, com foco no paciente e seguros.

Esse trabalho teve como objetivo descrever a atuação da enfermeira na sistematização da assistência de enfermagem voltado para a segurança do paciente no contexto hospitalar. Espera-se que, com o

alcance desse objetivo, as (os) enfermeiras (os)/ acadêmicas (os) de enfermagem consigam melhor organizar um cuidado de qualidade prestado a pacientes minimizando complicações.

METODOLOGIA

O presente estudo de caso, de caráter descritivo, trata-se de um relato de experiência que busca compreender e considerar a complexidade do ser humano, contribuindo para a aproximação da teoria com a prática. Este relato poderá subsidiar a qualidade do cuidado em saúde através da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), voltado para a segurança do paciente no contexto hospitalar.

Foi utilizado a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ao paciente com choque séptico pautado nas seguintes etapas: 1) Histórico de Enfermagem: que se constitui pela coleta de dados do paciente e a busca por informações básicas sobre o mesmo através de anamnese e exame físico, afim de definir os cuidados da equipe de enfermagem; 2) Diagnóstico de Enfermagem: processo de agrupamento e interpretação dos dados coletados promovendo o levantamento de problemas e a adequação desses à diagnósticos que vão nortear as intervenções de enfermagem; 3) Planejamento de Enfermagem: nesta etapa são determinados os resultados esperados e quais ações serão necessárias para tanto; 4) Implementação de Enfermagem: é a etapa de realização das ações de intervenção pensadas na etapa anterior; 5) Avaliação de Enfermagem: esta última trata do registro das ações de intervenção e de uma análise reflexiva sobre a efetividade e resultados dessas medidas, afim de que a assistência se aprimore (CHANES, 2018)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No processo de enfermagem é um desafio desenvolver habilidades intelectuais, técnicas e interpessoais para ações sistêmicas que viabilizem reduzir desfechos desnecessários (LEOPARDI, 1999). O PE é uma importante ferramenta de organização e documentação para à prática profissional, sendo que seu emprego possibilita coleta de informações de uma forma fidedigna assegurando à gestão de riscos e à promoção da segurança do paciente (BRASIL, 2013).

A coleta de dados ou histórico de enfermagem é à primeira fase do processo de enfermagem . Vale ressaltar que nessa etapa é necessário considerar as informações que permeiam as dimensões subjetivas, objetivas, históricas e atuais da vida dos indivíduos. É um momento importante de contato e imersão com as crenças e costumes, hábitos e necessidades do outro (MAZONI, ET AL., 2010)

É necessário, estar atenta às essas informações, dentre outras, como estado emocional e as condições de entendimento do individuo quanto ao procedimento a ser realizado, bem como envolver a família no processo do cuidado.

Para tanto, a comunicação entre profissional e individuo deve se dar de maneira dialógica e negociada possibilitando a construção de um saber sobre o processo-saúde e doença mútuo (NANDA, 2018-2020). Desse modo, a enfermeira pode apropriar-se dos determinantes e condicionantes de saúde dos indivíduos e assim, planejar suas ações em consonância com as necessidades, na perspectiva do fomento a autonomia e consequente melhoria e manutenção da saúde. A coleta de dados refere-se a coleta de informações sobre o estado de saúde a partir de dados coletados de forma direta ou indireta (outras fontes como familiares, amigos, prontuário). Nessa etapa o enfermeiro identifica indícios e realiza inferências. Após essa etapa é importante a confirmação dos dados e posterior agrupamento a depender da teoria utilizada, identificando os fatores causais e comunicando e registrando os dados em prontuário para se assegurar da continuidade da assistência (TANURE, PINHEIRO, 2021). Salienta-se que essa investigação deve ser guiada por teorias de enfermagem, inclusive com instrumento de coleta de dados, normas, rotinas e protocolos inerentes a mesma. O exame físico segue as etapas de observação, inspeção, percussão e ausculta. É o exame físico quem vai dar os subsídios sobre as características fisiológicas da pessoa

Com base nos dados do histórico a enfermeira poderá formular os diagnósticos de enfermagem com base na análise clínica e reflexiva das informações retidas. Cabe ressaltar que a realização do histórico precede de um roteiro que auxilia e ordena a enfermeira para a coleta, validação, agrupamento e registro dos dados (ROQUE et al., 2016)).

Assim, ao término da coleta de dados, a enfermeira resume para o indivíduo o que foi dito, abrindo espaço para esclarecimentos e negociação, oportunizando a realização da educação em saúde já desde o início do processo (SHARON, 2013).

A 2ª etapa do PE corresponde ao diagnóstico de enfermagem estão ligados aos problemas encontrados e a elaboração de diagnósticos conforme adaptação positiva ou negativa do paciente, problemas potenciais e situações de bem estar referentes as condições biológicas, psíquicas, sociais e espirituais, uma vez que o foco do atendimento é a pessoa e não a doença. Essa etapa culmina na tomada de decisão ou seja: as respostas da pessoa, família ou coletividade humana que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados. Cabe salientar que os diagnósticos devem ser apresentados por prioridade e o grande

diferencial do enfermeiro para o médico é eles diagnosticam doenças e nós diagnosticamos respostas humanas decorrentes de problemas de saúde e processos de vida, Essa fase será baseada na taxonomia II da NANDA International (*North American Nursing Diagnosis Association*) e deverá pautar-se nos quatro modelos de adaptação. A estrutura do NANDA-I contém sete eixos ou dimensões da resposta humana. Na taxonomia atual são organizados e aprovados 244 diagnósticos, distribuídos em 13 domínios e 47 classes. O diagnóstico de enfermagem é formado de componentes estruturais: título do diagnóstico, definição, fatores relacionados, características definidoras, condições associadas, fatores de risco e população em risco. Estes componentes estruturais irão compor 3 tipos (1- Diagnóstico com foco no problema- composto de título, fator relacionado e característica definidora, 2- Diagnósticos de risco- composto de título e fatores de risco e diagnósticos de promoção a saúde- composto de título, fator relacionado e característica definidora).

Cabe salientar que um diagnóstico de enfermagem de risco diz respeito à susceptibilidade de um indivíduo, família ou comunidade para o desenvolvimento de uma resposta humana indesejável à uma condição de saúde/ processo de vida. Algo a se refletir é que os riscos potenciais são tão importantes quanto os problemas, haja vista que o enfermeiro irá implementá-lo para solucionar.

Os principais diagnósticos de enfermagem elaborados pensando em riscos são:

Risco de lesão por pressão evidenciado por restrição ao leito.

Risco de quedas devido à idade avançada.

Risco de infecção relacionado a agentes lesivos.

Risco de sangramento relacionado ao processo cirúrgico de grande porte.

Risco de solidão evidenciado pela necessidade de internação.

Risco de sentimento de impotência evidenciado pela necessidade de internação. Risco de religiosidade prejudicada evidenciado pela necessidade de participar de celebrações religiosas.

A 3ª etapa do PE corresponde ao estabelecimento das metas são os resultados esperados ou comportamento final que se deseja alcançar. Essa fase é realizada após formular os diagnósticos estabelecendo objetivos e resultados esperados, e implantação e desenvolvimento de intervenções específicas. As intervenções de enfermagem são realizadas por meio das prescrições de enfermagem, com base no planejamento realizado (SHARON, 2013).

O resultado esperado deve ter relação com o diagnóstico de enfermagem, ser centrado no paciente, ser alcançável, conter limite de tempo, ser mensurável e ser objetivo. O registro e o monitoramento dos resultados esperados (RE) possibilitam obter indicadores capazes de apontar o quanto a equipe de enfermagem contribui para o atendimento das necessidades apresentadas por aqueles que

demandam seus cuidados. Dessa forma os profissionais de enfermagem devem: evitar que os diagnósticos de risco evoluem para problemas, minimizar ou solucionar os problemas e manter um diagnóstico com foco na promoção. O resultado esperado deve ser pautado no Nursing Outcomes Classification (NOC), o qual é uma taxonomia complementar a taxonomia da NANDA-I, dividida em 7 domínios (saúde funcional, saúde fisiológica, saúde psicossocial, conhecimento em saúde, saúde percebida, saúde familiar e saúde comunitária) e 32 classes, com 490 resultados de enfermagem (SMELTZER; BARE, 2011). Dessa forma o enfermeiro pode avaliar suas condutas, mantê-las ou modificá-las de modo a melhorar a qualidade do cuidado prestado pela equipe de enfermagem. No que tange aos riscos uma média de 35% são diagnósticos de risco e se for trabalhar apenas com o domínio 11 do NANDA-I (segurança e proteção) serão um total de 16%. Os números demonstram que os enfermeiros vêm empenhando em situações de risco de modo a pensar práticas mais assertivas como à redução de eventos adversos.

Os resultados esperados são:

Risco de lesão por pressão evidenciado por restrição ao leito. RE- pele e mucosas não comprometidas.

Indicador- integridade tecidual não comprometida

Risco de quedas devido à idade avançada. RE- Ocorrências de queda: nenhuma; indicador: nenhuma queda da cama

Risco de infecção relacionado a agentes lesivos. RE- ocorrência de infecção: nenhuma. Indicador: nenhuma infecção hospitalar.

Risco de sangramento relacionado ao processo cirúrgico de grande porte. RE- Minimizar sangramentos. Indicador: nenhum sangramento.

Risco de solidão evidenciado pela necessidade de internação. RE- Envolvimento social melhorado. Indicador: maior envolvimento com a equipe e familiares

Risco de sentimento de impotência evidenciado pela necessidade de internação. RE. Sentimento de impotência melhorado. Indicador- resiliência pessoal

Risco de religiosidade prejudicada evidenciado pela necessidade de participar de celebrações religiosas. RE- Saúde espiritual não comprometida. Indicador: interação com líderes espirituais não comprometidas.

A 4ª etapa do PE corresponde às intervenções ou os cuidados de enfermagem propriamente ditos para o alcance das metas.

Os cuidados relacionados aos diagnósticos são:

Risco de lesão por pressão- Monitorar a pele diariamente, aplicar escala de braden, instalar colchão caixa de ovo, coxins e coberturas para proteção de proeminências, mudança de decúbito a cada 2 hs.

Risco de quedas devido à idade avançada- manter grades elevadas, monitorar estado de consciência, avaliação pela escala de morse, manter a cama com grades elevadas, verificar a adequação do calçado e vestuário assim como proporcionar iluminação adequada a noite, verificar se os dispositivos de auxílio à marcha estão adequados, proporcionar corrimão dos quartos e banheiros.

Risco de infecção-Avaliar cateteres quanto a sinais sugestivos de infecção, troca de dispositivos conforme protocolo, avaliação de sonda vesical de demora, monitorar temperatura e exames laboratoriais que revelem leucometria elevada, dentre outros.

Risco de sangramento- Avaliar exames de tp e TTPA para avaliar risco de sangramento, suspender medicações anti agregantes plaquetárias antes da cirurgia, monitorar local de realização de cirurgias e o sangramento, monitorar à drenagem de drenos após cirurgia, verificar HB e Ht de controle.

Risco de solidão- Monitorar se o paciente tem sinais de tristeza pela falta de familiares, verificar necessidade de apoio psicológico, verificar com assistente social possibilidade de visitas com familiares ou chamadas de vídeo, dentre outros.

Risco de sentimento de impotência- Monitorar à necessidade de apoio psicológico, verificar com assistente social possibilidade de visitas com familiares ou chamadas de vídeo, dentre outros, explicar tudo sobre a patologia de modo que o paciente esteja à par para auxiliar no autocuidado.

Risco de religiosidade prejudicada evidenciado pela necessidade de participar de celebrações religiosas- Verificar possibilidade de trazer o padre no horário de visita junto à assistente social, deixar objetos de religiosidade como terços e similares, estimular à fé.

A 5ª etapa do PE, corresponde a 6ª fase do MAR ou avaliação refere-se ao julgamento da eficácia das intervenções propostas. Ressalta-se que essa etapa é um processo contínuo de verificação de mudanças nas respostas do indivíduo para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado. Após a realização das intervenções, é realizado o acompanhamento e avaliação do cuidado ofertado verificando se algum resultado esperado não foi alcançado de modo

à modificar os cuidados prestados. (BRUNNER & SUDDARTH'S, 2018). Nos casos negativos, a enfermeira deverá avaliar novamente os resultados esperados e trabalhar junto com a equipe de saúde na formulação/mudanças nas ações para melhoria da condição de saúde deste indivíduo, e assim realizar o planejamento para a alta do indivíduo. A alta hospitalar é uma etapa importante da SAE, pois direciona o plano e a implementação das ações, no decorrer do período entre admissão e alta hospitalar, com a finalidade de prever a continuidade do cuidado ao cliente no domicílio (SHARON, 2013).

A enfermeira através da identificação das necessidades do indivíduo na coleta de dados durante o histórico desenvolve um plano de ação completo para melhoria da saúde dessa pessoa. O planejamento da alta é um acordo entre enfermeira, indivíduo e familiar desenvolvido ainda no hospital e que se estenderá à casa do indivíduo após sua alta. O planejamento da alta se torna uma estratégia de preparo do indivíduo e família para assumir responsabilidades pela continuidade do cuidado. Aspectos da educação em saúde são indispensáveis para a continuidade desses cuidados. A enfermeira durante o plano de alta, poderá formular um roteiro para ser entregue ao indivíduo contendo informações sobre o procedimento que fora realizado, os cuidados necessários além da orientação que qualquer alteração que seja identificada, retorne à unidade. A enfermeira desenvolve então seu planejamento visando adaptar o indivíduo promovendo medidas de enfrentamento a nova problemática (OLIVEIRA., et al., 2018).

Entretanto, apesar dos avanços no conhecimento científico e tecnológico do profissional de enfermagem e do desenvolvimento de ferramentas que viabilizam a melhoria do seu serviço, as ações da enfermeira na atualidade estão quase sempre estabelecidas no modelo assistencial hegemônico, seguindo uma lógica tecnicista e intervencionista. Deste modo, a SAE ocorre de maneira fragmentada e sem continuidade das ações e avaliação dos resultados esperados, observando o indivíduo apenas pelo problema de saúde exibido e, trabalhando só com as necessidades fisiológicas, sem se atentar para as necessidades sociais, espirituais e emocionais dos indivíduos.

Cabe ressaltar que a utilização da Prática baseada em evidências compreende o processo que integra a competência clínica individual e os resultados de pesquisa bem fundamentados (pautado em 5 etapas: definição do problema, identificação das informações necessárias, busca de estudos, avaliação da aplicabilidade dos dados obtidos e determinação de sua utilização para o paciente). Desta forma, urge que os enfermeiros realizem pesquisas para extrair os melhores níveis de evidência para prestar um cuidado seguro aos pacientes (TANURRE, PINHEIRO, 2021).

Nesse sentido destaca-se às questões de cunho gerencial que tem relação direta com o cuidado como à implementação de ferramentas como os “bundles”. Trata-se de um pequeno conjunto de intervenções baseadas em evidências científicas para o segmento definido de pacientes ou processo assistencial, que quando aplicadas em conjunto, promovem resultados significativamente melhores do que os implementados individualmente. Os bundles são uma ferramenta usada para avaliar processos institucionais, cuja implantação possibilita à análise de indicadores que evidenciam à prática assistencial da equipe de saúde (OLIVEIRA., et al., 2018). Os enfermeiros dispõem de vários bundles para apoiá-los de modo a proporcionar benefícios à qualidade da assistência e segurança do paciente como: prevenção de infecção de corrente sanguínea e relacionado à sonda vesical de demora, prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica, redução de óbitos associados à sepse. Ao checar se as atividades propostas nos bundles estão sendo executadas, os enfermeiros acabam verificando se os cuidados de enfermagem prescritos estão sendo devidamente realizados. Para cada condição de risco em que um bundle é proposto, há pelo menos um diagnóstico de risco à ele vinculado (OLIVEIRA., et al., 2018).

Para além da SAE ser trabalhada pautada nos bundles com foco nas evidências, cabe salientar a importância da educação em saúde a qual se constitui uma ferramenta importante para melhoria do cuidado e das condições de saúde e vida. A educação em saúde desenvolvida pela enfermeira é garantida pela lei do exercício profissional no artigo 8º, onde a enfermeira participa de atividades de educação em saúde, proporcionando uma melhor qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade. (BRASIL, 2009). Além disso, o programa nacional de Segurança do paciente apresenta quatro eixos: (Estímulo a uma prática assistencial segura, Envolvimento do cidadão na sua segurança, Inclusão do tema no ensino e Incremento de pesquisa sobre o tema).

Ressalta-se que a notificação dos eventos adversos pela NSP é obrigatória conforme RCC 36/2013 deve ser realizado em formulários que não necessitem a identificação do paciente que sofreu um evento adverso e não será analisado individualmente e também não resultará em comissão aos envolvidos, tendo um cunho epidemiológico.

CONCLUSÃO

A temática segurança do paciente e o desenvolvimento de uma cultura em prol de medidas que visam à redução de riscos de ocorrência de danos é pauta de discussão das agendas da Organização Mundial da Saúde (OMS), do judiciário e diversos serviços de saúde públicos e privados. Cabe salientar a

importância da criação de protocolos, planos de segurança do paciente, uso de indicadores da qualidade da assistência, criação de um núcleo de segurança do paciente, sistema de notificação de incidentes e notificação de eventos adversos regulamentado pela RDC 36/ 2013.

À segurança do paciente é reconhecida como uma dimensão da qualidade com ênfase em ações direcionadas às melhorias contínuas, na responsabilização pelo acesso e na efetividade da assistência agregada ao cuidado centrado no paciente e no respeito ao seu direito de sofrer um dano desnecessário associado ao cuidado à saúde. Urge que seja aplicada a SAE de modo a prestar uma assistência segura ao paciente no âmbito hospitalar.

REFERENCIAS

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358/2009 Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CHANES, M. SAE Descomplicada. São Paulo: Guanabara Koogan, 2018.

CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC) / Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochterman; [tradução Soraya Imon de Oliveira... et al]. – Rio de Janeiro : Elsevier, 2010.

LEOPARDI, M. T. Sister Callista Roy – teoria da adaptação. In: Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p.109-114.

MAZONI, Simone Roque et al . Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e a contribuição brasileira. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 63, n. 2, p. 285-289, Apr. 2010

NANDA. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020.

ROTHROCK, J. C. Alexander - Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

ROQUE, Keroulay Estebanez; TONINI, Teresa; MELO, Enirtes Caetano Prates. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 32, n. 10, e00081815, Oct. 2016 .

SILVA, Natália Chantal Magalhães da; OLIVEIRA, Ana Railka de Souza; CARVALHO, Emília Campos de. Conhecimento produzido sobre os resultados da "Nursing Outcomes Classification - NOC": revisão integrativa. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre , v. 36, n. 4, p. 104-111, Dec. 2015

SHARON, L. L. et.al. Tratado de enfermagem médico cirúrgica: avaliação dos Problemas clínicos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013- 1802p

SMELTZER, S. C.; BARE, B .G. BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara -Koogan, 2011.

TANNURE, MC, GONÇALVES, AMP. SAE - Sistematização Da Assistência De Enfermagem - 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

OLIVEIRA, Adriana Cristina; DAMASCENO, Quésia Souza; RIBEIRO, Silma M. C. P.. Infecções relacionadas à assistência em saúde: desafios para a prevenção e controle. Healthcare-associated infection: challenges in its prevention and control 2018.

Capítulo 2



10.37423/220906571

IMPORTÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO NO PERÍMETRO URBANO DA BR-163 NA CIDADE DE SINOP-MT

Rafael Garcia de Maria

Universidade Federal do Mato Grosso



INTRODUÇÃO

A violência no trânsito configura um grave problema de saúde pública global. Desde 2004 a Organização Mundial da Saúde (OMS) busca conscientizar acerca do número crescente de mortes no trânsito. Em 2018, foi apontado mais de 1,35 milhão de óbitos relacionados ao trânsito, configurando a oitava causa de morte em todo o mundo¹. Países de baixa e média renda possuem 54% da frota de veículos; em contrapartida, detêm quase 90% das mortes do tráfego terrestre². Dentre esses países, o Brasil se enquadra na quinta posição¹. Estima-se que os gastos com os acidentes onerem cerca de 3% do PIB de um país¹. Observando o perfil dos usuários, percebe-se que o Brasil retrata as estimativas globais, sendo os acidentes mais prevalentes em homens jovens adultos¹. Em relação ao tipo de veículo, há um predomínio de motocicletas, representando um percentual de 39% dos óbitos em 2017, seguido por carros (31%) e pedestres (23%)². Estima-se que Sinop, quarto município mais populoso do Estado de Mato Grosso, tenha, atualmente, 139 mil habitantes, com a última estimativa de frota de veículos publicada pelo Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN) em 2019 apontando 39 mil automóveis e 49 mil motos e motonetas, o que quase equivale a uma moto para cada dois habitantes e um carro para cada três³.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo-epidemiológico do município de Sinop, localizado no interior do Estado do Mato Grosso. Foram utilizados dados de acidentes atendidos pela Rota do Oeste S.A., empresa responsável pela concessão da BR-163 entre os municípios Itiquira (MT) e Sinop (MT), no período de 01 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2018, entre os quilômetros 820 e 855 da BR-163. O total de vítimas foi classificado em três grandes grupos referentes à gravidade do estado de saúde: ilesos, feridos e óbitos. A partir disso, subdivididos em categorias de idade e sexo (masculino, feminino e sem informação), tipo de veículo envolvido (automóvel, utilitário, caminhão, ônibus, motocicleta, outros), posição original (piloto, motorista, acompanhante, garupa, atrás, cadeirinha, ignorado, outros) e tipo de colisão (frontal, traseira, transversal, lateral, atropelamento, capotamento, tombamento, queda de moto, saída da pista, engavetamento e choque com objeto). Um mapa de calor mostrou a concentração dos grandes grupos (ilesos, feridos e óbitos) no trecho analisado. Os dados obtidos foram comparados aos encontrados em estatísticas nacionais e internacionais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisadas 4541 vítimas. No grupo de ilesos ($n=2950$), 64,9% do total de vítimas, 35% das colisões registradas foram traseiras, e os automóveis estiveram relacionados a 1094 vítimas (37%), contra 634 de motocicletas (21,4%). Não houve pedestres ilesos. Já no grupo de feridos ($n=1553$), 34,2% do total, 33,81% das colisões foram transversais, as motos foram responsáveis por 712 vítimas (45,8%), enquanto automóveis relacionaram-se a 341 (21,95%). Por fim, entre os óbitos ($n=38$), 0,83% do total de vítimas, gerados em 40% por colisões frontais, 11 vítimas (28,9%) estavam em motocicletas, contra 7 em caminhões (18,42%), 5 em utilitários (13,1%) e 5 em automóveis (13,1%). No ano de 2017, os óbitos representaram 0,4% de todos os desfechos; já em 2018, esse valor subiu para 1%. Tal informação contrasta com os esforços angariados pela Organização das Nações Unidas (ONU), que em seu projeto *Road Safety in Ten Countries* visa reduzir pelo menos à metade os óbitos relacionados ao trânsito até 2020¹. O sexo masculino representou mais de 70% de todas as vítimas, e a faixa etária mais prevalente foi a de adultos jovens (20-40 anos), ambos concordando com dados nacionais². Tal fato pode ser explicado pelo comportamento social e cultural associado aos homens, de dirigir com maior imprudência em velocidade e ultrapassagens, menor nível de tolerância no trânsito e maior envolvimento com álcool e substâncias ilícitas^{4,5}. Observou-se que os principais locais de colisão ocorreram entre os cruzamentos das Avenidas Tarumãs e Flamboyants; os acidentes envolvendo feridos também se concentraram em regiões ao sul, chegando ao Jardim Umuarama II, e os óbitos foram mais prevalentes no cruzamento entre as rodovias BR-163 e MT-220 (bairro Camping Club). A maior porcentagem de ilesos foi observada ao centro do perímetro urbano, próxima a maior fluxo de pessoas, menor limite de velocidade e maior fiscalização eletrônica, enquanto a de óbitos se localizou nos extremos do trecho analisado, onde há menor fluxo de pessoas, maior limite de velocidade e menor fiscalização eletrônica. Do total de vítimas analisadas no período, os acidentes envolvendo motocicletas foram responsáveis por 1357 do total, correspondendo a 29,9%. Mesmo possuindo a octagésima maior frota de motocicletas do Brasil, à frente de cidades com até três vezes sua população, como Olinda, Juiz de Fora e Niterói³, o trecho analisado de Sinop teve um menor envolvimento de motocicletas em relação à média nacional registrada em 2017 (39%)². Apesar disso, acidentes com motocicleta representaram a maior taxa de feridos e óbitos, evidenciando a vulnerabilidade que este tipo de transporte impõe a seus condutores e passageiros, com dados nacionais apontando relação com grande parte dos traumatismos cranioencefálicos (TCE), chegando a uma mortalidade de 53% dos casos de TCE graves em acidentados⁶. De forma comparativa, o grupo de automóveis concentra a maior parte das vítimas ilesas, o que pode ser explicado pela proteção

natural da lataria do carro contra o impacto, além da presença de dispositivos de segurança como airbags, freios ABS e cinto de segurança.

CONCLUSÕES

Verificamos que, dentro do trecho analisado, o local de maior risco para ocorrência de acidentes de trânsito, com predominância de vítimas feridas e ilestras, é o centro do perímetro urbano, em rotatórias que dão acesso à rodovia. Por outro lado, a região em maior risco para ocorrência de colisões que levam a óbito relaciona-se à entrada e à saída da cidade, locais com maior velocidade permitida e menor fiscalização. Conclui-se também que, atrás apenas de motociclistas, motoristas de caminhões compõem a população mais suscetível a colisões fatais, o que pode estar fortemente associado ao fato de serem motoristas profissionais, a trabalho no momento do acidente, com necessidade de cumprimento de horários. A implementação de medidas de intervenção específicas às áreas de maior risco pode fazer com que o município diminua óbitos e sequelas graves relacionadas a acidentes de trânsito, contribuindo para que o Brasil atinja a meta estabelecida pela ONU¹.

Palavras-chave: Pré-Hospitalar, Acidente de trânsito, Políticas públicas, Epidemiologia.

REFERÊNCIAS

(1) Global Status Report on Road Safety 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. [Acesso em 15 julho 2019]. Disponível em:

https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/.

(2) Retrato da Segurança Viária 2017. Ambev. 2017. [Acesso em 16 de julho de 2019]. Disponível em: https://www.ambev.com.br/conteudo/uploads/2017/09/Retrato-da-Seguran%C3%A7a-Vi%C3%A1ria_Ambev_2017.pdf.

(3) Estatísticas - Frota de Veículos 2019 [página na internet]. DENATRAN; 2019. [Acesso em 15 julho 2019]. Disponível em: <https://infraestrutura.gov.br/component/content/article/115-portal-denatran/8559-frota-de-veiculos-2019.html>.

(4) Alcohol, Gender and Drinking Problems: Perspectives From Low And Middle Income Countries. Geneva: World Health Organization; 2005. [Acesso em 15 julho 2019]. Disponível em: <https://infraestrutura.gov.br/component/content/article/115-portal-denatran/8559-frota-de-veiculos-2019.html>.

(5) Global Status Report On Alcohol and Health. Geneva: World Health Organization; 2011. [Acesso em 15 julho 2019]. Disponível em:

https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf.

(6) BRAGA, F.M; MELO, P.M.P. et. al. Neurocirurgia: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/Escola Paulista de Medicina. 2005.

Capítulo 3



10.37423/220906604

TRATAMENTO CONSERVADOR EM TRAUMA RENAL PERFURANTE BILATERAL GRAU IV

Isabella Decezaro

Universidade Franciscana

Guilherme Stradiotto Batistella

Universidade Franciscana

Mônica Mogan Hasse

Universidade Franciscana

Maísa Compassi Brun

Universidade Franciscana

Prof Dr. José Luis Bolzan Rossignollo Filho

Universidade Franciscana



INTRODUÇÃO

Paciente A.G.V.F., masculino, 20 anos, branco, admitido no dia 09 de fevereiro de 2019 no Hospital Universitário de Santa Maria com histórico de ferimento por arma de fogo na altura do flanco esquerdo, trazido pela SAMU com cerca de 1 hora após o FAF, chega à emergência com PA: 110/60mmHg, FC: 120bpm e Saturação de 96%. Submetido a ressuscitação volêmica com estabilização do choque. Submetido a TC de abdomen onde se evidenciou lesão renal bilateral e lesão de coluna transfixantes à altura de L1-L2. Outrossim, apresentava ferimentos de entrada de projétil em coxa direita e perna direita. Ao exame físico apresentava-se lúcido e orientado, responsivo, com evidência de paraplegia em membros inferiores e perda da sensibilidade tátil ao nível da crista ilíaca, abdome depressível e sem defesa, porém doloroso à palpação profunda e pulsos em membros inferiores 4/4+. Relata uso de maconha e cocaína; nega alergias.

Os rins encontram-se localizados no espaço retroperitoneal, evidenciando-se diferença de altura devido à presença do fígado, que faz com que o rim direito possua contato apenas com a 12ª costela enquanto, o esquerdo, com a 11ª e a 12ª. A conduta conservadora em lesão renal é passível em trauma até grau 4 (laceração estendendo-se através da junção cortico-medular e sistema coletor e/ou lesão de arteria ou veia renal parcial). Analisando a epidemiologia, revela-se o órgão mais acometido do trato urinário. A lesão renal é encontrada em 3% dos pacientes internados com trauma; sendo a etiologia, em 90% dos casos, referente a trauma fechado, e os demais 10%, a trauma penetrante.

MATERIAL E MÉTODOS

Tendo em vista que o paciente encontrava-se estável hemodinamicamente após ressuscitação volêmica inicial, com encaminhamento à UTI logo após a chegada, manteve-se a conduta conservadora. Outrossim, fora realizado exame neurológico para averiguar a extensão da lesão da paraplegia evidenciada e exames complementares laboratoriais, sem alterações significativas.

Utilizou-se dos seguintes critérios estabelecidos pela *American Association for the Surgery of Trauma* (AAST) para avaliar o grau da lesão renal: presença de contusão dos rins e/ou de hematoma subcapsular sem extravasamento – Grau I; a evidência de uma laceração com profundidade inferior a 1cm, sem comprometimento da medula renal e do sistema coletor – Grau II; laceração de profundidade superior a 1cm, poupando o sistema coletor – Grau III; comprometimento do sistema coletor e/ou evidência de lesão parcial dos vasos renais com hemorragia contida – Grau IV; e, por fim,

a presença de rompimento do rim e/ou trombose da artéria renal e/ou avulsão dos vasos renais, qualificando o Grau V.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

À tomografia, fora possível observar a trajetória do projétil, que, após entrar no flanco esquerdo, permaneceu restrito ao retroperitônio até o alojamento do mesmo em flanco direito. Como evidência do caminho percorrido, fora possível observar fratura das articulações interfacetárias ao nível de L1-L2, com múltiplos fragmentos ósseos e metálicos no interior do canal medular. O parênquima renal bilateral foi visto transfixado com comprometimento do sistema coletor, sem evidência de acometimento das artérias renais principais e da veia renal esquerda; a porção proximal da veia renal direita encontrou-se parcialmente indefinida, com volumosos hematomas perirrenais bilaterais associado a hemoretroperitônio. Por tal resultado, pode-se concluir que a lesão trabalhada trata-se de trauma bilateral renal grau IV. Fragmento de projétil também ficara alojado em fossa ilíaca direita, junto à parede da alça intestinal; observou-se moderada quantidade de líquido livre na cavidade peritoneal. A conduta tomada tanto pela equipe de cirurgia geral quanto da neurocirurgia foi a de tratamento conservador, decidido por não realizar colocação de cateter duplo j bilateral. Consequentemente, com a monitorização do paciente na UTI, o qual ficou 96 horas sobre avaliação multidisciplinar, sem qualquer intercorrência. Mantido com controle de diurese adequado (0,5-1ml/Kg/hora) por sondagem vesical de demora e mantido com antibioticoterapia com ceftriaxona. Ambas as equipes solicitaram a transferência para um leito, comunicando equipes assistentes e familiares. Foi indicado a reabilitação por meio de fisioterapia motora e respiratória. A dosagem de creatinina do paciente se manteve < 1 durante todo o período de internação hospitalar, e a TC de controle em 07 dias não mostrou extravazamento de contraste, além de hematoma retroperitoneal em regressão.

CONCLUSÕES

No trauma abdominal contuso é necessário uma abordagem emergencial e imediata que inclui o uso de uma ampla abordagem de técnicas e diagnósticos. Através da tomografia computadorizada é possível diagnosticar o grau de lesão renal e decidir com a equipe a terapêutica que melhor se adequaria às necessidades individuais. As lesões renais podem implicar em alta morbimortalidade e seu manejo inadequado pode colocar em risco a vida do paciente, elevando o índice de nefrectomias.

Desse modo, a lesão foi tratada conservadoramente já que a exploração renal bilateral poderia configurar em uma complicação, como por exemplo, tornar o paciente dependente de diálise.

Palavras-chaves: trauma renal, manejo conservador, trauma penetrante, evolução.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

A Review of the Current Management of Upper Urinary Tract Injuries by the EAU Trauma Guidelines Panel - Efraim Serafetinides, Noam D. Kitrey, Nenad Djakovic, Franklin E. Kuehhas, Nicolaas Lumen, Davendra M. Sharma, Duncan J. Summerton

Contemporary evaluation and management of renal trauma - Jyoti D. Chouhan, DO, Andrew G. Winer, MD, Christina Johnson, BS, Jeffrey P. Weiss, MD, Llewellyn M. Hyacinthe, MD

Livro texto de Urologia Campbell-Walsh edição 2018.

Capítulo 4



10.37423/220906605

REGULAÇÃO DE LEITO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

Nadia Lisieski

Universidade Regional de Blumenau

Ana Flávia Mariano Bailone Alvares Leite

Secretária de Saúde do Estado de Santa Catarina

Marineusa Farias

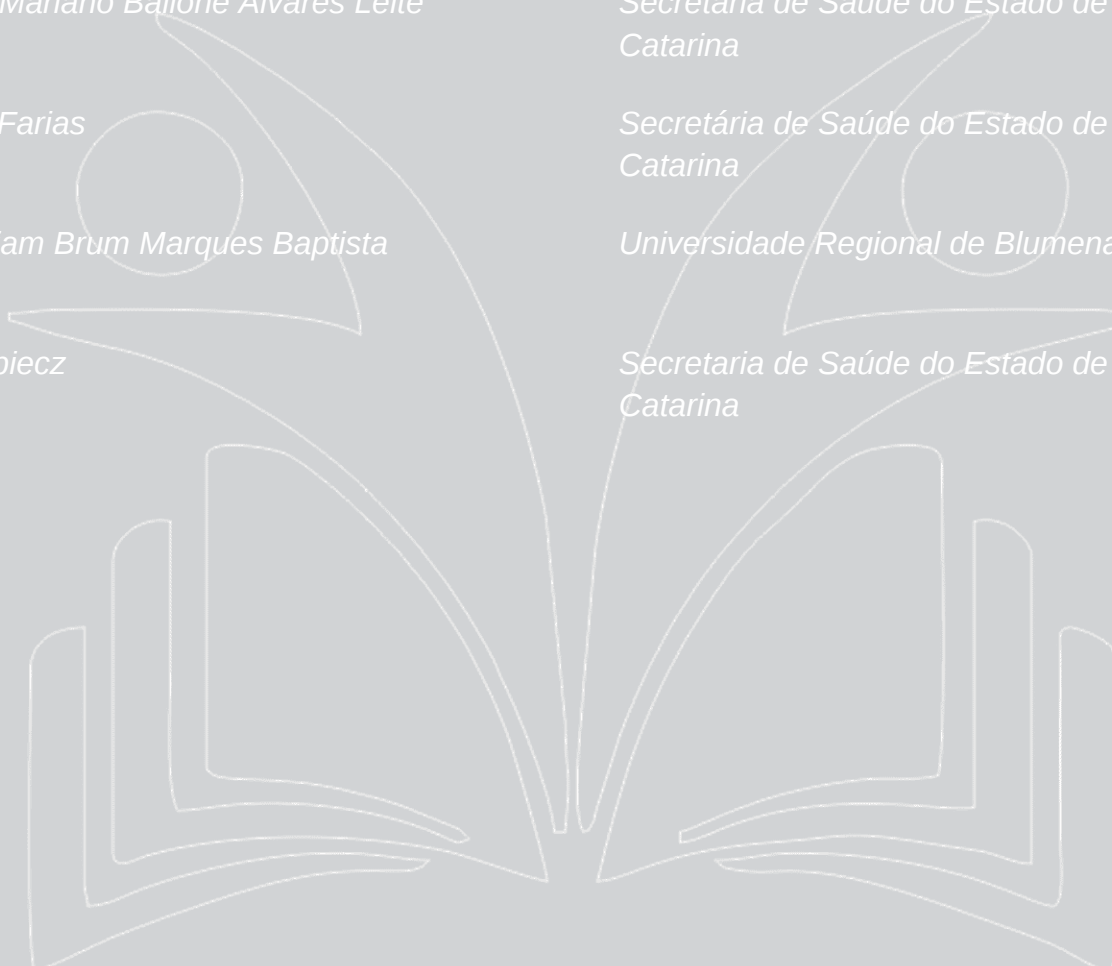
Secretária de Saúde do Estado de Santa Catarina

Carmen Liliam Brum Marques Baptista

Universidade Regional de Blumenau

Sabino Scipiecz

Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina



Resumo: A Regulação de Leitos realiza a busca de leitos de Unidade Terapia Intensiva - UTI para pacientes com as mais diversas patologias que aguardam a disponibilidade de uma vaga. As redes de apoio vinculadas ao complexo regulatório fazem com que o paciente seja integralmente assistido, de forma a garantir um melhor direcionamento e consequente desfecho favorável. O estudo tem como objetivo apresentar as atribuições e a importância do enfermeiro atuando na central de Regulação de Leitos da Unidade de Terapia Intensiva do Meio Vale do Itajaí, Macrorregional de Santa Catarina. Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, no período do segundo semestre de 2021 até o primeiro semestre de 2022. O enfermeiro como componente da equipe de saúde, gerencia o cuidado aos pacientes que necessitam de leito de UTI, de forma remota, quando solicitado pelo hospital onde o paciente encontra-se internado.

Palavras-chave: Regulação de Leitos. Tecnologia da Informação. Unidade de Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO

Os pacientes em situações de urgência e emergência adentram nas instituições hospitalares pelos serviços de pronto atendimento ou pronto socorro, onde acontece o primeiro atendimento hospitalar e estabilização da saúde dos mesmos. Conforme necessidade ou complexidade da sua patologia, é direcionado para o Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Internação, Alta Hospitalar, ou a Transferência para outro estabelecimento de saúde, sendo este, um Hospital de Alta Complexidade.

Esses pacientes necessitam de um atendimento com qualidade, segurança e acesso aos diversos serviços de saúde, em tempo oportuno, sendo que a central de Regulação de Leitos realiza seu processo de trabalho para que isso aconteça da melhor forma.

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, foi instituída em 1 de agosto de 2008, portaria Nº 1.559, tendo como objetivo implementar ações que incidam sobre os prestadores, públicos e privados, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva de ações em saúde, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização destas ações, reforçando os princípios do SUS (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008).

A central de Regulação de Leitos faz parte da Rede de Urgência e Emergência – RUE, na qual uma de suas diretrizes é a regionalização do atendimento das urgências, com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde.

O objetivo da RUE, é reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de uma forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõe, disponibilizando a melhor organização da assistência, definindo fluxos e as referências adequadas. Tendo como prioridade a reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular no âmbito da atenção hospitalar e sua articulação com os demais pontos de atenção (BRASIL, 2011).

Segundo (BRASIL, 2006), a Central de Regulação de Internações é responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, sendo próprios, contratados ou conveniados. O escopo da central de internações hospitalares deve ser configurado com os leitos das diversas Clínicas, de UTI e de Retaguarda aos Prontos-Socorros.

Entre as atribuições da Central de Regulação, está a busca de leito em Unidades de Terapia Intensiva – UTIs, quando há ausência de vaga no estabelecimento de saúde que o paciente se encontra, disponibilizando o leito mais adequado conforme a sua necessidade no momento.

O objetivo deste estudo, é apresentar as atribuições e a importância do enfermeiro atuando na central de Regulação de Leitos da Unidade de Terapia Intensiva do Meio Vale do Itajaí, Macrorregional de Santa Catarina. E também, tendo em vista a escassez de publicações abordando esse tema.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, descrevendo a atuação e a importância do profissional enfermeiro em uma Central de Regulação de Leitos no Estado de Santa Catarina, no período do segundo semestre de 2021 até o primeiro semestre de 2022.

Essa Central de Regulação de Leitos, iniciou suas atividades no ano de 2016, com o horário de funcionamento vinte e quatro horas por dia, sete dias na semana, abrangendo vinte e seis hospitais e quarenta e dois municípios. Conta com aproximadamente um milhão de habitantes que são contemplados com este serviço de saúde. Atualmente, possui dez hospitais com habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto, sendo que destes dez, quatro deles, possuem também habilitação ativa de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal.

A estruturação deste relato de experiência baseou-se, na análise das anotações, vivências e experiências dos enfermeiros durante a sua atuação na Central de Regulação de Leitos. Os aspectos éticos foram respeitados durante todo o período da construção do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A equipe de trabalho da central de Regulação de Leitos é composta pelo profissional Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem, Médico e Auxiliar Administrativo.

O enfermeiro como componente da equipe de saúde, gerencia o cuidado aos pacientes que necessitam de leito de UTI, de forma remota, quando solicitado pelo hospital onde o paciente encontra-se internado. O fluxo da busca de leito, é iniciado com o cadastro no SISREG, que é o Sistema Nacional de Regulação. As solicitações são realizadas/ cadastradas no sistema, por meio do Cartão Nacional de Saúde – CNS.

A ferramenta SISREG é um sistema digital, prontuário eletrônico que pode ser alimentado pelo Hospital, e tem a finalidade de gerenciar e operacionalizar as funções da Central de Regulação, com subsídios nas áreas de controle, avaliação, planejamento e programação, facilitando aos gestores a tomada de decisão para melhorias na rede de atenção à saúde (BRASILIA, 2008).

As solicitações de leito de UTI que entram no complexo regulatório do SISREG, são recebidas pelo enfermeiro e repassadas diretamente para a avaliação do médico regulador na Central de Regulação. O enfermeiro ao receber a solicitação, visualiza esse SISREG, recebe via e-mail institucional sendo também um protocolo interno de comunicação, as informações referentes a esta solicitação, que são enviadas através do Núcleo Interno de Regulação – NIR, dos hospitais solicitantes. Dentro do SISREG deve estar descrito o quadro clínico atualizado do paciente, bem como o diagnóstico principal, procedimentos realizados e leito específico, de acordo com a necessidade da patologia apresentada pelo doente naquele momento.

Os dados e a descrição clínica do paciente, são inseridos em outro programa de uso único desta Central de Regulação. Este programa associado ao SISREG, facilita a busca e o monitoramento dos pacientes, tomada de decisão e a escolha do leito adequado para atender a demanda.

Na sequência, o enfermeiro utiliza outro sistema de informação digital, denominado Sistema de Gestão de Leitos Hospitalares - SES Leitos, o qual, todas as unidades hospitalares são orientadas a informar em tempo real, a movimentação dos pacientes, em todas as Unidades de Terapia Intensiva, e entre outros setores hospitalares que dispõe de leitos. Verificando assim, a disponibilidade de leito de acordo com o perfil de cada paciente (SANTA CATARINA, 2020).

Uma vez localizado um leito de UTI no sistema, que atenda às necessidades do paciente, é ofertado ao hospital solicitante, essa informação de oferta do leito é realizada por meio do SISREG, e-mail institucional e contato telefônico com a instituição que o paciente encontra-se internado. É realizada a orientação ao médico assistente do paciente para realizar um contato telefônico com o médico da UTI o qual o leito está disponível. Este contato entre os médicos se faz necessário, para discussão do caso clínico e a possibilidade de aceite do paciente.

Após a oferta desse leito, aguarda-se um retorno formal pelo NIR do hospital solicitante, e pelo NIR do hospital desejado, a confirmação do aceite médico, para poder realizar a reserva desse leito com o nome do paciente no Sistema SES Leitos.

Mediante confirmação de aceite, o paciente é inserido em outra planilha compartilhada, sendo esta, uma solicitação de transferência inter-hospitalar, na qual o transporte é regulado por outro complexo regulador.

Nas situações que nossa macrorregião não há a disponibilidade de leitos de UTI, encaminha-se a solicitação para a regulação Estadual de leito e essa busca é ampliada para todo o Estado de Santa

Catarina, caso o paciente tenha condições clínicas de transporte, para longas distâncias e mediante autorização prévia dos familiares.

Quando ausente essa disponibilidade de leito de UTI na macrorregional, e dependendo da gravidade apresentada pelo paciente naquele momento, onde o hospital de origem não dispõe de equipamentos e materiais essenciais para manter a estabilidade da vida do doente, neste caso, o paciente necessita de uma transferência imediata para outro estabelecimento de saúde que possa oferecer um tratamento de maior complexidade, é realizada então, a orientação de vaga zero junto ao Serviço Móvel de Urgência - SAMU que é uma prerrogativa exclusiva do médico regulador, conforme Deliberação CIB 035.

O processo de Regulação do Leito é finalizado, quando o paciente chega no seu hospital de destino e o médico a Regulação de Leitos é informado para que aprove o SISREG de transferência do paciente.

O profissional enfermeiro na Central de Regulação desempenha práticas educativas, orientações pertinentes ao fluxo regulatório, esclarecimento de dúvidas das instituições de saúde. Cabe a ele verificar as solicitações pendentes no sistema SISREG, inserir as solicitações de leito de UTI na planilha, monitorar os leitos disponíveis e ocupados no sistema SES Leitos, solicitar a atualização clínica dos pacientes que estão cadastrados na busca de UTI diariamente e monitorar o paciente até a sua efetiva transferência.

Observa-se que para a realização dessas atribuições, há uma necessidade de possuir principalmente conhecimentos a respeito de fisiopatologia, informática, serviços de saúde disponíveis na região, redes de apoio, distância entre as instituições de saúde, bem como, o raciocínio clínico, a pró-atividade, a tomada de decisão, a ética profissional, o respeito, a comunicação adequada e o mais importante deles, o trabalho em equipe.

CONCLUSÃO

Com base neste relato de experiência, evidencia-se que o enfermeiro está diretamente atuando em todo o processo de trabalho efetuado na Central de Regulação dos Leitos de Unidade de Terapia Intensiva, contribuindo de forma efetiva na gestão do cuidado remoto aos pacientes cadastrados.

Através deste estudo, pode-se demonstrar a importância das várias atribuições do enfermeiro na Regulação de Leitos, bem como, a virtuosidade desse serviço aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Outros artigos com temáticas baseadas na saúde, dão subsídios dos diagnósticos diversos que levam estes pacientes as internações em Unidades de Terapia Intensiva, e podem ser analisados posteriormente para clarear os mecanismos das solicitações, bem como o desfecho dos casos apresentados.

Enfatiza-se que utilização das tecnologias da informação estão cada vez mais evidentes, sendo implantadas com a finalidade de tornar os atendimentos em saúde mais ágeis, beneficiando os usuários do SUS.

Salienta-se a importância de estudos, pesquisas, relatos de experiência voltadas para esta temática, sendo este um sistema muito importante para o gerenciamento e bom funcionamento dos serviços de saúde, fazendo bom uso das tecnologias de informação para ter uma melhor qualidade na assistência de saúde.

Por fim, conclui-se que o enfermeiro tem uma importante atribuição no complexo regulatório dos Leitos das Unidades de Terapia Intensiva, sendo este, mais um dos vários setores de atuação profissional no âmbito da saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº2048 de 05 de novembro de 2002. Dispõem sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1.559 de 1º de agosto de 2008. Dispõem sobre a instituição da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de complexos reguladores. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011.

BRASÍLIA. Manual do Administrador SISREG III (Coordenação da Central de Regulação Municipal) Cadastros de Unidades, Procedimentos, Tetos, Horários, Operadores, Profissionais, Afastamentos, Proximidades, Feriados, Parâmetros, Leitos e Avisos. Brasília, 2008.

SANTA CATARINA. Secretária do Estado. Portaria SES nº273 de 2020. Dispõem sobre o SES leitos, 2020.

Capítulo 5



10.37423/220906609

SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE UM GRUPAMENTO DO CORPO DE BOMBEIROS: PERFIL DE TRÊS ANOS DE OCORRÊNCIAS.

Marisete Hulek Steinmetz

Universidade Estadual do Centro-Oeste

Maria Regiane Trincaus

Universidade Estadual do Centro-Oeste

Marcela Birolim

UniGuairacá

Maicon Henrique Lentscki

Universidade Estadual do Centro-Oeste

Bruno Bordin Pelazza

Universidade Estadual do Centro-Oeste



Resumo

Introdução: As causas externas vêm ocupando importante posição no ranking de morbimortalidade nos últimos anos, levando a grande número de incapacitados na principal faixa etária produtiva, consistindo então em grave problema de saúde pública. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, documental e retrospectivo, realizado em um Grupamento do Corpo de Bombeiros do interior do Estado do Paraná, durante três anos, através da coleta de dados disponibilizados em meio eletrônico. **Resultados:** Foram registradas 5636 ocorrências com vítimas, o perfil de acidentes de trânsito apresentou-se expressivamente maior que outras causas, com predomínio do sexo masculino, idade média de $33,13 \pm 16,93$ anos. As lesões de gravidade leve foram as mais frequentes, e a grande maioria das ocorrências aconteceu na região urbana, no matutino, nos finais de semana. **Conclusão:** Conclui-se que os acidentes de trânsito constituem importante mecanismo de lesão nas causas externas, ressaltando a necessidade de se investir em formas mais efetivas de prevenção destes, especialmente na faixa etária jovem, por ser a mais acometida.

Descritores: Causas externas. Epidemiologia. Serviços Médicos de Emergência.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas as causas externas tornaram-se um grande expoente na carga de doenças, e ocupam lugar de destaque e atenção quando se avalia os agravos que levam a morbimortalidade da população. Estudo aponta que desde a década de 1980, essa condição configura entre a segunda ou terceira principal causa de mortalidade (MINAYO et al, 1993).

Dados sobre a mortalidade por causas externas, apontam que no ano de 2014, das 1.227.039 mortes no país, 156.942 aconteceram devido a causas externas, sendo a terceira maior causa de mortalidade, atrás apenas das neoplasias e de doenças do aparelho cardiocirculatório. Deste total anual de mortes por causas externas, 44,38% estavam na faixa etária entre 20 a 39 anos (BRASIL, 2006).

Além da alta mortalidade por causas externas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta sua importância nas deficiências e incapacidades, em que mais de um milhão de pessoas no mundo vivem atualmente com este problema[M1]. Apesar de não haver dados precisos, estima-se que cerca de um quarto seja devido a agravos por lesões como violência, acidentes de trânsito e queimaduras, e dentre as limitações ocasionadas por agravos advindos de causas externas é possível citar as paralisias, deformidades e/ou deficiências físicas, amputações, incapacidades sensoriais, traumas psicológicos e limitações cognitivas (WHO, 2014).

Já em relação a internações ocasionadas por estes agravos, no ano de 2011 a estimativa do coeficiente foi de 504,3 para 100 mil habitantes, sendo em maior escala devido a lesões por quedas, acidentes de transporte terrestres, agressões e lesões auto provocadas, respectivamente, com tempo médio de internação de 5,2 dias (MASCARENHAS et al, 2011).

Estudo mostrou que no Brasil nos anos de 1998 a 2008, as causas externas representaram cerca de 10% da carga de doenças, levando a redução dos anos de vida perdidos por morte prematura devido a causas não intencionais e aumento das intencionais, destas, a primeira é representada pelos homicídios/violência, trazendo na segunda posição os acidentes de trânsito e em terceiro outras não intencionais (MENDES et al, 2015).

Quando analisados os anos de vida perdidos, lideram os acidentes de trânsito, seguidos dos homicídios/violência, e como terceiro, no ano de 1998, estavam outras causas não intencionais, porém em 2008 o suicídio passou a ocupar esta posição. Na morte prematura segundo os anos de vida perdidos, as outras causas não intencionais, vieram em primeiro lugar, seguidas das quedas e por último os acidentes de transito (MENDES et al, 2015).

Os homicídios e violências representam um dado significativo entre a morbimortalidade pelas causas externas. O Brasil apresenta um índice bastante elevado, se comparado a países como Colômbia, México e Argentina, o país fica em segundo lugar, com contínuo aumento em todas as faixas etárias, apresentando maiores proporções na população com idade entre 20 a 29 anos (SOUZA et al, 2012).

A segunda maior causa da morbimortalidade por causas externas, os acidentes de trânsito, constituem outro grave problema de saúde devido aos crescentes índices que vem apresentando. Se comparado os anos de 2000 a 2010, observa-se um aumento de 54% do número da frota de veículos, elevando assim também a taxa de mortalidade por acidentes de trânsito em 32%. Ocupando o Paraná, dentre todos os estados brasileiros, a sexta posição na escala de mortalidade por acidentes de trânsito (NETO et al, 2012).

Considerando que as causas externas são constituídas de fatores possíveis de prevenção, faz-se necessário um conhecimento atualizado do perfil da ocorrência de mortalidade e morbidade por causas externas em cada município, para assim facilitar a elaboração de políticas de promoção e prevenção destes agravos. Neste sentido esta pesquisa teve por objetivo analisar os atendimentos referentes às ocorrências de causas externas no atendimento pré-hospitalar de um agrupamento do corpo de bombeiros de uma cidade do interior do estado do Paraná.

MÉTODO

Trata-se de um estudo analítico transversal com dados secundários disponibilizados publicamente por um Grupamento do Corpo de Bombeiros Militar do interior do Estado do Paraná. O Estado do Paraná (PR) está situado na região Sul do Brasil com área de 199.298,979 km², população estimada para 2021, de 11.597.484 habitantes (IBGE, 2022).

O Sistema de Registro e Estatística de Ocorrência (SYSBM IMPRENSA), disponível no sítio de internet do Corpo de Bombeiros do Paraná, disponibiliza diariamente a imprensa um relatório das ocorrências atendidas por este órgão, no Estado, os quais foram utilizados para compor o banco de dados deste estudo. Foram coletados dados a partir de 2015, data em que estes relatórios estavam acessíveis na internet. Por meio destes relatórios foi possível selecionar as variáveis referentes à causa externa que motivou o atendimento, data e horário da ocorrência, sexo, idade e gravidade das lesões das vítimas.

As causas externas são definidas como um conjunto de agravos à saúde, no qual se incluem as causas ditas acidentais (acidentes de trânsito, queda, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes) e as causas intencionais ou também chamadas de violentas (agressões e lesões

autoprovocadas). Na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), essas causas compõem o capítulo XX, permitindo diferenciar as chamadas causas naturais ou doenças desses eventos ou agravos (OMS, 2000).

Para a realização das análises, as causas externas foram agrupadas em: acidentes de trânsito, quedas, agressões e outras causas externas de morbimortalidade. Foram realizadas análises descritivas com apresentação das frequências absolutas e relativas, média e desvio padrão. Para verificação de associação das variáveis foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson e adotado o nível de significância de 5%. Por tratar-se de pesquisa em banco de dados secundários, muitos registros estavam incompletos. Assim, o *n* utilizado para análise nas categorias estudadas apresentou variação. De posse dos dados coletados, estes foram tabulados em planilha do programa *Microsoft Excel*® e analisados estatisticamente por meio do *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.

A pesquisa foi fundamentada nas normas e diretrizes que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016). Como esta pesquisa prevê apenas a análise de dados disponíveis em banco público foi dispensada a aprovação por um Comitê de Ética. Independente disto os pesquisadores garantem o sigilo e privacidade das informações que possam caracterizar as vítimas atendidas pelo serviço.

RESULTADOS

Nos três anos analisados, 2015 a 2017, o Corpo de Bombeiros de Guarapuava realizou 5.636 atendimentos pré-hospitalares a vítimas de causas externas, uma média de 1.878,6 ao ano. O maior número de registros foi decorrente de acidentes de trânsito (82,4%) envolvendo homens (67,1%), com idade entre 30 a 59 anos (42,8%), com lesões classificadas como moderadas e graves em 19,2% dos atendimentos e 105 óbitos (1,9%). Em relação aos dias da semana com o maior número de ocorrências destacaram-se sexta e sábado com 31,2%, no intervalo entre 12:00 a 24:00 horas (69,6%) (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição das vítimas atendidas pelo APH do Corpo de Bombeiros de Guarapuava, PR, por sexo, faixa etária, tipo de causa externa, dia da semana e horário de atendimento. 2015-2017.

Categorias de análise	N	%
Sexo (n= 4.939)		
Masculino	3315	67,1
Feminino	1624	32,9
Faixa etária (n=5.630)		
<17 anos	780	13,9
18 a 24 anos	1259	22,3
25 a 29 anos	707	12,6

30 a 59 anos	2412	42,8
>60 anos	472	8,4
Tipo de Causa externa (n= 5.630)		
Acidente de trânsito	4639	82,4
Quedas	440	7,8
Agressões	220	3,9
Outras causas externas	331	5,9
Gravidade das lesões (n=5.634)		
Ilesa	1749	31,0
Leves	2697	47,9
Moderadas	834	14,8
Graves	249	4,4
Óbito	105	1,9
Dia da Semana (n=5.636)		
Domingo	775	13,8
Segunda	798	14,2
Terça	775	13,8
Quarta	745	13,2
Quinta	786	13,9
Sexta	811	14,4
Sábado	946	16,8
Horário da ocorrência (n=4.636)		
00h01 - 6h00	425	7,5
06h01 - 12h00	1291	22,9
12h01 - 18h00	2147	38,1
18h01 - 00h00	1773	31,5

Fonte: Corpo de Bombeiros do Paraná

A média de idade geral das vítimas foi de $33,3 \pm 17,6$ anos, para o sexo masculino foi de $37,1 \pm 15,8$ anos e, para o feminino de $37,3 \pm 15,7$. Em relação à faixa etária foram atendidos 780 ocorrências entre indivíduos com menos de 18 anos, com média de idade de $11,5 \pm 10,5$ anos. Em relação aos tipos de causa externa conforme a idade, os acidentes de trânsito foram os eventos de maior frequência em todas as faixas etárias, no entanto, destaca-se que entre os idosos, as ocorrências envolvendo quedas foi o segundo tipo de causa mais frequente (21,4%) (Tabela 2). A análise mostrou distribuição com diferenças significativas entre as faixas etárias ($p < 0,000$).

Tabela 2: Distribuição do tipo da faixa etária por tipo de ocorrência atendida pelo Corpo de Bombeiros de Guarapuava, PR, 2015-2017.

Faixa etária (em anos)	Tipo de Causa Externa							
	Acidente de trânsito		Quedas		Agressões		Outras Causas Externas	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 17	562	72,1	71	9,1	24	3,1	123	15,8
18 a 24	1120	89,0	42	3,3	50	4,0	47	3,7
25 a 29	627	88,7	23	3,3	33	4,7	24	3,4

30 a 59	1994	82,7	203	8,4	103	4,3	112	4,6
60 e mais	336	71,2	101	21,4	10	2,1	25	5,3

Fonte: Corpo de Bombeiros do Paraná

Quanto à região de ocorrência, de um total de ocorrências registradas, identificou-se que 79,9% (4.501) delas se deram em região urbana, 15,5% (872) em rodovias e 3,8% (213) em região rural. Em relação à distribuição do tipo de causa externa conforme o sexo, observou-se que para todas as causas analisadas as frequências dos atendimentos foram maiores para os homens, com diferença significativa ($p < 0,000$) (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição do tipo de causa externa por sexo nas ocorrências atendidas pelo Corpo de Bombeiros de Guarapuava, PR, 2015-2017.

Tipo de causa externa	Sexo				Valor de p
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
Acidente de trânsito	2771	66,8	1375	33,2	0,000
Quedas	244	65,2	130	34,8	0,000
Agressões	166	82,6	35	17,4	0,000
Outras causas externas	134	61,5	84	38,5	0,000

Fonte: Corpo de Bombeiros do Paraná

Embora os acidentes de trânsito tenham sido o tipo de ocorrência, com mais de 80% dos atendimentos, na maioria deles as vítimas tiveram ferimentos leves ou saíram ilesas do acidente. Por outro lado, as lesões consideradas moderadas (75,1%) ou graves (72,7%) foram mais frequentes nos atendimentos decorrentes dessas causas, assim como os óbitos. Entre todos os indivíduos que perderam a vida em virtude de causas externas no período estudado, observou-se que a maior parte (57,1%) foi em decorrência dos acidentes de trânsito. Outras causas externas motivaram 27,6% e, as agressões, foram responsáveis por 14,3% dos óbitos, respectivamente. Destaca-se que a distribuição do tipo de causa externa conforme a gravidade da lesão apresentou diferença estatisticamente significativa (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição do tipo de causa externa por gravidade da lesão nas ocorrências atendidas pelo Corpo de Bombeiros de Guarapuava, PR, 2015-2017.

Gravidade da Lesão*	Tipo de causa externa							
	Acidente de trânsito		Quedas		Agressões		Outras Causas Externas	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ilesa	1588	90,8	34	1,9	14	0,8	113	6,5
Leves	2186	81,1	271	10,0	109	4,0	131	4,9
Moderadas	626	75,1	109	13,1	57	6,8	42	5,0
Graves	181	72,7	25	10,0	25	10,0	18	7,2
Óbito	60	57,1	1	1,0	15	14,3	29	27,6

* O tipo da causa externa conforme a gravidade da lesão tiveram distribuições com diferenças significativas ($p < 0,000$)

Fonte: Corpo de Bombeiros do Paraná

DISCUSSÃO

As causas externas apresentam taxas de forma acelerada em nosso país, hoje representam a segunda maior parcela de mortalidade na população masculina e a terceira no geral (BRASIL, 2013).

Dessa forma, considerando a tripla carga de doenças (causas externas, doenças crônicas não transmissíveis e doenças infecciosas), salienta-se a importância da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) (BRASIL, 2013), e assim também o atendimento pela equipe de socorristas do corpo de bombeiros.

No perfil geral das ocorrências por causas externas, o sexo masculino foi o mais prevalente, o que representou neste estudo 67,1% das vítimas, o feminino 32,9%. Dados que se assemelham aos estudos de Lima et al, Cavalcante et al. Estudos de Credo e Félix, Praça et al Silva, Rodrigues e Lima apresentam proporções maiores para o sexo masculino, entre três e quatro para um. Na taxa de mortalidade, um estudo realizado por Gonsaga et al no IML de Catanduva, São Paulo, identificou uma proporção de mortes por causas externas de 3,5 homens para cada mulher.

Os dados totais apresentam similaridade em relação à proporção do sexo das vítimas e destas nos acidentes de trânsito (66,8% masculino e 33,2% feminino) e nas quedas (65,2% masculino e 34,8% feminino), ficando próximo dos resultados apresentados na pesquisa de Baldo, Spagnuolo e Almeida nos acidentes de trânsito, nas quedas os resultados se assemelharam ao estudo de Ribeiro et al onde o masculino foi o mais prevalente com 53,7.

Já nas agressões a cidade de Guarapuava registrou uma diferença entre os sexos ainda maior que no estudo de Souto et al em que os homens estiveram envolvidos em 72,3% dos casos de agressão atendidos nas capitais brasileiras, contrapondo-se a Guarapuava onde o sexo masculino contribuiu com 82,6% das vítimas e o feminino com apenas 18,4%. Porém se comparado a média nacional de mortalidade por agressões nos anos de 2015 e 2016 (92,2% sexo masculino e 8,8% feminino), esta cidade apresenta leve aumento de agressões no sexo feminino (SOUTO et al, 2014).

Observando o perfil etário das vítimas por acidentes de trânsito, aqueles com a idade entre 30 a 59 anos aparecem em maior quantidade, seguidos por de 18 a 24 e de 25 a 29 anos em terceiro, assimilando-se ao estudo realizado por Silva, Rodrigues e Lima na BR 381 em três Corações, MG, onde identificou um maior número de vítimas de acidentes de trânsito entre a faixa etária de 31 a 40 anos. O mesmo pode ser observado quanto ao perfil de atendimento de uma cidade vizinha a esta no ano de 2008, onde as faixas etárias com maior número de atendimentos foram 18 a 24 anos e 25 a 34 anos respectivamente (BALDO et al, 2015).

Os dados referentes ao perfil das ocorrências por causas externas atendidos pelo serviço de APH do Corpo de Bombeiros de Guarapuava se assemelham aos resultados apresentados no estudo de Carvalho²⁰, no qual os acidentes de trânsito apresentaram maior prevalência, seguidos das quedas. Outro estudo realizado por Lopes et al²¹ realizado em uma cidade de porte médio do estado de Goiás, também encontrou os acidentes de trânsito com maior prevalência, representando 58,12% dos atendimentos a causas externas em uma unidade de atendimento pré-hospitalar.

Segundo a OMS, no ano de 2010 as mortes no trânsito constituíam a décima maior causa de mortalidade no mundo, passando em 2016 para a oitava posição, sendo responsáveis por 1,4 milhão de mortes neste ano (WHO, 2018).

Dados semelhantes foram descritos por Mendes et al, ao identificarem maior índice de ocorrências que elevaram o número de DALY (anos potenciais de vida perdidos) vinculados aos acidentes de trânsito, seguido pelas quedas. Neste estudo constatou-se que estes aparecem em primeiro lugar no número de vítimas que foram a óbito, respondendo por 57,1% das mortes.

O perfil da população atendida pela ocorrência de quedas vem de encontro com o estudo de Ribeiro et al onde a faixa etária mais prevalente nos registros de quedas pelo VIVA Inquérito foi de 0 a 9 anos, seguida por de 20 a 39 anos. Neste estudo o perfil etário dos pacientes vítimas de quedas foi de predominância na faixa etária de 30 a 59 anos, seguida pela faixa etária acima de 60 anos.

No entanto, esta faixa etária foi a mesma encontrada no estudo realizado por Credo e Félix em um hospital público da cidade de Curitiba, o maior número de vítimas atendidas foi respectivamente por acidentes de trânsito e violência, com maior representatividade na faixa etária de 15 a 29 anos, e quedas na faixa etária de 30 a 59 anos.

Nas agressões, Guarapuava apresenta um perfil de homens de idade adulta 30 a 59 anos, como principais vítimas desta causa. Resultado diferente do encontrado por Souza et al ao estudar a mortalidade por homicídios em 4 países da América Latina, em um período de 17 anos, observou que a faixa etária que apresentou maiores números de mortalidade foi de 20 a 29, seguida por de 30 a 39 anos.

O coeficiente de mortalidade por causas externas em Guarapuava no triênio estudado foi de 18,63/mil habitantes. Estudo realizado por Corassa et al a partir de dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde referente ao município de Diamantina, MG, entre o período de 2001 a 2012, obteve um coeficiente de mortalidade por causas externas de 44,3/100mil habitantes.

Em relação aos dias da semana, a maior prevalência dos atendimentos se deu nos sábados, seguidos por sextas e segundas-feiras. Estes resultados aproximaram-se do encontrado por Alvarez et al, em estudo realizado em um hospital referência a trauma da capital deste estado, onde os dias da semana com maior número de ocorrências foram os sábados, seguidos do domingo e segundas-feiras. Dados contrários ao estudo de Praça et al no qual a quinta e a sexta-feira aparecem com maior frequência nos atendimentos a vítimas de traumas.

Andrade et al constataram em sua pesquisa que os maiores picos de eventos acidentais foram as 12:00, 14:00 e 20:00 horas. Dados também corroborados por Praça et al em que o horário vespertino foi responsável por um número relativamente maior de atendimentos a vítimas de traumas. Ambos se aproximaram do encontrado em Guarapuava, onde o intervalo das 12:01 as 18:00 horas foi responsável por um maior número de atendimentos, seguido por das 18:01 as 00:00.

No estudo de Praça et al semelhantemente a este estudo, verificou-se maior frequência de atendimentos em região urbana, seguida de rodovia. O que pode estar relacionado ao número de usuários localizados nessas regiões.

CONCLUSÃO

A partir da análise dos resultados deste estudo foi possível concluir que durante os três anos analisados, o corpo de bombeiros de Guarapuava atendeu 5636 ocorrências com vítimas, com um perfil de acidentes de trânsito expressivamente maior que outras causas, com predomínio do sexo masculino, com idade média de $33,39 \pm 17,64$ anos.

As lesões de gravidade leve foram as mais frequentes, e a maioria das ocorrências aconteceu na região urbana, com número maior no período matutino e nos finais de semana. As vítimas em óbito e com lesões graves foram identificadas com maior número e frequência nos acidentes de trânsito. O que ressalta a necessidade de investir-se em formas mais efetivas de prevenção dos acidentes de trânsito, especialmente nas faixas etárias de 18 a 24 anos e de 30 a 59 anos, por serem as mais acometidas.

A caracterização do perfil das vítimas e ocorrências atendidas por uma corporação de bombeiros pode auxiliar na implantação de novas estratégias de redução dos agravos causados pelas causas externas, assim como na organização deste serviço e estímulo a capacitação pelos profissionais.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ BD, RAZENDE DM, LACERDA DAM, LOTHER NS, VON-BAHTEN LC, SCHMIDT CMMS. Avaliação do Escore de Trauma Revisado (RTS) em 200 vítimas de trauma com mecanismos diferentes. Rev. do Colégio Brasileiro de Cirurgiões 2016; 43: 5. <http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912016005010>

ANDRADE SSCA, SÁ NNB, CARVALHO MGO, LIMA CM, SILVA MMA, NETO OLM, et al. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência selecionados em capitais brasileiras: Vigilância de violências e acidentes, 2009. Epidemiologia Serviços de Saúde 2018; 21: 1. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000100003>

BALDO RCS, SPAGNUOLO RS, ALMEIDA IM. O serviço integrado de atendimento ao trauma em emergência (SIATE) como fonte de informações de acidentes de trabalho em Londrina, PR. Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional 2015; 40: 132. <http://dx.doi.org/10.1590/0303-7657000091714>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção especializada. Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Editora Ministério da Saúde 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências /2006– 3. Editora Ministério da Saúde 2006

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Departamento de Informática do SUS (DATASUS). O Sistema de Informações sobre Mortalidade. [S.l.], 2018.

CAMPOS MR, DOELLINGER VR, MENDES LVP, COSTA MFS, PIMENTEL TG, SCHRAMM JMA. Morbidity and mortality associated with injuries: Results of the global burden of disease study in Brazil, 2008. Cad. de Saúde Pública 2015; 31: 1. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00191113>

CARVALHO ICCM, SARAIVA IS. Perfil das vítimas de trauma atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência. Rev. Interdisciplinar 2015; 8: 1

CAVALCANTE AKCB, HOLANDA VM, ROCHA CFM, CAVALCANTE SW, SOUZA JPR, SOUZA FHR. Perfil dos acidentes de trânsito atendidos por serviço pré-hospitalar móvel. Rev. Baiana de Enfermagem 2015; 29:2. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i2.12656>

CORASSA RB, FALCI DM, CONTIJO CF, MACHADO GVC, ALVES PAB. Evolução da mortalidade por causas externas em Diamantina (MG), 2001 a 2012. Cad. Saúde Colet. 2017; 25: 3. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700030258>

CREDO PFD, FÉLIX J VC. Perfil dos pacientes atendidos em um hospital de referência ao trauma em Curitiba: Implicações para a enfermagem. Rev. Cogitare Enfermagem 2012; 17: 1. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i1.26385>

GONSAGA R AT, RIMOLI CF, PIRES EA, ZOGHEIB FS, FUJINO MVT, CUNHA BM. Avaliação da mortalidade por causas externas. Rev. Col. Bras. Cir. 2012; 39: 4. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912012000400004>

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. IBGE - Cidades@. Disponível e m: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/panorama>. Acesso em: 26 set. 2022.

LIMA MVF, SILVA RLP, ALBUQUERQUE NMG, OLIVEIRA JSA, CAVALCANTE CAA, MACÊDO MLAF. Perfil dos atendimentos por causas externas em hospital público. Rev. Rene 2012; 1: 13

LOPES ALC, ALMEIDA AC, COUTO KG, SANTOS NM, FERREIRA JC, SILVA ACR, et al. Prevalência dos atendimentos por acidentes de trânsito realizados pelo serviço de atendimento a urgências no município de Rio Verde, Goiás. Rev. da Universidade Vale do Rio Verde 2018; 16: 1. <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v16i1.3876>

MASCARENHAS MDM, BARROS MBA. Caracterização das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde, Brasil, 2011. Rev. Bras. Epidemiol. 2015; 18: 04. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040008>

MENDES LVP, CAMPOS MR, VON-DOLLINGER VR, MOTA JC, PIMENTEL TG, SCHRAMM JMA. A evolução da carga de causas externas no Brasil: Uma comparação entre os Anos de 1998 e 2008. Cad. de Saúde Pública 2015; 31: 10. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133714>

MINAYO MCS, SOUZA ER. Violência para Todos. Cad. de Saúde Pública 1993; 1: 9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1993000100007>

NETO OLM, MONTENEGRO MMS, MONTEIRO RA, JÚNIOR JBS, SILVA MMA, LIMA CM, et al. Mortalidade por acidentes de transporte terrestre no Brasil na última década: Tendência e Aglomerados de Risco. Ciência e Saúde Coletiva 2012; 17: 9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900002>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. (CID-10): Décima revisão. 8. ed. São Paulo: EDUSP, 2000.

PRAÇA WR, MATOS MCB, MAGRO MCS, FIORAVANTI RK, HERMANN PRS. Perfil epidemiológico e clínico de vítimas de trauma em um hospital do Distrito Federal, Brasil. Rev. Pre. de Infec. e Saúde 2017; 3: 1. <https://doi.org/10.26694/repis.v3i0.6219>

RIBEIRO AP, SOUZA ER, SOUSA CAM, FREITAS MG. Quedas acidentais nos atendimentos de urgência e emergência: Resultados do VIVA inquérito de 2014. Rev. Ciência & Saúde Coletiva 2016; 21: 12. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.18452016>

SILVA E, RODRIGUES FA, LIMA RS. Caracterização das vítimas de trauma atendidas pelo sistema privado de resgate especializado em atendimento pré-hospitalar. Rev. Eletrônica Gestão & Saúde 2014; 05: 03

SOUTO RMCV, BARUFALDI LA, NICO LS, FREITAS MG. Perfil epidemiológico do atendimento à violência em serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, VIVA 2014. Rev. Ciência & Saúde Coletiva 2017; 22: 9. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13342017>

SOUZA ER, MELO NA, SILVA JG, FRANCO AS, ALAZRAQUI M, GONZÁLEZ-PÉREZ GJ. Estudo multicêntrico da mortalidade por homicídios em países da América Latina. Ciência e Saúde Coletiva 2012; 12:17

WHO. Organization World Health. The Top 10 Causes of Death 2018

WHO. Organization World Health. Violence And Injury Prevention: World report on violence and health 2014.