



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

FELIPE ARAÚJO DA SILVA GOMES

**ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR A AFECÇÕES VASCULARES**

CUITÉ

2017

# **ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR A AFECÇÕES VASCULARES**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Esp. Edlene Régis Silva Pimentel

Co-orientadora: MSc.<sup>a</sup> Ivelise Fhrideraid Alves Furtado da Costa

CUITÉ

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

G633a Gomes, Felipe Araújo da Silva.

Assistência pré-hospitalar a afecções vasculares. /  
Felipe Araújo da Silva Gomes. – Cuité: CES, 2017.

40 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) –  
Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2017.

Orientadora: Edlene Régis Silva Pimentel.

Coorientadora: Ivelise Fhrideraid Alves Furtado da Costa.

1. Doenças cardiovasculares. 2. Assistência de  
enfermagem. 3. Cuidados de enfermagem. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 612.17

FELIPE ARAÚJO DA SILVA GOMES

ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR A AFECÇÕES VASCULARES

Aprovado em: 24 de março de 2017

Banca examinadora:

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Esp. Edlene Régis Silva Pimentel

---

Co-orientadora: MSc Ivelise Fhrideraid Alves Furtado da Costa

---

Prof<sup>a</sup> MSc Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueirêdo

## AGRADECIMENTOS

O principal agradecimento é dirigido a minha mãe Luciana Araújo dos Santos Oliveira, pelo seu excepcional e primordial apoio por toda minha caminhada acadêmica, não só no ensino superior, mas em todos os estágios de aprendizado de minha infância, adolescência, até os dias de hoje, sem esse apoio e incentivo eu jamais conseguiria alcançar esse objetivo de uma formação de nível superior.

Aos meus parentes, Roberto Flávio, Robson Valério, Noadja Santos, Lucineide Maria dos Santos, Tarlla Gomes, que sempre me incentivaram a estudar e ingressar em uma universidade e alcançar um diploma de nível superior, além de sempre lutarem para me manter no caminho certo e alcançar esse objetivo.

Meu imenso agradecimento a minha Co-orientadora, MSc Ivelise Fhrideraid, pela sua paciência, sabedoria, apoio, ensinamentos, elogios e críticas que só nortearam meu caminho desde o início do projeto até sua conclusão, sem ela esse projeto e sonho jamais iria se concretizar.

Ao corpo docente da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, por todo o conhecimento ofertado, o qual vai ser de fundamental importância para minha carreira profissional. Para os membros de minha banca examinadora, são professores de altíssimo nível, atenciosos, pacientes, os quais me ensinam muito no decorrer das disciplinas, além de Prof<sup>a</sup> Ivelise, Prof<sup>a</sup> Edlene que aceitou continuar como minha orientadora e Prof<sup>a</sup> Daniele as quais tem minha total admiração por seus conhecimentos na área e a maneira como as mesmas me transmitem.

Aos meus colegas de turma, Eder Dourado, Clodoaldo Vieira, Nycarla Araújo, Amanda Nunes, Bruna Damara, Ana Quitéria, Amanda Nóbrega, Ana Cristina, Larissa Reis, Gisele Dias, Alana Gomes, Lara Reis, Andrezza Rodrigues e Anne Caroline, por sempre me considerarem como amigo e incluir-me em seus grupos de trabalho e estudo.

E para finalizar meus amigos (as) do peito, que sempre estiveram me apoiando, ajudando e vivendo comigo, compartilhando experiências, saber e diversão. Eneas Gomes Quitandero, Tulio Alencar Careca, Navarro Nunes Babau, Alisson Assevedo Jonas, Ronicley Silva Negão, Jhébica Rawanne e Thayane Ramires Boyza. Vocês não são apenas amigos e sim irmãos que a vida me presenteou.

A toda a minha família e amigos que não pude citar, mas que diretamente e indiretamente me ajudaram a chegar até aqui:

MEU MUITO OBRIGADO!

GOMES, F. A. **Assistência pré-hospitalar a afecções vasculares**. 2017. 36f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) – UFCG, 2017.

### RESUMO

As doenças cardiovasculares (DCV) estão entre as principais causas de morbimortalidade no mundo, dentre elas pode-se destacar o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e o Acidente Vascular Encefálico (AVE). No Brasil, o IAM e o AVE são doenças prevalentes dentre as ocorrências atendidas pelos serviços de atendimentos de urgência e emergência nos diversos setores do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) a porta de entrada para esses setores, o mesmo é composto por uma equipe especializada para assistir pacientes apresentando diversas patologias, dentre elas as DCV. A assistência oferecida requer agilidade e destreza, baseando-se em protocolos de assistência pré-definidos, realizando, assim, intervenções específicas, amenizando o risco de mortalidade, bem como de agravos que comprometam a qualidade de vida. O enfermeiro é membro essencial ao atendimento prestado na Unidade de Suporte Avançado (USA) e na Unidade de Suporte Básico (USB). Uma vez que a mesma efetua procedimentos que requerem capacidade de tomar decisões imediatas e presta cuidados de maior complexidade técnica. Logo, faz-se necessário observar o atendimento efetuado pelo SAMU da cidade de Cuité-PB. Objetivou-se descrever as peculiaridades do atendimento a eventos cardiovasculares prevalentes no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Cuité, PB. Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo com abordagem quantitativa de dados secundários, efetuado na cidade de Cuité no estado da Paraíba; durante os meses de fevereiro a março de 2017. A amostra foi composta por 205 atendimentos a ocorrências cardiovasculares efetuados pela USA e USB no período de 2012 a 2016, na região de abrangência. A coleta de dados foi realizada utilizando como instrumento uma ficha para filtagem dos dados após processo de esclarecimento e consentimento da secretaria de saúde do município, da coordenação do SAMU e dos indivíduos voluntários, obedecendo a Resolução 446 de 2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Os dados foram analisados estatisticamente com o Epi Info 7.2.1.0. Nos resultados observou-se uma quantidade importante de casos envolvendo IAM e AVE ao longo dos cinco anos de existência do serviço. A média de idade da população está acima dos 65 anos para pacientes de IAM com predominância entre o sexo masculino e um pouco mais idosa para os acometidos por AVE, 74 anos, com maior prevalência entre o sexo feminino. A maioria dos atendimentos foram prestados no próprio município, principalmente em horário diurno, das 06:00h as 18:00h. As duas viaturas da unidade atenderam a demanda de atendimentos de forma semelhante, no entanto, a USB o efetuou predominantemente. Como destino dos pacientes, referências hospitalares da região, ofertam a continuidade da assistência, principalmente o Hospital Municipal de Cuité, Trauma - CG e o H. João XXII CG. Conclusão: Percebe-se o SAMU como peça fundamental da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, e cada vez mais requisitado pela população, facilitando o acesso dos mesmos aos serviços de saúde no país.

**Palavras-chave:** Doenças Cardiovasculares. Assistência em enfermagem. Cuidados de Enfermagem.

## PRE-HOSPITAL ASSISTANCE FOR CARDIOVASCULAR AFECTIONS

### ABSTRACT

The cardiovascular diseases (CVD) are in between the main causes of morbidity and mortality in the world, among them we can highlight the acute myocardial infarction (AMI) and the cerebrovascular accident (CVA). in Brasil, the AMI and the CVA are diseases prevalent among the occurrences attended by emergency and urgency services In the various sectors of health; Being the Mobile Emergency Service (SAMU) the gateway to these sectors, it is composed of a specialized team to assist patients presenting several pathologies, among them the CVD. The assistance offered requires agility and dexterity, based on predefined care protocols, thus making specific interventions, reducing the risk of mortality, as well as those that compromise the quality of life. The nurse is an essential member of the support provided in the Advanced Support Unit (ASU) and in the Basic Support Unit (BSU). Since it performs procedures that require the ability to take immediate decisions and provides care of greater technical complexity. Therefore, it is necessary to observe the service performed by SAMU of the city of Cuité-PB. To describe the peculiarities of the attendance to cardiovascular events prevalent in the Mobile Emergency Care Service (SAMU) in Cuité, PB. It's a descriptive transverse retrospective study, with quantitative approach of primary and secondary data, accomplished in the city of Cuité state of Paraíba, during the months from february to march of 2017. The sample is composed of 205 calls for cardiovascular diseases accomplished by ASU (Advanced Support Unit) and BSU (Basic Support Unit), in the period of 2012 to 2016, on the region of coverage. The collect of data was accomplished after clarification process and consent of the secretary of health of the city, and the coordenator of (SAMU), and the individuals volunteer, obeying the resolution 446 of 2012 of the national council of ethic in research. the data have been analized statistically with Epi info 7.2.1.0. It have been observed an important amount of cases involving IAM (acute infarct of the myocardium) and AVE (encephalic vascular accident) over 5 years of existence of this service. The average age of the population is above 65 years old for patients of IAM with predominance among maculine sex and a little bit more elderly for the affected for AVE, 74 years old, with major prevalence among feminine sex. Most of the services have been provided in the city, mainly in the diurn hour, from 6:00 to 18:00. The two vehicle of the unit have attended the demand of attendance in a similar way, how ever the USB did it premominantly. Procedures like oxigenterapy, AVP, Cardiac monitoration, vasoactive drugs adminstration prevailing on the assistance. As destiny of the patients, hospitalars of the region, offer the continuity of the assistance, maily on the hospital of Cuité city, Trauma-CG and Hospital João XXII CG. Noticed the SAMU as fundamental piece of the attention network on urgences and emergencies, and increasingly requested by the population, making easy the access to the same health services on the country.

**Keywords:** Cardiovascular diseases. Emergency Medical Services. Nursing Care.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura I: Mapa destacando a localização geográfica do município de Cuité-PB, 2016.....	21
Figura II: Instalações do SAMU de Cuité-PB, 2017.....	22



## LISTA DE TABELAS

Tabela I: Quantidade de pacientes por gênero/motivo da ocorrência, Cuité, PB, 2017.....	25
Tabela II: Quantidade de atendimentos por municípios de origem, Cuité, PB, 2017.....	26
Tabela III: Horários de atendimentos/Nº de Atendimentos, Cuité, PB, 2017.....	27
Tabela IV: Ano/Viatura/Nº de atendimentos, Cuité, PB, 2017.....	28
Tabela V: Destinos dos pacientes/Nº de atendimentos (%), Cuité, PB, 2017.....	30

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

APH – Atendimento Pré-Hospitalar

AVE – Acidente Vascular Encefálico

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DEA – Desfibrilador Automático Externo

DIC – Doenças Isquêmicas do Coração

DVC – Doenças Cardiovasculares

FR – Fatores de Risco

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

MS – Ministério da Saúde

PB – Paraíba

RCP – Reanimação Cardiopulmonar

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

TARM – Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica

USA – Unidade de Suporte Avançado

USB – Unidade de Suporte Básico

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
3.1 FISIOPATOLOGIA DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES E SEUS FATORES DE RISCO.....	15
3.2 O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA.....	17
3.3 A CELERIDADE DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E A SOBREVIDA.....	19
3.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR	20
<b>4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>21</b>
4.1 DESENHO E LOCAL DO ESTUDO.....	21
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	22
4.3 VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	23
4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	23
4.5 PROCESSAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	23
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	24
<b>5. RESULTADOSE DISCUSSÕES.....</b>	<b>25</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	
<b>ANEXOS.....</b>	
<b>APÊNDICES.....</b>	

## 1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e o Acidente Vascular Encefálico (AVE) estão entre as enfermidades clínicas determinantes da incapacidade e da morbimortalidade na população mundial. Correspondem a causa principal de atendimentos de urgência e emergência (FEITOSA-FILHO, 2008).

Tais afecções ceifam tantas vidas por ano quanto o câncer, as doenças respiratórias, as causas externas e a diabetes combinados. A DCV representa um grave problema de saúde global, uma vez que é responsável por cerca de um terço dos óbitos mundiais, sendo que aproximadamente 80% desses episódios ocorrem em países subdesenvolvidos.

No Brasil a DCV é a principal causa de morte (MORTON; FONTAINE, 2013). Esta afeta, de maneira desproporcional, a população pobre. O que se constatou em estudo realizado em Porto Alegre, onde a mortalidade prematura (entre 45 e 64 anos de idade) atribuível a DCV foi 163% superior em bairros de baixa renda.

A DCV gera o maior custo referente a internações hospitalares no sistema de saúde nacional. Em 2007, 12,7% das hospitalizações e 27,4% das internações de indivíduos de 60 anos ou mais estiveram associadas a eventos cardiovasculares (SCHMIDT, 2012).

O AVE é a terceira causa de morte mais prevalente nos países desenvolvidos. Na maioria dos casos, o primeiro episódio não se apresenta como fatal, entretanto, 20% das vítimas chegam ao óbito cerca de 1 mês depois do primeiro episódio e cerca de 50% dos sobreviventes desenvolvem sequelas ou incapacidades permanentes importantes, o que requer supervisão intermitente e cuidados específicos (SILVA, 2005). Em 2005, a incidência de AVE vitimou 16 milhões de pessoas, resultando em 5,7 milhões de mortes no mundo, 87% delas nos países em desenvolvimento (MARTINS, 2008).

Este evento vascular compromete a função das extremidades de membros, controle motor, equilíbrio e força. Impedindo, a maioria de suas vítimas, de se reinserirem no mercado de trabalho, demandando assim, auxílio no desempenho de atividades de vida diária. Logo, promove grande impacto a saúde pública mundial por acarretar incapacidades neurológicas em adultos, além de gerar altos custos com o seu tratamento (DELBONI, 2010).

No Brasil os eventos vasculares correspondem a mais de 30% dos óbitos totais. Estima-se que ocorram 350 mil casos de IAM anuais, porém a principal causa de morte e incapacitação atual é o AVE (CAMPELO, 2013). As DCV são agravos evitáveis que, em algumas regiões, têm apresentado resposta satisfatória às estratégias de prevenção, reduzindo sua incidência. No

entanto, continua prevalente em outras regiões do país, mantendo-se entre as principais causas de óbitos (MANSUR; FAVARATO, 2012). A exemplo de Cuité, onde ocupa o segundo lugar, em 2014, ficando abaixo apenas das doenças endócrinas e em 2013 das doenças infecto contagiosas (IBGE, 2016).

Diante disso, faz-se necessário atendimento efetivo e célere, uma vez que o tempo é fator agravante da morbimortalidade das DCV. Tendo em vista que o sucesso deste atendimento, requer profissionais capacitados e protocolos de atendimento adequados faz-se necessário estudos descritivos que subsidiem a sua elaboração.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Descrever as peculiaridades do atendimento a eventos cardiovasculares prevalentes no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Cuité, PB.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar os principais eventos cardiovasculares (Infarto Agudo do Miocárdio -IAM- e Acidente Vascular Encefálico -AVE-) em pacientes atendidos pelo SAMU;
- Levantar as intervenções realizadas conforme o evento cardiovascular atendido;
- Conhecer as ações do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar a eventos cardiovasculares.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Fisiopatologia das Doenças Cardiovasculares e seus fatores de risco:**

As doenças cardiovasculares são desencadeadas, em geral, pela oclusão de artérias, através de processo aterosclerótico, de trombos ou de estenose dos vasos que impedem a passagem de sangue oxigenado para os demais tecidos, ocasionando isquemia da região afetada desencadeando a interrupção do metabolismo anaeróbico em segundos, acarretando a produção inadequada de creatinina e ácido láctico, o que leva a ausência de contração muscular cardíaca culminando com a necrose (SILVA, 2014).

A isquemia grave leva a perda da contratilidade do coração em cerca de 60 segundos, surgindo assim, os primeiros sintomas de insuficiência cardíaca, quando essa isquemia se torna intensa, cerca de 20-30 minutos, causa danos irreversíveis, como o supracitado. Caso o paciente não seja assistido imediatamente os danos só tendem a se agravar, e após cerca de 6h, a necrose da área se estabelece levando a danos letais (SILVA, 2014).

O IAM ocorre após obstrução de artérias coronarianas por coágulos de sangue ou placas de ateroma, impossibilitando assim a chegada de sangue oxigenado e suficiente aos tecidos cardíacos, o que gera um processo de morte celular e necrose desses mesmos tecidos, podendo levar a morte súbita ou à insuficiência cardíaca acompanhada de várias limitações físicas (MORTON; FONTAINE, 2013).

Os sinais e sintomas característicos desse episódio são facilmente identificados pelos profissionais de saúde capacitados, como angina, precordialgia em queimação na região epigástrica, sudorese profusa, náuseas, êmese, tontura, ansiedade e agitação. O rápido reconhecimento desses sintomas, bem como a ágil procura de serviços de saúde de urgência vão influenciar diretamente a sobrevivência do paciente (BASTOS, 2012).

Todas as regiões do cérebro necessitam de constante fluxo sanguíneo para total funcionamento do corpo. Ao interromper esse fluxo, inicia-se a privação de oxigênio dos tecidos cerebrais, ou isquemia cerebral. Com apenas um minuto de interrupção de fluxo sanguíneo no cérebro, o indivíduo já começa a apresentar processos patológicos reversíveis, caso essa privação se prolongue por tempos mais longos, pode começar a produzir necrose microscópica dos neurônios, portanto, diz-se que a área está infartada (MORTON; FONTAINE, 2013).

Enquanto a necrose ainda não se estabeleceu há uma possibilidade de preservar os neurônios. Porém, o prolongamento da falha na perfusão cerebral, leva a uma cascata

isquêmica, minutos após o episódio, criando uma zona de infarto ou zona necrótica, a qual é irreversível e uma área vizinha chamada de “penumbra isquêmica”. O tratamento agudo nesses pacientes tem como meta salvar essa região de penumbra e evitar que toda essa região se torne infartada. A área do cérebro envolvida e a extensão do dano isquêmico influenciam diretamente no prognóstico (MORTON; FONTAINE, 2013).

O AVE, também conhecido como “derrame cerebral”, ocorre quando a circulação sanguínea para tecidos encefálicos é interrompida, esse bloqueio ocorre devido êmbolos de ar, presença de trombos ou hemorragia vascular, esses fatores levam a comprometimento da função cerebral seguido de infarto e necrose da área suprida de sangue oxigenado. Gerando assim não somente elevado índice de mortalidade, como também incapacidades no indivíduo (MAZZOLA, 2007).

Vários sintomas se encaixam em quadros de pacientes com AVE, como por exemplo, astenia, dislalia, alterações de visão, parestesia de membros superiores e inferiores, convulsões, paralisia de membros, desequilíbrio, incontinência urinária, entre outros. Imediatamente após o aparecimento desses sintomas o paciente deve ser transportado a unidade especializada, geralmente, através do serviço de atendimento móvel de urgência (PAIVA, 2015).

A expectativa de vida da população não para de crescer e os avanços tecnológicos e científicos tem proporcionado um aumento da sobrevivência de pacientes, o que trouxe consigo uma mudança no perfil da morbidade de doenças como o AVE, cujas sequelas influenciam na qualidade de vida de seus sobreviventes, tornando-se necessário compreender e quantificar seu impacto (DELBONI, 2010).

O AVE já se tornou uma das principais causas de aposentadoria por invalidez. A pessoa acometida, quando não evolui ao óbito, sofre uma ruptura em suas relações, mudando radicalmente seu estilo de vida em função das limitações e incapacidades de ordem física e cognitiva, além dos desajustes familiares que podem ser causados pela situação de dependência física, psicológica e/ou econômica, e até mesmo de exclusão social (DELBONI, 2010).

Os fatores de risco (FR) associados ao aparecimento precoce de doenças cardiovasculares, conhecidos como FR modificáveis, estão cotidianamente inseridos na população, favorecendo assim o aumento da morbimortalidade associada a essas doenças (KAISER, 2004).

Os serviços básicos de saúde apresentam um excelente plano para a redução das DCV, porém não é integralmente efetivo. Em um país com economia em transição, como o Brasil, o principal fator de risco é a hipertensão arterial que em muitos casos é mal controlada e/ou



tardamente diagnosticada (KAISER, 2004).

O estilo de vida sedentário que, aliado ao consumo alimentar inadequado fomentado pela abundante oferta de alimentos processados a baixo custo; ricos em carboidratos, sal e gorduras, conspira para disseminar uma epidemia de obesidade. O tabagismo também se faz presente, sendo aliado a diversas doenças, além das cardiovasculares, as doenças respiratórias e neoplasias (KAISER, 2004).

Existem também os FR não-modificáveis que se resumem a idade, sexo, raça e hereditariedade. Ao falar em idade, lembra-se inevitavelmente da fragilidade do corpo e das funções fisiológicas do nosso organismo com o passar do tempo, favorecendo assim o acometimento de doenças (KAISER, 2004).

Quanto ao sexo, os homens estão mais propensos devido ao seu estilo de vida, no qual se resume a trabalho e busca tardia do serviço de saúde para detecção e/ou prevenção precoce de doenças, fazendo com que utilize os serviços de saúde tardiamente e com doenças já instaladas e agravadas, aumentando o número de complicações e óbitos (KAISER, 2004).

No que diz respeito a raça, a negra é geneticamente mais susceptível a doenças hipertensivas, sendo fator agravante, a incidência de eventos cardiovasculares em parentes de primeiro grau em idade jovem ou adulto jovem; ademais, o baixo nível socioeconômico e o acesso a alimentação inadequada os tornam mais vulneráveis a eventos cardiovasculares, por conseguinte (KAISER, 2004).

Dentre as principais causas de óbitos no Brasil, independentemente de gênero, destacam-se as doenças cardiovasculares (DCV). Segundo o Ministério da Saúde em 2009, ocorreram mais de 962.931 mortes em indivíduos com idade acima de 30 anos. 20% desse número está associado as DCV. Aproximadamente 193.000 mortes foram associadas as causas ateroscleróticas, causa essa, apontada como grande fator de risco para mortalidade por doenças isquêmicas do coração (DIC), as quais foram responsáveis por 95.449 mortes e as doenças cerebrovasculares, responsáveis por 95.449 mortes no mesmo ano (MANSUR, 2012).

### **3.2 O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**

O SAMU presta um serviço à população, indispensável para o funcionamento dos serviços de saúde no Brasil. Uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, condutores, entre outros, atendem a diversos casos de necessidades de enfermo e cuidados especializados, além do transporte dessas vítimas para unidades de referência (ROCHA, 2012).

No ano de 2003, visando a redução no número de óbitos e nos agravos ocasionados

devido a assistência tardia, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu e regimentou o serviço de atendimento móvel no Brasil. A Portaria MS nº 1863 instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, esta política foi criada com o intuito de garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas - traumatismos, violências e suicídios (BRASIL, 2003).

Para ampliar o serviço, em 29 de setembro de 2003, também foi regulamentada a Portaria nº 1864 que estabelece o componente pré-hospitalar móvel por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192 (BRASIL, 2003a).

Viu-se necessário no ano de 2011, a reformulação da Portaria nº 1864 para instituir a portaria GM/MS nº 1600, que fundou a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) com a finalidade de garantir a ampliação de serviço qualificado, além de acesso humanizado e integral aos usuários em situações de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma articulada e compatível (LUCHTEMBERG, 2014).

O SAMU de Cuité, fundado em janeiro de 2012, presta serviços de socorro, transporte, informação, resgate, entre outros. É equipado com duas viaturas diferenciadas em dois tipos: uma unidade de suporte de vida avançado (Unit of Support Advanced - USA) e outra de suporte básico de vida (Unit of Basic Support-USB). Chegam a dar assistência a cinco cidades da região do curimataú paraibano: Cuité, Barra de Santa Rosa, Nova Floresta, Sossego e Picuí. Mensalmente em suas estatísticas, os números de episódios cardiovasculares são frequentes, principalmente IAM e AVE, além de outros eventos cardiovasculares, como: crises hipertensivas, precordialgias, Insuficiência cardíaca congestiva descompensada, entre outros.

Os profissionais do SAMU são capacitados para realizar diversas intervenções, de acordo com os sinais clínicos que o paciente esteja apresentando. Esse serviço é considerado de alta complexidade e indispensável para o funcionamento do serviço de saúde no Brasil. Além dos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores; estão presentes os telefonistas auxiliares de regulação médica (TARM) que interpretam e avaliam a situação de emergência solicitada, para indicar a melhor ação a ser tomada pela unidade. De tal modo, determina qual viatura deve ser utilizada e qual equipe deve estar presente na assistência (ROCHA, 2012).

### **3.3 A celeridade do atendimento pré-hospitalar e a sobrevida**

Dois terços das mortes súbitas por doenças cardiovasculares acontecem fora do ambiente hospitalar e apenas 20% das pessoas que apresentam um ou mais sintomas chegam ao serviço de urgência duas horas antes do aparecimento desses sintomas (BASTOS, 2012).

Estudos indicam que os pacientes com sintomas de AVE e IAM não procuram imediatamente os serviços de saúde, na maioria das vezes por falta de conhecimento relacionado aos sintomas que apresentam, bem como, do desconhecimento da aterosclerose já instalada, também por não conhecerem os serviços especializados de primeiros socorros, dificuldade de contatar o serviço e em alguns casos déficit de recursos e sobrecargas de atendimento (BASTOS, 2012).

Outros entraves ao atendimento célere são as falsas ocorrências, denominadas “trotes” que representam um problema muito comum aos serviços de SAMU em todo o território nacional. Com uma prevalência muito alta dentre as ocorrências que solicitam o serviço, os trotes levam ao desperdício de tempo dos profissionais e de recursos, detendo esforços em casos sem necessidade, quando poderiam estar de prontidão para realizar um atendimento realmente necessário (LUCHTEMBERG, 2014).

Outras dificuldades afetam diretamente para a concretização do atendimento e da assistência à saúde em algumas das ocorrências, dentre estas encontra-se a remoção da vítima do local, que acaba acontecendo na maioria das vezes por parentes, vizinhos ou transeuntes. Além disso, existem outras intercorrências como: congestionamento nas estradas, endereço incorreto e locais de difícil acessibilidade que atravancam o acesso da equipe. De tal forma, é necessário uma melhor articulação na comunicação entre o serviço móvel e os demais serviços que possam a vir a prestar uma possível assistência a vítima (LUCHTEMBERG, 2014).

Diante destes fatores, observa-se que há uma dispersão dos recursos financeiros, além de levar a uma exaustão física dos profissionais. Deste modo, torna-se necessário a criação e ampliação de ações e estratégias que promovam um aumento na eficácia do serviço, uma melhor utilização dos recursos humanos e materiais. Para isto, se faz necessário realizar uma educação de conscientização voltada diretamente para a população (LUCHTEMBERG, 2014).

Todos esses fatores dificultam o acesso do paciente as redes hospitalares, tais atrasos piorarão o prognóstico do paciente e aumentarão o índice de mortalidade por IAM e AVE. Portanto, é necessário preparo e contínua capacitação dos serviços de emergência e dos profissionais envolvidos, para que o atendimento, o diagnóstico e o transporte sejam precisos.

Desta forma, é proeminente a importância da atuação do enfermeiro como membro dessa equipe, reconhecendo precocemente situações com potencial risco, comandando intervenções fundamentais para a sobrevivência dos pacientes, bem como administrando, coordenando e qualificando, pelo treinamento de acordo com os protocolos de atendimento, para articular equipes e proporcionar atendimento ágil, sincronizado e eficiente (BASTOS, 2012).

### **3.4 O papel do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar**

A atividade do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar (APH) no Brasil desenvolveu-se consideravelmente nas últimas décadas, com o surgimento do SAMU e suas unidades de suporte básico e avançado (ADÃO, 2012).

No momento atual, o enfermeiro desenvolve um papel primordial no desenvolvimento do serviço de assistência pré-hospitalar, sendo participante atuante dessa equipe, desenvolvendo importante papel em vários atendimentos realizados pelo SAMU. Esse profissional, contribui com a qualidade de atendimento, possui conhecimento tecnocientífico, atua na prevenção de complicações, avaliação de riscos potenciais, bem como, na condução de atendimento em harmonia e agilidade com o restante da equipe- ações que são fundamentais para o êxito do serviço (ADÃO, 2012).

A expansão da procura pelos serviços de urgência e emergência, torna o SAMU, um grande contribuinte do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, de pronto-atendimento a usuários acometidos por DCV, o enfermeiro pode implementar diversas medidas para a excelência do serviço, aprimorando os protocolos de atendimento pré-definidos, o que norteia as equipes e facilitam o atendimento prestado por cada serviço (ADÃO, 2012).

Na unidade de suporte avançado o enfermeiro atua diretamente na assistência realizando procedimentos como: oxigenioterapia, aspiração orotraqueal, monitorização não invasiva, reanimação cardiopulmonar (RCP), eletrocardiograma, instalação de acessos venosos periféricos, administração de medicações, sondagem nasogástrica e nasoentérica, cateterização vesical, instalação de colar cervical, imobilização de membros, fixação para transporte de paciente em maca, curativos, além de diversas manobras para agilizar o atendimento e prevenir agravos do quadro clínico do paciente (CASAGRANDE, 2013).

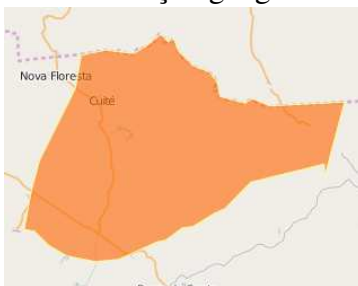
## 4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 Desenho e local do estudo

Trata-se de um estudo documental e retrospectivo, com abordagem quantitativa de dados secundários, efetuado na cidade de Cuité no estado da Paraíba, Brasil; no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do município, durante os meses de fevereiro a março de 2017.

A cidade de Cuité está situada na região do Curimataú ocidental paraibano com população de 20.325 habitantes. Na qual se tem a Quarta região geo-administrativa da Paraíba, acomodando a sede da Quarta Gerência Regional de Saúde. Seu território de abrangência corresponde aos municípios de Cacimba de Dentro, Damião, Barra de Santa Rosa, Sossego, Nova Floresta, Picuí, Baraúna; além dos distritos de Serra do Bombocadinho, Melo, Jacu e Vila do Bujari (IBGE, 2010).

**Figura I:** Mapa destacando a localização geográfica do município de Cuité-PB.



Fonte: IBGE, 2016.

**Figura II:** Instalações do SAMU de Cuité-PB, 2017.



Fonte: Dados da Pesquisa.

#### **4.2 População e amostra**

Fizeram parte da amostragem 205 atendimentos, dentre os mais de 4.800 efetuados desde a implantação do serviço até 2016. O arquivamento das 4.827 fichas na sede da unidade, facilitou o trabalho de pesquisa, devido a organização, que dispõe de um sistema de pastas separadas por ano, cada pasta contendo produção total referente a seis meses de atendimento, cada mês separado dos meses subsequentes.

Foram incluídos indivíduos apresentando idades entre 20 e 96 anos, atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) na Unidade de Suporte Avançado (USA) e na Unidade de Suporte Básico (USB) nos municípios de Cuité, Nova Floresta, Sossego, Picuí, Barra de Santa Rosa e Campina Grande, os quais apresentavam sinais e sintomas de acidentes vasculares.

Para a seleção dos casos foi utilizado o critério de motivo da ocorrência ou chamada, tanto por motivo de socorro, quanto por motivo de transporte da vítima em questão, além disso utilizadas fichas com preenchimento total ou parcial. Os motivos foram denominados como: Infarto Agudo do Miocárdio – IAM, possível IAM, IAM recorrente, IAM?, precordialgia, dor precordial, forte dor no peito, Acidente Vascular Cerebral – AVC, Acidente Vascular Encefálico – AVE, possível AVE/AVC, AVE/AVC?, sequelado de AVC/AVE e AVE/AVC recorrente.

### **4.3 Variáveis estudadas**

Foram estudados fatores como: motivo da chamada, gênero do paciente, faixa etária do paciente, horário da chamada, transporte utilizado, equipe utilizada, avaliações iniciais e sinais dos pacientes, tempo de atendimento, origem da solicitação, procedimentos e terapêuticas efetuadas e destino do atendimento.

### **4.4 Procedimentos de coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa, tendo sido realizado o esclarecimento sobre todos os procedimentos adotados, após a autorização do secretário municipal de saúde e responsáveis técnicos pelo SAMU (APÊNDICE A). As fichas de ocorrência do serviço, são arquivadas separadamente por ano e mês de atendimento, totalizando 4.827 atendimentos.

Sendo assim, a amostragem compreendeu 205 fichas, as quais tiveram as suas informações relevantes transcritas na ficha de coleta de dados (APÊNDICE B), específicas a atendimentos cardiovasculares, sendo 43 de atendimentos denominados como IAM, 135 por AVE/AVC e 27 como precordialgia.

### **4.5 Processamento dos dados e análise estatística**

As fichas de ocorrência foram transcritas para fichas de coleta de dados assistência pré-hospitalar a acidentes vasculares, as quais serão arquivadas por 5 anos ou mais e inseridas em planilha do Excel para serem importadas ao software Epi Info 5.3.2, utilizado, juntamente com o Epi Info 7.2.1.0. para o processamento das análises estatísticas. Posteriormente, através do sistema de tabelas esses dados foram informados além de outras considerações sobre as variáveis estudadas.

Fora efetuada estatística descritiva por meio das medidas de tendência central para as variáveis numéricas e medidas de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas. Além de medidas de associação, para as quais foi testada a distribuição de normalidade através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Para toda a estatística foi adotado o nível de significância de 5%.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Em 08 de fevereiro de 2017 foi concedido o parecer pelo CEP sob o número correspondente: 1.911.132 (ANEXO A). O estudo atende aos critérios éticos da pesquisa com seres humanos, preconizados na Resolução 446 de 2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, sendo solicitada anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cuité e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, por se tratar de uma pesquisa utilizando dados secundários, esse estudo dispensou o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo em vista que nenhum nome ou qualquer identificação de vítima ou profissional será exposto no presente estudo, Sendo assim, foi utilizado o termo de autorização do banco de dados.



## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os atendimentos investigados na amostragem representam aqueles que ocorreram desde o ano de 2012, ano de implantação do serviço, até o ano de 2016, quando foi fechado o último balanço anual realizado pelo serviço. Para o estudo, foram examinados atendimentos denominados por AVE, IAM e precordialgia totalizando 205 atendimentos.

De acordo com as fichas analisadas, constaram 43 atendimentos envolvendo IAM (20,98%), sendo nove no ano de 2012, nove em 2013, seis em 2014, dez em 2015 e nove no ano de 2016. Com relação ao AVE, foram no total, 135(65,8%) atendimentos sendo 19 atendimentos no ano de 2012, 27 em 2013, 32 em 2014, 29 em 2015 e 28 no ano de 2016. Para se completar uma amostra relativa e relevante para análise de dados foram inclusos mais 27 atendimentos com denominação envolvendo precordialgia (13,17%), sendo seis atendimentos nos anos de 2012, 2013 e 2014, cada, cinco em 2015 e quatro no ano de 2016. Ou seja, todos atendimentos de natureza clínica e cardiovascular.

Esses acometimentos clínicos e cardiovasculares são comumente citados em trabalhos semelhantes em todo o Brasil, como em um estudo realizado em uma cidade do Rio Grande do Sul, onde a maior causa de atendimentos clínicos, foram por acometimentos cardiovasculares. E tendem a aumentar com o aumento da expectativa de vida da população e tendências a seguir inadequados estilos de vida, com alimentação e atividades físicas desbalanceadas (CASAGRANDE, 2013).

Na identificação das vítimas nas fichas de ocorrência, são informados: nome da vítima, idade, endereço, sexo, município de origem e em algumas fichas foram encontrados número de RG e/ou número do cartão do SUS. Com relevância para o presente trabalho está a idade e o sexo desses pacientes atendidos.

Em relação ao gênero dos pacientes (**Tabela I**), verifica-se uma maior quantidade de pacientes do sexo feminino acometidas por AVE, 72 mulheres e 63 homens. Os usuários do sexo masculino apresentaram maior prevalência de IAM, 15 casos a mais que em mulheres. No que se refere a precordialgia, os atendimentos foram praticamente equivalentes, com uma leve superioridade de 3 casos masculinos.

**Tabela I:** Quantidade de pacientes por gênero/motivo da ocorrência, Cuité, PB, 2017.

Motivo	Masculino	Feminino
AVE	63 (46,67%)	72 (53,33%)

<b>IAM</b>	29 (67,44%)	14 (32,56%)
<b>Precordialgia</b>	15 (51,85%)	12 (44,44%)
<b>Total</b>	106 (52.1%)	98 (47.9%)

Fonte: Dados da pesquisa

Foram observados que os atendimentos foram direcionados aos adultos jovens com idade mínima de 20 anos até idosos, com idade máxima de 96 anos, tendo como média 70,4 anos e moda 73 anos. Porém, aos atendimentos de IAM contaram desde adultos de 37 anos até idosos de 86, com uma média de 65,8 anos de idade. Nos atendimentos de AVE, além de um maior número de atendimentos, também houve um aumento na idade média dos pacientes atendidos, os quais variaram desde 36 até 96 anos, com uma média de 74.4 anos de idade. Já os atendimentos de precordialgia houve desde 20 anos até 87, tendo como media 57.6 anos.

Em estudo realizado na capital do Rio Grande do Norte, Natal, em 2016, percebe-se a equivalência dos resultados obtidos neste trabalho. Apresentando uma quantidade de atendimentos a pacientes com afecções clínicas, principalmente em pacientes com faixa etária entre 65-74 anos e maior que 75 anos (DIAS, 2016).

Em relação ao município de origem do atendimento, dado este muito importante para verificar os principais pontos de atendimento e a região de abrangência, houve larga superioridade de atendimentos no município de Cuité, com 165 atendimentos, seguido de Nova Floresta com 23, Barra de Santa Rosa com 8, Picuí com 5, Sossego com 2 e Campina Grande com apenas 1 atendimento, as porcentagens constam **Tabela II** a seguir:

**Tabela II:** Quantidade de atendimentos por municípios de origem, Cuité, PB, 2017.

<b>Município de origem</b>	<b>Nº Atendimentos (%)</b>
<b>Cuité</b>	165 (80,49%)
<b>Nova Floresta</b>	23 (11,22%)
<b>Barra de Santa Rosa</b>	8 (3,41%)
<b>Picuí</b>	5 (2,44%)
<b>Sossego</b>	2 (0,98%)
<b>Campina Grande</b>	1 (0,49%)

Fonte: Dados da pesquisa

A maioria dos atendimentos são realizados no próprio município de Cuité (>80%). Pôr a cidade ser pequena é visto um tempo de resposta para se dar início ao atendimento muito rápido,

em ocorrências dentro da cidade, viaturas gastam em cerca 2-3min para chegar ao local, bem como do local para o hospital de referência da cidade.

Ao se realizar ocorrências em zona rural ou em cidades vizinhas como Nova Floresta, as viaturas e equipes costumam gastar cerca de 9-12 min para deslocamento da base ao local do atendimento. Para a cidade de Barra de Santa Rosa, cerca de 20 minutos são gastos e para Picuí, em volta de 40 minutos. Sabendo-se que o tempo é primordial para o prognóstico de pacientes acometidos com DCV, essa proximidade entre os municípios é fundamental e aumentam a eficiência do serviço. Entre Cuité e Campina Grande, principal polo hospitalar e mais próxima referência da região, observou-se um tempo de deslocamento de aproximadamente 01h e 30m.

Dando sequência a análise das fichas de ocorrência, outra variável observada foi o horário de atendimento, dado este registrado nas fichas continuamente, o qual representa o momento exato em que foi recebida a chamada diretamente da central de regulação. Exposto no trabalho dividido em 4 classes: Manhã (06h:00m às 11h:59m), Tarde (12h:00m às 17h:59m), Noite (18h:00m às 23h:59m), Madrugada (00h:00m às 05h:59m), segue na **Tabela III** os dados obtidos:

**Tabela III:** Horários de atendimentos/Nº de Atendimentos, Cuité, PB, 2017.

<b>Turno de Atendimento</b>	<b>Nº Atendimentos (%)</b>
<b>Manhã</b>	65 (31.8%)
<b>Tarde</b>	62 (30.3%)
<b>Noite</b>	51 (24.9%)
<b>Madrugada</b>	27 (13.0%)

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados da **Tabela III**, são compatíveis com outros estudos, como na cidade de Ijuí-RS e Ribeirão Preto-SP, que mostram as viaturas sendo mais acionadas pelos turnos da manhã e tarde, enquanto que a noite e madrugada há uma diminuição nas chamadas. Talvez pelo fato da manhã a população de faixa etária mais elevada estar mais ativa, deixando os turnos da noite mais para atendimentos voltados para afecções traumáticas (CASAGRANDE, 2013).

Para o devido atendimento é necessário pessoal e equipamento. No decorrer dos 5 anos de serviço, a unidade em muitos momentos dispunha das duas viaturas devidamente equipadas tanto com materiais como em recursos humanos: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, condutores.

Foi constatado que a unidade já chegou a ter em seu quadro nove enfermeiros plantonistas, hoje esse número reduziu-se para cinco e no momento somente a USB está ativada,

porém, sempre que necessário toda a equipe é mobilizada e realiza um atendimento eficaz. Constou-se também em alguns momentos, falta alguns aparelhos essenciais para a assistência integral que o serviço é capaz de proporcionar, como eletrocardiógrafos, ventilador mecânico, medicações vasoativas, entre outros.

Tanto a USA quanto a USB foram utilizadas em diversos dos atendimentos, segue abaixo a **Tabelas IV** constando a análise dos atendimentos da amostra:

**Tabela IV:** Ano/Viatura/Nº de atendimentos, Cuité, PB, 2017.

<b>Ano</b>	<b>USB (Nº de atendimentos)</b>	<b>USA (Nº de atendimentos)</b>
<b>2012</b>	12	22
<b>2013</b>	21	21
<b>2014</b>	30	14
<b>2015</b>	26	17
<b>2016</b>	24	17
<b>Total</b>	113	91

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados da **Tabela IV**, mostram semelhança em estudo realizado em Botucatu/SP, onde as USB foram responsáveis por mais de 65% dos atendimentos (Almeida, 2016). Foi visto também que somente no ano de fundação da unidade, os atendimentos com USA predominaram sobre os de USB. Hoje, 2017, por exemplo a unidade somente está operando com a USB, devido problemas técnicos com a USA. Apesar disso, a assistência prestada é semelhante com utilização de materiais da USA, tanto quanto de profissionais, já que foi visto em algumas fichas, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores, sendo acionados para atendimento em USB.

Entrando na avaliação inicial do paciente, foi visto que os principais dados registrados, informam ventilação do paciente ou respiração, circulação sanguínea ou ritmo cardíaco e avaliação neurológica com a escala de coma de glaslow e avaliação pupilar na maioria dos registros encontrados. Seguida dos sinais vitais encontrados no momento em que o paciente segue em viatura a serviço hospitalar, dentre os sinais, 186 dos 205 atendimentos foram registrados 3 ou mais dos SSVV a seguir: pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar e glicemia capilar.

Partindo para a avaliação secundária, dando sequência ao atendimento especializado é analisada a história progressa do paciente, sendo relatado na maioria das fichas doenças de base e medicações em uso, informações essas colhidas com o paciente depois de estável e também

com familiares presentes no célebre atendimento. Entre as 205 fichas, 106 apresentavam relatos de pacientes afirmando possuir Hipertensão arterial sistêmica – HAS e/ou Diabetes Melitus, nenhum relatou alergia a qualquer medicamento.

Entre as medicações em uso, foram relatadas: Enalapril, Monocordil, Vasodipina, Losartana, Flutamina, Digoxina, Sivastatina, Hidroclorítiazida, Captropil, Metformina, Rivotril, Omeprazol, Nimodipino, Promazepan, Sinedicon, Dropopidol, Insulina, Neofedipina, Amitripilina, Gliblenclamida, Isossorbida, Isordil, Cloxozalan, Furosemida, propranolol, entre outras.

Os procedimentos realizados pela equipe também são registrados na maioria das fichas de ocorrência, bem como as terapêuticas instituídas. Dentre os procedimentos mais realizados estão: oxigenioterapia, aspiração de vias aéreas, intubação orotraqueal, eletrocardiograma, monitorização cardíaca, punção venosa e acesso venoso periférico, interessante ressaltar que apenas em três casos foi visto o uso do DEA.

Nas terapêuticas principalmente as medicações utilizadas e líquidos infundidos. Entre os líquidos infundidos, destacaram-se o ringer com lactato e o soro fisiológico 0,9%, entre as medicações utilizadas foi visto o uso de: Captropil, AAS, Fentanil, Midazolan, Morfina, Insulina, Nausebron, Haldol, Fenegan, Isordil, Plasil, Buscopam, Dipirona, Epinefrina, Dobutamina, Dopamina, Amiodarona, entre outras.

Para finalizar, as fichas de ocorrência ainda apresentavam, em sua maioria algumas observações médicas, sobre achados clínicos encontrados, terapêutica instituída, possíveis intercorrências no percurso do atendimento e também o desfecho deste atendimento, o destino do paciente.

Entre as instituições especializadas as quais os pacientes foram encaminhados, tem-se destaque para o Hospital e Maternidade Municipal de Cuité – Cuité/PB, e outros hospitais da região como: Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes – CG/PB, Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Graças – Nova Floresta/PB, Hospital Antônio Targino – CG/PB, Hospital Regional de Picuí – Picuí/PB, Centro Hospitalar João XXIII – CG/PB e Hospital Pedro I – CG/PB.

Entre outros desfechos encontram-se a remoção da vítima por terceiros, na maioria dos casos por familiares ou conhecidos, também foi visto em alguns casos óbitos no local da ocorrência e em alguns casos óbitos no transporte do paciente. Outro desfecho importante visto, foi a interceptação da vítima por viaturas de outras unidades. Ocorreu também um caso em que o atendimento foi cancelado, outro que a vítima dispensou o atendimento e um outro em que

um médico da ESF da área havia estabilizado o paciente. Segue abaixo **Tabela V** com principais desfechos dos pacientes:

**Tabela V: Destinos dos pacientes/Nº de atendimentos (%), Cuité, PB, 2017.**

<b>Destino dos pacientes</b>	<b>Nº de atendimentos (%)</b>
<b>Hospital e Maternidade Municipal de Cuité</b>	85 (41,4%)
<b>Hospital Regional de Emergência e Trauma</b>	57 (27,8%)
<b>Centro Hospitalar João XXIII</b>	21 (10,2%)
<b>Remoção por terceiros</b>	10 (4,8%)
<b>Hospital Regional de Picuí</b>	7 (3,4%)
<b>Interceptação de outras unidades</b>	7 (3,4%)
<b>Óbitos</b>	6 (2,9%)
<b>Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Graças</b>	5 (2,4%)
<b>Hospital Antônio Targino</b>	1 (0,49%)
<b>Hospital Pedro I</b>	1 (0,49%)
<b>N/I</b>	3 (1,4%)

Assim como outros estudos realizados em São Paulo, Natal, Rio grande do Sul, o principal desfecho é a rede hospitalar pública, o que gera uma sobrecarga do nível terciário, além de maiores custos ao SUS. Porém, para muitos é uma oportunidade única de adentrar um serviço especializado de saúde, onde poderá realizar exames, descobrir diagnósticos, adotar uma terapêutica e melhorar sua qualidade de vida.

## 6.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados observados, conclui-se que dentre os atendimentos realizados pelo SAMU, as afecções de natureza clínica e relacionadas a doenças cardiovasculares, o AVE corresponde aos casos mais prevalentes. Homens e mulheres são equivalentemente acometidos, principalmente paciente idosos (>65 anos), o principal local de atendimento é o próprio município, tornando-se assim um serviço ideal e necessário à cidade.

A USB realiza maior parte dos atendimentos (55,12%), principalmente no turno diurno, totalizando a maior frequência de atendimentos. Quanto aos profissionais envolvidos, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores, são responsáveis pelos atendimentos, a pacientes apresentando diversos quadros clínicos e situações que necessitam de intervenções e terapêuticas para estabilização desses pacientes, bem como transporte a unidades de referência para continuidade da assistência, o Hospital e Maternidade Municipal de Cuité foi o desfecho mais visto, porém o Trauma de CG também foi bastante requisitado, o que mostra a importância dessas instituições para a cidade e região.

O SAMU é peça fundamental no sistema de saúde brasileiro, dando a oportunidade de muitas pessoas adentrarem os serviços de saúde, quando necessitados de assistência célere e através de um simples e gratuito telefonema. Essa assistência pré-hospitalar prestada aumenta consideravelmente a recuperação e tratamento de emergências clínicas, traumáticas, obstétricas, além de aumentar a oportunidade desse paciente ter acesso a uma atenção terciária e conseqüentemente, um serviço especializado.

Alguns problemas enfrentados pelo serviço, são comuns em todo o Brasil, como a falta de recursos para pleno funcionamento das unidades, falta de investimento em viaturas e equipamento, a desvalorização dos profissionais, tanto por população, quanto por gestão, falta de informação da população quanto a real necessidade da solicitação de um atendimento, entre outros.

Atendimentos de natureza clínica lideram estatísticas em muitas unidades de todo o Brasil, dado esse que poderia ser reduzido com um maior controle e efetividade da atenção primária, tanto dos profissionais envolvidos, no que tange a busca ativa de pacientes de risco, continuidade de tratamento em pacientes hipertensos e diabéticos, tido como um dos principais fatores de risco a predisposição de IAM e AVE e também quanto a participação da população em atividades realizadas pelos serviços de saúde, afim de qualificar uma educação em saúde e manter a população informada sobre a real utilidade do SAMU.

## REFERÊNCIAS

ADÃO, R. S.; SANTO, M. R. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v.16, n.4, p.601-608, 2012.

ALMEIDA, P. M. V.; et al. Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. **Escola Anna Nery**, São Paulo, v.20, n.4, p.289-295, 2016.

BASTOS, A. S. et al. Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São Paulo, v.27, n.3, p.411-41, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1863, de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1864, de 29 de setembro de 2003**. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2003.

BRENNAN, L. A. **Cuidados cardiovasculares em enfermagem**. Guanabara Koogan AS. 1ª ed. Rio de Janeiro, 2009.

CAMPELO, V.; JESUS, A. V.; SILVA, M. J. S. Perfil dos pacientes admitidos com Infarto Agudo do Miocárdio em Hospital de Urgência de Teresina-PI. **Revista Interdisciplinar**, Piauí, v.6, n.1, p.25-33, 2013.

CASAGRANDE, D.; STAMM, B.; LEITE, M. T. Perfil dos atendimentos realizados por uma unidade de suporte avançado do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) do Rio Grande do Sul. **Revista Scientia Medica**, Porto Alegre, v.23, n.4, pag.149-155, 2013.

CAVALCANTE, T. F. et al. Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.6, p.1495-150, 2011.

DELBONI, M. C. C.; MALENGO, P. C. M.; SCHMIDT, E. P. R. Relações entre os aspectos das alterações funcionais e seu impacto na qualidade de vida das pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico (AVE). **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, n.2, pag.165-175, 2010.



DIAS, J. M. C. et al. Perfil de atendimento do serviço pré-hospitalar móvel de urgência estadual. Natal-RN, **Cogitare Enferm.** v.21, n.1, p.01-09, 2016.

FEITOSA-FILHO, G. S. et al. Emergências hipertensivas. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.20, n.4, p.305-312. 2008.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo. 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250510&search=paraibalculitelinfograficos:-informacoes-completas>. Acesso em: 16 jul. 2016.

KAISER, S. E. Aspectos epidemiológicos nas doenças coronariana e cerebrovascular. Rio de Janeiro-RJ, **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**, vol.17, n.1, p. 11-18, 2004.

LUCHTEMBERG, M. N.; PIRES, D. E. P.; SCHOELLER, S. D.; POSSAMAI, F. P. Análise de chamadas do serviço de atendimento móvel de urgência em uma capital brasileira. Santa Catarina-PR, **Revista Rene.** v.15, n.6, p.925-932, nov-dez, 2014.

MANSUR, A. P.; FAVARATO D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: Atualização 2011, São Paulo, **Arq Bras Cardiol.** v. 99, n.2, p.755-761, 2012.

MARTINS, S. C. O. et al. Avanços e oportunidades no tratamento emergencial do AVC. São Paulo - SP, **Segmento Farma.** p.: 2-14, 2008.

MAZZOLA, D. et al. Acidente vascular encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da universidade de Passo Fundo. Ceará-CE. **Rev Bras em Promoção da Saúde.** v.20, n.1, p.22-27, 2007.

MORTON, P. G.; FONTAINE, D.K. **Cuidados Críticos de Enfermagem: Uma abordagem Holística.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2013.

PAIVA, A. C. J. **Sobreviver ao acidente vascular cerebral: perspectivas dos sobreviventes e seus cuidadores familiares.** 2015. 111 f. Dissertação de mestrado – Programa de Mestrado Ciências Ambientais e Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC, Goiânia, 2015.

ROCHA, E.W.A.; MORAIS, A. C.; BENEVIDES, T. O. Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) no município de Juazeiro (BA): principais especialidades demandadas. Bahia-BA, **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.36, n.4, p.1041-1052, 2012.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Rio de Janeiro-RJ, **Revista The Lancet**. p.61-74, 2011.

SIERVULI, M. T. F. et al. Infarto do miocárdio: Alterações morfológicas e breve abordagem do exercício físico. Lavras-MG, **Revista brasileira de cardiologia**. v.27, n.4, p.349-355, 2014.

SILVA, S. F. et al. Dificuldades vivenciadas em um serviço de atendimento móvel de urgência: Percepções da equipe de enfermagem. Minas Gerais, **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. v.4, n.2, p.1161-1172, 2014.

SILVA, L. L. M; MOURA, C. E. M.; GODOY, J. R. P. Fatores de risco para o acidente vascular encefálico. Brasília. **Universitas: Ciências da Saúde**. v.3, n.1, p.145-160, 2005.

## ANEXO A



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO – HUAC



### DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO

Declaro para fins de comprovação que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa CEP o projeto de número CAAE: 626462 16.9.0000.5182, Número do Parecer: 1.911.132 intitulado: ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR A ACIDENTES VASCULARES.

Estando o (a) pesquisador (a) ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde — CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, responsabilizando-se pelo andamento, realização e conclusão deste projeto, bem como comprometendo-se a enviar por meio da Plataforma Brasil no prazo de 30 dias relatório do presente projeto quando da sua conclusão, ou a qualquer momento, se o estudo for interrompido.

Daniel Ferreira Gonçalves de Oliveira  
Coordenador CEP/ HUAC

Campina Grande - PB, 10 de Fevereiro de 2017.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande — PB.  
Telefone.: (83) 2101 — 5545. E-mail.: [cep@huac.ufcg.edu.br](mailto:cep@huac.ufcg.edu.br)

## APÊNDICE A

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Rayane Kíllley Nascimento Costa, responsável pelo SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA, em pleno gozo de minhas funções, autorizo a Professora Pesquisadora Mestre Ivellise Fhrideraid Alves Furtado da Costa e seu aluno Felipe Araújo da Silva Gomes a desenvolver nesta instituição, a pesquisa intitulada: **ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR A ACIDENTES CARDIOVASCULARES**, que consistirá da aplicação de questionário visando o levantamento de atendimentos pré-hospitalares prestados aos acidentes cardiovasculares e análise das fichas de ocorrência do serviço.

Asseguro que as informações acima mencionadas são totalmente verdadeiras. Faça-se uso para devidos fins de comprovação

Cuité, PB, 20 de Outubro de 2016

Rayane Kíllley Nascimento Costa  
Diretora do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Cuité-PB



## APENDICES

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Gentil Venâncio Palmeira Filho, responsável pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, em pleno gozo de minhas funções, autorizo a Professora Pesquisadora Mestre Ivelise Fhrideraid Alves Furtado da Costa e seu aluno Felipe Araújo da Silva Gomes a desenvolver nesta instituição, a pesquisa intitulada: **ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR A ACIDENTES CARDIOVASCULARES**, que consistirá da aplicação de questionário visando o levantamento de atendimentos pré-hospitalares prestados aos acidentes cardiovasculares e análise das fichas de ocorrência do serviço.

Asseguro que as informações acima mencionadas são totalmente verdadeiras. Faça-se uso para devidos fins de comprovação

Cuité, PB, 19 de Outubro de 2016

Gentil Venâncio Palmeira Filho  
Secretário Municipal de Saúde

---

Secretário Municipal de Saúde de Cuité

## APENDICE B

### FICHA PARA COLETA DE DADOS

#### ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR A ACIDENTES VASCULARES

UNIDADE

DATA  PESQUISADOR  N° QUEST

1. DADOS DA CHAMADA	
1.1 Número (NUM):	
1.2 Data (DO):	1.3 Hora (HO CR):
1.4 Município de origem (ORIG):	
1.5 Nome (NOME):	
1.6 Idade (IDCRI):	1.7: Sexo (SEXO): ( ) M ( ) F
1.8 Número cartão SUS (SUS):	

2. AVALIAÇÃO DO ESTADO DO PACIENTE A DISTANCIA						
Sinais apresentados (CIRCULE a opção)						
Estado de consciência	Consciente	Orientado	Desorientado	Inconsciente	Outro: _____	
Respiração	Espontânea	Superficial	Irregular	Não respira	Outro: _____	
Pulso	Não sabe	Normal	Rápido	Lento	Irregular	Outro: _____
Sangramento	Ouvido	Nariz/boca	Vaginal	Hematêmese	Grande	Outro: _____
Dor aguda	Abdominal	Cefaleia	Torácica ou abdominal em idoso		Outro: _____	
Gravidade presumida	Ileso	Pequena	Média	Severa	Morte	Indeterminada
3. TRANSPORTE UTILIZADO						
Meio	0. ( ) USA 1. ( ) USB 9. ( ) NS/NR					
Horário	Chamado _____ Ptd _____ Local _____ Ptd do local _____ Dtn _____ Retorno _____ Base _____					
Equipe	0. ( ) Médico 1. ( ) Enfermeiro 2. ( ) Téc. enfermagem 3. ( ) Condutor 9. ( ) NS/NR					

4. AVALIAÇÃO INICIAL								
Sinais a apresentados (CIRCULE a opção)								
Vias aéreas	Eupneica	Dispneica	Bradipneia	Taquipneia	Apnéia	Outro: _____		
Ventilação	M.V. diminuído	M.V. ausente	Hipertimpanismo	Macicez	Ferida aspirativa	Outro: _____		
Circulação	Normocárdico	Bradicárdico	Taquicárdico	Arritmico	Ausente	Outro: _____		
Avaliação neurológica	AVDN	Miose	Midríase	Anisocoria __	Ausente	Otorragia	Glaslow: _____	Outro: _____

4.1 SINAIS VITAIS E ESCORES		
	Início	Fim
PA		
FC		
FR		
Sat O <sub>2</sub>		
T. Ax.		
GLICEMIA		
ECG		

5. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA								
Sinais apresentados (CIRCULE a opção)								
Avaliação cardíaca	Ritmo sinusal	Taquicardia	Flutter	Bradycardia	Fibrilação atrial	Fibrilação ventricular	Assistolia	Outros: _____
Afecção clínica	Respiratória	Cardiovascular	Neurológica	Metabólica	Outros: _____			

História pregressa	Diabetes	Cardiopatia	HAS	Alergias	Outros: _____
	Medicamentos em uso: _____ _____				

6. PROCEDIMENTOS REALIZADOS	
Sistema Respiratório	Oxigênio ( )
	Aspiração de vias aéreas ( )
	Entubação orotraqueal ( )
	Ventilação mecânica ( )
Sistema Cardiovascular	Monitorização Cardíaca ( )
	ECG ( )
	Cardioversão ( )
	Desfibrilação ( )
Sistema Circulatório	Punção Arterial ( )
	Punção Venosa ( )
	Dissecção venosa ( )
	Acesso Venoso:
	Periférico ( ) Central ( )

7. TERAPEUTICAS INSTITUIDAS				
Medicamento	Volume	Dose	Via	Horário
Soro ringer lactato				
Soro fisiológico 0,9%				
Soro Glicosado 5%				
Medicações				
Observações:				

8. DESTINO DO PACIENTE			
(CIRCULE a opção)			
Pedro I	HAT	Hosp. De Urgência e Emergência	HRP
HUAC	HMMC	Hosp. João XXIII	Outro: _____