# Epidemiologia em urgência e Emergência COMO FERRAMENTA GERENCIAL

**WENDER ANTONIO DE OLIVEIRA[[1]](#footnote-1)**

**Resumo**

O presente artigo tem como objetivo central, debater de maneira conceitual sobre a importância da formação de um banco de dados epidemiológicos para o atendimento nos SAMUs de todo o Brasil. De modo que foi possível notar que um sistema integrado ainda é novidade e sua utilização é limitada a algumas regiões, bem como o banco de dados conta com informações escassas, enquanto a importância efetiva deste instrumento seria por meio do estudo e formação de um banco de dados nacional, bem como do sistema disponibilizado para o atendimento pré-hospitalar de todo o país. A justificativa para a escolha do tema paira sobre sua contemporaneidade, além da expectativa de contribuir para o âmbito acadêmico. O método de pesquisa empreendido segue natureza qualitativa, com pesquisa do tipo bibliográfica.

**Palavras-chave:** Atendimento pré-hospitalar; SAMU; epidemiologia.

**Abstract**

*This article has as main objective, discuss conceptually about the importance of forming an epidemiological database to meet the SAMUs throughout Brazil. So it was noticeable that an integrated system is still new and their use is limited to a few regions, and the database has limited information, while the actual importance of this instrument would be through study and training of a bank national data as well as the available system to the pre-hospital care across the country. The rationale for the choice of subject hanging over your contemporary, beyond expectation to contribute to the academic environment. The research method undertaken following qualitative, with the bibliographical research.*

***Keywords:*** *pre-hospital care; SAMU; epidemiology.*

1. **INTRODUÇÃO**

Com os avanços da tecnologia com aplicação na prevenção, diagnóstico e tratamento de enfermidades, precisam estar relacionados à assistência integral prestada ao paciente. Nesta ótica, o tema que concerne à humanização sobre os serviços de saúde vem sendo cada vez mais debatido entre profissionais da área da saúde, fomentando um pensamento para que tal humanização seja passível de implantação de maneira indissociável no antes, durante e após o atendimento ao paciente. Neste sentido, o denominado Atendimento Pré-Hospitalar (APH) figura como um objeto de atenção por parte da sociedade de maneira geral, tanto por meio dos veículos midiáticos, quanto – e especialmente – junto aos profissionais envolvidos nesta modalidade de atendimento. Assim, os órgãos do governo passam a lançar seu enfoque na organização deste tipo de atenção à saúde, apresentando este modelo como um assunto em debate a fim de organizar melhor a discussão em todos os meios.

O Ministério da Saúde determina o APH como a assistência que é prestada em nível inicial de atenção, a portadores de quadros agudos, clínicos, traumáticos ou psiquiátricos, enquanto ocorrem fora do ambiente hospitalar, o pode resultar em sequelas ou mesmo no óbito do paciente. Um dos principais cuidados que concernem ao APH é quanto ao traumatismo crânio-encefálico, uma agressão ao cérebro que não é de natureza degenerativa ou congênita, mas sim, causada por conta de força física externa, que pode causar um estado reduzido ou mesmo alterado de consciência, resultando no comprometimento de habilidades cognitivas, funcionamento físicos, distúrbios de funcionamento comportamental ou emocional.

Sendo a prevenção deste tipo de traumatismo, que poderá elevar sobremaneira as taxas de morbimortalidade, tem-se no APH o momento fundamental em que os profissionais atuarão a fim de estabilizar o paciente, preservando sua saúde e funcionalidade o máximo possível. Dentro do bojo, cujo enfermeiro assume um papel de extrema importância, uma vez que, junto à equipe, será responsável pela assistência prestada, atuando em ambientes diversos, situações limitadas em tempo e espaço, demandando que assuma uma postura dinâmica, versátil, apto a tomar decisões assertivas e rápidas, tendo como base o conhecimento técnico-teórico e velocidade de avaliação.

Em vista do cenário supra exposto, desenha-se como objetivo geral do presente artigo, debater de maneira conceitual sobre a possibilidade de levantamento de dados epidemiológicos a fim de facilitar e agilizar o atendimento pré-hospitalar, a fim de contemplar ao atendimento do SAMU em todo o Brasil dados relacionados a morbimortalidade que poderiam auxiliar nos chamados e êxitos deste atendimento. A fim de traçar um caminho coerente para o desenvolvimento do tema, elencam-se como objetivos específicos: conceituar a inteligência epidemiológica para o levantamento de dados de morbidade e mortalidade; abordar sobre o atendimento pré-hospitalar por parte do SAMU; e, debater sobre a existência de um banco de dados que forneça informações epidemiológicas a fim de otimizar esta assistência. Sendo assim, a problemática de pesquisa a ser solucionada à finalização deste, paira sobre a questão: Qual é a importância da coleta e construção de um banco de dados epidemiológicos a fim de facilitar o atendimento pré-hospitalar prestado pelo SAMU?

O presente artigo justifica-se, pois pretende contribuir para o âmbito acadêmico oferecendo através da pesquisa em tela uma visão diferenciada acerca do tema, ampliando o material teórico, que poderá ser utilizado a fim de desenvolver estudos e pesquisas posteriores, estimular o aprofundamento sobre o tema, assuntos relacionados e demais vertentes científicas que possam originar-se a partir do interesse por este.

Sobre o método de pesquisa empreendido Lakatos e Marconi (1996, p. 15) definem que “Pesquisar não é apenas procurar a verdade; é encontrar respostas para questões propostas, utilizando métodos científicos”, através desta ótica é possível notar que a pesquisa é algo mais amplo do que se imagina em um primeiro momento.

Desta forma, a natureza escolhida para a criação deste trabalho é qualitativa, buscando assim, levantar todas as informações teóricas a fim de se chegar à conclusão, utilizando-se de abordagem exploratória através de pesquisa do tipo bibliográfica para colher e avaliar os dados, as pesquisas bibliográficas podem ser através de obras ou artigos científicos. (GIL, 2008).

1. **DESENVOLVIMENTO**
	1. **Epidemiologia e os impactos do atendimento do SAMU quanto à morbimortalidade**

Rodrigues-Junior (2012) explica que a inteligência epidemiológica é atrelada às atividades de vigilância epidemiológica, ao passo que é possível distinguir as atividades de inteligência em epidemias, das atividades de inteligência epidemiológica, estas que, por sua vez, possuem impactos importantes na questão da mortalidade e morbidade, uma vez que abarca o conjunto de eventos ou condições que influenciam o estado de bem-estar de indivíduos e populações, inclusas as epidemias.

O autor prossegue dizendo que o modelo epidemiológico atribuído ao setor de saúde, demanda de uma organização dos serviços de saúde como um elemento fundamental determinante/condicionante para as emergências em saúde pública.

“A existência de geopolíticas de saúde torna a inteligência epidemiológica uma atividade de Estado, considerando o estado de bem-estar de pessoas, ou de populações, um direito constitucional a ser defendido/protegido. Tal atividade de inteligência deve ser construída coletivamente, tendo a Universidade o papel de ativador, contribuindo com a formação de recursos humanos, a análise de risco, a elaboração de planos estratégicos, a pesquisa operacional, o suporte técnico à tomada de decisões etc.” (p. 804).

De modo que as contribuições da epidemiologia objetivam à integração da vigilância em saúde, atenção básica, pesquisa científica, capacitação de pessoal, para além de interagir com diversos setores da sociedade, constituindo um modelo de atuação em emergências/crises que seja compatível/adequado aos valores democráticos em saúde.

De acordo com Bayer et. al. (1982) no decorrer do século XX, no Brasil, houveram uma série de modificações acerca de sua estrutura populacional, bem como de seu padrão de morbi-mortalidade. De modo que, em meados deste mesmo século, houve uma acentuada queda na taxa de natalidade que se deu por conta de um aumento nas taxas de mortalidade, causando assim quedas também no índice de crescimento populacional.

Ao passo que se dá este cenário, é possível notar ainda um crescimento na expectativa de vida da população, que passa de 45,9 anos, de acordo com dados de 1950, para 68,5, nos anos 2000, o que deixa claro que o processo de envelhecimento conta com maior tecnologia, elevando os índices de pessoas com mais de 60 anos.

Para Barreto e Carmo (2000) as tendências padrão que formam o perfil da morbi-mortalidade se encontram na significativa redução da taxa de mortalidade infantil, que passou a apresentar números satisfatórios a partir da década de 1960, momento em que haviam 117 para mil nascidos que permaneciam vivos e diminuindo para 50,2 para mil, nos anos 1980. Avaliando os dados dos anos 1990 é possível verificar que a redução nacional foi de 40,1%, sendo que esta ocorreu em intensidades distintas, em distintas macrorregiões.

Ainda segundo Barreto e Carmo (2000) esta redução pode ser observada de maneira mais evidente na taxa de mortalidade pós-neonatal, fator que pode ser estreitamente relacionado com os aspectos ambientais, que concentram uma gama maior de mortes por meio de doenças infecciosas, especialmente de natureza intestinal. Contudo, a mortalidade na fase neonatal se associa primordialmente aos aspectos pertencentes ao tratamento pré e pós-natal.

De acordo com o DataSUS (2010) é possível conceber constitucionalmente que a saúde não consiste apenas em estar ou não saudável, porém, abarca uma série de aspectos gerais sobre as condições de vida da sociedade, de modo que estes indivíduos podem adquirir doenças em certo período de acordo com certa população. Sendo assim, a morbidade é capaz de traçar como se dá o comportamento de enfermidades e agravantes com relação à saúde desta população.

Segundo Souza e Minayo (1999) uma característica que também demonstra importância com relação aos padrões epidemiológicos do Brasil, para além de suas taxas de natalidade, mortalidade e expectativa de vida, são as alterações que foram imputadas na estrutura demográfica do país, refletindo diretamente sobre as mudanças que houve na morbidade por grupos de causas.

Pereira (1995) explicita que as doenças de origem cardiovascular sofreram uma tendência à diminuição sobre as taxas de mortalidade padronizadas, de modo que neoplasias e causas externas irrompem, a partir de 1980, como ascendentes causas para tal. O autor ainda apresenta as doenças respiratórias como representantes pouco relevantes em épocas de outrora, porém, vem apresentando crescimento evidente nas ultimas décadas, aparecendo então como a quarta maior causa de morte na população como um todo.

O DataSUS (2010) informa também que os dados de morbidade de origem não hospitalar são as doenças infecciosas parasitárias, especialmente as de notificação obrigatória que, quando são comparadas às tendências, podem ser encontradas entre os fatores de mortalidade. Também segundo a publicação, as doenças de natureza cardiovascular, que figuram como a primeira causa de mortalidade, representam também a segunda principal causa para as internações. Neoplasias, por sua vez, representam uma média de 3% ao ano das internações, permanecendo estável durante o período de análise da publicação.

Soares (2004) explica que, embora a redução das doenças parasitárias tenha se demonstrado significante, existe ainda um impacto relevante acerca da morbidade no Brasil por conta destas, especialmente no âmbito hospitalar e para doenças que não dispõem de mecanismos eficientes para prevenção e controle. Deste modo, as modificações no perfil de morbidade, com a queda na importância das doenças transmissíveis, especialmente em fins do século XX, foram responsáveis por gerar em meio à opinião pública uma expectativa ilusória de que tais enfermidades estariam prestes à extinção.

Ainda de acordo com Soares (2004), porém, na realidade nacional este cenário não se valida, ressaltando que também em países de desenvolvidos não há a extinção destas doenças, fato demonstrado pelos programas emergenciais de controle de novas doenças transmissíveis, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), do ressurgimento, em condições renovadas, das enfermidades mais antigas, como colega ou dengue.

Bem como a persistência de endemias significativas, como a tuberculose, e ainda sobre os surtos inesperados de enfermidades como a febre o oeste do Nilo, que ocorreu nos Estados Unidos. O autor ainda explica que as ações de ordem multissetorial para a prevenção e o controle das doenças de caráter endêmico, se fazem necessárias perante os fatores que são determinantes e externos à saúde, tais como as alterações ambientais, urbanização acelerada, migrações, etc.

Souza e Minayo (1999) explanam que os indicadores de morbidade no Brasil possibilitam traçar um comparativo em relação a outros países de níveis socioeconômicos similares, são intensamente documentadas em situação paradoxal ao Brasil, apresentados seus indicadores econômicos em graus de incompatibilidade aos indicadores sociais, inclusive a saúde, a exemplo da taxa de mortalidade infantil ou a expectativa de vida de recém-nascidos.

Ainda para Souza e Minayo (1999) ainda que seja observada uma tendência para a melhora de alguns destes índices relacionados à saúde no país, a lentidão destes processos acaba influenciado a manutenção ou ampliação de desigualdades entre populações nacionais.

Para Carmo et. al. (2003) ao redor do globo é comum encontrar evidencias da estratificação da sociedade através dos níveis socioeconômicos que as definem, assim como também existem os estratos diferenciados em níveis relacionados à saúde. Em países em desenvolvimento ou mesmo nos desenvolvidos, é possível encontrar graus diversificados de saúde nas populações, seguindo diferentes padrões epidemiológicos, que tornam-se semelhantes no que diz respeito à existência de tais gradientes.

Ainda segundo Carmo et. al. (2003) são raras as exceções, mas, é comum que as doenças se elevem e ocorram com maior frequência dentro de determinados níveis sociais e econômicos, isto porque os países que apresentam altos índices de desigualdade social tendem a apresentar também menor qualidade em seus serviços de saúde.

Fator que estimula o comercio internacional, aquece o narcotráfico, contrabando de drogas licitas e ilícitas, armamento, etc., que são motivados por câmbios climáticos, propulsionados por sua vez, pela poluição constante na atmosfera, que representam então os riscos globais que causam efeitos diretos sobre a saúde, contribuindo para a deterioração desta.

De acordo com Barreto e Carmo (1997) traçando ainda este comparativo com países de desenvolvimento semelhante, é possível verificar que as estimativas do Banco Mundial, sobre os países da América Latina, determinam que a expectativa de vida de recém-nascidos no México, por exemplo, ultrapassou os índices do Brasil, assim como na Argentina, Uruguai e Chile.

Os autores ainda enfatizam que a expectativa de vida no Brasil se apresenta em índices menores do que em países que possuem renda per capita inferior ou semelhante, como China e Sri Lanka, que possuem renda per capita de 1/5 em comparação à do Brasil.

Estes padrões, segundo Monteiro e Conde (2000) podem ainda ser associados aos problemas nutricionais, como a redução de problemas de desnutrição no país, bem como o crescimento de casos de obesidade e anemia. Barreto e Carmo (1998) complementam que o tratamento das denominadas doenças contemporâneas demanda a utilização de maiores tecnologias e mais avançadas, de modo que os custos resultantes são igualmente mais elevados para o sistema de saúde nacional.

Assim como o sistema de saúde e o previdenciário também sofrem com o aumento de pessoas em idade laboral que ficam incapacitadas para o exercício de atividades profissionais, o que pode ser resultado do aumento da violência na sociedade ou mesmo de acidentes no ambiente de trabalho e fora dele.

Deste modo, o perfil de morbimortalidade no Brasil pode ser considerado como um conjunto de fatores que passam a contribuir para a falta de saúde da população, demandando uma quantidade mais elevada de recursos para manter e assegurar esta saúde, elevando os custos disso para o Estado e culminando na taxa de mortalidade, especialmente para as camadas da sociedade que são menos favorecidas socioeconomicamente.

Barreto e Carmo (1998) corroboram tal explanação afirmando que a carência de soluções capazes de suprir problemas de estrutura básica, manutenção das condições de vida e o estilo inadequado de sobrevivência, assim como a ineficiência de atendimento de mecanismos responsáveis pela regulação do meio ambiente, que podem ocasionar ou elevar os riscos aos quais a sociedade fica passível, ao invés de mitigá-los.

Os autores prosseguem dizendo que, de um lado há a manutenção de ocorrências de natureza urbana, que se caracterizam por conta das deficiências flagrantes nos setores de saneamento, transporte e habitação, por exemplo, porém, por outro lado, há de se ressaltar a ocorrência de poluição ambiental, riscos oriundos de ocupações profissionais e demais riscos que podem ser atribuídos à modernização das relações sociais, como as mudanças comportamentais, aumento das taxas de desemprego e a ampliação das desigualdades que ocorrem dentro da realidade urbana.

Para além deste cenário, Barreto e Carmo (1998) ainda explicitam o fator envelhecimento, que na população contemporânea, torna o processo permeado de condições passiveis de riscos, expandindo a ocorrência de enfermidades, elevando a carga mórbida e ainda reduzindo a qualidade de vida do grupo da população.

A fim de finalizar este perfil sobre a morbimortalidade no Brasil, é possível traçar alguns desafios passíveis das políticas públicas de saúde para lidar com tal cenário. Isto porque a existência de problemas de saúde determina que é necessária a manutenção de cargas de igual grandiosidade, morbidade e mortalidade desta população no decorrer dos anos. Reduzindo esta carga, de acordo com delimitações biológicas, consiste então neste desafio enfrentado para a elaboração de políticas relacionadas à saúde.

McKeown (1979) explica que os benefícios que são trazidos para a sociedade em decorrência de reduzir as taxas de mortalidade por doenças infecciosas, a morbidade por determinadas patologias do grupo e ainda da mortalidade para doenças cardiovasculares, não apenas devem ser mantidos, como precisam ainda ser expandidos, abarcando mais causas de enfermidades e de mortes da sociedade.

Frederiksen (1969) complementa explicando que tais resultados, quando positivos apontam que a tecnologia existente é suficiente para otimizar os padrões de morbidade e mortalidade, sendo que seus efeitos se apresentam de maneira muito mais eficiente e duradoura tanto no âmbito socioeconômico, quanto no ambiental, desde que estes se apresentem favoráveis.

Omran (1971) por sua vez, constata que a proposição inicial de extensão da aplicação de transição epidemiológica, a fim de explanar sobre as grandiosas alterações de padrões epidemiológicos em países desenvolvidos e em desenvolvimento, se aplica aos estudos realizados na América Latina.

Em oposto, para além de se apresentar como uma utopia, não há de se revalidar o pensamento ilusório existente acerca de esperar por um mundo livre de enfermidades, inclusas as transmissíveis, de fato, esta expectativa significaria que o mundo seria formado por indivíduos imortais, ao passo que, mantendo a observância sobre o cenário atual, as potencialidades de natureza biológica, bem como as tecnológicas, não desenham um futuro próximo onde isto ocorrerá.

Foi notado ainda que alterações de ordem interna também contribuem para compor as causas de morbimortalidade, e culminam e melhorias relevantes para os índices relacionados à saúde no Brasil. Bem como o processo de envelhecimento apresentou-se também como um advento que confere avanço na utilização plena do potencial biológico do ser humano.

Contudo, ao passo que as doenças são detectadas, bem como suas causas e seus riscos, o efeito que mais se observa são o incremento ou manutenção das causas de incapacidade da população. Neste sentido, as políticas públicas de saúde devem ser integradas às políticas sociais, agregando assim a elevação da longevidade do ser humano, sem que haja perda de sua qualidade de vida.

Barros et al. (2010) complementam este debate com a questão dos serviços de atendimento pré-hospitalar, bem como sua relevância na questão da morbimortalidade e neste perfil. Isto porque tais atendimentos culminam no tempo que tal equipe leva até chegar ao local do acontecimento e realizar os primeiros cuidados e a remoção do paciente rumo ao atendimento no ambiente hospitalar.

“O tempo resposta do SAMU - Recife avaliado nesse estudo encontra-se dentro da média do que se espera de um serviço de resgate urbano, embora o evento final tenha sido o óbito. Apesar do estudo ter demonstrado um tempo resposta adequado pelo serviço, chama atenção o número de veículos Suporte Básico enviados para ocorrências cujo desfecho foi o óbito, demonstrando assim que os indicadores de adequação da regulação (% de saídas de veículos de Suporte Avançado após avaliação realizada pela equipe de Suporte Básico) do serviço precisam ser melhorados” (p. 33).

Ainda no estudo empreendido pelos autores, é possível notar que os dados estatísticos acerca das emergências clínicas atendidas pelo serviço, são as principais causas de mortalidade, demonstrando que as medidas preventivas que se encontram disponíveis atualmente, como campanhas anti-fumo, práticas regulares de atividades físicas e alimentação regular, são de extrema importância para manter uma taxa de mortalidade e morbidade da população em níveis mais reduzidos.

Barros et al. (2010) ainda explicam que, no estado do Rio Grande do Norte, a maior causa de mortalidade no atendimento pré-hospitalar foi por causas externas, como acidentes com transporte terrestre, atropelamentos causados por veículos de passeio e motocicletas. Dados estes que tornam evidente a necessidade de intensificar a criação de uma política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências, reforçando o texto legal, criado em 2001, com ações estratégico-preventivas.

Gonsaga et al. (2013) explicam que a criação do SAMU, oficialmente no ano de 2004, apresentou a concepção de um serviço pré-hospitalar móvel que tomou como finalidade o socorro imediato das vítimas e seu devido encaminhamento ao pré-hospitalar ou hospitalar, a fim de minimizar as taxas de morbimortalidade por agravos agudos, inclusos os traumas.

Os autores explicam que a efetividade deste tipo de atendimento é atrelada à existência de um banco de dados para a elaboração de uma linha de base que descreva os serviços de saúde e o perfil epidemiológico, contudo, ainda persiste uma inexistência de ferramentas oficiais de armazenamento de dados que são captados pelas equipes do SAMU.

“Estudos de APH realizados em diversas cidades brasileiras, assim como experiências internacionais, ao mesmo tempo que apresentaram resultados na redução da gravidade e da mortalidade dos agravos agudos, demonstraram a necessidade de maior integração entre os serviços pré-hospitalares e hospitalares. Conhecer a epidemiologia dos agravos agudos que acometem uma determinada população é fundamental para definir políticas de prevenção desses agravos e das mortes por eles causadas” (p. 318).

Gonsaga et al. (2013) explicam que as ações que são desenvolvidas no Brasil se dão por meio dos SAMU locais e apresentam resultados imediatos pouco reconhecidos ou divulgados. Um estudo no sul do país, com vítimas de colapso cardíaco fora do hospital, apresenta resultados limitados, mas passíveis de comparação com outras regiões brasileiras e internacionais.

As características da população e geografia de cada SAMU impactam de maneira direta em sua efetividade, bem como nos indicadores de qualidade. No Rio Grande do Sul, o atendimento ao paciente com trauma abarcou 35% das ocorrências, bem como o suporte avançado de vida fora utilizado em pouco mais de 8% das mesmas.

Cabral e Souza (2008) explicam que, de maneira histórica, a resposta do sistema de saúde às urgências e emergências não é o bastante, causando a superlotação de portas dos hospitais e prontos-socorros, ainda que a enfermidade ou quadro clínico não é característica de um atendimento de emergência ou urgência.

Os autores explicam então que a alteração de perfil epidemiológico da morbimortalidade por conta do crescimento de causas externas, tais atendimentos passam a se atribuir de maior relevância, causando impactos fortes ao setor de saúde, bem como sua resposta à demanda é essencial na minimização de sequelas decorrentes deste cenário.

“O SAMU-192 destina-se ao atendimento de urgência e emergência nas residências, locais de trabalho e vias públicas. O socorro é feito após chamada gratuita para o telefone 192. A ligação é atendida por técnicos na central de regulação que imediatamente transferem o telefonema para o médico regulador. Esse profissional faz o diagnóstico da situação e inicia o atendimento no mesmo instante, orientando o paciente ou a pessoa que fez a chamada sobre as primeiras ações” (CABRAL; SOUZA, 2008, p. 531).

Ainda de acordo com os autores, o SAMU-192 foi implementado em Pernambuco, em 2006. Contando com equipe composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores que distribuem em quatro ambulâncias de suporte básico e mais uma ambulância de suporte avançado.

Como um formato pioneiro de controle, a secretaria municipal de saúde de Olinda criou um banco de dados, por meio do software EpiInfo 3.3, que abarca os dados dos formulários de atendimentos a fim de facilitar e permitir a avaliação epidemiológica das ocorrências. Bem como seu diferencial de atendimento pré-hospitalar no local é a questão de que todos os atendimentos são geo-referenciados, já que as ambulâncias são munidas de GPS e os condutores possuem treinamento para manuseio do mesmo.

Cabral e Sousa (2008) comentam que, embora o banco de dados do SAMU-192 não possua interligação com dados nacionais para o traçar de perfil epidemiológico, os autores apresentam um resultado deste perfil por meio dos atendimentos realizados pelo SAMU-192 em 2006, ano de sua implementação, chegando aos resultados que:

“Foram atendidas 1.956 ocorrências, sendo 1.114 (57,0%) por causas clínicas, 645 (32,9%) por causas externas e 143 (7,3%) por remoções. Em 54 (2,8%) formulários de ocorrências, esse dado foi ignorado. Os finais de semana acumularam 46% dos atendimentos e, apesar do predomínio de ocorrências por causas clínicas de segunda feira a quinta feira, nos finais de semana foi observado um aumento do número absoluto de ocorrências por causas externas. A média etária do total de ocorrências foi de 43 anos e a mediana de 39 anos, sendo notadas particularidades, segundo tipos de causa, enquanto as ocorrências por causas clínicas tiveram uma média de 47 anos e uma mediana de 46 anos, observou-se uma queda da idade nos atendimentos por causas externas, sendo a média de 34 anos e a mediana de 31 anos” (p. 533).

Assim, os autores comentam ainda que a avaliação do perfil epidemiológico dos usuários do atendimento pré-hospitalar móvel SAMU-192, introduz informações importantes para a gestão das esferas do setor da saúde no município e em todo o país. De modo que os picos de atendimento por dias da semana podem culminar em um plano de ações de saúde que inclui a alocação de recursos.

Cabral e Sousa (2008) ainda acreditam que o crescimento no volume de ocorrências por causas externas e redução por causas clínicas ao longo dos finais de semana, demanda equipes de resgate mais comprometidas, treinadas e experientes que possam lidar com tais situações, especialmente quanto aos acidentes no transito. Contudo, os autores observam um ponto também notado por esta pesquisa, que ainda existe uma carência de estudos que interligue o perfil epidemiológico aos atendimentos do SAMU-192, demandando de pesquisas contínuas, já que inúmeros fatores podem imputar mutações constantes neste perfil.

Lembrando que, por estado brasileiro, existe uma amplitude de indivíduos que é atendida pelo SAMU, ou que se encontra na área de cobertura de seu atendimento, conforme é possível notar no mapa a seguir:



Mapa – Municípios com acesso ao SAMU 192 no território nacional.

Fonte: SAGE

Deste modo, nota-se e reafirma-se a importância de um banco de dados epidemiológicos nacional, que contemple e ofereça informações que possam auxiliar no atendimento de todos os estados.

1. **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através das pesquisas realizadas a fim de compor o presente artigo, foi possível compreender que o atendimento pré-hospitalar é um procedimento de extrema importância para a manutenção da vida ou do estado de saúde do paciente, estável até que o mesmo seja encaminhado ao atendimento hospitalar, podendo contribuir para sua sobrevivência. De modo que, neste contexto, a formação de um banco de dados nacional com aspectos epidemiológicos de regiões e localidades, que se tornassem disponíveis aos profissionais no atendimento das ocorrências, facilitaria e agilizaria os cuidados, tornando-os mais efetivos. Todavia, o sistema carece de investimentos por parte da iniciativa pública para que a viabilização da eficácia no SAMU de todo o país seja realidade.

Conclui-se o presente artigo com a crença de que tanto objetivo geral quanto específicos foram atendidos, bem como a problemática de pesquisa foi solucionada. Contudo, como não era de intento, o assunto não fora esgotado, fora dado um primeiro e importante passo para o fomento de conhecimento e estímulo para o aprofundamento no tema, que pode ser feito em estudos posteriores, que visem corroborar, refutar ou complementar as constatações obtidas até o momento.

**REFERÊNCIAS**

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H.; SANTOS, C. A. S. T.; FERREIRA, L. D. A. Saúde da população brasileira: mudanças, superposição de padrões e desigualdades. In: FLEURY, S. (org). Saúde e democracia – a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editora; 1997.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In: LESSA, I. (org). O Adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco; 1998.

\_\_\_\_\_\_. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO, C. A. (Org.) Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec, Nupens, USP, 2000.

BARROS, A. P.; et al. Perfil Epidemiológico de Óbitos Atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Recife, Pernambuco. emergência clínica 2010;05 (22): 28-34.

BAYER, G. F.; ROTBERG, L. C.; TAVARES, R.; PAULA, S. G. População brasileira no século XX: alguns dados. Radis Fiocruz Dados 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Dados de Morbimortalidade no Brasil, Minas Gerais e Governador Valadares. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/>. Acesso em: 10 nov. 2014.

CABRAL, A. P. de S.; SOUZA, W. V. de. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. Rev Bras Epidemiol 2008; 11(4): 530-40.

CARMO, E.; et. al. Morbimortalidade da populacão brasileira. Epidemiologia e Serviços de saúde. v. 12, n 2, p. 63 – 75, abr./jun. 2003.

FREDERIKSEN, H. Feedbacks in economic and demographic transition. Science 1969.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONSAGA, R. A. T.; et al. Características dos atendimentos realizados pelo Serviço

de Atendimento Móvel de Urgência no município de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil, 2006 a 2012. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 22(2):317-324, abr-jun 2013.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 3. Ed. São Paulo: atlas, 1996.

MCKEOWN, T. The Role of medicine: dream, mirage or nemesis? Oxford: Basil Blakwell; 1979.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na cidade de São Paulo (1974-1996). Revista de Saúde Pública 2000.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition of the epidemiology of population change. Milbank Memorial Fund Quartely 1971.

PEREIRA, M. Mortalidade e epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam, 1995.

RODRIGUES-JUNIOR, A. L. A inteligência epidemiológica como modelo de organização em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 17(3):797-805, 2012.

SOARES, G. Mortes no trânsito, mortes esquecidas, mortes evitadas. Boletim de Segurança e Cidadania, nº 2, abr. 2004.

SOUZA, E.; MINAYO, M. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: década de 80. 2 ed. Rio de Janeiro: Centro Latino Americano de Estudos Sobre Violência e Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

1. *Enfermeiro. Pós Doutorando em Educação pela Universidad Flores (UFLO), Buenos Aires, Argentina. Coordenador do Curso de Enfermagem da FACIPLAC – DF.E-mail:wenderesgate@yahoo.com.br* [↑](#footnote-ref-1)