UNIVERSIDADE DE VASSOURAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas em Saúde

Diogo Aguiar Leite

Distribuição de Eventos Pré-hospitalares por gravidade no Rio de Janeiro: um relatório descritivo

Vassouras
2019

DiogoAguiar Leite

Distribuição de Eventos Pré-hospitalares por gravidade no Rio de Janeiro: um relatório descritivo

Trabalho Final apresentado à Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação e Pesquisa / Coordenação do Mestrado em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade de Vassouras, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas em Saúde.

Orientador(es):
Prof. Dr. Stenio Karlos Alvin Fiorelli, USS
Doutor pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Vassouras
2019

Diogo Aguiar Leite

Distribuição de Eventos Pré-hospitalares por gravidade no Rio de Janeiro: um relatório descritivo

Trabalho Final apresentado a Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação / Coordenação do Mestrado em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade de Vassouras, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas em Saúde.

Banca Examinadora sugerida:

Orientador:
Prof. Dr. Stenio Karlos Alvin Fiorelli, USS
Doutor pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Rio de Janeiro, Brasil

Prof. Dr. Rossano Kepler Alvim Fiorelli
Doutor pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO, Rio de Janeiro, Brasil

Profa. Dra. Solange Miranda Junqueira Guertzenstein
Doutora pela Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil

Vassouras
2019

Leite, Diogo Aguiar
L5361d Distribuição de eventos pré-hospitalares por gravidade no Rio de Janeiro : um relatório descritivo / Diogo Aguiar Leite. - Vassouras, 2019.
viii, 49 f. : il. ; 29,7 cm.

Orientador: Stênio Karlos Alvim Fiorelli.
Dissertação (Mestrado) - Ciências Aplicadas em Saúde, Universidade de Vassouras, 2019.
Inclui bibliografias e anexos.

1. Ciências médicas. 2. Serviços médicos de emergência. 3. Medicina de emergência. 4. Bombeiros. I. Fiorelli, Stênio Karlos Alvim. II. Universidade de Vassouras. III. Título.

CDD 610

Vera Lucia Nogueira de Paula
Bibliotecária CRB-7 -

DEDICATÓRIA

À minha esposa por toda a compreensão e todo o apoio incessantes tendo que conviver com ausências e muitas outras dificuldades, desejando sempre minha evolução.

AGRADECIMENTOS

Estando na conclusão de mestrado profissional vejo oportuno momento de destacar algo que permanece em meu pensamento – a jornada: Colégio Santo Antônio, Colégio Rui Barbosa, Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e agora Universidade de Vassouras.

Agradeço nesse momento a vocês, meus professores de uma vida de estudo. Vocês que tanto me marcaram, cuja lembrança me vem diariamente.

Levo-os comigo onde quer que eu vá e tento transmitir parte do bem que me fizeram a todos os que passam por meu caminho.

Agradeço também ao Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio e Janeiro por permitir o referido estudo e por primar sempre pelo aperfeiçoamento de seus integrantes. Destaco Cel BM Cláudia Nogueira, Cel Daco e Ten Cel Ribeiro Alves pela atenção, presteza e cortesia sempre dispensadas, tratamento sempre seguido pela Cap BM Cynthia Fumo, Ten BM Bernardo Brand e Ten BM Henry. Todos foram importantes nesse projeto.

RESUMO

Trata-se de um relatório de abordagem descritiva. O tema foi: "Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares por gravidade no Rio de Janeiro". O problema de pesquisa: o perfil dos atendimentos realizados pelo CBMERJ de acordo com a gravidade. O objeto foi: o perfil dos atendimentos realizados pelo CBMERJ.

As questões norteadoras: Qual o perfil dos atendimentos realizados pelo CBMERJ, de acordo com a gravidade? Em relação à classificação de risco por gravidade, qual a prevalência dos atendimentos no Rio de Janeiro?

A Hipótese da pesquisa é a seguinte: O perfil dos atendiementos do CBMERJ quanto à gravidade apresenta maior prevalência de casos de gravidade classificados como amarelo e verde (casos de baixa a média gravidade).

Os resultados demonstraram que a maioria dos atendimentos realizados no mês de Janeiro de 2016 pelos 25 quartéis da região metropolitana do Rio de Janeiro apontaram para maior percentual de ocorrências que foram de baixa gravidade, classificadas com código verde, exceto Parada de Lucas, Copacabana e Ilha do Governador que foram amarelas e as atendidas pelo grupamento de operações aéreas GOA da Lagoa que foram vermelhas.

Concluiu-se que os atendimentos pré-hospitalares realizados na região metropolitana do Rio de Janeiro tem como maior característica a baixa e média complexidade com maior prevalência de casos classificados como verde e amarelo. Sendo assim, urge uma abordagem junto aos profissionais de saúde e a sociedade civil, de forma a conscientizar e informar o que é, para que serve e como utilizar o serviço de atendimento móvel de urgência, otimizando assim, os atendimentos aos casos mais graves.

Palavras-chave: Serviços Médicos de Emergência, Medicina de Emergência, Triagem, Bombeiros, Socorristas.

ABSTRACT

This is a descriptive approach report. The theme was: "Distribution of prehospital care due to gravity in Rio de Janeiro". The research problem: the profile of the consultations carried out by CBMERJ according to the severity. The object was: the profile of the consultations carried out by CBMERJ.

The guiding questions: What is the profile of the services performed by CBEMERJ, according to the severity? Regarding the classification of risk by severity, what is the prevalence of care in Rio de Janeiro?

The research hypothesis is as follows: The profile of CBMERJ's attendance regarding severity shows a higher prevalence of cases of severity classified as yellow and green (cases of low to medium severity).

The results showed that the majority of the visits made in January of 2016 by the 25 quarters of the metropolitan region of Rio de Janeiro pointed to a higher percentage of occurrences of low gravity, classified with green code, except Parada de Lucas, Copacabana and Ilha of the Governor that were yellow and those served by the group of GOA air operations of Lagoa that were red.

It was concluded that the prehospital care service performed in the metropolitan region of Rio de Janeiro has the highest characteristic of low and medium complexity, with a higher prevalence of cases classified as green and yellow. Therefore, it is urgent to approach health professionals and civil society in order to raise awareness and inform them of what it is, what it is and how to use the emergency mobile service, thus optimizing the attendance of the most serious cases.

Key words: Emergency Medical Services, Emergency Medicine, Screening, Firefighters, First Aid.

SUMÁRIO

1	CONTEXTO	9
2	OBJETIVOS	16
3	MÉTODOS	17
4	RESULTADOS/PRODUTO	19
5	DISCUSSÃO	26
5.1	APLICABILIDADE	40
5.2	IMPACTO PARA A SOCIEDADE	42
6	CONCLUSÃO	43
	REFERÊNCIAS	44
	APÊNDICE	46
	ANEXO	48
	LISTA DE ABREVIATURAS	49

1. CONTEXTO

O Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ) é uma Corporação cuja missão é proteger vidas, bens e o ambiente por meio de ações de defesa civil, combate a incêndios, salvamento e socorro de emergências no Estado do Rio de Janeiro. O CBMERJ foi fundado pelo Imperador Dom Pedro II em 1856 a partir do Corpo Provisório de Bombeiros da Corte, que reuniu sob uma mesma administração diversas seções militares e civis que já existiam [1].

A Política Nacional de Atenção às Urgências foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria 1.863 de 29 de setembro de 2003 e o componente pré – hospitalar móvel de urgência previsto nessa portaria foi estrut urado na Portaria 1.864 de 29 de setembro de 2003 [2].

Em 2004, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU-192 é habilitado nos municípios do Estado do Rio de Janeiro, através da Portaria Nº 2.564, de 30 de Novembro de 2004. No entanto, no município do Rio de Janeiro, iníciam-se as atividades da Central Operacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, com a primeira sede na Ilha do Governador, sito a Estrada do Cacuia, Nº 1574 – Cocotá, sob a direção operacional da Doutora Maria Arminda Amaral Mendes [3].

A Central era composta por atendentes, médicos reguladores e despachadores de ambulâncias que operavam através do sistema operacional *SR SAMU*, e controlavam as viaturas tripuladas por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Tais ambulâncias ficavam distribuídas em 23 bases dentro da região metropolitana do Rio de Janeiro, entre hospitais municipais, estaduais, e a própria Central Operacional. Na época eram contabilizados cerca de 200 atendimentos diários [3].

Em 2008, através do Decreto 41.308, de 15 de maio de 2008, o CBMERJ assume a administração e operação do atendimento pré-hospitalar do SAMU no município do Rio de Janeiro, passando a realizar também os atendimentos de urgência e emergência domiciliares na área da capital [3].

A Central Operacional passou a se chamar Central Integrada GSE/SAMU – CIGS. A Direção do CIGS, passa aos cuidados do Sr. Ten Cel BM QOS/Méd/06 Eduardo da Silva Ferreira. No período de transição, as ambulâncias eram tripuladas de forma híbrida (profissionais civis e militares) [3].

Em abril de 2009, a Central Integrada GSE/SAMU tem sua primeira mudança estrutural para a Rua Hilário de Gouveia, 36, 6º Andar, em Copacabana – RJ. Além da mudança de endereço, a CIGS passa a atuar com o sistema operacional *TIDE* e contrata, através de

licitação, uma empresa cujo nome era *EBN* para operar o atendimento das ligações realizadas via 192, porém os militares continuam atuantes no processo de regulação médica e despacho de viaturas [3].

Em maio de 2009, a CIGS passa à direção do Sr.Maj BM QOC/97 Luis Felipe de Almeida Silva. Em 12 de abril de 2010, as ambulâncias passam a serem tripuladas somente por militares. Em Março de 2011, ocorre a segunda mudança de endereço do CIGS, agora para Rua Uruguaiana, 74, 21° Andar, Centro – RJ [3].

Em setembro de 2011, através do Decreto 43.200 de 15 de Setembro de 2011, ficam criados, na estrutura básica do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, da SEDEC e ligados diretamente ao Comandante Geral, os órgãos: Diretoria Geral de Comando e Controle Operacional – DGCCO e Centro de Operações do Grupamento de Socorro e Emergência/ Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – COGS, sendo este, subordinado àquela [3].

Assim sendo, o CIGS passa a se chamar COGS (Centro de Operações GSE/ SAMU), sob a direção do Maj BM QOC/97 Marcos Reynaldo Moreira Junior que fica à frente da Central até Julho de 2014. Em julho de 2014, o COGS passa a ser dirigido pelo Sr. Ten Cel BM QOC/93 Carlos Eduardo de Castro Tavares que atua até Fevereiro de 2015. No período de sua direção, em outubro de 2014, o COGS sofre sua terceira mudança de endereço, desta vez para o Centro Integrado de Comando e Controle – CICC, sito à Rua Carmo Neto, S/N°, Cidade Nova - RJ, com novo sistema operacional, o *SISGRAPH* [3].

No dia 20 de fevereiro de 2015, assume a direção do COGS o Sr. Ten Cel BM QOC/92 Carlos Alberto Simas Junior. Atualmente, sob sua direção, este Centro, que é o segundo maior do Brasil, atende cerca de 4000 chamadas de socorro ao dia, e controla 225 viaturas de atendimento pré-hospitalar, que operam em todo o Estado do Rio de Janeiro [3].

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU - 192), que no Rio de Janeiro é operacionalizado pelo CBMERJ, foi implantado com objetivo de acolher as demandas de urgência e emergência de forma regulada, pela Central de Regulação Médica através de uma escala de Classificação de Risco. São sete os núcleos prioritários de promoção da qualidade de vida e saúde estabelecidos pela Portaria 1.864/2003, reunindo as urgências clínicas e as demandadas por causas externas: traumatismos não-intencionais, violências e suicídios; urgências Cardiovasculares; urgências ginecológicas e obstétricas; urgências pediátricas; urgências psiquiátricas; urgências metabólicas; urgências respiratórias [4].

Contudo, muitos atendimentos que não estão inclusos nessas prioridades são realizados pelo SAMU e CBMERJ em todo o país. O fator motivacional para a construção desse relatório se deu por minha vivência como médico do CBMERJ. Durante a atuação no APH os profissionais realizam muitos atendimentos que não se enquadram nas prioridades definidas

pela legislação. Urgência é definida como uma situação de saúde aguda, súbita que necessita de intervenção em tempo hábil, já emergência é uma situação de agravo à saúde que necessita de intervenção imediata para tirar o paciente do risco iminente de morte [5].

Neste sentido o problema de pesquisa levantado para discussão é o perfil dos atendimentos realizados pelo CBMERJ de acordo com a gravidade. As questões que norteam são as seguintes: Qual o perfil dos atendimentos realizados pelo CBEMERJ, de acordo com a gravidade? Em relação à classificação de risco por gravidade, qual a prevalência dos atendimentos no Rio de Janeiro? O objeto de estudo é o perfil dos atendimentos realizados pelo CBMERJ.

Este estudo se **justifica**, pois os atendimentos pré – hospitalares oferecidos pelo CBMERJ são diferenciados e devem seguir as prioridades definidas pela legislação que regem os serviços móveis de urgência e emergência.

A **Hipótese** da pesquisa é a seguinte: O perfil dos atendiementos do CBMERJ quanto à gravidade apresenta maior prevalência de casos de gravidade classificados como amarelo e verde (casos de baixa a média gravidade).

A **relevância científica** se ancora na importância de apontar dados quantitativos e qualitativos do perfil dos atendimentos, para com isso qualificar o serviço e priorizar os atendimentos com perfil de urgência e emergência.

As **relevâncias sociais** apontam para contribuições no fortalecimento dos fluxos de urgência e emergência no Rio de Janeiro, assim como compreensão dos profissionais de saúde e sociedade civil quanto o funcionamento dos serviços de atendimento pré – hospitalar.

A **relevância acadêmica** corrobora para contribuições da academia na gestão da regulação da urgência e emergência, fortalecendo por meio da evidênciass os fluxos dos pacientes na Rede de Urgência e Emergência do Sistema Único de Saúde.

1.1. A Classificação de Risco: bases para os atendimentos pré-hospitalares de urgência

Os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência atuam no atendimento a sete núcleos prioritários de promoção da qualidade de vida e saúde estabelecidos pela portaria 1.864/2003, reunindo as urgências clínicas e as demandadas por causas externas, que são: traumatismos não-intencionais, violências e suicídios; urgências Cardiovasculares; urgências ginecológicas e obstétricas; urgências pediátricas; urgências psiquiátricas; urgências metabólicas; urgências respiratórias [4].

A avaliação da gravidade do caso é realizada pela Central de Regulação ao receber uma ligação de um solicitante, que pode ser o próprio paciente ou não. Durante o atendimento telefônico, o médico regulador conversa com o solicitante e realiza uma avaliação do quadro clínico, classificando – o em uma escala de risco. Sendo considerado um caso de urgência ou emergência é enviado até o local uma viatura equipada com uma equipe de suporte básico de vida ou uma equipe de suporte básico de vida [4].

No local, a equipe realiza uma avaliação sistemática e classifica novamente o risco do paciente, prestando – lhe os primeiros socorros e em contato com o médico regulador discute a melhor intervenção para o paciente em questão. Havendo necessidade esse paciente é removido até o Hospital de Referência para maiores cuidados [4].

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento [6]. A estratificação é de risco é realizada com base na gravidade do paciente. De acordo com o Ministério da Saúde, a classificação de risco se da nos seguintes níveis [6]:

- Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato.
- Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível.
- Verdes: prioridade 2 – prioridade não urgente.
- Azuis: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

São classificados como prioridade vermelha os seguintes casos [6]:

- Politraumatizado grave – Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; escala de coma de glasgow (ECG) < 12.

- Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios.
- Trauma Cranioencefálico grave – ECG <12.
- Estado mental alterado ou em coma ECG <12; história de uso de drogas.
- Comprometimentos da coluna vertebral.
- Desconforto respiratório grave.
- Dor no peito associada à falta de ar e cianose (dor em aperto, facada, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, ombro, região cervical e mandíbula, de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos ou queimação epigástrica, acompanhada de perda de consciência, com história anterior de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes; qualquer dor torácica com duração superiora 30 minutos, sem melhora com repouso).
- Perfurações no peito, abdome e cabeça.
- Crises convulsivas (inclusive pós-crise).
- Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12.
- Anafilaxia ou reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória.
- Tentativas de suicídio.
- Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia).
- Parada cardiorrespiratória.
- Alterações de sinais vitais em paciente sintomático: Pulso > 140 ou < 45; PA diastólica < 130 mmHg; PA sistólica < 80 mmHg; FR >34 ou <10.
- Hemorragias não controláveis.
- Infecções graves – febre, exantema petequial ou púrpura, alteração do nível de consciência.

Há muitas condições e sinais perigosos de alerta, chamadas Bandeiras Vermelhas, que deverão ser levados em consideração, pois podem representar condições em que o paciente poderá piorar repentinamente [6]:

- Acidentes com veículos motorizados acima de 35 Km/h.
- Forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões.
- Perda de consciência, mesmo que momentânea, após acidente.
- Negação violenta das óbvias injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e, ocasionalmente, com respostas inapropriadas.
- Fraturas da 1 ª e 2 ª costela.

- Fraturas 9ª, 10.ª, 11ª costela ou mais de três costelas.
- Possível aspiração.
- Possível contusão pulmonar.

São classificados como prioridade amarela os seguintes casos [6]:

- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15; sem alterações de sinais vitais.
- Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, paraestesias, alterações do campo visual, dislalia, afasia.
- Trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 e 15).
- Diminuição do nível de consciência.
- Alteração aguda de comportamento – agitação, letargia ou confusão mental.
- História de Convulsão /pós-ictal – convulsão nas últimas 24 horas.
- Dor torácica intensa.
- Antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes).
- Crise asmática.
- Diabético apresentando sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia.
- Desmaios.
- Estados de pânico, overdose.
- Alterações de sinais vitais em paciente sintomático: FC < 50 ou > 140; PA sistólica < 90 ou > 240; PA diastólica > 130; T < 35 ou 40.
- História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia com PA sistólica < 100 ou FC > 120.
- Epistaxe com alteração de sinais vitais.
- Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais (taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipotensão, febre).
- Sangramento vaginal com dor abdominal e alteração de sinais vitais; gravidez confirmada ou suspeita.
- Náuseas/Vômitos e diarréia persistente com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alteração de sinais vitais.
- Febre alta (39/40° C).
- Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor intensa.
- Intoxicação exógena sem alteração de sinais vitais, Glasgow de 15.
- Vítimas de abuso sexual.

- Imunodeprimidos com febre

São classificados como prioridade verde os seguintes casos [6]:

- Idade superior a 60 anos.
- Gestantes com complicações da gravidez.
- Pacientes escoltados.
- Pacientes doadores de sangue.
- Deficientes físicos.
- Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro.
- Impossibilidade de deambulação.
- Asma fora de crise.
- Enxaqueca – pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca.
- Dor de ouvido moderada à grave.
- Dor abdominal sem alteração de sinais vitais.
- Sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve.
- Vômitos e diarréia sem sinais de desidratação.
- História de convulsão sem alteração de consciência.
- Lombalgia intensa.
- Abcessos.
- Distúrbios neurovegetativos.
- Intercorrências ortopédicas.

São classificados como prioridade azuis os seguintes casos [6]: Queixas crônicas sem alterações agudas; Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

- ☐ Avaliar a Distribuição dos atendimentos pré – hospitalares no Rio de Janeiro quanto à gravidade.

Objetivos específicos:

- ☐ Descrever o perfil dos atendimentos pré – hospitalares de acordo com a gravidade;
- ☐ Cosntruir folder explicativo para socidade civil sobre o funcionamento dos Serviços de Atendimento Pré - hospitalar Móvel;
- ☐ Abordar junto aos profissionais de saúde das Unidades de Saúde (Atenção Básica, Secundária e Terciária) o funcionamento dos Serviços de Atendimento Pré - hospitalar Móvel para orientações junto à população.
- ☐ Realizar orientações à sociedade civil em busca de conscientização e educação sobre os Serviços de Atendimento Pré - hospitalar Móvel com entrega de folder explicativo.

2. MÉTODOS

Desenho do Estudo

Trata – se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva, elaborado em forma de relatório descritivo. A escolha da característica descritiva para esta pesquisa se deu, pois, este tipo de estudo visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis e envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados [...] Assume, em geral, a forma de Levantamento [7].

Coleta e Análise dos Dados

Foram coletados no Sistema de Dados do CBMERJ, que correpondem as avaliações registradas nas fichas de Registro de Atendimento Pré – Hospitalar (Apêndice 01). Para levantar as informações a que se propõem o estudo foram analisados os registros de 25 quartéis da região metropolitana do Rio de Janeiro do ano de 2016.

☐ Critérios de Inclusão

- Foram incluídos todos os Registros de Atendimentos realizados pelos 25 quartéis da região metropolitana do rio de Janeiro.

☐ Critérios de Exclusão

- Registros Incompletos onde não estavam sinalizadas as causas e os dados de forma que permitisse a classificação de risco do atendimento.

Apresentação e Discussão dos Dados

A Apresentação e discussão dos dados ocorrerá em duas categorias temáticas, a saber: 1) Distribuição dos Atendimentos Pré – hospitalares conforme gravidade; 2) Prevalência da estratificação de risco dos Atendimentos Pré – hospitalares no Rio de Janeiro.

Aspectos Éticos

A pesquisa segue os parâmetros éticos recomendados, e foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Vassouras. Numero do comprovante: 059656/2019

Análise crítica dos riscos e benefícios da pesquisa

A pesquisa apresenta riscos mínimos por se tratar de um relatório descritivo de análise de dados dos atendimentos pré – hospitalares. Não serão expostos dados que possam identificar ao pacientes.

Os benefícios da pesquisa serão a formulação de um folder explicativo para a sociedade civil para direcionar orientações quanto ao funcionamento dos Serviços de Atendimentos Pré – Hospitalares Móveis. Assim, espera-se contribuir com a redução de acionamento de viaturas de APH para ocorrências com baixo grau de gravidade, sendo essas prioritárias para atender em tempo hábil ocorrências com maior grau de gravidade com um tempo resposta ideal para reduzir a mortalidade.

3. RESULTADOS/PRODUTO

Os resultados são apresentados em dois momentos, assim como descrito na metodologia: 1) Distribuição dos Atendimentos Pré – hospitalares conforme gravidade; 2) Prevalência da estratificação de risco dos Atendimentos Pré – hospitalares no Rio de Janeiro. A discussão é feita com base em estudos que abordam a temática.

Distribuição dos Atendimentos Pré – hospitalares conforme gravidade

A distribuição dos atendimentos como demosntra abaixo (Quadro 01) de forma quantitativa aponta para maior número de atendimentos nos quartéis de Jacarepaguá. Campinho e Barra da Tijuca respectivamente. Os quartéis com menor número de tendimentos foram Ilha do Givernador, Catete com 85 atendimentos ambos.

Quando classificados os atendimentos percebe-se maior quantitativo, em grande maioria, dos etendimentos de gravidade verde, seguidos de amarela e posterior vermelho. Os atendimentos de gravidade azul aparecem como menor quantitativo. Esse último, não é considerado atendimento de urgência que caracterize a indicação de uma viatura de atendimento pré – hospitalar.

Quadro 01. Distribuição de atendimentos pré – hospitalar por gravidade e quartéis da região metropolitana do Rio de Janeiro no mês de Janeiro de 2016. Rio de Janeiro, 2019.

Estratificiação (Socorrista) - somente Config Socorro AVANÇADA e INTERMEDIARIA						
OBM	**Qtd Vítimas**					
	Vermelha	**Amarela**	**Verde**	**Azul**	**N/I**	**Total**
Jacarepaguá - 12° GBM Jacarepaguá	700	1.491	1.906	269	2.517	6.883
Campinho - 8° GBM Campinho	956	1.733	1.727	170	2.251	6.837
Barra da Tijuca - 1° GBS Barra	314	1.574	2.423	299	1.667	6.277
Campo Grande - 13° GBM Campo Grande	373	1.159	1.348	193	1.801	4.874
Central - GOCG	475	1.186	1.720	199	747	4.327
Campo Grande - DBM 1/13 Santa Cruz	287	695	1.011	230	1.941	4.164
Penha - 28° GBM Penha	502	1.001	1.102	56	1.425	4.086
Guadalupe - D/ESC	368	896	924	90	1.590	3.868
Ilha do Governador - 19° GBM Ilha do Governador	375	1.004	973	101	1.142	3.595
Humaitá - 1° GBM Humaitá	401	876	1.267	107	567	3.218
Campinho - DBM 1/8 Realengo	121	249	484	93	1.804	2.751
Humaitá - DBM 1/1 Catete	307	697	867	109	546	2.526
Copacabana - 17° GBM Copacabana	281	526	618	103	784	2.312
Méier - 2° GBM Méier	244	701	632	33	605	2.215
Irajá - 24° GBM Irajá	146	629	784	91	518	2.168

Vila Isabel - 11° GBM Vila Isabel	302	430	674	144	570	2.120
Irajá - DBM 2/24 Parada de Lucas	114	620	530	22	436	1.722
Gávea - 25° GBM Gávea	74	366	509	17	633	1.599
Méier - DBM 1/2 Ramos	96	358	470	40	475	1.439
GMAR - 2° GMAR Barra da Tijuca	23	66	259	9	146	503
GMAR - 3° GMAR Copacabana	51	85	77	6	207	426
GBS - GBS	25	57	105	10	94	291
Operações Aéreas - GOA Lagoa	39	17	13	1	28	98
Catete - 1° GSE Catete	4	16	19	10	36	85
Ilha do Governador - DBM 1/19 Galeão	16	47	21		1	85

FONTE: CBMERJ, 2016.

Ao analisar a garvidade das ocorrências por média de idade observa-se (Quadro 02) que as ocorrências classificadas como vermelha ocorrem em média em pacientes mais idosos. As ocorrências que corresponderam a população com maior média de idade atendida foram as do quartel do Méier e as ocorrências que corroboraram com menor média de idade foram as atendidas pelo quartel da Barra da Tijuca.

Quadro 02. Distribuição de atendimentos pré – hospitalar por gravidade, quartéis e média de idade, da região metropolitana do Rio de Janeiro no mês de Janeiro de 2016. Rio de Janeiro, 2019.

Estratificiação (Socorrista) - somente Config Socorro AVANÇADA e INTERMEDIARIA						
OBM	**Idade (média)**					
	Vermelha	**Amarela**	**Verde**	**Azul**	**N/I**	**Total**
Jacarepaguá - 12° GBM Jacarepaguá	57	51	46	50	52	51
Campinho - 8° GBM Campinho	59	55	51	51	56	55
Barra da Tijuca - 1° GBS Barra	53	48	42	41	49	46
Campo Grande - 13° GBM Campo Grande	57	49	44	49	53	50
Central - GOCG	54	47	46	46	50	48
Campo Grande - DBM 1/13 Santa Cruz	55	47	45	55	52	50
Penha - 28° GBM Penha	60	57	54	47	56	56
Guadalupe - D/ESC	58	52	48	51	55	53
Ilha do Governador - 19° GBM Ilha do Governador	55	57	52	57	57	55
Humaitá - 1° GBM Humaitá	62	53	47	48	58	52
Campinho - DBM 1/8 Realengo	57	50	51	56	53	53
Humaitá - DBM 1/1 Catete	61	56	49	54	55	54
Copacabana - 17° GBM Copacabana	61	55	49	51	57	55
Méier - 2° GBM Méier	64	58	55	51	58	58
Irajá - 24° GBM Irajá	58	52	49	57	54	52
Vila Isabel - 11° GBM Vila Isabel	61	51	50	50	60	54
Irajá - DBM 2/24 Parada de Lucas	60	57	51	56	55	55
Gávea - 25° GBM Gávea	54	52	44	52	50	49
Méier - DBM 1/2 Ramos	58	55	49	55	56	53
GMAR - 2° GMAR Barra da Tijuca	37	33	33	28	36	34
GMAR - 3° GMAR Copacabana	37	38	37	52	38	38
GBS - GBS	48	53	35	44	47	44

Operações Aéreas - GOA Lagoa	35	34	30		43	36
Catete - 1° GSE Catete	46	43	47	30	52	46
Ilha do Governador - DBM 1/19 Galeão	59	57	43			54

FONTE: CBMERJ, 2016.

Prevalência da estratificação de risco dos Atendimentos Pré – hospitalares no Rio de Janeiro

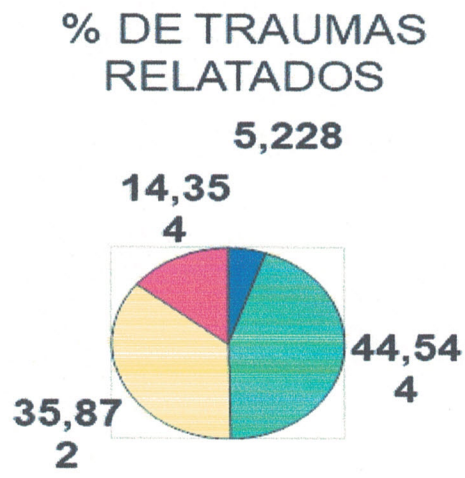
A prevalência de atendimentos realizados no mês de Janeiro de 2016 pelos 25 quartéis da região metropolitana do Rio de Janeiro apontaram para maior percentual de ocorrências de gravidade verde, exceto Parada de Lucas, Copacabana e Ilha do Governador que foram amarelas e as atendidas pelo grupamento de operações aéreas GOA da Lagoa que foram vermelhas.

Quadro 03. Percentual de atendimentos pré – hospitalar por gravidade e quartéis da região metropolitana do Rio de Janeiro no mês de Janeiro de 2016. Rio de Janeiro, 2019.

Estratificiação (Socorrista) - somente Config Socorro AVANÇADA e INTERMEDIARIA					
OBM	**% de Estratificação**				
	Vermelha	**Amarela**	**Verde**	**Azul**	**N/I**
Jacarepaguá - 12° GBM Jacarepaguá	10,2%	21,7%	27,7%	3,9%	36,6%
Campinho - 8° GBM Campinho	14,0%	25,3%	25,3%	2,5%	32,9%
Barra da Tijuca - 1° GBS Barra	5,0%	25,1%	38,6%	4,8%	26,6%
Campo Grande - 13° GBM Campo Grande	7,7%	23,8%	27,7%	4,0%	37,0%
Central - GOCG	11,0%	27,4%	39,8%	4,6%	17,3%
Campo Grande - DBM 1/13 Santa Cruz	6,9%	16,7%	24,3%	5,5%	46,6%
Penha - 28° GBM Penha	12,3%	24,5%	27,0%	1,4%	34,9%
Guadalupe - D/ESC	9,5%	23,2%	23,9%	2,3%	41,1%
Ilha do Governador - 19° GBM Ilha do Governador	10,4%	27,9%	27,1%	2,8%	31,8%
Humaitá - 1° GBM Humaitá	12,5%	27,2%	39,4%	3,3%	17,6%
Campinho - DBM 1/8 Realengo	4,4%	9,1%	17,6%	3,4%	65,6%
Humaitá - DBM 1/1 Catete	12,2%	27,6%	34,3%	4,3%	21,6%
Copacabana - 17° GBM Copacabana	12,2%	22,8%	26,7%	4,5%	33,9%
Méier - 2° GBM Méier	11,0%	31,6%	28,5%	1,5%	27,3%
Irajá - 24° GBM Irajá	6,7%	29,0%	36,2%	4,2%	23,9%
Vila Isabel - 11° GBM Vila Isabel	14,2%	20,3%	31,8%	6,8%	26,9%
Irajá - DBM 2/24 Parada de Lucas	6,6%	36,0%	30,8%	1,3%	25,3%
Gávea - 25° GBM Gávea	4,6%	22,9%	31,8%	1,1%	39,6%
Méier - DBM 1/2 Ramos	6,7%	24,9%	32,7%	2,8%	33,0%
GMAR - 2° GMAR Barra da Tijuca	4,6%	13,1%	51,5%	1,8%	29,0%
GMAR - 3° GMAR Copacabana	12,0%	20,0%	18,1%	1,4%	48,6%
GBS - GBS	8,6%	19,6%	36,1%	3,4%	32,3%
Operações Aéreas - GOA Lagoa	39,8%	17,3%	13,3%	1,0%	28,6%
Catete - 1° GSE Catete	4,7%	18,8%	22,4%	11,8%	42,4%
Ilha do Governador - DBM 1/19 Galeão	18,8%	55,3%	24,7%		1,2%

FONTE: CBMERJ, 2016.

Gráfico 02. Percentual de Gravidade dos eventos, excluidos os casos não relatados atendidos, pelos 25 quartéis da região Metropolitana do Rio de Janeiro em Janeiro de 2016



FONTE: CBMERJ, 2016.

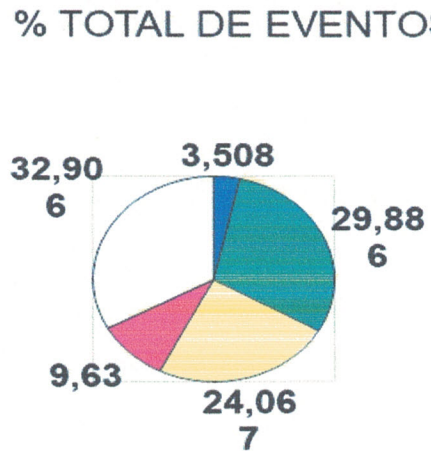
O Produto: Folder Explicativo

O Produto foi a confecção de um folder que será entregue pelos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde dos municípios de Três Rios e Paraíba do Sul no estado do Rio de Janeiro. O folder traz uma abordagem simples ilustratuva explicando os tipos de gravidade por sintomas, assim como os dados que demosntram o percentual de atendimentos realizados com o grau de gravidade com objetivo de conscientizar a sociedade civil de forma reflexiva aos acionamentos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Imagem 01a e 01b. Folder Explicativo para Educação e Conscientização da Sociedade Civil. Rio de Janeiro, 2019

Quanto ao total de eventos atendidos no mês de Janeiro de 2016 percebe-se que quase 30% dos casos atendidos foram classificados como verde, 24% como amarelo e menos de 20% como vermelho. Esse dado aponta para necessidade de orientação à população quanto a real utulização do serviço de atendimento pré – hospitalar móvel (Gráfico 01).

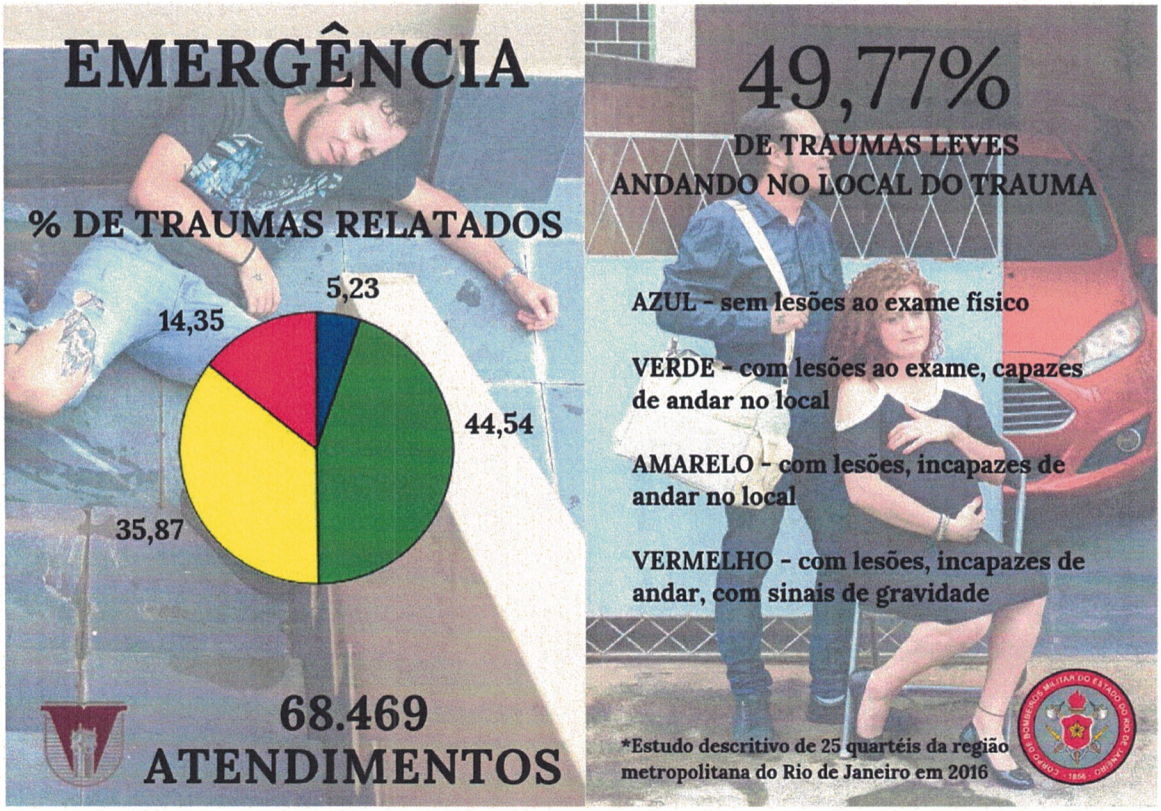
Gráfico 01. Percentual de Gravidade dos eventos atendidos pelos 25 quartéis da região Metropolitana do Rio de Janeiro em Janeiro de 2016.



FONTE: CBMERJ, 2016.

Quando excluimos os casos não relatados (brancos), percebemos que aproximadamente 45% foram de gravidade verde, 35% de gravidade amarelo e aproximadamente 15% de gravidade vermelho, considerada de extrema urgência (Gráfico 02).


QUAL SUA EMERGÊNCIA?
Produto de mestrado em ciências aplicadas em saúde - urgência e emergência
Mestrando: Diogo Aguiar Leite
Orientador: Prof. Dr. Stênio Karlos Alvin Fiorelli
UNIVERSIDADE DE
VASSOURAS



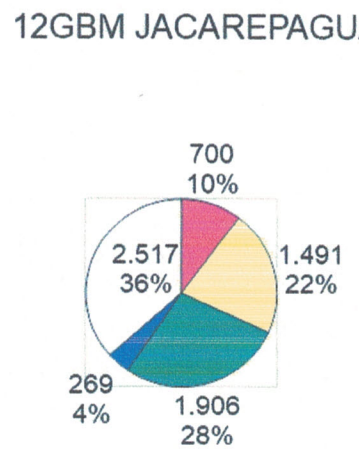
DISCUSSÃO

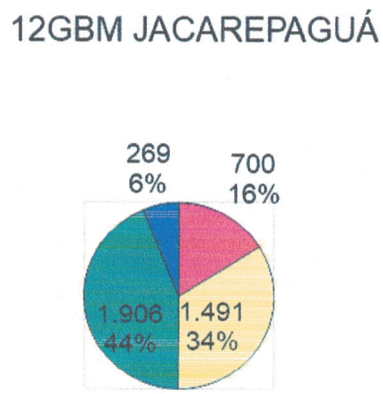
A discussão dos dados se deu em duas categorias de análise, a saber: 1) A Distribuição da Pevalência dos Eventos atendidos por quartel nos 25 quartéis da região metropolitana do Rio de Janeiro em 2016. 2) Análise do Perfil de todos os atendimentos realizados pelos Serviços de Atendimento Móvel: o retrato das demandas de acordo com a gravidade.

A Distribuição da Pevalência dos Eventos atendidos por quartel nos 25 quartéis da região metropolitana do Rio de Janeiro em 2016

Os gráficos abaixo apresentam os percentuais dos eventos atendidos nos 25 quartéis da região metropolitana do Rio de Janeiro em 2016. Os gráficos "a" apontam os dados considerando os casos não identificados, os gráficos "b" apontam os eventos desconsiderando os não identificados.

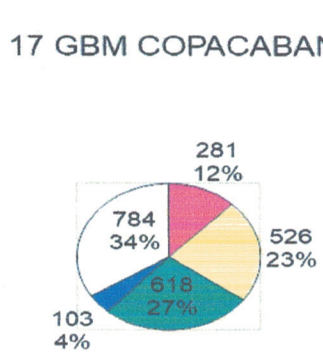
Gráficos 03a e 03b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel de Jacarepaguá em 2016. Rio de Janeiro, 2019.

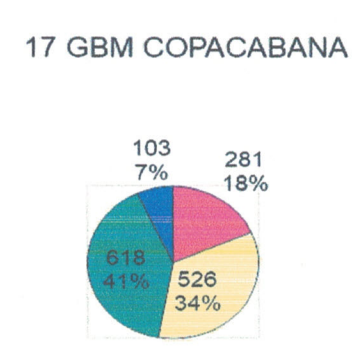




FONTE: CBMERJ, 2016

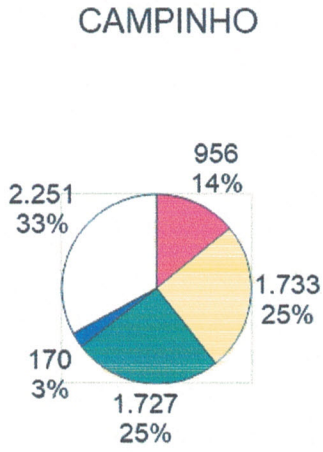
Gráficos 04a e 04b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel de Copacabana em 2016. Rio de Janeiro, 2019.

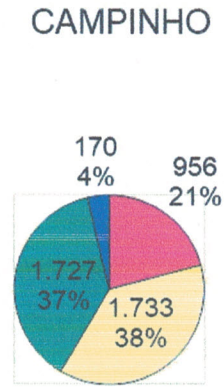




FONTE: CBMERJ, 2016

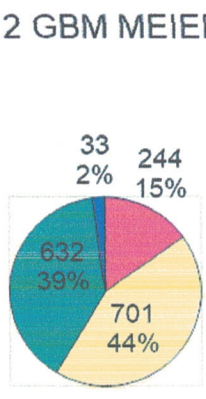
Gráficos 05a e 05b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel de Campinho em 2016. Rio de Janeiro, 2019.

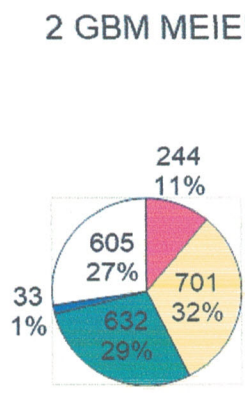




FONTE: CBMERJ, 2016

Gráficos 06a e 06b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel do Méier em 2016. Rio de Janeiro, 2019

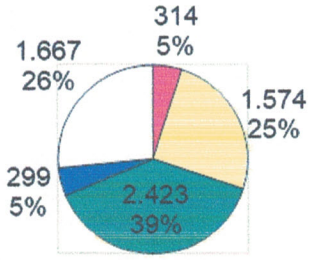




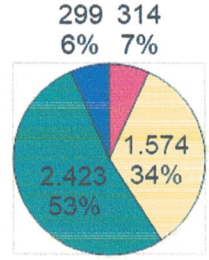
FONTE: CBMERJ, 2016

Gráficos 07a e 07b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel da barra da Tijuca em 2016. Rio de Janeiro, 2019

1 GBS BARRA DA TIJUCA



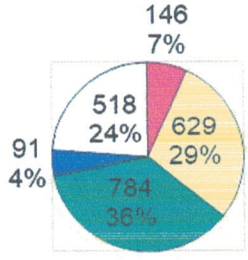
1 GBS BARRA DA TIJUCA



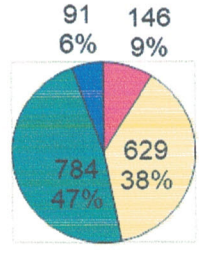
FONTE: CBMERJ, 2016

Gráficos 08a e 08b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel de Irajá em 2016. Rio de Janeiro, 2019

24 GBM IRAJÁ

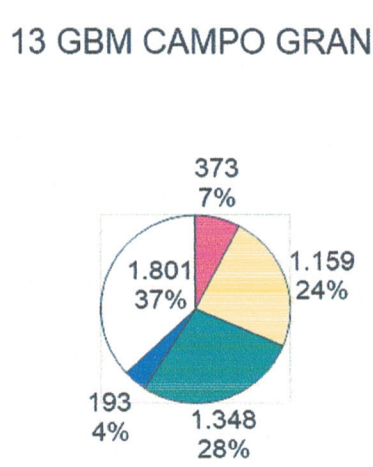


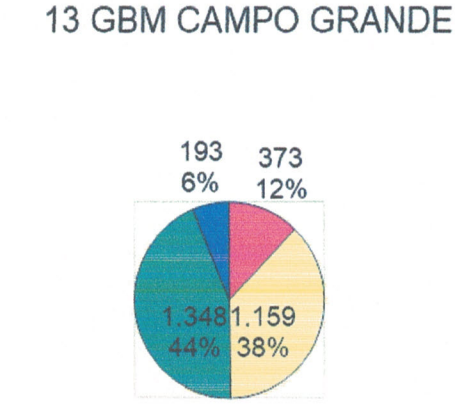
24 GBM IRAJÁ



FONTE: CBMERJ, 2016

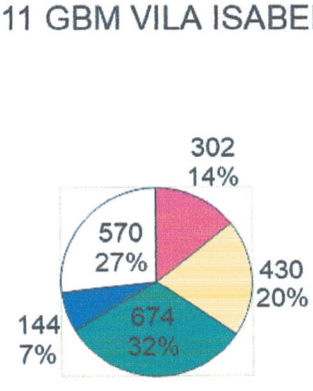
Gráficos 09a e 09b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel de Campo Grande em 2016. Rio de Janeiro, 2019

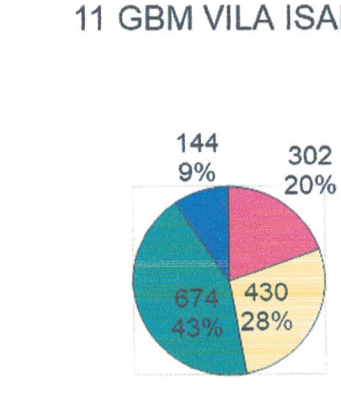




FONTE: CBMERJ, 2016

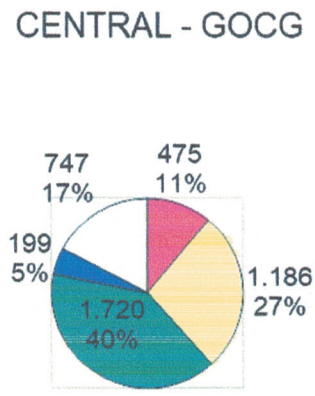
Gráficos 10a e 10b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel de Vila Isabel em 2016. Rio de Janeiro, 2019

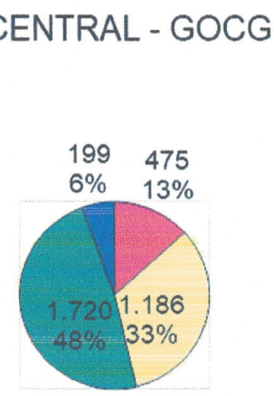




FONTE: CBMERJ, 2016

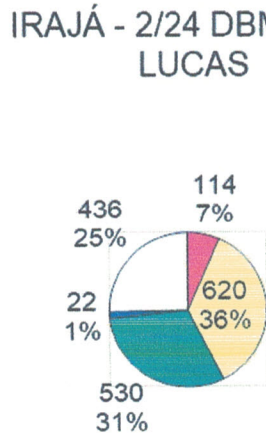
Gráficos 11a e 11b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel Central em 2016. Rio de Janeiro, 2019

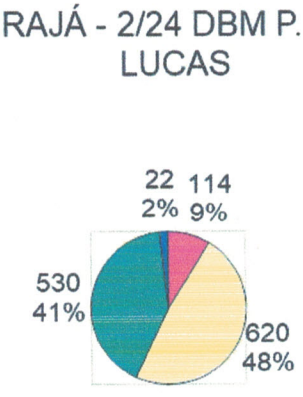




FONTE: CBMERJ, 2016

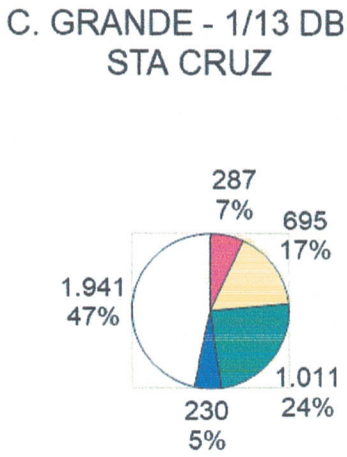
Gráficos 12a e 12b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel de Parada de Lucas em 2016. Rio de Janeiro, 2019

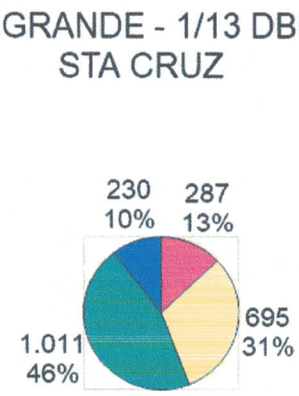




FONTE: CBMERJ, 2016

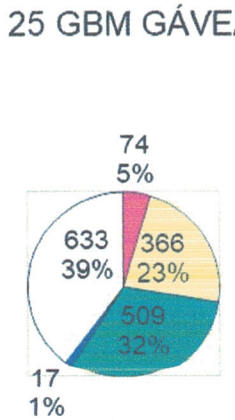
Gráficos 13a e 13b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel de Santa Cruz em 2016. Rio de Janeiro, 2019

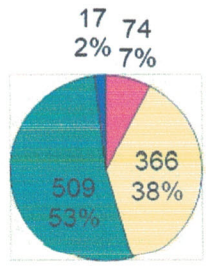




FONTE: CBMERJ, 2016

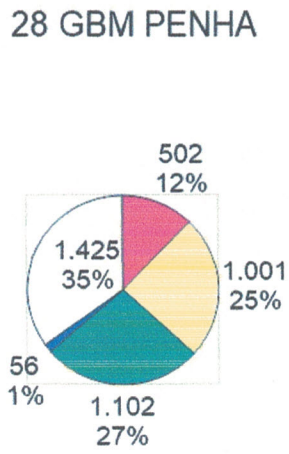
Gráficos 14a e 14b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel da Gávea em 2016. Rio de Janeiro, 2019

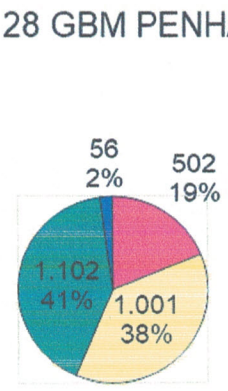




FONTE: CBMERJ, 2016

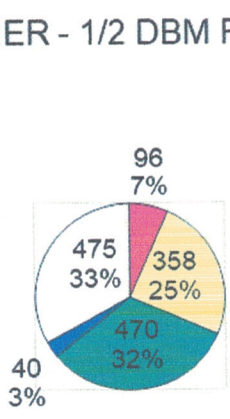
Gráficos 15a e 15b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel da Penha em 2016. Rio de Janeiro, 2019

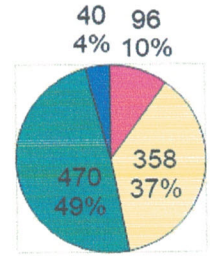




FONTE: CBMERJ, 2016

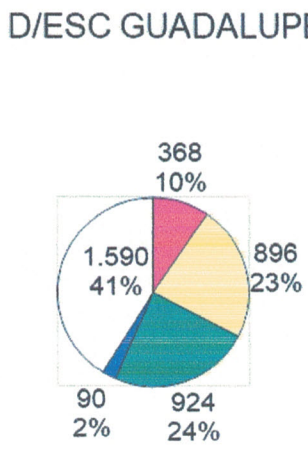
Gráficos 16a e 16b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel de Ramos em 2016. Rio de Janeiro, 2019

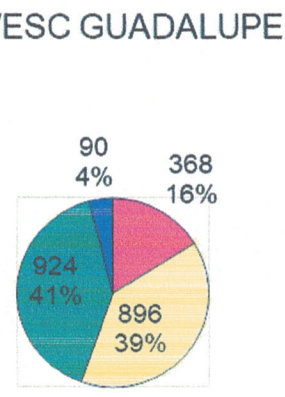




FONTE: CBMERJ, 2016

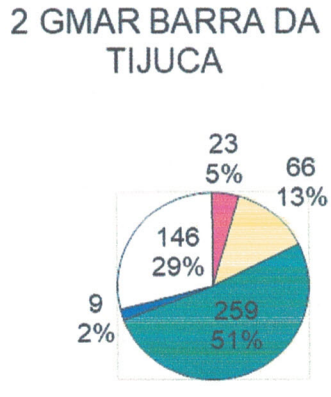
Gráficos 17a e 17b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel de Guadalupe em 2016. Rio de Janeiro, 2019

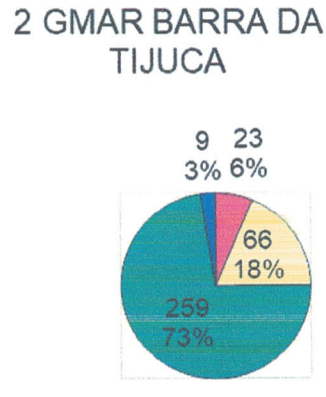




FONTE: CBMERJ, 2016

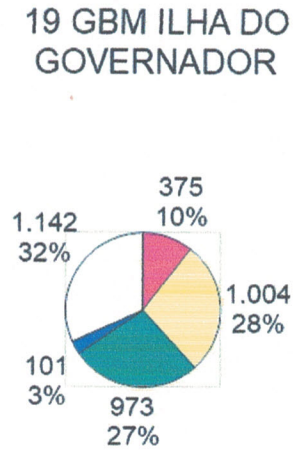
Gráficos 18a e 18b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel da Barra da Tijuca em 2016. Rio de Janeiro, 2019

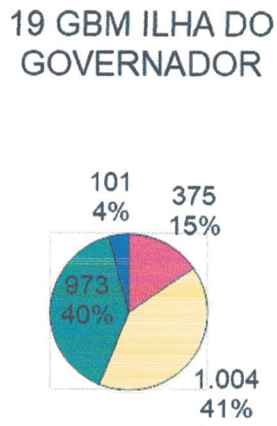




FONTE: CBMERJ, 2016

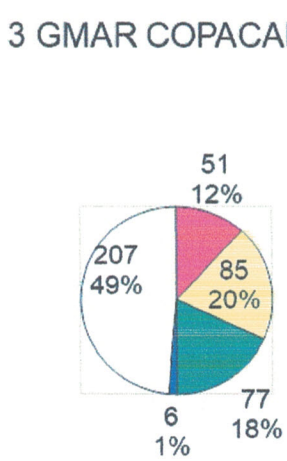
Gráficos 19a e 19b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel da Ilha do Governador em 2016. Rio de Janeiro, 2019

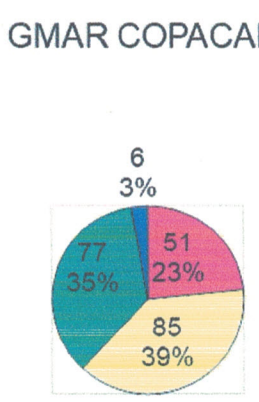




FONTE: CBMERJ, 2016

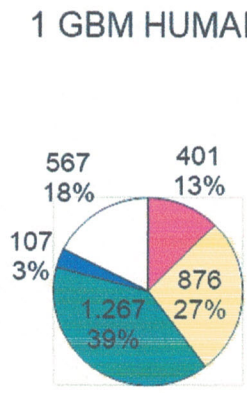
Gráficos 20a e 20b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel de Copacabana em 2016. Rio de Janeiro, 2019

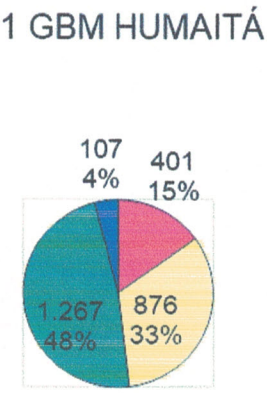




FONTE: CBMERJ, 2016

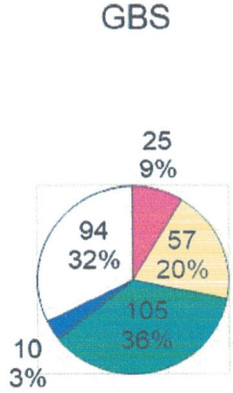
Gráficos 21a e 21b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel de Humaitá em 2016. Rio de Janeiro, 2019

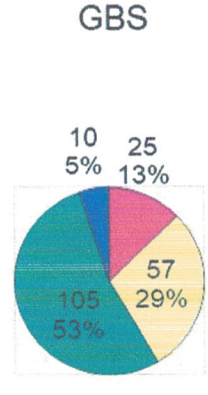




FONTE: CBMERJ, 2016

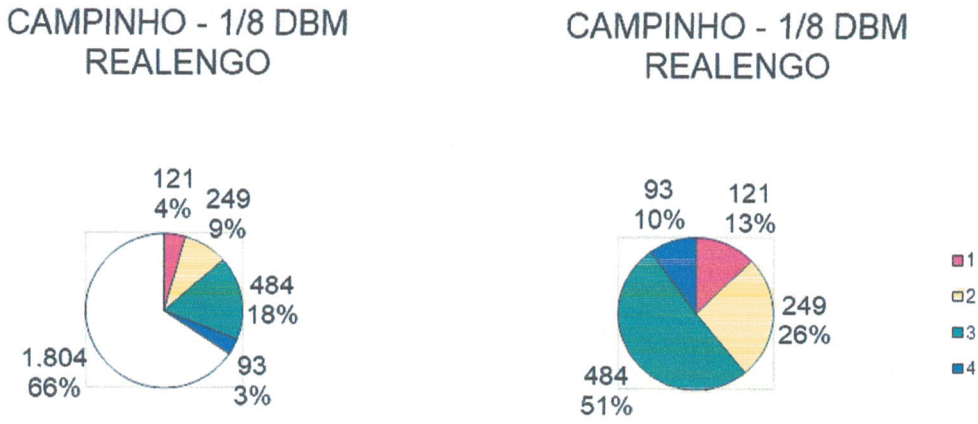
Gráficos 22a e 22b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel de GBS em 2016. Rio de Janeiro, 2019





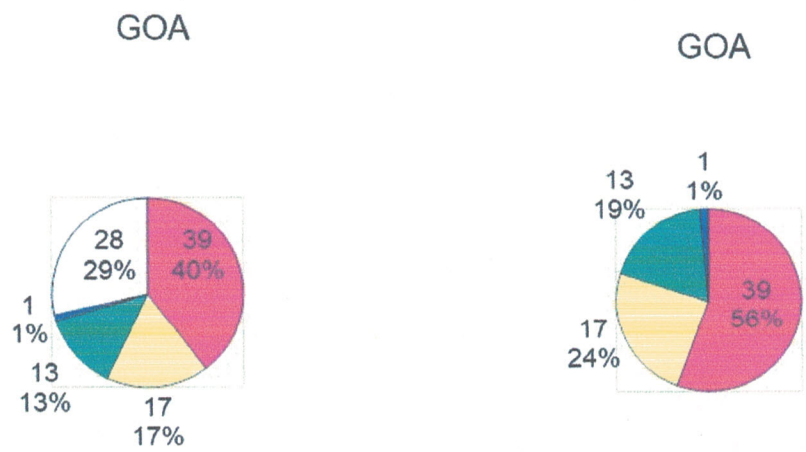
FONTE: CBMERJ, 2016

Gráficos 23a e 23b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel de Campinho - Realengo em 2016. Rio de Janeiro, 2019



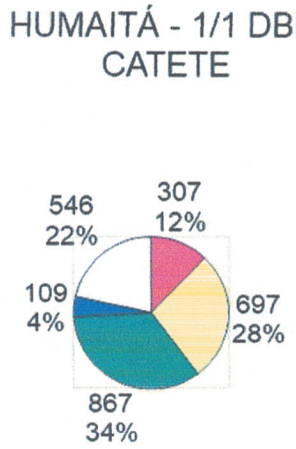
FONTE: CBMERJ, 2016

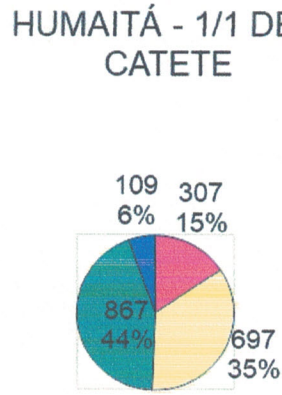
Gráficos 24a e 24b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel de GOA em Janeiro de 2016. Rio de Janeiro, 2019



FONTE: CBMERJ, 2016

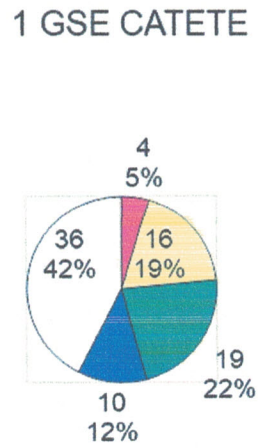
Gráficos 25a e 25b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel de Humaitá - Catete em 2016. Rio de Janeiro, 2019

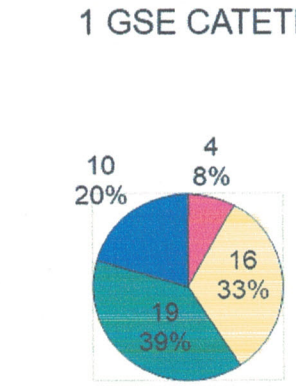




FONTE: CBMERJ, 2016

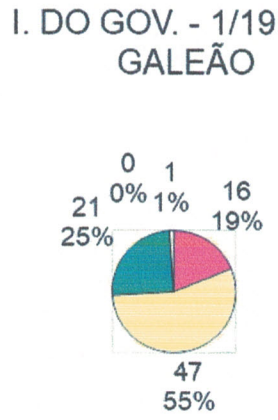
Gráficos 26a e 26b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel de GSE Catete em Janeiro de 2016. Rio de Janeiro, 2019

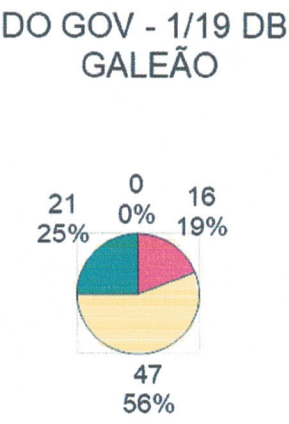




FONTE: CBMERJ, 2016

Gráficos 27a e 27b. Distribuição da Gravidade dos Eventos atendidos no quartel da Ilha do Governador - Galeão em 2016. Rio de Janeiro, 2019





FONTE: CBMERJ, 2016

Categoria 02: Análise do perfil dos atendimentos realizados pelos Serviços de Atendimento Móvel: o retrato das demandas de acordo com a gravidade

De acordo com a Portaria 305 de 10 de março de 2014 Emergência é a constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo portanto, tratamento médico imediato; e Urgência é a ocorrência imprevista de agravo a saúde como ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata [8].

Marques; Lima; Ciconet [9] apontam que o atendimento Pré-hospitalar (APH) de urgência pode ser definido como sendo toda a assistência prestada fora do âmbito hospitalar, com a finalidade de dar a melhor resposta às demandas da população que busca o Sistema Único de Saúde (SUS).

No estudo de Marques; Lima; Ciconet [9] foi levantado que no Brasil as solicitações feitas aos Serviços de Atendimento Móveis de Urgência - SAMU 192 têm se concentrado no atendimento aos agravos clínicos. Foi identificado pelas autoras, que em Porto Alegre / RS, 91 % dos atendimentos foram realizados por equipes da Unidade de Suporte Básico (USB) e apenas 9% foram realizados pelas equipes da Unidade de Suporte Avançado (USA).

Nesta pesquisa quantitativa citada [9] foi levantado que das 14.787 demandas atendidas em Porto Alegre, 7.293 (49,32%) foram classificadas pelo médico regulador, como agravos clínicos; 5.809 (39,28%), como eventos traumáticos; 861 (5,82%), transporte simples; 442 (2,98%), psiquiátricos; 379 (2,56%), obstétricos e três (0,02%), não classificados.

Duarte; Lucena; Morita [10] no estudo realizado em Cuiabá apontaram que 1,6% do total de atendidos se recusaram a ser encaminhados após receberem atendimento pela equipe do de Atendimento Pré – Hospitalar Móvel. Tal situação limita o atendimento pelo serviço aos que necessitam apenas de atendimento pré-hospitalar, além de levar ao desgaste físico e emocional da equipe.

Gonsaga et al [11] em um estudo sobre o perfil dos atendimentos realizados pelo SAMU em Catanduva / SP entre 2006 e 2012 avaliou 76.296 ocorrências, onde os tipos de ocorrência mais frequentes foram os agravos clínicos (50,7%), seguidos pelos cirúrgicos e causas externas (26,8%); a Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA) foi utilizada em 11% das ocorrências, nas quais, em sua maioria, os usuários foram removidos para hospital terciário (64,3%).

Dantas et al [12] em um estudo sobre os atendimentos realizados pelo SAMU no Rio Grande do Norte constatou que 96,04% das ocorrências foram realizadas pelas USB e os casos foram classificados como baixo risco e 56% das incidências foram clínicas não – traumáticas de natureza respiratória, cardiovascular, neurológica, psiquiátricas e obstétricas.

Neta et al [13] no estudo sobre o perfil dos atendimentos as vítimas de trauma por acidentes motociclísticos realizados pelo SAMU de Teresina / PI constatou que a população prevalente nesses eventos foram os jovens, do sexo masculino, na faixa etária de 21 a 30 anos. Quanto ao tipo de acidente, verificou-se que a maioria foi por queda.

Oliveira et al [14] apontam no estudo realizado sobre os atendimentos do SAMU em Governador Valadares / MG que 89% dos atendimentos foram realizados pela USB e apenas 11% pela USA. As ocorrências de natureza clínica corresponderam 72%, as de natureza traumática 22% e de outras naturezas 6%.

O'Dwyer; Mattos [15] realizaram um estudo com discussão na integralidade das práticas das urgências envolvendo os mecanismos da gestão. Foi apontado como característica importante na discussão a disputa da concepção de urgência, envolvendo os valores individuais e sociais, que transitam entre pólos opostos, que seriam atender a toda demanda ou atender exclusivamente à demanda de urgência, segundo o referencial médico.

Marques [16] em sua tese de doutorado traz para a reflexão a divergência entre o que é percebido como urgência pelo usuário e seus familiares e o que é definido pelos profissionais de saúde. Aponta ainda que em muitos estudos as demandas que fogem as definições clássicas de urgência e emergência são consideradas indevidas.

Nesse mesmo estudo, corrobora – se que a percepção de urgência é influenciada pelos aspectos culturais e sociais de cada pessoa ou região, assim como a necessidade de atenção imediata que depende, tanto do ponto de vista do paciente, quanto das estruturas assistenciais e da finalidade de cada serviço [16].

Neste sentido, compreende – se que a maioria das ocorrências atendidas pelo Serviço de Atendimento Pré – Hospitalar Móvel não são de classificadas como prioridades vermelhas, e sim amarelas e verdes. Em todos os estudos apontados cerca de 90% dos atendimentos são realizados pelas equipes da USB, que são responsáveis pelos atendimentos considerados de menor gravidade, onde o suporte necessário é o suporte básico de vida.

APLICABILIDADE

Os produtos e resultados desse estudo se aplicam a prática médica por meio da otimização da regulação dos Serviços de Atendimento Pré – Hospitalar Móvel de Urgência no ambito do SUS. Com a informação à sociedade civil quanto ao funcionamento dos serviços de atendimento móvel de urgência pré – hospitalar móvel, espera-se redução de acionamentos para eventos de baixa gravidade direcionamento os atendimentos para eventos de gravidade vermelho corroborando para redução do tempo resposta e consequentemente da mortalidade por intervenções rápidas de suporte básico, intermediário e avançado de vida.

Para a comunidade acadêmica o estudo tem aplicabilidade quanto às evidências que corroboraram para a necessidade de inserção de informação sobre o funcionamento dos serviços móveis de urgência a todos os pontos da rede de atenção à saúde e à sociedade civil de forma a reduzir os acionamentos desnecessários do serviços, otimizando os eventos com necessidade de intervenção imediata como os classificados como vermelho, para então alcamçar uma redução das taxas de mortalidade por agravos agudos que demandam suporte básico, intermediário e avançado de vida.

IMPACTO PARA A SOCIEDADE

O estudo apresentou como um dos produtos a informação para a sociedade civil por meio de um folder explicativo sobre o funcinamento dos serviços móveis de urgência, assim como a divulgação de dados que comprovam o acionamento desnecessário do serviço.

A educação é uma ferramenta potente, que pode impactar diretamente na forma como as pessoas pensam os serviços de saúde trazendo esclarecimentos as dúvidas pertinentes de quando acionar um serviço de atendimento móvel ou quando procurar uma Unidade de Atenção Primária ou Secundária de Saúde.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que a maioria dos atendimentos realizados no mês de Janeiro de 2016 pelos 25 quartéis da região metropolitana do Rio de Janeiro apontaram para maior percentual de ocorrências que foram de baixa gravidade, classificadas com código verde, exceto Parada de Lucas, Copacabana e Ilha do Governador que foram amarelas e as atendidas pelo grupamento de operações aéreas GOA da Lagoa que foram vermelhas.

Em 2016 quase 30% dos casos atendidos pelos quartéis da região metropolitana do Rio de Janeiro foram classificados como verdes, 24% como amarelos e menos de 20% como vermelhos. Esse dado aponta para necessidade de orientação à população quanto a real utilização do serviço de atendimento pré – hospitalar móvel.

Neste sentido, compreende – se que a maioria das ocorrências atendidas pelo Serviço de Atendimento Pré – Hospitalar Móvel não são de classificadas como prioridades vermelhas, e sim amarelas e verdes. Em todos os estudos apontados cerca de 90% dos atendimentos são realizados pelas equipes da USB, que são responsáveis pelos atendimentos considerados de menor gravidade, onde o suporte necessário é o suporte básico de vida.

Assim, enende-se que os casos de urgência e emergência não são os de maior prevalência, apesar do serviço ter sido criado para este tipo de atendimento. Estudos apontaram que há divergência entre o que é percebido como urgência pelo usuário e seus familiares e o que é definido pelos profissionais de saúde.

A percepção de urgência é influenciada pelos aspectos culturais e sociais de cada pessoa ou região, assim como a necessidade de atenção imediata que depende, tanto do ponto de vista do paciente, quanto das estruturas assistenciais e da finalidade de cada serviço.

Concluiu-se que os atendimentos pré-hospitalares realizados na região metropolitana do Rio de Janeiro tem como maior característica a baixa e média complexidade com maior prevalência de casos classificados como verde e amerelo. Desta forma, urge uma abordagem junto aos profissionais de saúde e a sociedade civil, para conscientizar e informar o que é, para que serve e como utilizar o serviço de atendimento móvel de urgência, otimizando assim, os atendimentos aos casos mais graves.

REFERÊNCIAS

1.Junior SJS, Junior RRC, Martins RBG, Martins HF, Santos TS. Gestão estratégica e contratualização no corpo de bombeiros militar do estado do Rio de Janeiro. IX Congresso – CONSAD de Gestão Pública. Brasília, 2016.

2. Brasil, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.863 de 29 de Setembro de 2003.

3. Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.cbmerj.rj.gov.br/230-centro-de-operacoes-gse-samu

4. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

5. Brasil, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.864 de 29 de Setembro de 2003.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

7. Silva EL, Menezes EM. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação– 3. ed. rev. atual. – Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. 121p.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 305 de 10 de Março de 2014.

9. Marques GQ, Lima MADS, Ciconet RM. Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre – RS. Acta Paul Enferm 2011;24(2):185-91.

10. Duarte SJH, Lucena BB, Morita LHM. Atendimentos prestados pelo serviço móvel de urgência em Cuiabá, MT, Brasil. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 jul/set;13(3):502-7.

11. Gonsaga RAT 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 v.22 n.2 Brasília jun. 2013.

12. Dantas RAN, Costa IKF, Nóbrega WG da et al. Ocorrências realizadas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Metropolitano. Rev enferm UFPE on line. Recife, 8(4):842-9, abr., 2014.

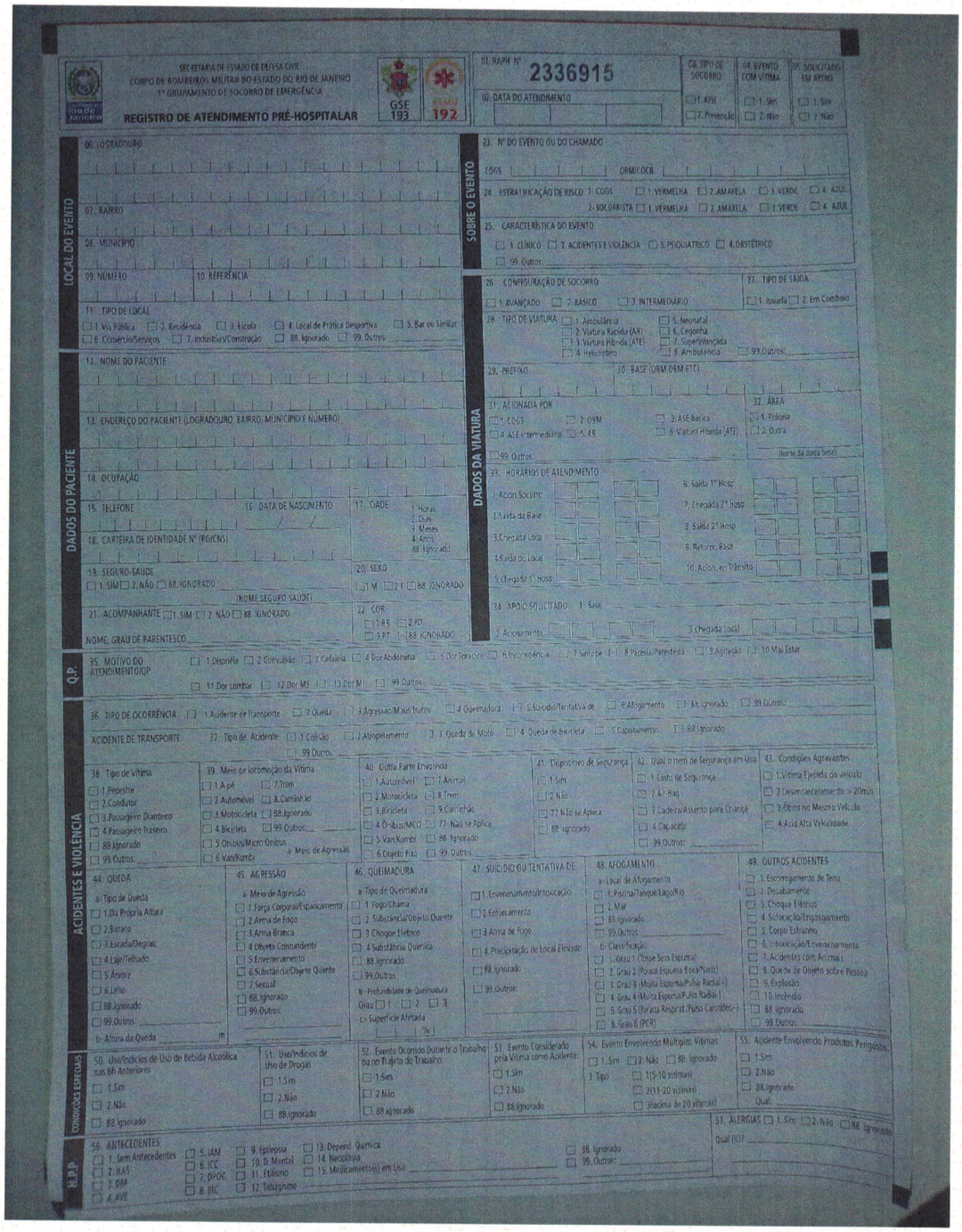
13. Neta DSR et al. Perfil das ocorrências de politrauma em condutores motocic,listicos atendidos pelo SAMU de Teresina-PI Rev Bras Enferm, Brasília 2012 nov-dez; 65(6): 936-41.

4. Oliveira FM, Rodrigues CA, Dias SM, Guedes GR. Prevalência dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/GV) nos anos 2009-2013. XVI Seminário sobre a Economia Mineira: repensado o Brasil. Diamantina, MG – 2014.

15. O´Dwyer G, Mattos RA. O SAMU, a regulação no Estado *do* Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 22 [1]: 141-160, 2012

16. Marques QG. Acesso e Utilização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre por usuários com demandas clínicas. TESE (doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

APÊNDICES



SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA CIVIL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
1º GRUPAMENTO DE SOCORRO DE EMERGÊNCIA

GSE 193 — SAMU 192

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

01. RAPH Nº 2336915
02. DATA DO ATENDIMENTO
03. TIPO DE SOCORRO: 1. APH; 7. Prevenção
04. EVENTO COM VÍTIMA: 1. Sim; 2. Não
05. SOLICITADO EM APOIO: 1. Sim; 7. Não

LOCAL DO EVENTO
06. LOGRADOURO
07. BAIRRO
08. MUNICÍPIO
09. NÚMERO
10. REFERÊNCIA
11. TIPO DE LOCAL: 1. Via Pública; 2. Residência; 3. Escola; 4. Local de Prática Desportiva; 5. Bar ou Similar; 6. Comércio/Serviços; 7. Indústria/Construção; 88. Ignorado; 99. Outros

SOBRE O EVENTO
23. Nº DO EVENTO OU DO CHAMADO
COGS / OBM/COCB
24. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO 1- COGS: 1. VERMELHA; 2. AMARELA; 3. VERDE; 4. AZUL
2- SOCORRISTA: 1. VERMELHA; 2. AMARELA; 3. VERDE; 4. AZUL
25. CARACTERÍSTICA DO EVENTO: 1. CLÍNICO; 2. ACIDENTES E VIOLÊNCIA; 3. PSIQUIÁTRICO; 4. OBSTÉTRICO; 99. Outros

DADOS DO PACIENTE
12. NOME DO PACIENTE
13. ENDEREÇO DO PACIENTE (LOGRADOURO, BAIRRO, MUNICÍPIO E NÚMERO)
14. OCUPAÇÃO
15. TELEFONE
16. DATA DE NASCIMENTO
17. IDADE: 1. Horas; 2. Dias; 3. Meses; 4. Anos; 88. Ignorado
18. CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº (RG/CNS)
19. SEGURO-SAÚDE: 1. SIM; 2. NÃO; 88. IGNORADO — NOME SEGURO SAÚDE
20. SEXO: 1. M; 2. F; 88. IGNORADO
21. ACOMPANHANTE: 1. SIM; 2. NÃO; 88. IGNORADO — NOME, GRAU DE PARENTESCO
22. COR: 1. B; 2. PD; 3. PT; 88. IGNORADO

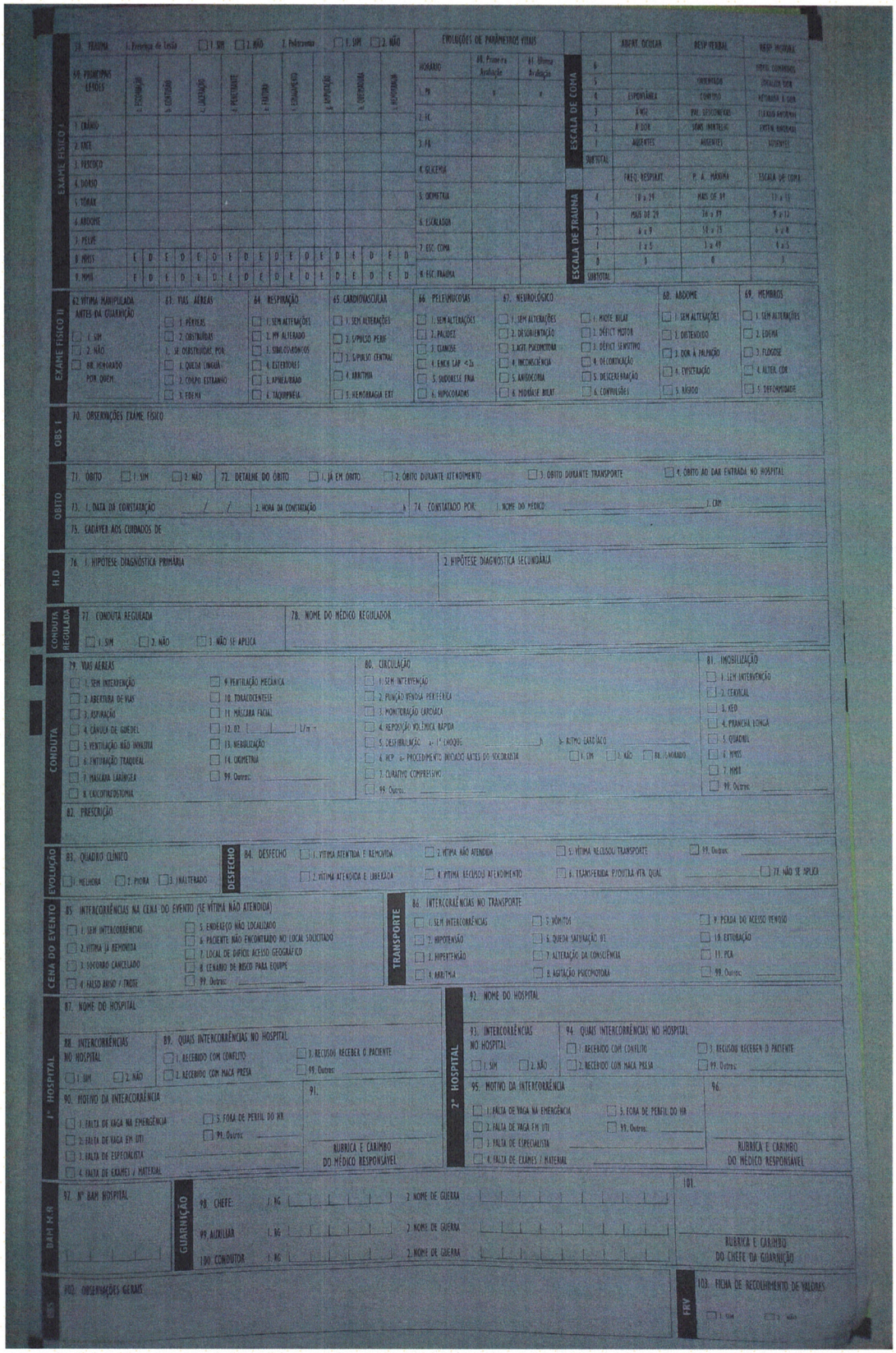
DADOS DA VIATURA
26. CONFIGURAÇÃO DE SOCORRO: 1. AVANÇADO; 2. BÁSICO; 3. INTERMEDIÁRIO
27. TIPO DE SAÍDA: 1. Rotaria; 2. Em Comboio
28. TIPO DE VIATURA: 1. Ambulância; 2. Viatura Rápida (AR); 3. Viatura Hí-Brida (ATE); 4. Helicóptero; 5. Neonatal; 6. Cegonha; 7. Superdimensionada; 8. Ambulancia; 99. Outros
29. PREFIXO
30. BASE (OBM,DBM ETC)
31. ACIONADA POR: 1. COGS; 2. OBM; 3. ASE Básica; 4. ASE Intermediária; 5. AR; 6. Viatura Híbrida (ATE); 99. Outros
32. ÁREA: 1. Rotaria; 2. Outra (borne da viatura base)
33. HORÁRIOS DE ATENDIMENTO
1- Acion. Socorro; 2. Saída da Base; 3. Chegada Local; 4. Saída do Local; 5. Chegada 1º Hosp; 6. Saída 1º Hosp; 7. Chegada 2º Hosp; 8. Saída 2º Hosp; 9. Retorno Base; 10. Acion. em Trânsito
34. APOIO SOLICITADO: 1. Base; 2. Acompanha; 3. Chegada Local

Q.P.
35. MOTIVO DO ATENDIMENTO/TIP: 1. Dispnéia; 2. Convulsão; 3. Cefaléia; 4. Dor Abdominal; 5. Dor Torácica; 6. Inconsciência; 7. Síncope; 8. Parada/Parestesia; 9. Agitação; 10. Mal Estar; 11. Dor Lombar; 12. Dor MS; 13. Dor MI; 99. Outros

ACIDENTES E VIOLÊNCIA
36. TIPO DE OCORRÊNCIA: 1. Acidente de Transporte; 2. Queda; 3. Agressão/Maus Tratos; 4. Queimadura; 5. Suicídio/Tentativa de; 6. Afogamento; 88. Ignorado; 99. Outros
ACIDENTE DE TRANSPORTE — 37. Tipo de Acidente: 1. Colisão; 2. Atropelamento; 3. Queda de Moto; 4. Queda de Bicicleta; 5. Capotamento; 88. Ignorado; 99. Outros
38. Tipo de Vítima: 1. Pedestre; 2. Condutor; 3. Passageiro Dianteiro; 4. Passageiro Traseiro; 88. Ignorado; 99. Outros
39. Meio de locomoção da Vítima: 1. A pé; 2. Automóvel; 3. Motocicleta; 4. Bicicleta; 5. Ônibus/Micro Ônibus; 6. Van/Kombi; 7. Trem; 8. Caminhão; 88. Ignorado; 99. Outros
a- Meio de Agressão
40. Outro Forte Envolvido: 1. Automóvel; 2. Motocicleta; 3. Bicicleta; 4. Ônibus/MCO; 5. Van/Kombi; 6. Objeto Fixo; 7. Animal; 8. Trem; 9. Caminhão; 77. Não se Aplica; 88. Ignorado; 99. Outros
41. Dispositivo de Segurança: 1. Sim; 2. Não; 77. Não se Aplica; 88. Ignorado
42. Qual o Item de Segurança em Uso: 1. Cinto de Segurança; 2. Air Bag; 3. Cadeira/Assento para Criança; 4. Capacete; 99. Outros
43. Condições Agravantes: 1. Vítima Ejetada do veículo; 2. Desencarceramento > 20min; 3. Óbito no Mesmo Veículo; 4. Acid Alta Velocidade
44. QUEDA — a- Tipo de Queda: 1. Da Própria Altura; 2. Buraco; 3. Escada/Degrau; 4. Laje/Telhado; 5. Árvore; 6. Leito; 88. Ignorado; 99. Outros; b- Altura da Queda ____ m
45. AGRESSÃO — a- Meio de Agressão: 1. Força Corporal/Espancamento; 2. Arma de Fogo; 3. Arma Branca; 4. Objeto Contundente; 5. Envenenamento; 6. Substância/Objeto Quente; 7. Sexual; 88. Ignorado; 99. Outros
46. QUEIMADURA — a- Tipo de Queimadura: 1. Fogo/Chama; 2. Substancia/Objeto Quente; 3. Choque Elétrico; 4. Substância Química; 88. Ignorado; 99. Outros; b- Profundidade de Queimadura Grau: 1; 2; 3; c- Superfície Afetada ____ %
47. SUICÍDIO OU TENTATIVA DE: 1. Envenenamento/Intoxicação; 2. Enforcamento; 3. Arma de Fogo; 4. Precipitação de Local Elevado; 88. Ignorado; 99. Outros:
48. AFOGAMENTO — a- Local de Afogamento: 1. Piscina/Tanque/Lago/Rio; 2. Mar; 88. Ignorado; 99. Outros; b- Classificação: 1. Grau 1 (Tosse Sem Espuma); 2. Grau 2 (Pouca Espuma Boca/Nariz); 3. Grau 3 (Muita Espuma/Pulso Radial+); 4. Grau 4 (Muita Espuma/Pulso Radial-); 5. Grau 5 (Parada Respirat./Pulso Carotídeo+); 6. Grau 6 (PCR)
49. OUTROS ACIDENTES: 1. Desmoronamento de Terra; 2. Desabamento; 3. Choque Elétrico; 4. Soterração/Engasgamento; 5. Corpo Estranho; 6. Intoxicação/Envenenamento; 7. Acidentes com Animais; 8. Queda de Objeto sobre Pessoa; 9. Explosão; 10. Incêndio; 88. Ignorado; 99. Outros

CONDIÇÕES ESPECIAIS
50. Uso/Indícios de Uso de Bebida Alcoólica nas 6h Anteriores: 1. Sim; 2. Não; 88. Ignorado
51. Uso/Indícios de Uso de Drogas: 1. Sim; 2. Não; 88. Ignorado
52. Evento Ocorrido Durante o Trabalho ou no Trajeto do Trabalho: 1. Sim; 2. Não; 88. Ignorado
53. Evento Considerado pela Vítima como Acidente: 1. Sim; 2. Não; 88. Ignorado
54. Evento Envolvendo Múltiplas Vítimas: 1. Sim; 2. Não; 88. Ignorado; 3. Tipo: 1(5-10 vítimas); 2(11-20 vítimas); 3(acima de 20 vítimas)
55. Acidente Envolvendo Produtos Perigosos: 1. Sim; 2. Não; 88. Ignorado; Qual: ____

N.P.P.
56. ANTECEDENTES: 1. Sem Antecedentes; 2. HAS; 3. DM; 4. AVE; 5. IAM; 6. ICC; 7. DPOC; 8. IRC; 9. Epilepsia; 10. D. Mental; 11. Etilismo; 12. Tabagismo; 13. Depend. Química; 14. Neoplasia; 15. Medicamento(s) em Uso ____; 88. Ignorado; 99. Outros: ____
57. ALERGIAS: 1. Sim; 2. Não; 88. Ignorado; Qual (is)? ____



EXAME FÍSICO I

63. TRAUMA 1. Presença de Lesão ☐ 1. SIM ☐ 2. NÃO 2. Pediatrico ☐ 1. SIM ☐ 2. NÃO

69. PRINCIPAIS LESÕES | a. ESCORIAÇÃO | b. CONTUSÃO | c. LACERAÇÃO | d. FRATURAS | e. PERFURAÇÃO | f. QUEIMADURA | g. AMPUTAÇÃO | h. OBSTRUÇÃO | i. HEMORRAGIA

1. CRÂNIO
2. FACE
3. PESCOÇO
4. DORSO
5. TÓRAX
6. ABDOME
7. PELVE
8. MMSS E D E D E D E D E D E D E D E D
9. MMII E D E D E D E D E D E D E D E D

EVOLUÇÕES DE PARÂMETROS VITAIS

HORÁRIO	68. Primeira Avaliação	69. Última Avaliação
1. PA	x	x
2. FC		
3. FR		
4. GLICEMIA		
5. OXIMETRIA		
6. ESCALADOR		
7. ESC. COMA		
8. ESC. TRAUMA		

ESCALA DE COMA

	ABERT. OCULAR	RESP.VERBAL	RESP.MOTORA
6			OBEDECE COMANDOS
5		ORIENTADO	LOCALIZA DOR
4	ESPONTÂNEA	CONFUSO	RETIRADA À DOR
3	À VOZ	PAL. INCOERENTES	FLEXÃO ANORMAL
2	À DOR	SONS INARTICUL.	EXTEN. ANORMAL
1	AUSENTES	AUSENTES	AUSENTES
SUBTOTAL			

ESCALA DE TRAUMA

	FREQ. RESPIRAT.	P. A. MÁXIMA	ESCALA DE COMA
4	10 a 29	MAIS DE 89	13 a 15
3	MAIS DE 29	76 a 89	9 a 12
2	6 a 9	50 a 75	6 a 8
1	1 a 5	1 a 49	4 a 5
0	0	0	3
SUBTOTAL			

EXAME FÍSICO II

62. VÍTIMA MANIPULADA ANTES DA GUARNIÇÃO
☐ 1. SIM ☐ 2. NÃO ☐ 88. IGNORADO POR QUEM:

63. VIAS AÉREAS
☐ 1. PÉRVIAS ☐ 2. OBSTRUÍDAS ☐ 3. SE OBSTRUÍDAS POR: ☐ 1. QUEDA LÍNGUA ☐ 2. CORPO ESTRANHO ☐ 3. EDEMA

64. RESPIRAÇÃO
☐ 1. SEM ALTERAÇÕES ☐ 2. MV ALTERADO ☐ 3. SIBILOS/RONCOS ☐ 4. ESTERTORES ☐ 5. APNEIA/BRADI ☐ 6. TAQUIPNÉIA

65. CARDIOVASCULAR
☐ 1. SEM ALTERAÇÕES ☐ 2. S/PULSO PERIF ☐ 3. S/PULSO CENTRAL ☐ 4. ARRITMIA ☐ 5. HEMORRAGIA EXT

66. PELE/MUCOSAS
☐ 1. SEM ALTERAÇÕES ☐ 2. PALIDEZ ☐ 3. CIANOSE ☐ 4. ENCH. CAP. < 2s ☐ 5. SUDORESE FRIA ☐ 6. HIPOCORADAS

67. NEUROLÓGICO
☐ 1. SEM ALTERAÇÕES ☐ 2. DESORIENTAÇÃO ☐ 3. AGIT. PSICOMOTORA ☐ 4. INCONSCIÊNCIA ☐ 5. ANISOCORIA ☐ 6. MIDRÍASE BILAT ☐ 7. MIOSE BILAT ☐ 8. DÉFICIT MOTOR ☐ 9. DÉFICIT SENSITIVO ☐ 10. DIFICULDADE DE ARTICULAÇÃO ☐ 11. DESCEREBRAÇÃO ☐ 12. CONVULSÕES

68. ABDOME
☐ 1. SEM ALTERAÇÕES ☐ 2. DISTENDIDO ☐ 3. DOR À PALPAÇÃO ☐ 4. EVISCERAÇÃO ☐ 5. RÍGIDO

69. MEMBROS
☐ 1. SEM ALTERAÇÕES ☐ 2. EDEMA ☐ 3. FLOGOSE ☐ 4. ALTER. CDR ☐ 5. DEFORMIDADE

OBS 1

70. OBSERVAÇÕES EXAME FÍSICO

ÓBITO

71. ÓBITO ☐ 1. SIM ☐ 2. NÃO

72. DETALHE DO ÓBITO ☐ 1. JÁ EM ÓBITO ☐ 2. ÓBITO DURANTE ATENDIMENTO ☐ 3. ÓBITO DURANTE TRANSPORTE ☐ 4. ÓBITO AO DAR ENTRADA NO HOSPITAL

73. 1. DATA DA CONSTATAÇÃO __ / __ / __ 2. HORA DA CONSTATAÇÃO __ : __ h

74. CONSTATADO POR: 1. NOME DO MÉDICO: _____ 2. CRM: _____

75. CADÁVER AOS CUIDADOS DE

H D

76. 1. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA PRIMÁRIA

2. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA SECUNDÁRIA

CONDUTA REGULADA

77. CONDUTA REGULADA ☐ 1. SIM ☐ 2. NÃO ☐ 3. NÃO SE APLICA

78. NOME DO MÉDICO REGULADOR

CONDUTA

79. VIAS AÉREAS
☐ 1. SEM INTERVENÇÃO ☐ 2. ABERTURA DE VIAS ☐ 3. ASPIRAÇÃO ☐ 4. CÂNULA DE GUEDEL ☐ 5. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA ☐ 6. INTUBAÇÃO TRAQUEAL ☐ 7. MÁSCARA LARÍNGEA ☐ 8. CRICOTIREOSTOMIA ☐ 9. VENTILAÇÃO MECÂNICA ☐ 10. TORACOCENTESE ☐ 11. MÁSCARA FACIAL ☐ 12. O2 __ L/m ☐ 13. NEBULIZAÇÃO ☐ 14. OXIMETRIA ☐ 99. Outros: _____

80. CIRCULAÇÃO
☐ 1. SEM INTERVENÇÃO ☐ 2. PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA ☐ 3. MONITORAÇÃO CARDÍACA ☐ 4. REPOSIÇÃO VOLÊMICA RÁPIDA ☐ 5. DESFIBRILAÇÃO a- 1º CHOQUE _____ J b- ATIVO EXTERNO ☐ 6. RCP c- PROCEDIMENTO INICIADO ANTES DO SOCORRISTA ☐ 1. SIM ☐ 2. NÃO ☐ 88. IGNORADO ☐ 7. CURATIVO COMPRESSIVO ☐ 99. Outros: _____

81. IMOBILIZAÇÃO
☐ 1. SEM INTERVENÇÃO ☐ 2. CERVICAL ☐ 3. KED ☐ 4. PRANCHA LONGA ☐ 5. QUADRIL ☐ 6. MMSS ☐ 7. MMII ☐ 99. Outros: _____

82. PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO

83. QUADRO CLÍNICO ☐ 1. MELHORA ☐ 2. PIORA ☐ 3. INALTERADO

DESFECHO

84. DESFECHO ☐ 1. VÍTIMA ATENDIDA E REMOVIDA ☐ 2. VÍTIMA ATENDIDA E LIBERADA ☐ 3. VÍTIMA NÃO ATENDIDA ☐ 4. VÍTIMA RECUSOU ATENDIMENTO ☐ 5. VÍTIMA RECUSOU TRANSPORTE ☐ 6. TRANSFERIDA P/OUTRA VTR. QUAL _____ ☐ 99. Outros: _____ ☐ 77. NÃO SE APLICA

CENA DO EVENTO

85. INTERCORRÊNCIAS NA CENA DO EVENTO (SE VÍTIMA NÃO ATENDIDA)
☐ 1. SEM INTERCORRÊNCIAS ☐ 2. VÍTIMA JÁ REMOVIDA ☐ 3. SOCORRO CANCELADO ☐ 4. FALSO ALVO / TROTE ☐ 5. ENDEREÇO NÃO LOCALIZADO ☐ 6. PACIENTE NÃO ENCONTRADO NO LOCAL SOLICITADO ☐ 7. LOCAL DE DIFÍCIL ACESSO GEOGRÁFICO ☐ 8. CENÁRIO DE RISCO PARA EQUIPE ☐ 99. Outros: _____

TRANSPORTE

86. INTERCORRÊNCIAS NO TRANSPORTE
☐ 1. SEM INTERCORRÊNCIAS ☐ 2. HIPOTENSÃO ☐ 3. HIPERTENSÃO ☐ 4. ARRITMIA ☐ 5. VÔMITOS ☐ 6. QUEDA SATURAÇÃO 02 ☐ 7. ALTERAÇÃO DA CONSCIÊNCIA ☐ 8. AGITAÇÃO PSICOMOTORA ☐ 9. PERDA DO ACESSO VENOSO ☐ 10. EXTUBAÇÃO ☐ 11. PCR ☐ 99. Outros: _____

1º HOSPITAL

87. NOME DO HOSPITAL

88. INTERCORRÊNCIAS NO HOSPITAL ☐ 1. SIM ☐ 2. NÃO

89. QUAIS INTERCORRÊNCIAS NO HOSPITAL ☐ 1. RECEBIDO COM CONFLITO ☐ 2. RECEBIDO COM MACA PRESA ☐ 3. RECUSOU RECEBER O PACIENTE ☐ 99. Outros: _____

90. MOTIVO DA INTERCORRÊNCIA
☐ 1. FALTA DE VAGA NA EMERGÊNCIA ☐ 2. FALTA DE VAGA EM UTI ☐ 3. FALTA DE ESPECIALISTA ☐ 4. FALTA DE EXAMES / MATERIAL ☐ 5. FORA DE PERFIL DO HR ☐ 99. Outros: _____

91. RUBRICA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

2º HOSPITAL

92. NOME DO HOSPITAL

93. INTERCORRÊNCIAS NO HOSPITAL ☐ 1. SIM ☐ 2. NÃO

94. QUAIS INTERCORRÊNCIAS NO HOSPITAL ☐ 1. RECEBIDO COM CONFLITO ☐ 2. RECEBIDO COM MACA PRESA ☐ 3. RECUSOU RECEBER O PACIENTE ☐ 99. Outros: _____

95. MOTIVO DA INTERCORRÊNCIA
☐ 1. FALTA DE VAGA NA EMERGÊNCIA ☐ 2. FALTA DE VAGA EM UTI ☐ 3. FALTA DE ESPECIALISTA _____ ☐ 4. FALTA DE EXAMES / MATERIAL ☐ 5. FORA DE PERFIL DO HR ☐ 99. Outros: _____

96. RUBRICA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

BAM H-R

97. Nº BAM HOSPITAL

GUARNIÇÃO

98. CHEFE: 1. RG _____ 2. NOME DE GUERRA _____

99. AUXILIAR 1. RG _____ 2. NOME DE GUERRA _____

100. CONDUTOR 1. RG _____ 2. NOME DE GUERRA _____

101. RUBRICA E CARIMBO DO CHEFE DA GUARNIÇÃO

OBS

102. OBSERVAÇÕES GERAIS

FRV

103. FICHA DE RECOLHIMENTO DE VALORES ☐ 1. SIM ☐ 2. NÃO

ANEXOS

Título da Pesquisa:

Instituição Proponente:

Versão:

CAAE:14268619.9.0000.5290

Distribuição de Eventos Pré-hospitalares por gravidade no Rio de Janeiro: um relatório descritivo

DIOGO AGUIAR LEITE

Universidade Severino Sombra-RJ

14268619.9.0000.5290

Área Temática:

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Número do comprovante: 059656/2019

LISTA DE ABREVIATURAS

APH : Atendimento Pré-hospitalar

CBMERJ : Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro

CIGC : Central Integrada GSE/SAMU

CICC : Centro Integrado de Comando e Controle

COGS : Centro de Operações do Grupamento de Socorro

DBM : Destacamento Bombeiro Militar

D/ESC : Destacamento Escola

DGCCO : Diretoria Geral de Comando e Controle Operacional

ECG : Escala de Coma de Glasgow

GOA : Grupamento de Operações Aéreas

GBS : Grupamento de Busca e Salvamento

GBM : Grupamento Bombeiro Militar

GMAR : Grupamento Marítimo

IAM : Infarto Agudo do Miocárdio

PA : Pressão Arterial

SUS : Sistema Único de Saúde

SAMU : Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

USB : Unidade de Suporte Básico