



CARACTERÍSTICAS DOS AGRAVOS E DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AOS IDOSOS EM UM SERVIÇO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

CHARACTERISTICS OF DISORDERS AMONG OLDER ADULTS AND THE CARE PROVIDED BY A MOBILE PRE-HOSPITAL SERVICE

CARACTERÍSTICAS DE LAS LESIONES Y DE LA ASISTENCIA PRESTADA A LOS ANCIANOS EN UN SERVICIO MÓVIL PREHOSPITALARIO

Márcia Abath Aires de Barros^I
Danielle Samara Tavares de Oliveira^{II}
Mariana Albermaz Pinheiro de Carvalho^{III}
Maria das Graças de Melo Fernandes^{IV}
Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa^V
Kamyla Félix Oliveira dos Santos^{VI}

RESUMO: O aumento do número de idosos que são vítimas de agravos oriundos de causas externas constitui objeto de preocupação dos profissionais de saúde. Nesse sentido, a pesquisa teve por objetivo caracterizar os principais agravos que acometem a população idosa em um serviço pré-hospitalar móvel no município de João Pessoa, Paraíba, e verificar o atendimento prestado a esses idosos por parte dos profissionais de saúde. Trata-se de um estudo documental e retrospectivo de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados em 546 fichas de atendimento do Serviço de Atendimento Médico de Urgência do referido município, no período de janeiro a julho de 2011. A pesquisa constatou que a assistência pré-hospitalar móvel oferecida a pacientes idosos demanda abordagens criteriosas. A partir dos achados se identifica a carência de planejamento específico para o público em questão e a inexistência de procedimentos específicos de atendimento diante da crescente necessidade de abordagens preventivas para os idosos vitimados.

Palavras-chave: Idosos; urgência; morbidade; causas externas.

ABSTRACT: Health professionals are concerned by the increasing numbers of elderly people suffering disorders from external causes. In that light, this retrospective, quantitative, documentary study aimed to characterize the main disorders among older adults in a mobile pre-hospital service in the city of Joao Pessoa, Paraíba, Brazil, and to examine the corresponding care provided by health professionals. Data were collected from 546 medical records of the city's Emergency Medical Care Service, from January to July 2011. The study found that mobile pre-hospital care provided to elderly patients must be approached on clear criteria. The findings revealed a lack of specific planning for this public and an absence of specific care procedures given the increasing need for preventive approaches to elderly casualties.

Keywords: Elderly people; emergency; morbidity; external causes.

RESUMEN: El aumento del número de ancianos que son víctimas de lesiones provenientes de causas externas constituye preocupación de los profesionales de salud. En ese sentido, el objetivo de esta investigación fue caracterizar las principales lesiones que afectan a la población anciana en un servicio prehospitalario móvil en la ciudad de João Pessoa, Paraíba, Brasil, y verificar la atención prestada a esos ancianos por los profesionales de salud. Esto es un estudio documental y retrospectivo con abordaje cuantitativo. Los datos fueron recogidos en 546 registros médicos del Servicio de Atención Médica de Urgencia del municipio en cuestión, en el periodo de enero a julio de 2011. La investigación constató que la asistencia prehospitalaria móvil ofrecida a pacientes ancianos requiere abordajes juiciosos. A partir de los hallazgos se encuentra la carencia de planeamiento específico para el público en cuestión y la inexistencia de procedimientos específicos.

Palabras clave: Ancianos; urgencia; la morbilidad; causas externas.

^IEnfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Mestranda em Enfermagem na Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora do grupo de enfermagem e saúde no cuidado ao adulto e idoso. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: marciabath@gmail.com.

^{II}Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora do grupo de enfermagem e saúde no cuidado ao adulto e idoso. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: daniellesamara@hotmail.com.

^{III}Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora do grupo de enfermagem e saúde no cuidado ao adulto e idoso. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: mary_albermaz@hotmail.com.

^{IV}Enfermeira. Doutora em Sociologia. Professora da Universidade Federal da Paraíba do Departamento de Enfermagem Clínica do Centro de Ciências da Saúde. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: graacafernandes@hotmail.com.

^VEnfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora da Universidade Federal da Paraíba do Departamento de Enfermagem Clínica do Centro de Ciências da Saúde. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: katianeyla@yahoo.com.br.

^{VI}Enfermeira do Hospital Universitário Alcides Carneiro. Mestranda em Enfermagem na Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: kamylaoliveira@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações ocorrem de forma radical e bastante acelerada. A velocidade do processo de transição demográfica e epidemiológica vivido pelo País nas últimas décadas traz uma série de questões cruciais para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde, com repercussões para a sociedade como um todo¹. Apesar do aumento da sobrevivência da população ser uma conquista mundial, esse fenômeno vem acompanhado do predomínio das doenças crônicas e múltiplas, acarretando aumento da demanda de atendimento de urgência e emergência nessa população, especialmente nos casos de agudização desses problemas². A maior vulnerabilidade dos idosos e a ocorrência de agravos por causas externas, como a violência, as quedas e os acidentes de trânsito, típicas do desenvolvimento urbano do país, também incrementam suas necessidades de cuidados em saúde.

Considerando esse contexto, dentre outras condições, emerge a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), instituída pela Portaria GM/MS nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, e, por sua vez, o Atendimento Pré-Hospitalar (APH), o qual é operacionalizado por meio de articulação entre os sistemas estaduais, regionais e municipais de saúde, com vistas a garantir a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas e aquelas relacionadas a causas externas³. O APH é definido como a assistência prestada em um primeiro nível de atenção aos portadores de casos agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, que ocorre fora do ambiente hospitalar, o qual pode acarretar sequelas ou até mesmo a morte⁴.

Dentre as medidas instituídas para fazer frente a esse novo cenário de atenção à saúde, determinou-se a organização de redes de atenção integral às urgências, como elos da cadeia de manutenção à vida, com os componentes: hospitalar, pós-hospitalar, pré-hospitalar fixo e pré-hospitalar móvel, sendo este último representado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)³.

Em relação ao tipo de atendimento de urgências pré-hospitalares em idosos, estudos realizados em cinco capitais brasileiras (Manaus-AM, Rio de Janeiro-RJ, Recife-PE, Brasília-DF e Curitiba-PR) demonstram que a maior parte dessa modalidade assistencial é realizada em decorrência de agravos clínicos, os quais, em geral, resultam em elevado índice de mortalidade⁵. Do mesmo modo, o aumento do número de idosos que são vítimas de agravos oriundos de causas externas atendidos pelo SAMU também constitui objeto de preocupação dos profissionais de saúde, por favorecer a maior incidência de mortalidade desses indivíduos, em comparação com a população geral⁶.

Assim, o objetivo deste estudo foi caracterizar os principais agravos que acometem a população idosa de um serviço pré-hospitalar móvel no município de João Pessoa-PB, assim como verificar o atendimento prestado a esses idosos por parte dos profissionais de saúde.

REVISÃO DE LITERATURA

O atendimento pré-hospitalar objetiva chegar à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde e, assim, promover o atendimento adequado, além de ofertar o transporte para um hospital devidamente regulado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS)⁷. No Brasil, a estruturação desse tipo de atendimento foi impulsionada a partir da década de 1990, com a reorganização dos serviços de saúde. Cabe destacar que os primeiros serviços de atendimento pré-hospitalar móvel surgiram na Região Sudeste, mais precisamente nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, em princípio com o Corpo de Bombeiros, seguindo o modelo francês de atendimento realizado por essa modalidade assistencial⁸. A exemplo de São Paulo, o SAMU foi paulatinamente implementado em várias cidades brasileiras, como Porto Alegre-RS (1995), Ribeirão Preto-SP (1996), até ser normatizado pela Portaria GM nº 1.863/2003, que instituiu o componente pré-hospitalar móvel da PnaU em todo o território brasileiro^{3,8}.

Atualmente, o SAMU está configurado em todo o território nacional e constitui-se por uma central de regulação vinculada a uma frota de veículos designados ao atendimento de suporte básico de vida (SBV), realizado pelas unidades de suporte básico (USB) e pelas motolâncias, e ao atendimento de suporte avançado de vida (SAV), realizado pelas unidades de suporte avançado (USA) e pelas viaturas de intervenção rápida (VIRs). O SBV consiste na preservação da vida, sem manobras invasivas, com a qual os profissionais atuam sob supervisão médica. O SAV tem como características manobras invasivas, de maior complexidade, e, por esse motivo, esse atendimento é realizado exclusivamente por médicos e enfermeiros⁴.

A solicitação do serviço é realizada pela população por meio de ligação ao sistema gratuito, no telefone 192, disposto em todo o território nacional. A ligação é transmitida ao médico regulador pelo técnico de atendimento de regulação médica (TARM), que realiza rapidamente a classificação de risco e designa ao operador de frota o acionamento da equipe de suporte básico, composta por técnico de enfermagem e condutor socorrista, ou da equipe de suporte avançado, composta por médico, enfermeiro e condutor socorrista. Esses profissionais deverão ter um perfil criterioso, com habilidades distintas daquelas do atendimento de agravos clínicos, traumáticos e psiquiátricos, que acometem diversas faixas etárias em situações de urgência e

emergência. Entre as competências importantes para o exercício da prática no atendimento pré-hospitalar estão a habilidade de executar os procedimentos, raciocínio clínico rápido e preparo psicológico⁸.

Enfim, ressalta-se que, nos últimos anos, os gestores da política de saúde pública dos estados vêm ampliando o atendimento pré-hospitalar móvel, em virtude da crescente necessidade de se reduzir a mortalidade, assim como as sequelas produzidas por eventos agudos no cenário pré-hospitalar, resguardando os princípios fundamentais do atendimento rápido, preciso e eficaz.

Dessa forma, salienta-se que o cuidado pré-hospitalar deve ser diferenciado quando se trata de pessoa idosa, pois as manifestações súbitas de doenças e os traumas são mais frequentes nessa população, em comparação aos indivíduos mais jovens; além de sofrer influência do tipo de lesão, os idosos possuem características específicas, tais como: diminuição de reservas fisiológicas, doenças crônicas associadas e medicamentos de uso contínuo^{9,10}.

Considerando o exposto e, ainda, a escassez de estudos acerca da temática, especialmente no município de João Pessoa-PB, ressalta-se a relevância de se conhecer as características dos agravos que demandam atendimento de urgência na população idosa nesse cenário, assim como a assistência prestada a essa população pelos profissionais de saúde nessas circunstâncias. Esses achados poderão subsidiar a identificação de lacunas e/ou prejuízos na qualidade dessa assistência, que, uma vez corrigidos, possibilitam melhorias no atendimento ao idoso no âmbito da urgência e emergência.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental e retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado no município de João Pessoa-PB, na sede do SAMU do referido município. O material empírico que subsidiou a pesquisa compreendeu as fichas de atendimento nas quais os profissionais de saúde fazem os registros relativos à avaliação clínica do indivíduo em situação de urgência/emergência, bem como dos procedimentos assistenciais e terapêuticos adotados pelas equipes do SAMU, tanto no SBV como no SAV.

A determinação da amostra foi do tipo probabilístico, casual simples ou aleatório. Para isso, foram adotados os seguintes procedimentos: inicialmente foi identificado o número de atendimentos realizados pelo SAMU entre os meses de janeiro a julho de 2011, obtendo-se o total de 15.279 atendi-

mentos. A seguir, entre os atendidos foi identificado o quantitativo de pessoas idosas (60 anos ou mais) assistidas no mesmo período, que correspondeu a 3.754 idosos. Posteriormente, considerando-se a fração amostral n/N , sendo N o número de elementos da população e n o número de elementos, delimitou-se a amostra a ser investigada, a qual compreendeu 546 fichas de atendimento, selecionadas aleatoriamente. O índice de significância da amostra foi de 95% e o de erro amostral foi de 5%.

Para a coleta dos dados foi utilizado um formulário estruturado contemplando dados demográficos (idade/sexo); local de ocorrência; turno de atendimento; tipo de viatura liberada; comorbidades; tipo de ocorrência e agravo; avaliação clínica realizada no idoso; registro de procedimentos e desfecho do atendimento.

Para o procedimento de análise dos dados foi utilizado o programa *Epilnfo* e para a geração dos resultados utilizou-se o programa estatístico SPSS, versão 15.0. Os dados foram dispostos em tabelas e discutidos à luz da literatura pertinente.

Esta pesquisa obedeceu às normas e diretrizes contidas na Resolução n° 466/2012¹¹, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, sendo respeitado o direito ao anonimato e sigilo, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob o Protocolo n° 0132/11.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação ao tipo de atendimento, enfocou-se a natureza das ocorrências em idosos atendidos pelo SAMU. Foram avaliadas 546 fichas de atendimentos realizados no período de janeiro a julho de 2011.

Do total de atendimentos, 355 (65%) foram realizados em ocorrências clínicas, seguidos de 144 (26,4%) em agravos traumáticos (causas externas), 39 (7,1%) em transferências hospitalares e apenas 8 (1,5%) em ocorrências por distúrbio psiquiátrico. Houve predominância do sexo feminino tanto no atendimento aos agravos clínicos - 189 (53,2%) quanto no atendimento aos agravos por causas externas - 75 (52,1%). Essa proporção se inverte no atendimento a transferências hospitalares - 24 (61,5%) homens e agravos psiquiátricos - 5 (62,5%), de acordo com a Tabela 1.

TABELA 1: Atendimento aos idosos segundo sexo e natureza das ocorrências do SAMU. João Pessoa, Paraíba, 2012.

Sexo	Clínica		Natureza				Transferência		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Masc	166	46,8	69	47,9	5	62,5	24	61,5	264	48,4
Fem	189	53,2	75	52,1	3	37,5	15	38,5	282	51,6
Total	355	100,0	144	100,0	8	100,0	39	100,0	546	100,00

Fonte: SAMU, João Pessoa – PB, 2011.

Das 546(100%) fichas analisadas, 302(55,31%) não possuíam informações acerca da presença de comorbidades, o que pode ser considerado sub-registro e não a ausência de doenças. No que se refere à avaliação clínica dos idosos, a hipertensão arterial foi informada em 157(28,75%), o *Diabetes Mellitus* em 101(18,5%) e as cardiopatias em 58(10,62%) dos atendimentos a idosos do período estudado.

Verificou-se que 397(72,71%) dos atendimentos foram realizados por equipe de suporte básico em USB, acrescidos de oito atendimentos realizados em conjunto por motolância e USB. O suporte avançado foi realizado em 85(15,57%) dos atendimentos pela equipe da USA, em 46(8,42%) em apoio ao atendimento da equipe da USB, e em 10(1,83%) em apoio à equipe de motolância. A maior parte desses atendimentos, 374(68,5%), foi realizada durante o dia e 172(31,5%) durante a noite.

Em seguida, foram avaliadas as principais causas clínicas e traumáticas que levaram ao acionamento do SAMU, relacionando-as à equipe que prestou o primeiro atendimento.

Entre as causas das 355(100%) ocorrências clínicas, o rebaixamento do nível de consciência esteve presente em 82(23,10%) atendimentos. Foram atendidos 43(12,11%) idosos com crise hipertensiva e 37(10,42%) com dor precordial. A equipe de suporte básico atendeu mais ocorrências por rebaixamento do nível de consciência, totalizando 60(73,2%) atendimentos, e a equipe de suporte avançado esteve presente nas 30(100%) ocorrências relacionadas a parada cardiorrespiratória. Nos atendimentos a idosos acometidos por causas externas, a queda da própria altura esteve presente em 94(65,2%) dos 144(100%) agravos traumáticos, seguidos de 22(15,27%) por atropelamento e 13(9%) por acidentes automobilísticos. Destacam-se 11(7,4%) atendimentos motivados por violência, sendo 6(4%) por agressão física e 5(3,4%) por ferimento por arma branca. Dos 144 atendimentos relacionados a causas externas, as USBs foram acionadas em 136 e as USAs em apenas oito.

No que se refere aos idosos avaliados pelas equipes de suporte básico e avançado, as equipes de saúde que atenderam, no período estudado, registraram que foi realizada avaliação neurológica em 426(78%) desses pacientes, sendo utilizada a Escala de Coma de Glasgow em 420(76,9%) dos casos. A avaliação respiratória foi realizada em 464(85%) dos idosos, sendo a frequência respiratória registrada em 369(67,6%) das fichas e a oximetria de pulso foi registrada em 336(61,5%) dos casos. A avaliação hemodinâmica ocorreu em 507(92,9%) dos pacientes, sendo utilizada como parâmetro a pressão arterial em 446(81,7%) das fichas de atendimento e a frequência cardíaca foi utilizada em 426(78%) dos registros.

Os principais procedimentos realizados pelas equipes do SAMU no atendimento aos idosos acometidos por agravos clínicos, por causas externas, por transferências e por distúrbios psiquiátricos são descritos na Tabela 2.

TABELA 2: Principais procedimentos realizados nos idosos pelo SAMU. João Pessoa, Paraíba, 2012.

Procedimentos realizados	USA		USB		Total	
	f	%	f	%	f	%
Oximetria de pulso	102	30,36	234	69,64	336	61,5
Acesso venoso periférico	84	59,57	222	54,81	306	56,04
HGT	52	21,31	192	78,69	244	44,7
Suporte oxigênio suplementar	116	56,04	91	43,96	207	37,9
Administração de medicações	50	33,78	98	66,22	148	27,1
Monitorização cardíaca	84	100,00	-	-	84	15,4
Imobilização	71	50,00	71	50,00	142	26,0
Curativo compressivo	2	5,88	32	94,12	34	6,2
Entubação orotraqueal	26	100,00	0	0,00	26	4,8
Reanimação cardiorrespiratória	24	100,00	0	0,00	24	4,4
ECCG	5	100,00	0	0,00	5	0,9

Fonte: SAMU, João Pessoa – PB, 2011.

Destaca-se que a oximetria de pulso - 336(61,5%), o acesso venoso periférico - 306(56,04%), a realização de glicemia capilar - 244(44,7%), o uso de oxigênio suplementar - 207(37,9%) e a administração de medicamentos - 148(27,1%) foram os procedimentos registrados com maior frequência, segundo a Tabela 2.

Do total de atendimentos realizados, 473(86,63%) dos idosos foram removidos para o serviço de urgência dos hospitais regulados, 43(7,88%) foram atendidos no local da ocorrência, 28(5,13%) foram a óbito no local de atendimento e apenas dois idosos recusaram atendimento. Hospitais públicos estaduais receberam a maior parte desses idosos (35,10%), hospitais públicos municipais receberam 19,03% e hospitais filantrópicos receberam 12,05%. Apenas 32(6,77%) idosos foram removidos para hospitais particulares e 16(3,38%) para hospitais militares.

A análise do atendimento de urgência e emergência de agravos a pessoas com mais de 60 anos permite acompanhar o comportamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), o impacto do crescimento demográfico e da violência nessa faixa etária e o preparo de profissionais que atuam na atenção pré-hospitalar. Nesse sentido, estudos acerca dessas condições que afetam o idoso são de fundamental importância para o planejamento de políticas públicas de saúde que possam atender a essa parcela crescente da população brasileira. As principais doenças associadas à população idosa são as neurológicas, coronárias e aquelas ligadas a traumas¹².

No que tange à natureza das ocorrências, este estudo acompanha outros resultados evidenciados na literatura, corroborando que a maior parcela de ocorrências atendidas por um serviço pré-hospitalar resulta de urgências clínicas, que totalizaram 65% dos casos^{13,14}. Entretanto, não se pode deixar de destacar que 26,4% dos idosos analisados foram acometidos por

agravos devido a causas externas, evidenciando o comportamento de transição demográfica brasileira, na qual os idosos mantêm sua capacidade funcional, permanecem ativos e realizam suas atividades de vida diária, a despeito da exposição frequente aos riscos de trauma a que essa população está sujeita¹⁵. Os idosos vítimas de traumas são, geralmente, pessoas independentes que podem iniciar um quadro de deterioração de sua saúde física e mental após os acidentes⁶.

Os acidentes e a violência representam importante impacto na capacidade funcional dos idosos brasileiros. Os registros disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) evidenciam que, em 2008, o Brasil registrou 122.065 internações de idosos por causas externas; entre elas, 49,5% se referem a quedas, 7,2% a acidentes de transporte e 11,5% a causas externas não classificadas. As internações por agressão representaram 1,6% das hospitalizações nesse mesmo ano¹⁶.

É importante destacar que muitos eventos violentos não exigem internação e, por isso, são considerados menos graves, mas envolvem agressões físicas, psicológicas e negligências a que os idosos estão expostos no contexto familiar, na comunidade e nas instituições, e não são notificadas. Por esse motivo, não se pode ter a exata noção das vivências de violência dos idosos brasileiros¹⁷.

O atendimento ao idoso que é vítima de eventos por causas externas (acidentes e violência) deve ser alvo de preocupação dos profissionais que atuam em atendimento pré-hospitalar, pois os idosos têm maior suscetibilidade fisiológica em eventos traumáticos, por comorbidade decorrente de doenças crônicas degenerativas, o que contribui para a morbimortalidade, juntamente com o declínio do sistema musculoesquelético e sensorial¹⁸.

A população de idosos é a mais exposta à morte e a todos os tipos de causas externas, exceto homicídios e afogamento, e as quedas são os eventos que mais contribuem para a produção de lesões fatais nessa população¹⁹.

Ratificando dados da literatura, dentre os atendimentos realizados nos eventos traumáticos, a queda teve o maior número de ocorrências, com 65,28% dos casos. A queda em idosos quase sempre vem acompanhada de alterações clínicas do organismo ou decorrentes do processo natural de envelhecimento humano, porém, como as demais variantes das chamadas causas externas, ela é passível de prevenção, através da reorientação de políticas públicas confluentes à pessoa idosa^{15,20,21}.

As quedas são eventos comuns a todas as idades, porém, na população idosa são responsáveis por elevados índices de morbimortalidade, de modo que as alterações do equilíbrio e da marcha expõem os idosos a maiores riscos, contribuindo para a ocorrência de traumatismos e refletindo-se em sequelas de ordem psicossocial, como perda da autonomia, baixa autoestima, ansiedade e medo de cair²².

Entre as ocorrências clínicas, a alteração neurológica foi a principal causa de acionamento do SAMU em relação aos idosos, sendo atribuída ao rebaixamento do nível de

consciência em 82(23,1%) dos casos, somada ao registro de suspeita de acidente vascular cerebral (AVC) em 27(5,92%) das ocorrências e aos 18(5,07%) de chamados relativos a crise convulsiva.

Em um estudo realizado em Porto Alegre-RS, identificou-se que 20,04% das ocorrências clínicas realizadas por atendimento em urgência deviam-se a agravos neurológicos, sendo o diagnóstico de AVC mais comum na faixa etária de 61 a 79 anos⁷. Entretanto, devido à maior parcela desses atendimentos ter sido feita por equipe composta por técnico de enfermagem e condutor socorrista, a associação da causa neurológica ao levantamento ou elucidação diagnóstica não foi realizada.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 375/2011, que dispõe sobre o atendimento pré-hospitalar do profissional de enfermagem, descreve em seu artigo 1º que:

No atendimento pré-hospitalar de suporte básico e suporte avançado de vida, os procedimentos de enfermagem sejam desenvolvidos de acordo com a complexidade e após a avaliação do enfermeiro²³.

Nesse contexto, há necessidade da presença do enfermeiro em todas as modalidades de atendimento, para que possam ser estabelecidas todas as etapas do processo de enfermagem.

Como os resultados revelaram, as equipes de suporte básico foram as que mais atenderam os idosos nesse serviço, totalizando mais de 72% das ocorrências. Esses dados corroboram estudo realizado em Porto Alegre-RS, onde se constatou que as USBs foram responsáveis por realizar atendimento em 91,8% das ocorrências clínicas, revelando que as equipes de suporte básico são as que mais desenvolvem cuidados aos pacientes atendidos pelos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel¹³.

Verificou-se que as equipes de suporte básico e de suporte avançado utilizaram parâmetros do *Revised Trauma Score* (RTS) para avaliação clínica dos idosos. Essa ferramenta é utilizada para avaliação rápida de vítimas de trauma, na qual são utilizadas a Escala de Coma de Glasgow, a frequência respiratória e a pressão arterial sistólica, observando-se que quanto maior for a alteração nesses parâmetros, menor será a probabilidade de sobrevivência dos pacientes²⁴.

CONCLUSÃO

O progresso tecnológico das ciências da saúde tem contribuído para melhorar a qualidade de vida dos idosos, estimulando e favorecendo mudanças comportamentais e levando-os a adotar estilos de vida independentes e ativos. No entanto, tais comportamentos têm resultado em maior exposição a condições de risco, o que é constatado pelo alarmante crescimento da população idosa vítima de acidentes e traumatismos.

Com base nesta investigação, verificou-se que a população idosa vem representando um importante foco de atenção, sobretudo para os serviços de saúde, di-

ante do significativo crescimento populacional dessa faixa etária. Assim, é salutar que os diversos setores sociais se desenvolvam e avancem no sentido de se adequar à realidade contemporânea.

O estudo identificou que a assistência pré-hospitalar móvel oferecida a pacientes idosos demanda abordagens criteriosas. A partir dos achados, constatou-se a carência de planejamento específico para o público em questão e a inexistência de fluxos específicos de atendimento diante da crescente necessidade de abordagens preventivas para os idosos vitimados, haja vista serem atendidos como qualquer outra pessoa de menor faixa etária.

Este estudo revela que a maior parte dos atendimentos a idosos realizados pelo SAMU no município de João Pessoa foi de natureza clínica, em que o rebaixamento do nível de consciência constituiu o principal motivo de acionamento do serviço pela população, e as equipes de suporte básico foram responsáveis pela avaliação primária nessa população, na maioria das ocorrências.

O atendimento voltado para o idoso traumatizado ou vítima de determinado estado agudo emergencial baseia-se nos mesmos critérios aplicados ao adulto, devendo-se, entretanto, respeitar as especificidades relacionadas aos fatores contribuintes e limitantes dessa população. Sendo assim, evidencia-se a necessidade de um maior comprometimento acerca do cumprimento da Resolução Cofen nº 375/2011, por parte de órgãos gestores, e da capacitação continuada da equipe de enfermagem, haja vista que esses profissionais participam ativamente de todo atendimento relativo à agudização de agravos em idosos, visando a melhoria da assistência prestada, da qualidade dos registros e da geração de informações.

REFERÊNCIAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009;43:548-54.
2. Machado RL, David CMN, Luiz RR, Amitrano DA, Salomão CS, Oliveira GMM. Análise exploratória dos fatores relacionados ao prognóstico em idosos com sepse grave e choque séptico. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009; 21(1):9-17.
3. Ministério da Saúde (Br). Portaria GM nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Política nacional de atenção às urgências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
4. Ramos VO, Sanna MC. Inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58:355-60.
5. Deslandes SF, Souza ER. Atendimento pré-hospitalar ao idoso vítima de violência em cinco capitais brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15:2275-86.
6. Silva FS, Oliveira SK, Moreno FN, Martins EAP. Trauma no idoso: casos atendidos por um sistema de atendimento de urgência em Londrina, 2005. *Comun Ciênc Saúde*. 2008; 19:207-14.
7. Soerensen AA, Moriya TM, Soerensen R, Robazzi MLCC. Atendimento pré-hospitalar móvel: fatores de riscos ocupacionais. *Rev enferm UERJ*. 2008; 16:187-92.
8. Gentil RC, Ramos LH, Whitaker IY. Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008; 16:192-7.
9. National Association of Emergency Medical Technicians. Considerações especiais do trauma no idoso. In: Colégio Americano de Cirurgiões. *Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007. p. 345-59.
10. Parreira JG, Soldá SC, Perlingeiro JAG, Padovese CC, Karakhanian WZ, Assef JC. Análise comparativa das características do trauma entre pacientes idosos e não idosos. *Rev Assoc Méd Bras*. 2010; 56:541-6.
11. Ministério da Saúde (Br). Resolução nº 466, de 10 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
12. Pillon SC, Santos MA, Kano MY, Domingos JBC, Santos RA. Registros de óbitos e internações por transtornos relacionados ao uso de álcool em idosos. *Rev enferm UERJ*. 2011; 19:536-40.
13. 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; 24:185-91.
14. Cabral APS, Souza WV. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11:530-40.
15. Lima RS, Campos MLP. Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma unidade de urgência e emergência. *Rev esc enferm USP*. 2011; 45:659-64.
16. Ministério da Saúde (Br). Departamento de Informática do SUS (Datasus) [base de dados na internet]; 2011 [citado em 29 mar 2013]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.
17. Ribeiro AP, Barter EACP. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2010; 15:2729-40.
18. Lima MLC, Souza ER, Acioli RML, Bezerra ED. Análise dos serviços hospitalares clínicos aos idosos vítimas de acidentes e violências. *Ciênc saúde coletiva*. 2010; 15:2687-97.
19. Tambellini AT, Osanai CH. Epidemiologia do trauma. In: Freire E. *Trauma: a doença dos séculos*. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 47-75.
20. Gomes LMX, Barbosa TLA, Caldeira AP. Mortalidade por causas externas em idosos em Minas Gerais, Brasil. *Esc Anna Nery*. 2010; 14:779-86.
21. Biazin DT, Rodrigues RAP. Perfil dos idosos que sofreram trauma em Londrina-Paraná. *Rev esc enferm USP*. 2009; 43:602-8.
22. Melo EG, Azevedo E. Quedas no idoso. *Temas de Reumatologia Clínica*. 2007; 8(4):121-7.
23. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 375/2011 [documento na internet]. Brasília (DF): Cofen; 2011 [citado em 16 jun 2013]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>.
24. Malvestio MAA, Sousa RMC. Sobrevivência após acidentes de trânsito: impacto das variáveis clínicas e pré-hospitalares. *Rev Saúde Pública* [periódico na internet]. 2008 ago [citado em 12 mar 2012]; 42: 639-47. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400009&lng=pt.

