

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS  
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS**

**Coordenadoria de Enfermagem**

**ESTUDO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS DOENÇAS  
NÃO TRANSMISSÍVEIS DO PRONTO SOCORRO NUM  
MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA**

**CARMEN HELENA LEME PALMA TAVARES  
JOSÉ ACLIDES GASPAR**

Trabalho de Conclusão de Curso sob  
orientação da Prof<sup>a</sup> Ms. Ivana da Silva  
Semeghini.

**Assis – SP  
Dezembro/2009**

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS  
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS**

**Coordenadoria de Enfermagem**

**ESTUDO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS DOENÇAS  
NÃO TRANSMISSÍVEIS DO PRONTO SOCORRO NUM  
MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA**

**CARMEN HELENA L. P. TAVARES  
JOSÉ ACLIDES GASPAR**

**ORIENTADORA:  
PROF<sup>a</sup>. MS. IVANA DA SILVA SEMEGHINI**

Monografia apresentada no curso de  
Enfermagem como parte dos requisitos  
para a obtenção do título de Bacharel  
em Enfermagem

**Assis – SP  
Dezembro/2009**

### **FICHA CATALOGRÁFICA**

GASPAR, José Aclides; TAVARES, Carmen Helena Leme Palma

Estudo do perfil epidemiológico das doenças não transmissíveis do Pronto Socorro num município do interior paulista / José Aclides Gaspar; Carmen Helena Leme Palma Tavares. Fundação Educacional do Município de Assis – Fema : Assis, 2009

66p.

Trabalho de Conclusão de Curso ( TCC ) – Enfermagem – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

1. Epidemiologia. 2. Doenças não transmissíveis. 3.

CDD: 610  
Biblioteca da FEMA

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS**  
**INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS**

**Coordenadoria de Enfermagem**

**CARMEN HELENA LEME PALMA TAVARES**

**JOSÉ ACLIDES GASPAR**

**ESTUDO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS DOENÇAS NÃO**  
**TRANSMISSÍVEIS DO PRONTO SOCORRO NUM MUNICÍPIO DO INTERIOR**  
**PAULISTA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis como requisito para a Conclusão do Curso de Bacharelado de Enfermagem pela seguinte Comissão Examinadora.

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Ivana da Silva Semeghini  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup> Mariana Goering Barreiro  
Examinadora

---

Prof<sup>a</sup> Rosângela Gonçalves da Silva  
Examinadora

**Assis – SP**  
**Setembro/2009**

## DEDICATÓRIA

Ao meu esposo, filhos e familiares que souberam compreender e respeitar as minhas horas de angústias, e os momentos de convivência que deles foram ceifados para estudo. Obrigado de coração pela força.

*In memorium.*

Em memória aos meus pais Nicolau e Conceição. Obrigado por ter feito em mim uma pessoa correta e humana.

Para mim e para eles é um sonho realizado.

Carmen Helena

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe, minha esposa, meu filho e minha nora que compreenderam as minhas angústias e as minhas necessidades.

*In memorium.*

Em memória ao meu pai Euclides que lutou muito para a realização deste sonho, e não poderá presenciar esse dia.

José Aclides

## AGRADECIMENTO ESPECIAL

Agradecemos a todos os professores e supervisores de estágio pela ajuda que proporcionaram em nossa graduação e nos desculpem pelos momentos de tensão que algumas vezes proporcionamos.

Carmen Helena e José Acldes.

## AGRADECIMENTO

Meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que de alguma forma doaram um pouco de si para que a conclusão deste trabalho se tornasse possível.

A DEUS pela minha existência e por ter conseguido subir vários degraus da escada da vida.

A meu esposo e meus filhos pela paciência e compreensão que a mim dispensarão durante estes quatro anos e por acrescentar razão, beleza e carinho aos meus dias.

Em especial ao meu filho Alexandre, pela ajuda durante a minha ausência de casa, na elaboração deste trabalho.

A minha orientadora Ms. Ivana da Silva Semeghini pelo auxílio, disponibilidade de tempo e material, sempre com seu conhecimento contagiante.

Não podendo esquecer o meu parceiro/ amigo José Aclides Gaspar que soube me compreender nas horas que eu quis desistir.

Carmen Helena



## AGRADECIMENTO

Primeiramente a DEUS pela minha existência e pela ajuda, que sem ela não seria possível superar os obstáculos que surgiram durante a minha caminhada.

Meu sincero carinho aos meus familiares que me ajudaram nessa luta, pelos “empurrões” e “puxões de orelha” que ajudaram atingir o objetivo e superar os obstáculos.

A todos os amigos de graduação, todos os funcionários nos estágios e a todos os funcionários da FEMA pelo ambiente que proporcionaram e pelo carinho dispensado.

Em especial ao Eduardo Franco, você é dez.

Ao operário oculto da cidade, dos hospitais, das unidades básicas, enfim, de todas as unidades que passamos vocês são verdadeiros anjos.

José Aclides Gaspar

## RESUMO

Este estudo teve por objetivo verificar a incidência epidemiológica dos atendimentos no Pronto Socorro Municipal de Assis do Estado de São Paulo levantando a característica do atendimento e aferindo quantitativamente e qualitativamente os atendimentos realizados no período de 01 de Janeiro a 30 de Abril de 2009, descrevendo o tipo de tratamento recebido e o tipo do encaminhamento proporcionado aos usuários. Foram pesquisados 21.105 prontuários no período de quatro meses, de Janeiro a Abril de 2009 e para realizá-lo, foi solicitada autorização prévia do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Regional de Assis, e recebendo parecer favorável.

Podemos concluir que há uma grande incidência de atendimentos referentes à especialidade médica de ortopedia, visto que ainda acontecem muitos acidentes com veículos automotores.

Outra característica levantada foi que os atendimentos aos idosos apresentaram uma grande proporcionalidade tendo em vista o aumento da expectativa de vida dos brasileiros.

Dos 21.105 prontuários investigados somente foi contatado 92 óbitos dentro da unidade, o que nos mostra a segurança no atendimento que esses profissionais prestam a sociedade.

Palavras-chave: Epidemiologia. Incidência. Prevalência.

## ABSTRACT

This study the characteristic of the attendance had for objective to verify the incidence epidemiologist of the attendance in the Ready Municipal Aid of Assis of the State of São Paulo raising and surveying quantitatively and qualitatively the attendance carried through in the period of 01 of January the 30 of April of 2009, describing the type of received treatment and the type of the proportionate guiding to the users. 21,105 handbooks in the period of four months, January had been searched the April of 2009 and to carry through it, it was requested previous authorization of the Committee of Ethics in Research in Human beings of the Regional Hospital of Assis, and receiving to seem favorable. We can conclude that it has incidence of referring attendance to the medical specialty of Orthopedic, since still many accidents with automobile vehicles happen. Another raised characteristic was that the attendance to the aged ones had presented a great proportionality in sight of the increase of the life expectancy of the Brazilians. Of 21,105 handbooks only investigated it was contacted 92 deaths inside of the unit, what in the sample the security that these professionals give the society.

Words Key: Epidemiology, Incidence, Prevalence

## RESUMEN

El objetivo del estudio es comprobar la incidencia de agravo de las llamadas de emergencia en la Municipalidad de Assis del Estado de Sao Paulo, representa una característica de la atención y la medición cuantitativa y cualitativa los servicios prestados en el período 01 de Enero a 30 abril 2009 que describe los tipos de tratamiento recibidos y el tipo de direccionamiento ofrecido a los usuarios. 21.105 expedientes fueron estudiados en los cuatro meses de Enero a Abril de 2009 y para ser realizado, que solicitado la aprobación previamente del Comité de Ética en Investigación Humana del Hospital Regional de Assis y recibiendo un parecer favorable.

Llegamos a la conclusión que hay una alta incidencia de atendimientos en relación con la especialidad médica de ortopedia, por estar ocurriendo muchos accidentes automovilísticos.

Otra característica que se descubrió fue que las atendimiento a las personas de mayor edad tuvo una gran incidencia a fin de aumentar la esperanza de vida de los brasileños.

De los 21.105 expedientes investigados se puso confirmar sólo 92 muertes en la unidad, que nos muestra el servicio seguro que prestan estos profesionales a la sociedad.

Palabra-llave: Epidemiología. Incidencia. Prevalência.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	18
1.1. OBJETIVOS.....	20
1.2. METODOLOGIA.....	21
1.2.1. Objetivo do Estudo.....	21
1.2.2. Critério de Inclusão e Exclusão dos objetivos.....	21
1.2.2.1. Inclusão.....	21
1.2.2.2. Exclusão.....	21
1.2.3. Indicação dos métodos e formas da coleta de dados.....	21
1.2.4. Local de estudo e a privacidade dos dados.....	22
1.2.5. Tamanho da Amostra.....	22
1.2.6. Análise dos dados.....	22
<b>2. REVISÃO LITERÁRIA</b> .....	23
2.1. EPIDEMIOLOGIA.....	23
2.1.1. <i>História</i> .....	23
2.1.2. <i>Nos dia de hoje</i> .....	23
2.1.3. <i>Vigilância Epidemiológica</i> .....	25
2.1.4. <i>Políticas de Saúde</i> .....	26
2.2. PRONTO SOCORRO.....	27
2.2.1. <i>Localização</i> .....	29
2.2.2. <i>Equipe, Material e Equipamento</i> .....	29
2.2.3. <i>Unidade referência para estudo acadêmico</i> .....	30
2.2.4. <i>Problemas no atendimento</i> .....	31
2.2.5. <i>Possibilidade de melhora</i> .....	31
2.3. AGRAVOS.....	32
2.3.1. <i>Doenças Crônicas</i> .....	33
2.3.1.1. <i>Doenças do Aparelho Circulatório (cardiopatias e HAS)</i> ..	33
2.3.1.2. <i>Doenças Pulmonares</i> .....	33
2.3.1.3. <i>Doenças Neoplásicas</i> .....	34
2.3.1.4. <i>Diabéticos e crônico-degenerativas</i> .....	34
2.3.2. <i>Doenças Agudas</i> .....	35

2.3.2.1. <i>Infarto Agudo do Miocárdio – IAM</i> .....	36
2.3.2.2. <i>Acidente Vascular Cerebral - AVC</i> .....	37
2.3.2.3. <i>Parada Cardiorrespiratória - PCR</i> .....	37
2.3.3. <i>Causas Externas</i> .....	38
2.3.3.1. <i>Acidentes</i> .....	40
2.3.3.1.1. <i>Automobilístico</i> .....	41
2.3.3.1.2. <i>Atropelamentos</i> .....	41
2.3.3.1.3. <i>Acidentes de Trabalho</i> .....	42
2.3.3.1.4. <i>Acidentes Domésticos</i> .....	42
2.3.3.2. <i>Agressões</i> .....	43
2.3.3.3. <i>Suicídios</i> .....	43
2.3.3.4. <i>Outros Traumas</i> .....	43
2.4. <b>INDICADORES</b> .....	44
2.4.1. <b>MORTALIDADE</b> .....	44
2.4.2. <b>MORBIDADE</b> .....	45
<b>3. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	46
3.1. <i>Cidade de Assis</i> .....	46
3.2. <i>Pronto Socorro</i> .....	47
3.2.1. <i>Objetivo</i> .....	48
3.2.2. <i>Localização</i> .....	49
3.2.3. <i>Material</i> .....	49
3.2.4. <i>Equipamento</i> .....	49
3.2.5. <i>Unidade de referência para estudo acadêmico</i> .....	49
3.3. <b>INDICADORES</b> .....	50
3.3.1. <i>Sexo</i> .....	51
3.3.2. <i>Faixa Etária</i> .....	51
3.3.3. <i>Classificação por sexo e faixa etária</i> .....	53
3.3.4. <i>Mortalidade</i> .....	55
3.3.4.1. <i>Causas externas</i> .....	56
3.3.4.2. <i>Acidentes Vasculares</i> .....	56
3.3.4.3. <i>Outras causas</i> .....	56
3.3.5. <i>Morbidade</i> .....	57
3.3.5.1. <i>Transferências</i> .....	57
3.3.5.1.1. <i>Clínica Médica (Tratamento Médico)</i> .....	57
3.3.5.1.2. <i>Clínica Cirúrgica (Cirúrgico Eletivo)</i> .....	58

3.3.5.1.3. Centro Cirúrgico (Emergências Cirúrgicas).....	58
3.3.5.1.4. Unidade de Terapia Intensiva UTI (graves).....	58
3.3.5.1.5. Ortopedia (Santa Casa - urgente e não urgente)....	58
3.3.5.2. Atendimentos da Unidade.....	59
3.3.5.2.1. Paciente em observação na sala de Emergência e Semi Intensiva.....	59
3.3.5.2.2. Paciente em observação e posteriormente liberados para alta hospitalar.....	60
3.3.5.2.3. Pacientes medicados e liberados para alta hospitalar.....	60
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>61</b>
4.1. DADOS ENCONTRADOS.....	61
4.2. ONDE PODE MUDAR.....	62
4.3. NOSSO PENSAMENTO.....	63
<b>5. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>64</b>

## INDICE DE FIGURAS

Figuras das instalações da secretaria de saúde. ....	49
--	----



## INDICE DE GRÁFICOS

1. Totalização dos Atendimentos.....	55
--------------------------------------	----

## INDICE DE TABELAS

Estrutura Etária 1991 E 2000.....	47
Dados Populacionais do Município de Assis, SP.....	47
Morbidade Hospitalar do SUS, por local de residência.....	48
Mortalidade no município de Assis sem distinção da origem.....	48
Mortalidade no município de Assis por residência no município.....	48
Morbidade no município de Assis.....	48
Atendimentos na unidade por período e por sexo.....	52
Classificação em faixa etária.....	53
Classificação por sexo masculino e por faixa etária.....	54
Classificação por sexo feminino e por faixa etária.....	54
Totalização dos atendimentos por mês e por faixa etária.....	55
Totalização dos óbitos por causas externas.....	57
Total geral das Transferências realizadas pelo Pronto Socorro.....	58
Total dos Atendimentos da Unidade.....	60

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil desde os anos 40, as principais causas de morte estavam ligadas as doenças infectocontagiosas, utilizando-se de um sistema de saneamento básico precário e não satisfazendo as necessidades da população.

Na década de 50, com a descoberta do antibiótico e as novas terapias, e pelos fatores econômicos que marcaram o início do êxodo rural para as periferias das cidades, fazendo um agravamento da situação existente na infraestrutura da época, onde o saneamento básico, eletricidade, asfalto e outros avanços apareceram somente no final da década. Quando apresentou aumento na implementação de novas redes de água encanada e algumas de esgoto pelas cidades de médio e grande porte, mas cidades de pequeno porte ainda perduravam somente a implementação de rede de água encanada.

Desta época até hoje, vimos um aumento crescente dos veículos nas ruas, o surgimento das motocicletas, o asfalto, a implantação de uma rede de água tratada em quase todos os municípios do Brasil, e em menor avanço, a rede de esgoto, mas dando uma nova característica aos agravos da saúde da população. Com esse aumento de veículos e motocicletas, os acidentes originados pelo mau uso destes equipamentos fez surgir os acidentes na proporção dos dias de hoje, tornaram-se um caso de saúde pública, chegando a matar em um ano mais pessoas que algumas guerras.

Com a mudança das características dos agravos, algumas doenças crônicas e outras agudas atingiram índices ainda não vistos, podemos citar as doenças cardíacas, como a Hipertensão Arterial Sistólica – HAS, Infarto Agudo do Miocárdio – IAM (tendo o estresse como fator desencadeante), tem também as doenças pulmonares (tendo como fator a poluição das grandes cidades e o uso do tabaco), o diabetes (tendo como fator a alimentação errônea da população) e outras doenças mais.

Nos dias de hoje, esses fatores pesam sobre as ações dos gestores da saúde pública provocando um aumento da demanda nas unidades de saúde, e em especial nas unidades de urgência e emergência da rede pública do país.

Por ser um grande problema de saúde pública e necessitar de avaliações e correções nas medidas tomadas e nas que não apresentaram efeito satisfatório, utilizando-se de indicadores de mortalidade e morbidade das populações atingidas para confeccionar o mapa das necessidades e da implementação de novas rotinas que se fizerem necessárias.

Esses indicadores são ferramentas de avaliação que a Epidemiologia fornece para o dimensionamento das necessidades e das vitórias conseguidas diante dos agravos que afligem a população. Por ser uma ferramenta de vital importância para o gestor de saúde, como parâmetro para diagnosticar as reais necessidades da população diante dos agravos, dimensionando as ações já realizadas e as que apresentaram ganho real na qualidade de vida ou caracterizado aquelas que necessitam de correção.

A importância da Saúde Pública, do conhecimento adquirido pela Epidemiologia, suas normas e condutas nos dão garantia que estamos protegidos e seguindo as recomendações, estaremos ajudando a combater os agravos que afligem a população, como no caso recente da Gripe A H1N1, que podemos dizer a nova PANDEMIA.

Pela real necessidade da epidemiologia e seu uso em todos os tipos de unidade de saúde, na caracterização das necessidades e na aplicabilidade das normas e rotina para esses agravos identificados. Vimos à necessidade desse estudo no Pronto Socorro, nos identificamos e nos propusemos a este trabalho.

## 1.1. OBJETIVOS

Objetivamos caracterizar o perfil epidemiológico das doenças não transmissíveis do PSMA, para servir de subsídio técnico operacional para reduzir os índices de morbimortalidade através da aplicação dos dados, com a criação de normas, rotinas e protocolos de atendimento.

- Caracterizar o perfil demográfico da população atendida pela unidade;
- Caracterizar o número de atendimentos realizados pelo PSMA;
- Apresentar o número de óbitos em conformidade com as patologias que acometem a população em estudo;
- Caracterizar os casos de morbidade da população atendida;
- Demonstrar e caracterizar as unidades de tratamento definitivo.

## 1.2. METODOLOGIA

### 1.2.1. Objeto do Estudo

Foram analisadas todas as Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA) dos pacientes atendidos no Pronto Socorro, independente de cor, sexo, idade, patologia ou outra característica que os diferencie.

Em nenhuma hipótese foi contatado ou obteve-se outras informações além das grafadas na FAA, mantendo a identidade preservada do paciente e sua patologia.

### 1.2.2. Critério de Inclusão e Exclusão dos objetos

#### 1.2.2.1. Inclusão.

Foram incluídos todos os pacientes atendidos no Pronto Socorro independente de patologia ou outro diferencial.

#### 1.2.2.2. Exclusão

Foram excluídas todas as FAA dos pacientes que não apresentaram dados como: Idade ou data de nascimento, sexo, patologia de base, dados ilegível, falta de assinatura do médico e número CRM e outros que comprometam a fidelidade dos dados.

### 1.2.3. Indicação dos métodos e formas da coleta dos dados

O levantamento dos dados foi na FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL (FAA), realizadas no período de 01 de Janeiro de 2009 a 30 de Abril de 2009 (quatro meses), levantamento este sem ônus a instituição ou a Secretária Municipal de Saúde, para esse levantamento foram utilizado mapas e planilhas eletrônicas para a consolidação dos dados levantados, mapas e planilhas com dados como: cidade de origem, faixa etária, idade, sexo, causa mortes (externas, acidente vascular e outras), encaminhados (ortopédico, cirúrgico, clínico, UTI, centro cirúrgico) e pacientes ambulatoriais, com os dados levantados sem identificação, independentemente e individualizado.

Levantamento este que ocorreu entre Maio e Junho e somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Regional de Assis e com a manutenção do sigilo, da ética e do segredo inviolável na relação médico/paciente.

#### 1.2.4. Local de estudo e a privacidade dos dados

A fonte dos dados apresenta a característica de atendimento municipal, mas também apresenta atendimentos a pacientes de outros municípios que no presente estudo foi analisado.

O local de estudo foi a sala administrativa do Pronto Socorro, cedido pelo Coordenador da Unidade e devidamente autorizada pelo Secretário da Saúde do Município de Assis, onde os dados mantiveram a privacidade e sigilo indispensável para a conclusão dos estudos. Outro local foi determinado pela Secretária de Saúde, uma sala dentro da referida secretária com a manutenção do sigilo e a identidade dos pacientes.

O levantamento e a análise foram executados pelos pesquisadores.

#### 1.2.5. Tamanho da Amostra

Foi levantada uma amostra de 21.105 FAAs no período analisado. Sendo que foram excluídas 156 FAAs que se enquadraram dentro das normas de exclusão acima, ficam totalizadas 20.949 FAAs para estudo e análise.

#### 1.2.6. Análise dos Dados

Após o termino da coleta dos dados foi iniciado a análise dos mesmos e produzindo gráficos, interpretação dos gráficos e estudo sistematizado.

Na análise dos dados tomamos o cuidado na “substituição dos números por palavras” FLETCHER. (2006, p. 83), pois palavras não substituem os números com total fidelidade.

Análise dos dados levantados e realização de estudos da morbimortalidade da população atendida do Pronto Socorro Municipal de Assis.

## 2. REVISÃO LITERÁRIA

### 2.1. EPIDEMIOLOGIA

#### 2.1.1. História

Por volta de 1940 no Brasil, as principais causas morte estavam associadas ao grupo das doenças infecto contagiosas. No final da década as mudanças no Brasil já eram visíveis dentro da saúde da população.

No início dos anos 50, dois fatores contribuíram a mudança substancial da família brasileira, que levou muitas famílias que antes residiam na zona rural. Com o êxodo rural essas famílias foram morar nas periferias das cidades brasileiras em especial nas grandes cidades, e como essa mudança acarretou um aumento assustador dos habitantes das cidades e um aumento da já comprometida situação do saneamento básico, onde esgoto passou a correr a céu aberto e as doenças provocadas por esse tipo de esgoto, apresentaram um aumento significativo. Mas outra mudança que melhorou foi a descoberta do antibiótico e as novas técnicas de tratamento que esse medicamento proporcionou. ESCOLA POLITÉCNICA (2000, p.122).

#### 2.1.2. Nos dias de hoje

Podemos visualizar que as mudanças pela migração e novos tratamentos mudaram completamente a base da causa morte nos dias de hoje, e não podemos esquecer também dos veículos automotores e suas consequências como atropelamentos e acidentes, que lotam as unidades de emergência e urgências.

Nos dias de hoje as doenças como: Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Hipertensão Arterial Sistólica



(HAS), Diabetes Mellitus (DM) e outros diversos tipos de Cânceres (Ca), são doenças que junto com as Transmissíveis estão atualmente incidindo na população urbana, e são conhecidas como doenças crônico-degenerativas. ESCOLA POLITÉCNICA (2000, p.121).

O ramo da ciência da saúde que proporciona bases para avaliação da distribuição da morbidade e mortalidade com a finalidade de traçar o perfil de saúde-doença de uma unidade de saúde é a epidemiologia, ciência que estuda os perfis e a profilaxia de doenças transmissíveis e não-transmissíveis, interação do meio-ambiente e sócio-econômica com a saúde da população, propondo medidas e soluções que proporcione a população atendida uma garantia de um padrão de saúde de qualidade e eficiente. ROUQUAYROL (2003; p. 17).

Conforme a Associação Internacional de Epidemiologia (IEA), três são os objetivos principais da epidemiologia:

- Descrever a distribuição e a magnitude dos problemas de saúde nas populações humanas;
- Proporcionar dados essenciais para o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, controle e tratamento das doenças, bem como para estabelecer prioridades;
- Identificar fatores etiológicos na gênese das enfermidades. ROUQUAYROL (2003; p. 17).

Na pesquisa, Rouquayrol (2003, p. 524) considera que

A coletânea de conhecimentos acumulados acerca das características e dos determinantes dos problemas de saúde nos diversos níveis é a base para a formulação de políticas, do planejamento, programação e avaliação do sistema e serviços de saúde.

Pelas circunstâncias acima podemos concluir que a Epidemiologia é de fundamental importância na Saúde Pública nos dias de hoje, e sendo assim os principais usos da epidemiologia foi citado por PEREIRA, (2007, p.17) como sendo:

- Diagnóstico da situação de saúde;
- Investigação etiológica;
- Determinação de riscos;
- Aprimoramento na descrição do quadro clínico;
- Determinação de prognósticos;
- Identificação de síndromes e classificação de doenças;
- Verificação do valor de procedimentos diagnósticos;
- Planejamento e organização de serviços;
- Avaliação das tecnologias, programas ou serviços;
- Análise crítica de trabalhos científicos.

E tem como usuários o sanitário, o planejador, o epidemiologista-pesquisador (ou professor) e o clínico.

A epidemiologia fornece orientação e os fundamentos necessários para o aprofundamento da análise do tema, quer trate de um único evento, de um grupo deles, quer da saúde global da comunidade. PEREIRA. (2007, p.17)

Segundo IEA, em seu Guia de Métodos de Ensino (1973) define Epidemiologia como “o estudo dos fatores que determinam a frequência e a distribuição das doenças nas coletividades humanas”. ROUQUAYROL (2003; p. 17).

Desde os tempos antigos, os povos tinham interesses em estabelecer relação entre fatores ambientais e saúde, para tentar prevenir a ocorrência e disseminação de novos casos de doenças [...] A tradição Islâmica dos tempos de Maomé, quando uma pessoa ficava doente, ela ficava em um só lugar e não podia sair de lá, isto mostra para nós que já se executavam uma forma de quarentena ou isolamento, e evitando sair de sua moradia onde poderia disseminar a doença para outras pessoas, isso nós mostra que a prática da Vigilância já era executada e seus princípios já propagava no meio do povo. [...] A quarentena ou isolamento praticado era base para pesquisa de propagação, característica, duração e tratamento da doença, e estudava-se o clima, a água, o local, a idade do doente, sexo e outros. Características até hoje buscada em doenças novas ou que evoluíram, e que necessitam de pesquisa para determinar essas características buscadas desde os primórdios. ESCOLA POLITÉCNICA, (2000, p. 17).

Os estudos podem ser pela “abrangência populacional” ou pela escolha de “indicadores” que retratem a situação e mostrem informações como morbidade e mortalidade da população estudada, mas outros indicadores podem ser acrescentados ao estudo.

Para o estudo pode ser utilizado à epidemiologia descritiva que fornece base na organização dos dados, maneira de evidenciar a frequência do evento, entre grupos ou subgrupos e compará-los, com o objetivo de demonstrar as desigualdades, sua incidência e sua representatividade junto à população estudada. PEREIRA (2007, p.18)

### 2.1.3. Vigilância Epidemiológica

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080 - 19 de setembro 1990) definiu Vigilância Epidemiológica no capítulo I:

Entende-se por Vigilância Epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, detecção ou prevenção de qualquer

mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar ou adotar as medidas de prevenção e controle ou agravos. ESCOLA POLITÉCNICA, (2000, p. 21).

Assim podemos concluir que a Epidemiologia é o estudo da ocorrência das doenças e seus determinantes na população humana e que a Vigilância é a aplicação do conhecimento obtido no controle desses acontecimentos. ESCOLA POLITÉCNICA, (2000, p.21)

#### 2.1.4. Políticas de Saúde

Segundo ROUQUAYROL (2003; p. 524), “A formulação da política de saúde está baseada no conhecimento acumulado, no planejamento, programação e avaliação do sistema e dos serviços de saúde”.

Fatores estes de grande importância na qualidade de vida da população atendida e cientificamente baseada em preceitos e estudos realizados ao longo dos tempos.

Na análise da situação na saúde e a definição de prioridades de uma área específica cria reflexão e experimentação metodológica com a utilização de informação epidemiológica, considerando os aspectos políticos, financeiros e administrativos do sistema de saúde e da população atendida. ROUQUAYROL (2003; p. 524).

A formulação de políticas de saúde é vital para a condução de qualidade proporcionada à população, mas essa política está intimamente relacionada aos indicadores de saúde da população a ser atendida.

Indicadores esses que segundo a Organização Mundial da Saúde – (OMS), é a quantificação de variáveis epidemiológicas para o objetivo de:

- Prover dados necessários ao planejamento e avaliação dos serviços de saúde;
- Identificar os fatores determinantes das doenças e permitir a sua prevenção;
- Avaliar os métodos usados no controle das doenças;
- Descrever as histórias das doenças e classificá-las;
- Colocar à disposição do homem conhecimento e tecnologia, que possam promover a saúde individual através de medidas de alcance coletivo. MEDRONHO (2004, p. P34).

Segundo Aguiar (1998), o conhecimento de como ocorrem às doenças nas populações podem servir, por exemplo, para:

- *Planejamento de ações preventivas e de controle;*
- *Organização de serviços adequados ao tratamento;*
- *Avaliação da importância econômica das doenças (não só pelos custos de tratamento, mas também pelas faltas ao trabalho, etc.);*
- *Investigação das causas e do desenvolvimento das doenças;*
- *Investigação de novas medidas preventivas e tratamento adequado.*

Existindo um planejamento de controle facilita a execução de um estudo, traçar uma estratégia para o desenvolvimento de uma educação preventiva e até curativa da população evitando assim o absenteísmo no trabalho, escola e outros. ESCOLA POLITÉCNICA (2000, p.33)

## 2.2. PRONTO SOCORRO

### O serviço de atendimento de urgência e emergência

...foram criados para prestar atendimento imediato à pacientes com agravo à saúde, garantindo todas as manobras de sustentação à vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado. CALIL (2007).

As unidades de urgência e emergência são serviços que recebem pacientes graves ou potencialmente graves e que necessitam de recursos tecnológicos e humanos especializados e preparados para o seu atendimento e a sua recuperação, garantindo todas as manobras de sustentação à vida e a condição de continuidade à assistência.

Uma unidade de urgência e emergência tem nas doenças agudas, crônicas e acidentes a base do seu atendimento, assim o dimensionamento da equipe de saúde, dos equipamentos, dos imóveis disponíveis, sua localização, os hospitais de suporte para a continuidade do atendimento, são fatores importantes nesse atendimento, e esses fatores somente são dimensionados após a análise das características do perfil epidemiológico da unidade e da população atendida. MARTINS (2005, p. 503).

Diferentemente de outros países onde o atendimento de urgência e emergência se caracteriza pelo atendimento particular e baseado nos planos da saúde, no Brasil esse atendimento tem na saúde pública como seu principal agente o Sistema Único de Saúde – SUS, um sistema universal e igualitário de atendimento, onde as verbas originam da arrecadação de impostos e contribuições e seu uso perante a necessidade de cada unidade com características e peculiaridades da população atendida. Nos últimos anos

vimos um aumento desse atendimento pela queda do nível de renda da população, por ser esse atendimento universal, todos têm direito de uso.

O serviço de emergência deveria prestar somente o atendimento inicial e depois encaminhar a unidade hospitalar referenciada com suporte para a continuidade do atendimento. Nos pronto-socorros por não existir limite de leitos e de entrada de paciente provocando unidades superlotadas, com pacientes que ficam dias, até semanas deitados em macas à espera de vaga na unidade referencial, facilitando o stress do paciente e de toda equipe de saúde dando margem a erro. CALIL (2007).

Por ser grande a abrangência da ação das unidades de urgência e emergência e pela alta demanda, caracterizando uma superlotação dos serviços, exposição da população a eventos agudos, longas filas e salas de espera lotadas.

Sabemos que os atendimentos não se resumem a acidentes automotores, mas muitos outros participam na utilização deste tipo de atendimento, outro fator importante são as causadas por acidentes vasculares e acidentes desportivos ou das atividades diárias.

Outra causa que provoca atendimento nessas unidades é a doenças crônicas seja degenerativa ou não, podemos citar as provocadas por drogas ilícitas e lícitas (tabaco, álcool e medicamentos) e as doenças provocadas por deficiências no tratamento que a água e o esgoto deveriam receber.

Vimos uma infinidade de fatores que podem e geram atendimentos em uma unidade de Pronto Socorro, fatores em muitos casos previsíveis e fornecendo subsídios para a orientação da população evitar as causas desses atendimentos. Pelo subsídio que uma unidade de Pronto Socorro fornece facilitaria os tratamentos das doenças e a efetivação das políticas públicas de saúde, melhoria do trânsito e orientação da população desde a infância, que diminuam os riscos ou que evitariam esses fatores de riscos. CECHETTI (2008, 635-638).

Um dos fatores hoje que nos vislumbram uma melhora na qualidade de vida é o respeito desenvolvido por todos os habitantes do planeta pelo meio ambiente, vimos muitas explicações sobre essa possibilidade de melhora do clima e da sustentabilidade, onde podemos conviver com o planeta em harmonia. Como o ser humano está inserido dentro do planeta e esse planeta

retorna a agressividade recebida pelo homem, podemos ver que a mudança deve ocorrer dentro do ser humano, assim poderemos viver em harmonia e usufruir dos recursos que o meio ambiente nos fornece.

Segundo Cianciarullo (2002),

A existência de uma diversidade de contextos ambientais, principalmente num país da extensão do Brasil, pressupõe diferentes necessidades e modos de relacionamento entre os seres humanos e entre estes e a natureza. Interessa, nesse momento, encontrar os valores comuns que permitam a convergência das várias abordagens interdisciplinares.

A enfermagem tem agora uma Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004 (BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária) que regula toda a forma de acondicionamento, disposição, armazenamento, transporte dos resíduos gerados pelas unidades hospitalares e semelhantes, pois até pouco tempo atrás agredíamos o meio ambiente sem levar em conta o risco que se isso proporcionava, provocando até outras patologias, mas hoje com a nova resolução referente ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, sua regulamentação, todo o tramite que esse resíduo necessita receber para minimizar ou excluir a possibilidade de contaminação do meio ambiente.

### 2.2.1. Localização

A localização de uma unidade de emergência é importante, pois depende da diminuição das distancias entre o local dos fatos ou dos agravos até o local de atendimento, pois em situações como a parada cardiorrespiratória onde minutos são importantes e de vital importância ao atendimento.

### 2.2.2. Equipe, Material e Equipamento

No atendimento a vítima, a equipe de saúde deve equilibrar o sofrimento, as técnicas e realizar-los com humanização buscando o equilíbrio profissional e ético. SANTOS (2007, p. 20).

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CRM) apud CALIL (2007),

Delibera que no serviço de pronto-socorro deverá constar na equipe médica, em regime de plantão no local, no mínimo os profissionais das seguintes áreas: anesthesiologista, clínica médica, pediatria, cirurgia geral e ortopedia.

A sala de atendimento de emergência deverá obrigatoriamente estar equipada com: material para reanimação e manutenção cardiorrespiratória, material para aspiração e oxigenação, e material para procedimentos de emergência. Com recursos técnicos mínimos disponíveis, em funcionamento ininterrupto deverão ser: radiologia, laboratório de análises clínicas, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva, unidade transfusional, farmácia básica para emergência e unidade de transporte equipado.

Pela característica do atendimento de emergência, da equipe médica e de enfermagem disponível, do equipamento necessário e do suporte que os hospitais de referências representam nessa busca pela redução dos níveis de morbimortalidade, podemos observar que todos esses fatores juntos contribuem para o nível de atendimento, sendo assim, qualquer fator em desacordo com a necessidade pode provocar sensíveis acréscimos nos índices de morbimortalidade. Podemos concluir que a necessidade de uma unidade de urgência e emergência em ter o perfil do atendimento que realiza é grande, somente assim podemos ter a visão real das suas necessidades e com base nessa visão real proporcionar mudanças que possam atender a necessidade da população. SILVA, (2008, p. 2643- 2652)

A enfermagem tem papel importante no atendimento das necessidades da população e proporcionar uma assistência sem riscos ou danos, sendo aliado nessa busca contínua por assistência dessa população nas suas necessidades.

O código de ética dos profissionais de enfermagem leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em Enfermagem da população, os interesses do profissional e da sua organização, [...] aliados aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda população. MURTA (2008 p.178).

### Segundo a Lei 7.498 de 1986

Normatiza em âmbito nacional a obrigatoriedade de haver enfermeiro [...] durante todo o período de funcionamento da instituição de saúde. Compete privativamente ao enfermeiro dirigir, coordenar, planejar, prescrever, delegar, supervisionar e avaliar as ações de enfermagem de acordo com o nível de dependência das vítimas. BRASIL, Lei 7.498/86.

### 2.2.3. Unidade de referência para estudo acadêmico

As unidades de emergência que atendem a população têm como fator principal o atendimento aos pacientes graves, e tem como princípio a utilização para estudo acadêmico, com o fornecimento de estágio para a capacitação profissional dos acadêmicos dos profissionais da saúde.

#### 2.2.4. Problemas no atendimento

Muitos são os fatores que contribuem para a qualidade do atendimento a saúde, caracterizando uma situação caótica em que se encontra o serviço de emergência nos dias de hoje, como a superlotação, filas de espera, atendimento desumanizado, a lentidão do atendimento, aumento dos acidentes por causas externas, doença crônico-degenerativa, envelhecimento da população, dificuldade da assistência médica preventiva. Outro fator que aumenta o nível de estresse no ambiente do pronto-socorro é a dificuldade de leito vago nas UTI de referência.

Outro fator importante está relacionado à prestação de primeiros socorros durante o atendimento pré-hospitalar, no transporte rápido e eficiente, e no atendimento eficaz dentro da unidade de pronto-socorro, onde resultados melhores podem ser alcançados na sobrevivência desses pacientes.

Esses fatores listados e muitos outros ainda não listados formam uma gama grande de dificuldades para que a unidade de emergência tenha um atendimento compatível com a demanda e privilegiando a humanização desse atendimento. CALIL (2007. p. 15-35)

#### 2.2.5. Possibilidade de melhora

A melhora do sistema de atendimento de urgência e emergência em pronto-socorro é um fator importante, mas tem muitas variáveis que podem melhorar ou piorar conforme o grau de perícia da equipe de atendimento.

No atendimento pré-hospitalar podemos ressaltar que as cidades que dispõem do Serviço Atendimento Móvel de Urgência – (SAMU) tem mais condições de realizar um serviço de melhor qualidade, pois tem enfermeiro e médico na equipe, do que das cidades que ainda não dispõem desse serviço,



podendo contar somente com o serviço de Resgate que dispõem somente do serviço de técnico de resgate.

No serviço de urgência e emergência dentro de um pronto-socorro, podemos destacar a qualidade da equipe de atendimento, dos equipamentos disponíveis, dos materiais e da disponibilidade de vaga na UTI quando se faz necessário.

Um fator importante na qualidade do serviço de um pronto-socorro está vinculado na superlotação da unidade de atendimento, que muitas vezes se apresenta com pacientes que são passíveis de atendimento em outra unidade básica de saúde, pois são pacientes ambulatoriais e dificultam ainda mais o atendimento dos que necessitam dos serviços especializados desta unidade. CALIL. (2007. p. 25-35).

### 2.3. AGRAVOS

Os agravos de saúde que acometem a população são variados e provocam na sociedade um grande custo, desde um dia de serviço perdido, a incapacitação parcial ou total ao trabalho e até a morte desse indivíduo.

As doenças crônicas, agudas e acidentes têm aumentado a cada ano, levando muitos indivíduos a graves acometimentos.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu como *causa básica* como: Doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou circunstância do acidente ou violência que produziram a lesão fatal. (grifo nosso). ESCOLA POLITÉCNICA (2000, p.41).

Como todo acidente ou agravo de saúde tem um fator predisponente que desencadeou a fatalidade, mas muitas dessas causas são de fonte externa ou acidental (queimadura, afogamento, traumatismo, trânsito, queda, esportivo e violência (homicídio e suicídio), mas não podemos esquecer que fatores predisponentes podem desencadear até uma fatalidade. MEDRONHO (2004, p.107 - 120)

Ao longo de décadas, as causas de morte deixaram de ser por doenças infecciosas e parasitárias e passaram em decorrência do avanço tecnológico a ser doenças crônico-degenerativas,

destacando-se as doenças do aparelho circulatório nos adultos e nos jovens e adultos do sexo masculino, podemos destacar as doenças externa (acidentes e violências). MEDRONHO (2004, p.107 - 120)

### 2.3.1. Doenças Crônicas

As doenças que tem características de se arrastarem por muitos anos ou pelo resto da vida do paciente acometido são designadas crônicas, em muitos casos os pacientes mantêm uma capacidade laboral, e em outros casos ficam acamados e sem capacidade de labor. Por não colocarem em risco a vida de paciente num curto prazo, e por não configurarem emergência médicas, mas podem apresentar um comprometimento grande nos sistemas orgânicos que se instalam. CALIL (2007. p.1-13)

#### 2.3.1.1. Doenças do Aparelho Circulatório (cardiopatias e HAS)

Segundo o Ministério da Saúde apud CALIL, “as doenças do aparelho circulatório são as que provocam óbito no país e que chegaram em 2004 em 280.000, sendo o dobro da segunda maior incidência de óbito no mesmo ano”.

As doenças cardíacas e hipertensivas têm uma grande parcela nos atendimentos de um pronto-socorro, pois a capacidade que essas doenças têm em aumentar gravidade dos agravos com o passar dos tempos.

As doenças do aparelho circulatório em muitos casos é a doença básica de muitas outras doenças principalmente as agudas. Podemos citar Acidente Vascular Cerebral - AVC, Infarto Agudo do Miocárdio - IAM, Parada Cardiorrespiratória - PCR. MONTEIRO (2008 p. 269 – 273)

#### 2.3.1.2. Doenças Pulmonares

Conforme CALIL (2007) relata que muitas dessas doenças crônicas a pessoa que a adquire pode manter uma condição razoável de vida, mas com o passar do tempo essas doenças crônicas podem comprometer seriamente o sistema orgânico podendo colocar a vida do paciente em risco de forma grave ou aguda.

No início as doenças pulmonares podem provocar comprometimento da normalidade da vida do paciente, mas permiti dentro de algumas restrições a manutenção das atividades diárias e de labor, com o envelhecimento do paciente e o aumento do comprometimento dos pulmões e das vias aéreas, ocorre o aumento da dificuldade na manutenção da normalidade das atividades diárias e do labor. Nas situações de crises respiratórias e no esforço nas atividades diárias podem comprometer a capacidade de respiração e disparar uma situação que necessita de intervenção médica de forma imediata numa unidade de urgência e emergência. Diversas situações o paciente pode necessitar de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pela dificuldade na manutenção da respiração natural e fazendo uso de equipamentos para dar suporte para a manutenção da respiração e proporcionando condições de recuperação e na condição de voltar às atividades diárias.

#### 2.3.1.3. Neoplásicas,

Nas doenças neoplásicas, como tem início de forma lenta e gradual, em muitas situações o paciente não tem conhecimento da patologia que o seu corpo esta suportando, depois do aparecimento dos primeiros sinais e sintomas da patologia, normalmente tem início o tratamento que pode ser cirúrgico ou sistêmico. Muitos casos necessitam de tratamento quimioterápico e radioterápico, podendo comprometer as atividades diárias do paciente. Quando a patologia atinge níveis de comprometimento dos sistemas orgânicos atingidos pela doença e dependendo da importância que esse sistema exerce dentro da manutenção das funções vitais do organismo, pode ser necessária uma intervenção médica de forma urgente a fim de minimizar a dor ou na aplicação de um tratamento paliativo, em muitas situações esse tratamento é iniciado dentro de uma unidade de emergência. CALIL (2007. p.1-13).

#### 2.3.1.4. Diabéticas e Crônico-degenerativas.

As doenças endócrinas e destacando a diabetes tem uma importância grande dentro dos atendimentos de urgência e emergência por se tratar de

patologia de início lento e paulatinamente que vai comprometendo a capacidade de exercer as atividades diárias, no caso de comprometimento dos membros inferiores e na situação de amputação. O comprometimento da diabetes atinge todos os órgãos do organismo, desde os mais importantes nas funções vitais até aqueles que mesmo com a sua amputação o paciente consegue uma sobrevivência importante, no caso do amputado. Pelo comprometimento dos órgãos vitais, o diabetes tem uma incidência grande nas doenças crônicas que apresentam complicações importantes e em diversos casos podendo levar a morte do paciente acometido. CALIL (2007. p.1-13).

Nas outras doenças crônico-degenerativas, podemos citar a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), a tuberculose, hepatites e as doenças consideradas da velhice, como o Mal de Alzheimer e o Mal de Parkinson que comprometem a capacidade intelectual e de coordenação motora do indivíduo e podendo esta provocar algum acidente e comprometer esse indivíduo já debilitado.

CALIL (2007) relata que em 2003,

- As doenças neoplásicas alcançaram o segundo lugar chegando perto de 140.000 óbitos;
- As doenças de causas externas alcançaram o terceiro lugar em 2004 e foram responsáveis por 127.470 mortes, sendo 37,95% por agressões, 27,99% por acidente de transporte;
- As doenças do aparelho respiratório são a quinta causa de mortalidade em 2003, sendo aproximadamente 10% dos óbitos.
- As doenças endócrinas nutricionais e metabólicas foram a sexta causa de óbito.

Segundo a Escola Politécnica

Outra fonte de causa externa é a doenças crônicas degenerativas que atinge principalmente os jovens, e é responsável pela mortalidade em pessoas de 5 a 39 anos, mais do sexo masculino, isto se deve ao desemprego, poder aquisitivo, cultura, falta de estímulo para almejar um futuro melhor. A economia brasileira deixa muito a desejar em benefício da classe masculina que geralmente é o esteuo da família. ESCOLA POLITÉCNICA (2000, p.113)

### 2.3.2. Doenças Agudas

As doenças agudas têm o início rápido e em alguns casos uma grande gravidade, se não forem tomadas as providencias necessárias de imediato, principalmente no caso da Parada cardiorrespiratória – PCR a habilidade da

equipe de atendimento pré e hospitalar faz que a capacidade de morte deste tipo de agravo seja diminuída ou deixe de existir.

Muitas doenças agudas têm com doença de base as doenças do aparelho circulatório e endócrino, As doenças crônicas se não forem bem acompanhadas pelos profissionais da saúde nas unidades básicas proporcionam um aumento importante no risco de morte desses pacientes. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. (2006, 223 – 232).

#### 2.3.2.1. Infarto Agudo do Miocárdio – IAM

O infarto é uma lesão tecidual isquêmica de forma irreversível que atinge o coração podendo comprometer a sua capacidade funcional do mesmo e podendo levar a óbito o paciente atingido por essa patologia. Esse comprometimento ocorre pela dificuldade de proporcional suprimento de sangue na quantidade necessária ao músculo cardíaco e colocando suas células em situação de morte por diminuição da perfusão sanguínea ao órgão.

Normalmente essa situação ocorre de forma aguda necessitando de intervenção médica na manutenção do suprimento de sangue aos outros órgãos. Essa patologia pode colocar a vida da pessoa em situação de morte iminente que pode ser evitada por massagens cardíacas, fornecendo suprimento de sangue aos órgãos vitais, massagens essa devem ser realizadas por pessoal treinado e com suporte básico para a vida, manobras essas realizadas de forma eficaz pelas equipes de resgates que o Corpo de Bombeiros espalhados pelo Brasil dispõe. Outro fator importante é a continuidade desse procedimento dentro de uma unidade de urgência de emergência de um Pronto Socorro.

A eficácia desse atendimento somente é atingida com o contínuo treinamento das equipes de Atendimento Pré Hospitalar (APH) ou bombeiros e pelas equipes de saúde dos Prontos Socorros. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. (2006, p. 223 – 232).

### 2.3.2.2. Acidente Vascular Cerebral – AVC

Por ser uma patologia que atinge o cérebro e pela sua vital importância todo e qualquer tipo de agravo nesse órgão pode colocar a vida do paciente em risco de morte eminente, muitas vezes no AVC ocorre a necessidade do exame tomografia craniana que mostra ao médico quais áreas foram atingidas e a extensão do comprometimento que o cérebro foi atingido.

O AVC pode ser de dois tipos, o Isquêmico (I) e o Hemorrágico (H), todos de grande importância no tratamento dessa patologia. O AVC I pode ocorrer em decorrência do envelhecimento da pessoa, e sem condições de previsibilidade de quando pode ocorrer, podendo ser desencadeado pelo comprometimento físico geral do paciente e seu tratamento depois de ocorrido deve ser de rápido atendimento.

O AVC H pode ocorrer em dois tipos de acontecimento, no trauma e no descontrole na manutenção da pressão arterial em níveis satisfatório, nos dois casos o atendimento deve ser rápido e eficiente. No caso de trauma pode ser por acidente de trabalho, de veículos (moto-automobilístico), ou até por queda da própria altura. No caso de acidente de trabalho ou veicular, podem ocorrer outros traumas concomitantemente com o AVC, como trauma de face, de tórax, da coluna vertebral, abdome, e ortopédicos, que podem comprometer em muito o atendimento e colocar em risco por hemorragia seja externa ou interna que em muitas vezes ocorrem nesses tipos de traumas. CALIL (2007).

### 2.3.2.3. Parada Cardiorrespiratória – PCR

A Parada Cardiorrespiratória é uma situação de alta gravidade e de risco de morte, se o atendimento não for eficaz e estabelecido em poucos minutos. A parada cardíaca deixa todos os órgãos da pessoa sem a devida circulação sanguínea, colocando órgãos vitais como cérebro, pulmões e coração em situação de morte eminente, e assim sem condições de reanimação e colocando em risco de morte esse paciente.

Pela urgência do atendimento dos pacientes com esse tipo de agravo, a equipe de APH ou bombeiros tem fator importante na manutenção artificial da

respiração e na massagem cardíaca, dando condições de continuidade desse atendimento dentro da unidade de pronto socorro. Sendo o atendimento de extra-hospitalar eficiente, possibilita a recuperação desse paciente. Como a perda da eficiência no atendimento extra-hospitalar as chances de recuperação desse paciente fica comprometida e possibilitando a condição de morte.

Mas se o atendimento realizado pela equipe de pronto socorro não for eficiente coloca em situação de morte.

Então podemos concluir que o atendimento eficiente seja extra-hospitalar ou intra-hospitalar tem fator importante na recuperação do paciente com PCR, pois qualquer minuto é importante nesse atendimento e a eficiência somente é adquirida com treinamento direcionado a esse tipo de patologia e a diminuição dos tempos de atendimento no restabelecimento da frequência cardíaca e respiratória.

Outro fator importante desse tipo de atendimento é na continuidade deste pela Unidade de Terapia Intensiva UTI, que mantém as condições ideais de respiração e frequência cardíaca. Quando a necessidade de vaga ocorre e a UTI não tem condições de liberar a vaga para esse paciente sua recuperação pode se comprometer, colocando a vida deste em risco. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. (2006, p. 223 – 232).

### 2.3.3. Causas Externas

Causas externas é todo acontecimento que podem acometer um indivíduo provocando um agravo à saúde e que tem como fonte uma causa externa ao corpo do indivíduo acometido. Essas causas são muitas desde uma simples queda da própria altura até acidente que podem levar o indivíduo a morte ou na sua incapacitação.

Segundo Martins, Christine B de Goddy (2005)

Nos últimos anos, os acidentes e violências (causas externas de morbimortalidade) são um importante problema de saúde pública e com destaque nas estatísticas de saúde na maioria dos países. [...] Nesse contexto, estudar as causas e circunstâncias desses agravos na população torna-se essencial, a fim de possibilitar a elaboração de um diagnóstico que contribua para a implementação, execução e avaliação de estratégias de controle e prevenção.

Segundo Cecchetti (2008) - “A Organização Mundial da Saúde (OMS), estima que 55 milhões de traumatismo oculares”, somente um dos tipos de traumas que acometem a população. Segundo este estudo, verificou-se que muitos traumas acontecem pela dificuldade no uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e acometendo mais os homens pela quantidade da mão de obra masculina na indústria e construção civil, onde uma boa parcela deste tipo de acidente ou trauma acontece.

Segundo Macedo (2008) - A “Organização Mundial da Saúde, os traumas estão entre as principais causas de morte e morbidade no mundo. A cada dia, 16.000 pessoas morrem em decorrência de trauma”.

A causa externa tem uma grande importância nos atendimentos das unidades de urgência e emergência, são caracterizados por agressões, acidentes de transporte, quedas e outros acidentes na indústria, comércio e doméstico e na sua grande parte poderiam ser evitadas. Como acidente tem sempre um fator causador e em muitas vezes é o desrespeito a lei, a negligência, a imperícia e a imprudência, que são fatores de atenção ao cotidiano, e em muitas situações esses acontecimentos deixariam de existir e também o uso de proteção individual, quando necessário, que protege contra possíveis acidentes ou são capazes de mitigar esses acontecimentos. CALIL (2007. p. 1-13).

Podemos salientar que no Brasil existe a Política Nacional de Acidentes e Violências desde 2001, que foi estruturada pela Secretaria de Vigilância em Saúde a Rede Nacional de Prevenção de Acidentes e Violências. Aprovada em 2005 a criação da Agência Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violência. Após a operacionalidade desses órgãos foi sugerido à utilização do uso de capacetes pelo motociclista de forma obrigatória, o uso de cinto de segurança em veículos automotores, também de forma obrigatória, e a aplicação de pesadas multas aos infratores. A mais nova sugestão desses órgãos foi à diminuição dos índices do uso de bebidas alcoólicas ao volante, dando a comunidade condições de se manter dentro desse limite e favorecendo a diminuição dos acidentes, e sendo amplamente esclarecido pelos órgãos de imprensa e de televisão. BRASIL. Site do Ministério da Saúde (2009).



Podemos ver que as mudanças quando vem de encontro à vontade da sociedade apresentam uma maior adesão e em outros casos somente tem aplicabilidade se vir com pesadas multas aos infratores.

#### 2.3.3.1. Acidentes

Acidente é tudo aquilo que acontece involuntariamente e sem condições de previsibilidade, e quando acontecem involuntariamente, mas são previsíveis, podem se classificados como: imprudência, imperícia ou negligência, fator provocador da ação que poderia ser evitada com o uso das devidas precauções.

Como a maiorias dos atendimentos em unidades de Urgência e Emergências nos dias de hoje estão voltadas para acidente na sua grande maioria automotor, seja automóvel, motocicleta, caminhão ou ônibus, vimos que na sua totalidade as pessoas é que são as vítimas e sofrem por essa agressão recebida, em alguns casos sucumbindo com a sua própria vida.

Os acidentes hoje são considerados caso de saúde pública e deveriam receber um atendimento especial para a sua diminuição. Não podemos esquecer que a chamada popularmente de “lei seca para os motoristas” diminuiu em muito os índices de acidente e mortes no país como um todo. Mas muito acidente ainda continua a acontecer a todo minuto nas cidades brasileiras, em virtude de desobediências das leis de transito. MARTINS Christine. (2008, p. 1983 – 1990).

Sabemos que os atendimentos não se resumem a acidentes automotores, mas muitos outros participam na utilização deste tipo de atendimento, outro fator importante são as causadas por acidentes vasculares e acidentes desportivos ou das atividades diárias.

Outra causa que provoca atendimento nessas unidades é a doenças crônicas seja degenerativa ou não, podemos citar as provocadas por drogas ilícitas e lícitas (tabaco, álcool, medicamentos e outros), e por doenças que as deficiências no tratamento de água e o esgoto deveriam receber.

Vimos uma infinidade de fatores que podem e geram atendimentos em uma unidade de Pronto Socorro, fatores em muitos casos previsíveis e assim poderia orientar a população para as causas e possíveis tratamentos, com a

efetivação da ação das políticas públicas de saneamento básico, melhoria do trânsito e orientação da população desde a infância para procedimentos que diminuam os riscos ou que evitem esses riscos.

Um dos fatores hoje que nos vislumbram uma melhora na qualidade de vida é o respeito desenvolvido por todos os habitantes do planeta pelo meio ambiente, vimos muitas explicações sobre essa possibilidade de melhora do clima e sustentabilidade, onde podemos conviver com o planeta em harmonia. Como o ser humano está inserido dentro do planeta e esse planeta retorna a agressividade recebida pelo homem, podemos ver que a mudança deve ocorrer dentro do ser humano, assim poderemos viver em harmonia e podendo usufruir dos recursos do meio ambiente sem trazer danos que coloquem a população em risco. ROUQUAYROL, (2003).

Segundo Cianciarullo,

A existência de uma diversidade de contextos ambientais, principalmente num país da extensão do Brasil, pressupõe diferentes necessidades e modos de relacionamento entre os seres humanos e entre estes e a natureza. Interessa, nesse momento, encontrar os valores comuns que permitam a convergência das várias abordagens interdisciplinares.

A enfermagem tem um fator importante nesse fator de meio ambiente, pois até pouco tempo atrás agredíamos esse meio ambiente sem levar em conta se isso provocava outras patologias, mas hoje com a orientação recebida e com a legislação brasileira referente ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004 (BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária) que regulamenta todo o trâmite que esse resíduo necessita receber para minimizar ou excluir a possibilidade de contaminação do meio ambiente.

#### 2.3.3.1.1. Automobilístico

Respeito as lei de trânsito, Conservação dos automóveis (falha mecânica) capacete, cinto de segurança, falar no celular, respeito a capacidade de lugares permitido no veículo, respeito a faixa de pedestre, sinal de trânsito, bebida, imperícia, negligência e imprudência. DETRAN – RJ (2007).

#### 2.3.3.1.2. Atropelamentos

Muitos acidentes acontecem pela dificuldade que motoristas e motociclista tem em respeito às leis de transito, pois muitos ainda fazem uso de bebida alcoólica e falam ao celular, coisas estas proibidas por lei.

A maior dificuldade no respeito às leis de transito são nos casos de imperícia, imprudência ou negligencia, outros casos que acontecem acidentes como o atropelamento são na deficiência tanto física como visual, e também no casos do desrespeito ao idoso e a criança. DETRAN – RJ (2007).

#### 2.3.3.1.3. Acidentes de Trabalho

Muitos acidentes de trabalho têm a característica de trauma e outros agravos decorrentes da deficiência pela falta no uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), pois existe uma grande dificuldade de adesão no uso pelos trabalhadores seja da indústria, comércio, rural e em especial na construção civil. Pela dificuldade de aceitação pelos trabalhadores no uso do EPI que proporciona uma melhor capacidade de suportar as agressões na lida diária e diminui a possibilidade de trauma desse trabalhador. Somente com a educação desses trabalhadores teremos uma conscientização pelo uso adequado dos EPI's. BRASIL. Site do Ministério do Trabalho e Emprego (2009).

#### 2.3.3.1.4. Acidentes Domésticos

Muitos acidentes acontecem dentro do lar, podemos destacar queimaduras, quedas (muitas vezes por presença de sabão e tapetes no piso), cortes (facas e vidros), esmagamento (em portas e janelas), ingestão de produtos de limpeza (por crianças e idosos), e sempre sendo uma negligência do indivíduo nas práticas do lar. Podemos evitar esses acidentes com a divulgação de pequenos esclarecimentos sobre armazenamento de produtos longe do alcance de crianças, observarem ao manipular portas e janelas se não tem uma criança perto, e evitar que tapetes e sabão promovam quedas, observar panela ao fogo com óleos e água para evitar que aconteça acidente. BRASIL. Site do Ministério da Saúde (2009).

#### 2.3.3.2. Agressões

Podem ser gerada pelo abuso do álcool, por discussões tanto familiares, como entre pessoas que muitas vezes nem se conhecem como briga em campo de futebol, bares e similares, existe ainda agressões verbais que às vezes fere mais que uma agressão física. Lei 11.340/2006. (lei Maria da Penha)

#### 2.3.3.3. Suicidas

Pode ocorrer em situações de dificuldades financeiras, por problemas de saúde (psicológicos e doenças terminais), distúrbios emocionais, por excesso de ingestão de bebidas alcoólicas, até por problemas afetivos. PM Curitiba, PR (2002).

#### 2.3.3.4. Outros traumas

Muitos traumas acontecem por dificuldade pela idade, no esporte, e até no caminhar pelas ruas.

A idade pode contribuir muito para quedas:

- A visão e a audição comprometida;
- Dificuldade na deambulação;

Outros traumas que acometem adultos e crianças.

- As calçadas com seus pisos irregulares;
- Desrespeitos as leis do transito;
- Violência doméstica e no esporte;
- Abuso de medicações que podem provocar distúrbios emocionais e psíquicos. Lei 8096 (1990), Lei 10741 (2003) e Lei 11340 (2006).

## 2.4. INDICADORES

Os indicadores são ferramentas de avaliação que a Epidemiologia fornece para o dimensionamento das necessidades e das vitórias conseguidas diante dos agravos que afligem a população.

Os indicadores que deve ser utilizado é alguns dos disponíveis pela epidemiologia, desses utilizaremos neste estudo, o Indicador de Mortalidade com o uso do coeficiente de mortalidade total e o coeficiente de mortalidade por causas, que são levantados nas anotações realizadas pela equipe de atendimento da unidade, e verificando o índice em comparação ao número de atendimentos realizados na unidade e pelo número total da população.

Utilizando também o Indicador de Morbidade com o uso do coeficiente de morbidade das patologias, grupo de patologias que atingem a população.

Podemos destacar que o uso da epidemiologia nesse trabalho será no diagnóstico da situação de saúde na forma descritiva, com o uso dos indicadores podemos concluir a forma que a unidade vem atingindo seu objetivo e dando subsídios para que as possíveis correções possam ser executadas e assim melhorando o atendimento da unidade, com a melhora da satisfação da coletividade. MEDRONHO (2004).

### 2.4.1. MORTALIDADE

Todo e qualquer óbito seja de causa conhecida ou ignorada que atinge uma pessoa.

A mortalidade é geralmente utilizada na epidemiologia para avaliar o estado sanitário da população estudada

Uma fonte de dados confiável é o “*atestado de óbito*”, que faz parte do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, sendo a principal fonte de dados sobre a mortalidade oficial onde encontra várias informações importantes, mas o mais relevante de todos é a causa morte ou causa básica. (grifo nosso).

Segundo CALIL, (2007)

Conhecer o perfil da morbimortalidade possibilita definir em bases concretas as ações que devem ser prioritárias a fim de contemplar a prevenção e a assistência aos doentes e permitir avaliar as ações

implementadas que podem ter impacto sobre as doenças e as causas de morte.

A apuração do coeficiente de mortalidade tem como base os valores colhidos nas FAA (Ficha de Atendimento Ambulatorial) realizado pela unidade no período em estudo, dados esses anotados pela equipe de saúde da unidade, e levantados de forma geral e específica pela causa morte, como: Causas Externas, Causas por Acidente Vascular e Causas Outras (onde foram incluídas as outras causas que não pertenciam aos grupos anteriores).

Foram utilizados também os dados do SIM para o município de Assis, que forneceu dados gerais do município e não somente restrito a unidade de Pronto Socorro.

#### 2.4.2. MORBIDADE

A morbidade é todo e qualquer agravo que atinja uma pessoa e produza uma condição de risco de morte ou uma patologia.

Usado geralmente para estabelecer parâmetros sanitários e das patologias que mais atinge a população estudada, para que ações sejam operacionalizadas e mitiguem ou acabem com o risco que a população ficou exposta.

Tem um fator importante no sistema de vigilância seja epidemiológica ou sanitária, pois desses dados estudados levantar-se-ão soluções para ser implementadas e verificar sua eficácia. Sendo eficaz, as soluções serão compartilhadas com outros povos e assim desencadeando uma condição de saúde mais eficaz e salutar a todos as populações, e se não eficaz devem ser corrigidas e novamente verificar sua eficácia.

O indicador usado, morbidade, caracteriza a eficiência que a unidade estudada está produzindo. Características estas levantadas com o uso do coeficiente de morbidade total e morbidade por causa específica, que nos mostra a forma que a unidade está realizando seus procedimentos e como encaminha os clientes conforme a sua necessidade. CALIL (2007).

### 3. RESULTADO E DISCUSSÃO

#### 3.1. Cidade de Assis

Pelos dados que o IBGE de 2000 apresenta a cidade de Assis como sendo a 137<sup>o</sup> no ranking do Índice de Desenvolvimento Urbano, IDH e deixando 5370 cidades brasileiras com valores abaixo dos alcançados pela cidade de Assis, SP.

No período 1991-2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Assis cresceu 7,11%, passando de 0,774 em 1991 para 0,829 em 2000. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a Longevidade, com 41,0%, seguida pela Educação, com 31,3% e pela Renda, com 27,7%. Neste período, o hiato de desenvolvimento humano (a distância entre o IDH do município e o limite máximo do IDH, ou seja, 1 - IDH) foi reduzido em 24,3%.

Se mantivesse esta taxa de crescimento do IDH-M, o município levaria 13,0 anos para alcançar São Caetano do Sul (SP), o município com o melhor IDH-M do Brasil (0,919). IBGE (2001).

<b>Estrutura Etária, 1991 e 2000</b>		
	1991	2000
<b>Menos de 15 anos</b>	21.905	20.855
<b>15 a 64 anos</b>	48.767	59.279
<b>65 anos e mais</b>	4.970	7.117
<b>Razão de Dependência</b>	55,1%	47,2%

<b>Dados Populacionais do município de Assis, SP no período de 2007</b>		
<b>Cidade</b>	<b>População</b>	<b>Ano</b>
<b>Assis</b>	92.965	2007

Fonte: CGIP/DAD/SE/MS. Elaborado com informações das Secretarias Estaduais de Saúde, do Apoio Integrado, e DATASUS

### Morbidade Hospitalar do SUS, por local de residência

**Taxa Mortalidade do Município: Assis no período: Ago/2009:**

Código Município	Município	Taxa de Mortalidade
350400	Assis	3,30

SIM – 2009

### Mortalidade no município de Assis

(todas as unidades hospitalares, sem distinção da origem).

#### Total de Mortes no município de Assis

Ano	Mortes
2007	936

SIM – 2009

### Mortalidade no município de Assis, por residência no Município.

(todas as unidades hospitalares, residentes no município de Assis).

#### Total de Mortes no município de Assis

Ano	Mortes
2007	713

SIM – 2009

### Morbidade no município de Assis nos meses de Janeiro a Abril de 2009

(todas as unidades hospitalares).

#### Total das Internações no município de Assis

Mês	Internações
Janeiro	518
Fevereiro	511
Março	575
Abril	504

SIM – 2009

## 3.2. Pronto Socorro

Conforme a solicitação realizada ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Regional de Assis e devidamente autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e pela Secretária Municipal da Saúde, a unidade de escolha para a pesquisa foi o Pronto Socorro Municipal de Assis – PSMA, situada no centro da cidade, anexo à unidade do Hospital Regional de Assis, sendo administrada pela municipalidade de Assis, através da Secretaria Municipal de Saúde.

Após as devidas autorizações iniciou-se o levantamento dos dados das Fichas de Atendimento Ambulatorial – FAA do período de 01 de Janeiro a 31



de Abril de 2009, levantamento este com início em Março de 2009 e término em Junho de 2009, realizado nos dias de folgas e em horários que a unidade nos forneceu em comum acordo. Ao término do levantamento de dados foi comunicado a Secretaria Municipal de Saúde a finalização da coleta de dados e agradecemos a disposição e o empenho em nos ajudar.

A coleta de dados realizou-se no PSMA no mês de Março e os meses de Abril a Junho o levantamento se deu nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde, por solicitação da mesma. Na coleta não apresentou nenhuma forma de impedimento e transcorreu calmamente e dentro da tranqüilidade, o local que foi disponível pela secretaria, dentro das suas dependências era fechado e somente os pesquisadores tinham acesso, pois era controlado pelo fornecimento da chave pelos porteiros da secretaria.



Local disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde.

### 3.2.1. Objetivo

Objetivamos com essa caracterização do perfil epidemiológico das doenças não transmissíveis do PSMA possa de alguma maneira servir de

subsídio técnico operacional para reduzir os índices de morbimortalidade através da aplicação dos dados, com a criação de normas, rotinas e protocolos de atendimento e fomento da educação continuada dos profissionais. Outra forma de atingir esse objetivo é a orientação de motoristas e motociclistas na diminuição dos acidentes pela negligência ou imperícia que os mesmos provocam.

### 3.2.2. Localização

O Pronto Socorro de Assis está localizado em anexo ao Hospital Regional de Assis - HRA, numa área central da cidade e com ruas de acesso com condições de tráfego tanto para os atendimentos de origem dentro do município, seja dentro ou fora da área do perímetro urbano, ou de origem em outro município ou mesmo nas rodovias que cortam o município.

### 3.2.3. Material

O material de uso diário utilizado na unidade é disponibilizado pelo Hospital Regional de Assis e recebe a quantidade suficiente para o atendimento da demanda.

### 3.2.4. Equipamento

Os equipamentos utilizados no atendimento são de propriedade do município e do estado, utilizados por força de acordo entre as partes. Atendendo as necessidades que a demanda do atendimento apresenta.

### 3.2.5. Unidade de referência para estudo acadêmico

O Pronto Socorro Municipal de Assis - PSMA não está fora dessa realidade e também é destinado a programa de ensino recebendo todas as categorias profissionais de saúde que realizam seus estágios curriculares na unidade, inclusive sendo suporte de estágio para os alunos de enfermagem da FEMA, podendo ocasionar um aumento das repercussões negativas

relacionadas à possibilidade do risco de erro. MARTINS, Hellon Saraiva (2008 apresentações).

### 3.3. INDICADORES

Os indicadores de mortalidade e morbidade são importantes na determinação da qualidade do atendimento realizado pela unidade. O levantamento foi realizado de forma sistemática.

O levantamento dos dados referentes aos agravos que atingem a população foi analisado separadamente, os valores referentes a cada agravo pelo procedimento a que foi submetido os clientes tratados na unidade, tipos de encaminhamentos para outras unidades e realização de medicação na unidade e a manutenção em observação daqueles que necessitaram deste tipo de tratamento. Foram analisados como:

- Paciente ambulatorial (os que receberam medicação e foram liberados após a melhora);
- Observação (aqueles que foram submetidos à observação na unidade e após melhora foram liberados);
- Emergência e Semi-Intensiva (aqueles que foram levados a sala de emergência pela sua gravidade e aqueles que ficaram em tratamento na sala de tratamento Semi Intensivos para o recebimento de um tratamento diferenciado pela sua gravidade que apresentam e para esperarem a liberação da internação na unidade hospitalar de suporte);
- Unidades que os pacientes foram encaminhados para a continuação do tratamento em outros locais como:
  - Clínica Médica (pacientes clínicos);
  - Clínica Cirúrgica (pacientes com suspeitas cirúrgicas e com possibilidade de cirurgia eletiva);
  - UTI (pacientes com risco de morte ou com dependência de equipamentos de suporte de vida);
  - Centro Cirúrgico (pacientes com urgência de procedimentos cirúrgicos);

- o Ortopedia e outros (pacientes que necessitavam de avaliação da ortopedia e possivelmente passaram por tratamento com aparelho gessado ou cirúrgico).

### 3.3.1. Sexo

Quanto ao sexo podemos avaliar que apresentou uma paridade grande de atendimentos masculinos e femininos conforme tabela abaixo.

<b>Totalização por Sexo</b>					
<b>Mês</b>	<b>Janeiro</b>	<b>Fevereiro</b>	<b>Março</b>	<b>Abril</b>	<b>Total</b>
<b>Masculino</b>	2518	2497	2733	2669	10417
<b>Feminino</b>	2521	2569	2799	2643	10532
<b>Diferença</b>	3	73	66	- 26	116
<b>A favor do feminino</b>					
<b>Total</b>	5039	5066	5532	5312	20949

#### Masculino e Feminino

A diferença entre atendimentos entre masculino e feminino foi pequena durante os meses analisados e com pequena diferença entre os meses, mantendo uma estabilidade. Apresentaram uma diferença de 0,55% no período de Janeiro a Abril de 2009.

### 3.3.2. Classificação em faixa etária

Foi utilizada a classificação em faixa etária para facilitar o levantamento de dados e a confecção das tabelas e dos gráficos para a análise.

O Sistema Único de Saúde utiliza essa classificação em faixa etária, conforme o site do Ministério da Saúde. BRASIL. Ministério da Saúde. (2009).

<b>Classificação por Faixa Etária</b>			
<b>Faixa</b>	<b>Idade inicial</b>	<b>Idade Final (incluso)</b>	<b>Grupo</b>
<b>50</b>	Recém Nascido	1 ano	Infantil
<b>51</b>	1 ano	2 anos	Infantil
<b>52</b>	2 anos	3 anos	Infantil
<b>53</b>	3 anos	4 anos	Infantil
<b>54</b>	4 anos	5 anos	Infantil
<b>55</b>	5 anos	6 anos	Infantil
<b>60</b>	6 anos	12 anos	Infantil
<b>61</b>	12 anos	15 anos	Adolescente
<b>62</b>	15 anos	21 anos	Adolescente / Adulto
<b>63</b>	21 anos	25 anos	Adulto
<b>64</b>	25 anos	30 anos	Adulto
<b>65</b>	30 anos	35 anos	Adulto
<b>66</b>	35 anos	40 anos	Adulto
<b>67</b>	40 anos	45 anos	Adulto
<b>68</b>	45 anos	50 anos	Adulto
<b>69</b>	50 anos	55 anos	Adulto
<b>70</b>	55 anos	60 anos	Adulto
<b>71</b>	60 anos	65 anos	Adulto
<b>72</b>	65 anos acima		Idoso

### 3.3.3. Classificação por sexo e por faixa etária.

#### Totalização por sexo Masculino

Faixa	Jan	%	Fev	%	Mar	%	Abr	%	Total
50	54	2,14	56	2,24	65	2,38	96	3,60	271
51	68	2,70	51	2,04	69	2,52	81	3,03	269
52	50	1,99	45	1,80	52	1,90	60	2,25	207
53	48	1,91	30	1,20	39	1,43	36	1,35	153
54	43	1,71	27	1,08	25	0,91	37	1,39	132
55	46	1,83	14	0,56	35	1,28	32	1,20	127
60	139	5,52	159	6,37	179	6,55	161	6,03	638
61	101	4,01	137	5,49	97	3,55	90	3,37	425
62	202	8,02	190	7,61	246	9,00	250	9,37	888
63	196	7,78	194	7,77	214	7,83	193	7,23	797
64	191	7,59	193	7,73	244	8,93	290	10,87	918
65	199	7,90	178	7,13	210	7,68	196	7,34	783
66	164	6,51	162	6,49	208	7,61	180	6,74	714
67	182	7,23	160	6,41	183	6,70	169	6,33	694
68	144	5,72	152	6,09	173	6,33	165	6,18	634
69	144	5,72	175	7,01	155	5,67	161	6,03	635
70	141	5,60	146	5,85	145	5,31	118	4,42	550
71	129	5,12	137	5,49	86	3,15	85	3,18	437
72	277	11,00	291	11,65	308	11,27	269	10,08	1145
<b>Total</b>	<b>2518</b>		<b>2497</b>		<b>2733</b>		<b>2669</b>		<b>10417</b>

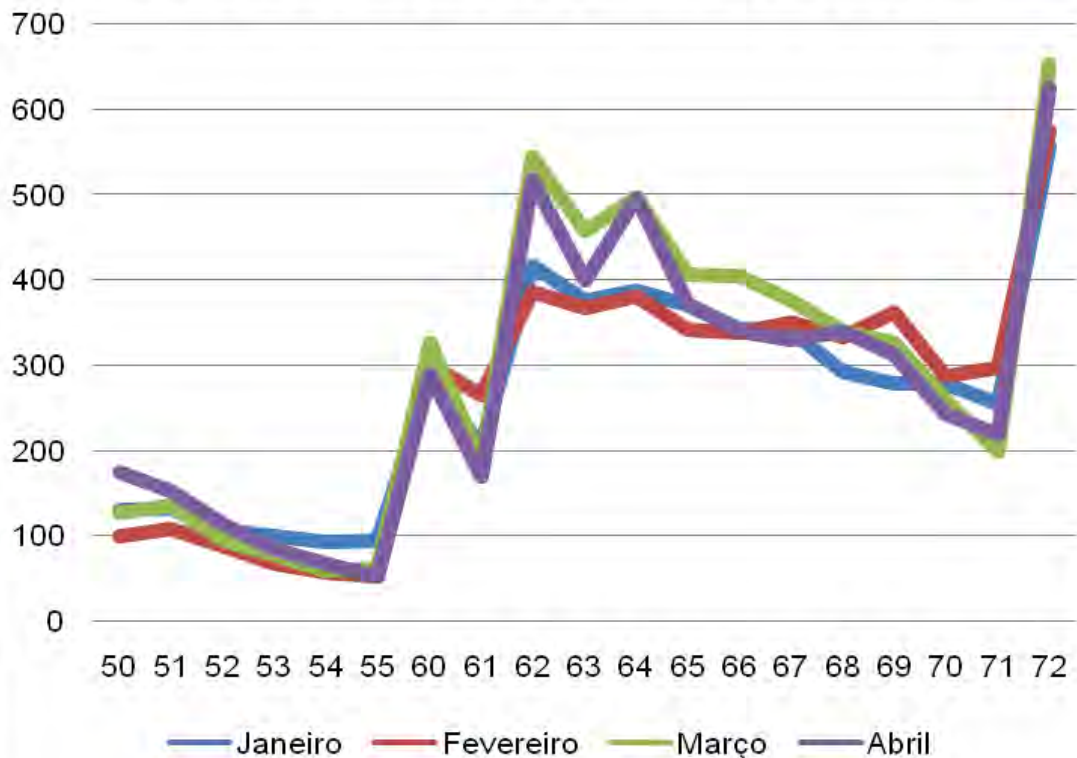
#### Totalização por sexo Feminino

Faixa	Jan	%	Fev	%	Mar	%	Abr	%	Total
50	76	3,01	44	1,71	62	2,22	79	2,99	261
51	65	2,58	58	2,26	67	2,39	72	2,72	262
52	56	2,22	42	1,63	43	1,54	55	2,08	196
53	52	2,06	38	1,48	38	1,36	50	1,89	178
54	50	1,98	30	1,17	34	1,21	32	1,21	146
55	49	1,94	38	1,48	28	1,00	21	0,79	136
60	146	5,79	143	5,57	148	5,29	128	4,84	565
61	104	4,13	129	5,02	90	3,22	80	3,03	403
62	214	8,49	196	7,63	298	10,65	267	10,10	975
63	180	7,14	174	6,77	243	8,68	208	7,87	805
64	197	7,81	189	7,36	252	9,00	207	7,83	845
65	171	6,78	164	6,38	196	7,00	177	6,70	708
66	179	7,10	177	6,89	197	7,04	161	6,09	714
67	157	6,23	191	7,43	192	6,86	161	6,09	701
68	149	5,91	181	7,05	166	5,93	176	6,66	672
69	134	5,32	187	7,28	172	6,15	153	5,79	646
70	137	5,43	142	5,53	115	4,11	126	4,77	520
71	126	5,00	161	6,27	113	4,04	134	5,07	534
72	279	11,07	285	11,09	345	12,33	356	13,47	1265
<b>Total</b>	<b>2521</b>		<b>2569</b>		<b>2799</b>		<b>2643</b>		<b>10532</b>

### Totalização dos Atendimentos entre Janeiro e Abril de 2009

Faixa	Jan	%	Fev	%	Mar	%	Abr	%	Total	%
50	130	2,58	100	1,97	127	2,30	175	3,29	532	2,54
51	133	2,64	109	2,15	136	2,46	153	2,88	531	2,53
52	106	2,10	87	1,72	95	1,72	115	2,16	403	1,92
53	100	1,98	68	1,34	77	1,39	86	1,62	331	1,58
54	93	1,85	57	1,13	59	1,07	69	1,30	278	1,33
55	95	1,89	52	1,03	63	1,14	53	1,00	263	1,26
60	285	5,66	302	5,96	327	5,91	289	5,44	1203	5,74
61	205	4,07	266	5,25	187	3,38	170	3,20	828	3,95
62	416	8,26	386	7,62	544	9,83	517	9,73	1863	8,89
63	376	7,46	368	7,26	457	8,26	401	7,55	1602	7,65
64	388	7,70	382	7,54	496	8,97	497	9,36	1763	8,42
65	370	7,34	342	6,75	406	7,34	373	7,02	1491	7,12
66	343	6,81	339	6,69	405	7,32	341	6,42	1428	6,82
67	339	6,73	351	6,93	375	6,78	330	6,21	1395	6,66
68	293	5,81	333	6,57	339	6,13	341	6,42	1306	6,23
69	278	5,52	362	7,15	327	5,91	314	5,91	1281	6,11
70	278	5,52	288	5,68	260	4,70	244	4,59	1070	5,11
71	255	5,06	298	5,88	199	3,60	219	4,12	971	4,64
72	556	11,03	576	11,37	653	11,80	625	11,77	2410	11,50
<b>Total</b>	<b>5039</b>		<b>5066</b>		<b>5532</b>		<b>5312</b>		<b>20949</b>	<b>100,0</b>

### Totalização dos Atendimentos entre Janeiro à Abril de 2009



Podemos visualizar que a faixa etária infantil (50, 51, 52, 53, 54, 55) apresenta uma pequena quantidade de atendimento em relação às outras faixas etárias, e em contra partida podemos visualizar que a faixa etária adolescente (60, 61) já apresenta um discreto aumento, pois as atividades esportivas e acidentes domésticos já são mais presentes nesta faixa etária. A faixa etária adulta (62, 63, 64, 65) apresenta um acréscimo a faixa entre 21 a 35 anos, onde os acidentes com motocicletas e automóveis já apresenta uma substancial ocorrência nesse período. Um contraste a isso é o que ocorre nas faixas etárias (66, 67, 68, 69, 70, 71) apresentam um decréscimo pela diminuição “dos rompantes da juventude”, passando as pessoas a constituir família e aceitar as responsabilidades. Já a faixa etária dos idosos (72) apresentou um grande acréscimo, pois a população brasileira tem se caracterizada nas últimas décadas como um aumento da população de idosos, impulsionados pelos avanços da ciência, saúde e pela diminuição do analfabetismo.

#### 3.3.4. MORTALIDADE

A mortalidade que se apresenta dentro da unidade é pequena tendo em vista a quantidade de atendimentos que são realizados na unidade.

No período de Janeiro a Abril de 2009, foi atendido pela unidade 20.949 pacientes neste período, apresentou 26 pessoas que foi constatado óbito por causas externas, muitas delas em acidentes veiculares, como moto e automóveis e tem um indicador de 0,12% dos atendimentos da unidade no período. Os acidentes vasculares ocorreram quase em mesma quantidade dos óbitos com causas externas, e apresenta um indicador de 0,10% dos atendimentos da unidade no período. As outras patologias que não foram separadas e classificadas apresentaram um total de 43 óbitos nos período, que representa um indicador de 0,21% dos atendimentos da unidade.

A taxa de mortalidade da unidade nesse período foi de 0,43% que representa uma quantidade inferior a documentada pela Secretária Municipal de Saúde através do Sistema de Informação de Mortalidade SIM, no período, pois os valores da do SIM representa todos os óbitos dentro do município e em



outras unidades hospitalares que existem na cidade de Assis, e Pronto Socorro tem um indicador de 92 óbitos no período e o município apresentou em 2007 a quantidade de 936 óbitos no município, sem a discriminação da origem do paciente, podendo ser morador de outro município.

<b>Totalização dos Óbitos acontecidos na unidade</b>				
<b>Mês</b>	<b>Causas Externas</b>	<b>Acidente Vascular</b>	<b>Outras Patologias</b>	<b>Total</b>
<b>Janeiro</b>	13	7	13	33
<b>Fevereiro</b>	9	10	15	34
<b>Março</b>	2	2	5	9
<b>Abril</b>	2	4	10	16
<b>Total</b>	26	23	43	92
<b>%</b>	28,26	25,00	46,74	

#### 3.3.4.1. Causas externas

No período de Janeiro a Abril de 2009, no município de Assis, ocorreram 92 óbitos, sendo 28,26% dos óbitos no período ou 26 óbitos por causas externas, dentre elas os acidentes moto/automobilísticos, acidentes de trabalho, acidentes por arma branca e de fogo.

#### 3.3.4.2. Acidentes Vasculares

No mesmo período ocorrem 23 óbitos por acidentes vasculares no pronto socorro, e dentre eles PCR, AVCI ou AVCH, IAM, ICC e outras patologias vasculares.

#### 3.3.4.3. Outras patologias

Outras patologias que não foram classificadas por não ser interesse da pesquisa e apresentaram 46,74% dos óbitos no período ou 43 óbitos, que ocorreram durante a pesquisa, sendo eles os TCE, senilidade, desidratação, desnutrição e outros.

### 3.3.5. MORBIDADE

#### 3.3.5.1. Transferências

A unidade de pronto socorro atende os pacientes em situação de emergência e urgência, após o atendimento preliminar e a estabilização do paciente, e o mesmo necessitando de encaminhamento para outra unidade para a continuidade do atendimento para que seja alcançado seu restabelecimento.

Essas solicitações de transferências para a unidade do HRA se fazem necessária a solicitação a Central e Regulação de Vagas e assim fica no aguardo para a liberação da vaga solicitada, o que em muitas situações dificulta o encaminhamento do paciente. E na Santa Casa de Assis, se faz necessário a comunicação ao médico plantonista da especialidade necessária, facilitando assim a liberação da vaga.

Verificamos que existe uma maioria de atendimentos com relação à especialidade de ortopedia, tendo em vista que foram 2555 encaminhamentos para a ortopedia de um total de 3150 encaminhamentos no geral.

Total Geral das Transferências realizadas pelo Pronto Socorro						
Mês	Clínica Médica	Clínica Cirúrgica	UTI	Centro Cirúrgico	Ortopédico	Outros
Janeiro	110	27	13	11	687	15
Fevereiro	148	22	12	5	530	14
Março	97	14	15	4	659	5
Abril	46	16	20	1	679	0
<b>Total</b>	<b>401</b>	<b>79</b>	<b>60</b>	<b>21</b>	<b>2555</b>	<b>34</b>
<b>Total Geral das Transferências</b>						<b>3150</b>

#### 3.3.5.1.1. Clínica Médica (Tratamento Médico)

Segundo os dados levantados verificamos que houve a transferência de 401 pacientes para a clínica médica, sendo esses de média e baixa complexidade e gravidade, e que representa 12,73% dos encaminhamentos que a unidade realizou no período.

#### 3.3.5.1.2. Clínica Cirúrgica (Cirúrgico Eletivo)

Os pacientes que apresentaram patologias que necessitavam de tratamento cirúrgico foram encaminhados os pacientes que apresentavam possibilidade de ser uma cirurgia eletiva, sendo 79 pacientes e representa 2,5% dos encaminhamentos da unidade no período.

#### 3.3.5.1.3. Centro Cirúrgico (Emergências Cirúrgicas)

Os pacientes que necessitavam de tratamento cirúrgico de urgência foram encaminhados diretamente ao centro cirúrgico, e sendo 21 pacientes e representa 0,66% dos encaminhamentos da unidade no período.

#### 3.3.5.1.4. Unidade de Terapia Intensiva UTI (Graves)

Os pacientes que por estarem em risco de morte ou de dependência de aparelhos para a manutenção da vida, como respirador artificial, monitorização cardíaca e de Saturação de Oxigênio, pelo seu comprometimento físico e metabólico, necessitaram de encaminhamento para a Unidade de Terapia Intensiva UTI e assim puderam ter condições de atingir a sua recuperação.

Esses pacientes foram de 60 pacientes e que representa 1,9% dos encaminhamentos no período.

#### 3.3.5.1.5. Ortopedia (Urgente e Não Urgente)

A especialização de ortopedia apresentou um grande encaminhamento de pacientes para avaliação e possivelmente a utilização de aparelho gessado ou cirurgia nos que assim necessitaram, podemos verificar que outros tipos de encaminhamento foram realizados junto ao HRA e a Santa Casa de Assis. Como a especialização de Ortopedia é somente atendida pela Santa Casa de Assis e pela quantidade de encaminhamentos existentes, coloca-nos a refletir que poderiam ser evitados, pois uma grande quantidade desses traumas é de origem nos acidentes de trânsito e a orientação dos motoristas e motociclistas para o respeito as leis de trânsito trariam um conforto a população.

Foram de 2555 pacientes encaminhados a ortopedia e que representa 81% dos encaminhamentos da unidade para todas as áreas de especialidade.

### 3.3.5.2. Atendimentos da Unidade

<b>Totalização dos Atendimentos realizados pela Unidade</b>			
<b>Mês</b>	<b>Observação</b>	<b>Emergência/Semi Intensiva</b>	<b>Paciente Ambulatorial</b>
<b>Janeiro</b>	572	128	3443
<b>Fevereiro</b>	635	131	3535
<b>Março</b>	733	124	3872
<b>Abril</b>	692	129	3713
<b>Total</b>	2632	512	14563
<b>Total dos Atendimentos da Unidade</b>			17707

Podemos verificar que o atendimento na unidade de emergência e urgência se caracteriza como atendimento ambulatorial e as internações realizadas pela unidade são pequenas diante da quantidade de atendimentos. Verificamos que existe um “gargalo” dentro do PSMA, porque as unidades de internação não estão dando o devido suporte ao PSMA. Gerando com isso tensão e facilitando a ocorrência das mais variadas formas de agressão a equipe da unidade, “gargalo” esse que deve ser analisado e obter-se dados para a sua solução.

#### 3.3.5.2.1. Paciente em observação na sala de Emergência e Semi Intensiva (Graves Esperando Transferências)

Pelos levantamentos dos dados, verificamos que dentro da sala de Emergência e da Semi Intensiva passaram 512 pacientes e que estes por algum período permaneceram dentro destes locais e após a sua estabilização deveriam ser encaminhados para as unidades de suporte e internação para dar continuidade no tratamento.

Pelos valores verificados e discutidos anteriormente nos tópicos acima, verificamos que muitos pacientes não foram encaminhados a local algum, e após esperarem a vaga para internação, obtiveram sua melhora, receberam

altas ainda dentro da própria unidade de Emergência e Semi Intensiva e foram liberados a alta para os seus lares.

Mas os funcionários sentem satisfeitos por terem contribuído para o restabelecimento do paciente e frustrados por não terem encaminhados esses pacientes as devidas unidades de hospitalização, pois liberação de vaga é uma situação de dificuldade e atrito entre a equipe médica da unidade e a central de vagas.

Dos pacientes atendidos na sala de emergência e Semi intensiva perfaz um total de 512 pacientes e representa 2,9% dos atendimentos da unidade.

#### 3.3.5.2.2. Paciente em observação e posteriormente liberados para alta hospitalar

Dos pacientes que foram medicados e permaneceram por algum tempo dentro da unidade em observação médica e após melhora, foram reavaliados e encaminhados para alta hospitalar. Desse total 2632 pacientes ficaram em observação no período estudado.

Esses pacientes representam 14,86% dos atendimentos da unidade.

#### 3.3.5.2.3. Pacientes medicados e liberados para alta hospitalar

Outro dado importante é os pacientes que deveriam ser atendimentos pelas unidades básicas de saúde, estratégia da saúde da família e também pelas unidades de pronto atendimento da cidade, por ser um volume grande de pessoas e assim gerando problemas de atrito e acúmulo de pessoas em busca de atendimento.

Por ser um problema histórico, e pelas reduzidas dimensões da unidade de emergência, essa tensão se perdura por muito tempo, dificultando o atendimento dos pacientes graves e dos pacientes que realmente necessitam de atendimento na unidade de emergência.

Estes pacientes são de 14.563 atendimentos e que representa 82,24% dos atendimentos da unidade.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

### 4.1. Dados encontrados

Podemos salientar a ocorrência de dificuldade no encaminhamento dos pacientes que necessitam da continuidade de tratamento em unidade de internação, sendo mais evidente quando das solicitações realizadas junto a Central de Regulação de Vagas. Dificultando os atendimentos da unidade, que lota o Pronto Socorro e facilita a tensão no local entre os funcionários e os pacientes e seus familiares.

Um dos problemas no atendimento está vinculado com a característica de programa de ensino para profissionais da saúde. Outro fator de importância ocorre junto aos acidentes automobilísticos, que produzem muitas vítimas e não vimos campanhas de esclarecimentos à população, aos motoristas e aos motociclistas. Campanha de esclarecimentos junto as escolas de formação de condutores seria de grande ajuda para diminuir as ocorrência de acidentes. Outro fator importante é aumento do policiamento ao transito de Assis, pois presenciamos todos os dias desrespeito as leis de transito, mas temos a dificuldade de ver o policiamento nas ruas, aplicando as multas nas infrações de transito que ocorrerem.

- Podemos concluir que há uma incidência alta de atendimentos referentes à especialidade médica de ortopedia, visto que acontecem muitos acidentes com veículos automotores.
- Outra característica levantada foi que os atendimentos aos idosos apresentaram uma proporcionalidade grande em vista do aumento da expectativa de vida dos brasileiros.
- Dos 20.949 prontuários investigados somente foi constatado 92 óbitos dentro da unidade, o que nos mostra a seriedade e a segurança que esses profissionais prestam a sociedade.

#### 4.2. Onde pode mudar

Existe um empenho tanto na esfera estadual quanto na esfera municipal para a transferência da unidade para um prédio mais adequado para o atendimento da população, pois hoje o prédio não apresenta condições de suprir as necessidades da unidade de emergência. Por ser uma dependência do HRA e que necessitou de adaptações na pequena área disponível para a sua utilização como pronto socorro e não supri a sua necessidade da população.

Realizar um estudo para a possibilidade de a ortopedia ser instalada dentro da dependência do pronto socorro.

A presença de Médico Geriatra e Pediatra na unidade por período de 24 horas.

Implantar o Programa de Acolhimento com avaliação e classificação de risco nos serviços de saúde em acordo com a Política Nacional de Humanização, onde os pacientes que necessitassem de atendimento de urgência e emergência seriam encaminhados a unidade especializada. No Pronto Socorro deve ser implantada uma equipe composta por médico, enfermeira, e técnico de enfermagem para realizarem o Programa de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco dos pacientes que utilizam a unidade, o paciente que não for classificado como urgência e emergência deve ser encaminhado a sua unidade de origem ou para ao serviço de pronto atendimento.

A presença de Assistente Social dentro da unidade pelo período de 24 horas por dia e dar suporte ou apoio as:

- Transferências para internação;
- Retorno para o lar do que recebeu alta;
- Suporte para a continuidade do tratamento nas unidades de origem;
- Orientação e acolhimento dos familiares quando do óbito do cliente.

#### 4.3. Nosso pensamento

“Vamos capacitar nos colaboradores para que tenhamos um Sistema de Saúde impar em nossa cidade, para aqueles que passarem por Assis, e necessitar de atendimento médico, vai sempre lembrar como é tratada a saúde nesse município”

Carmen Helena e Gaspar



## 5. REFERÊNCIAS

AGUIAR, Adriana Cavalcanti. (colaboradora). ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Textos de Apoio em Vigilância Epidemiológica**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 1998

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 306, de 7 De Dezembro De 2004**. Disponível em < <http://e-legis.anvisa.gov.br>>. Acessado em 08 de julho de 2009.

BRASIL. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. 2000. Disponível em <http://www.rc.unesp.br/igce/ceurb/basededados/pdf/assis.PDF>. Acessado em 22 de Outubro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde. Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Disponível em < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf> ou [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acessado em 28 de setembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**. Disponível em <<http://www.saude.gov.br> ou [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=32116&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32116&janela=1)>. Acessado em 08 de julho de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Classificação da População dos Municípios do Estado de São Paulo**. 2007. Disponível em < [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cgr\\_sp\\_dez2008.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cgr_sp_dez2008.pdf) Acessado em 28 de setembro de 2009.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Segurança e Saúde no Trabalho**. Disponível em <[http://www.mte.gov.br/seg\\_sau/default.asp](http://www.mte.gov.br/seg_sau/default.asp)>. Acessado em 08 de julho de 2009.

CALIL, Ana Maria; PARANHOS, Wana Yeda, **O Enfermeiro e as situações de emergência**. São Paulo: Atheneu, 2007.

CECCHETTI, Daniel Felipe Alves; CECCHETTI, Sheila Andrade de Paula; NARDY, Ana Carolina Tremechini; CARVALHO, Samuel Correa; RODRIGUES, Maria de Lourdes Veronese; ROCHA, Eduardo Melani. **Perfil clínico e epidemiológico das urgências oculares em pronto-socorro de referência**. 2008 Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acessado em 08 de julho de 2009.

CIANCIARULLO, Tâmara Iwanow, CORNETTA, Vitória Kedy (organizadoras). **Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio.** São Paulo, Icone, 2002

**Conselho Federal de Enfermagem. COFEN.** Disponível em < <http://www.portalcofen.gov.br/2007> > e Acessado em 26 de Outubro de 2009.

**Conselho Federal de Medicina. CFM.** Disponível em < <http://www.portalmedico.org.br/novoportal/index5.asp>> Acessado em 26 de Outubro de 2009.

DETRAN – RJ, **Renovação de CNH** - Conteúdo e Provas Simuladas, 2007, Disponível em < [http://www.ongprojetcidam.org.br/arquivos\\_upload/renovacao%20cnh%202007.pdf](http://www.ongprojetcidam.org.br/arquivos_upload/renovacao%20cnh%202007.pdf) > acessado em 08 de Outubro de 2009.

FLETCHER, Robert H.; SUZANNE W. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais.** 4ª Ed. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

Lei Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm> >. Acessado em 10 de Outubro de 2009.

Lei 11.340/2006. (Lei Maria da Penha) de 07 de Agosto de 2006. **Casa Civil.** Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm) >. Acessado em 08 de Outubro de 2009.

Lei Nº 10.741 - DE 1º DE OUTUBRO DE 2003. **Estatuto do Idoso.** 2003. Disponível em < <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10741.htm> >. Acessado em 10 de Outubro de 2009.

MACEDO, Jefferson Lessa Soares; CAMARGO, Larissa Macedo de; ALMEIDA, Pedro Fragoso de; ROSA, Simone Corrêa. **Perfil Epidemiológico do Trauma de Face dos Pacientes Atendidos no Pronto Socorro de um Hospital Público.** Revista Colégio Brasileiro dos Cirurgiões. vol. 35 Nº 1 Jan/Fev 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acessado em 08 de Julho de 2009.

MARTINS, Christine, Baccarat de Goddy; ANDRADE, Selma Maffei de. **Epidemiologia dos acidentes e violências entre menores de 15 anos em município da região sul do Brasil.** Revista Latino Americana. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acessado em 08 de Julho de 2009.

MARTINS, Hellon Saraiva; DAMASCENO, Maria Cecília de Toledo; AWADA, Soraia Barakat, **Pronto Socorro: Condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.** Barueri: SP, Manole, 2008

MEDRONHO, Roberto A. *et al*, **Epidemiologia.** São Paulo: Atheneu, 2004.

MURTA, Genilda F. *et al*, **Saberes e Práticas: Guia para ensino e aprendizado de enfermagem**. 4ª Ed. rev. São Caetano do Sul: SP, Difusão, 2008.

MONTEIRO, Francisco das Chagas, Jr *et al*. **Prevalência de verdadeiras crises hipertensivas e adequação da conduta médica em paciente atendidos em um Pronto-Socorro Geral com Pressão Arterial Elevada**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2008. <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acessado em 08 de Julho de 2009.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia Teoria e Prática**, 11ª reimpressão. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2007.

PM Curitiba, PR. **Protocolo Integrado de Saúde Mental em Curitiba**. 2002. Disponível em < <http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/protocolos/mental.pdf> >. Acessado em 10 de Outubro de 2009.

ROUQUAYROL, Maria Z.; ALMEIDA Naomar Filho. **Epidemiologia & Saúde**. 6ª Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SANTOS, Nívea Cristina Moreira, **Urgência e Emergência para enfermagem do atendimento pré-hospitalar (APH) à sala de emergência**. 4ª Ed. São Paulo: Iátria, 2007.

SANTOS, José Luis Guedes dos *ET AL*. **Acidentes e violências: caracterização dos atendimentos no Pronto-Socorro de um hospital universitário**. Revista de Saúde e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública. USP. 2008

SILVA, Daniela Wosiack; *et al*. **Perfil do trabalho e acidente de trânsito entre motocicletas de entrega em dois municípios de médio porte do Estado do Paraná, Brasil**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. Nov, 2008. <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acessado em 08 de Julho de 2009.

**Sociedade Brasileira de Cardiologia, SBC**. Disponível em < <http://www.cardiol.br/> >. Acessado em 26 de Outubro de 2009.