



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE - PPGES



JULIVAL ANDRADE SANTOS JÚNIOR

**ATENDIMENTO A IDOSOS PELO SERVIÇO DE URGÊNCIA
PRÉ-HOSPITALAR E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À PESSOA IDOSA**

**JEQUIÉ-BA
2015**

JULIVAL ANDRADE SANTOS JÚNIOR

**ATENDIMENTO A IDOSOS PELO SERVIÇO DE URGÊNCIA
PRÉ-HOSPITALAR E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À PESSOA IDOSA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa: Vigilância à Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Adriana Alves Nery

Co-orientador: Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti

**JEQUIÉ-BA
2015**

S237a Santos Júnior, Julival Andrade.

Atendimento a idosos pelo serviço de urgência pré-hospitalar e a política nacional de atenção à pessoa idosa / Julival Andrade Santos Júnior.- Jequié, 2015.
63f.

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Profª. Drª. Adriana Alves Nery e co-orientação do Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti)

1.SAMU 2.Ambulância 3.Saúde do idoso 4.Serviços de saúde para idosos
5.Política de saúde I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 362.60981

Rafaella Câncio Portela de Sousa - CRB 5/1710. Bibliotecária – UESB - Jequié

FOLHA DE APROVAÇÃO

SANTOS JUNIOR, Julival Andrade. **Atendimento a idosos pelo serviço de urgência pré-hospitalar e a política nacional de atenção a pessoa idosa.** 2015. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração Vigilância à Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-Bahia.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Adriana Alves Nery

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Orientadora e presidente da banca examinadora

Profª. Drª. Alba Benemerita Alves Vilela

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB

Profª. Drª. Luciana Araújo dos Reis

Programa de Pós-graduação em Memória: Linguagem e Sociedade
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Jequié/BA, 17 de dezembro de 2015.

Dedico este trabalho a minha esposa Paula que esteve comigo me apoiando nos momentos mais difíceis, ao meu filho Lucas Anjo cuja alegria contagiante preenche minha vida de felicidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me guiar no caminho mesmo quando, distraído, não O percebo.

Aos meus pais por tudo que pode me proporcionar com exemplos e ensinamentos, moldando assim, o meu caráter.

A minha irmã pelo apoio e incentivo que trouxe durante todo o percurso.

A minha esposa que dividiu comigo toda a inevitável apreensão e ansiedade que se apoderou em momentos críticos, e por lembrar-me frequentemente de manter uma rotina familiar tão importante.

A meu filho Lucas Anjo que no alto de seus 3 anos dá sentido à minha vida e transforma cada momento ao lado dele, sublime.

Aos familiares, amigos e vizinhos por compreenderem as ausências nos encontros sociais e esperarem ansiosos a minha conquista.

A minha orientadora Prof^a. Dr^a. Adriana Alves Nery pela confiança, disponibilidade e paciência bem dosada, guiando e apoiando minha trajetória.

Ao meu co-orientador Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti pela amizade, pelos ensinamentos e por todas as sugestões construtivas que contribuíram para a consolidação desse estudo.

As discentes Gabriela Sales dos Santos e Géssica Alves Teixeira Melo pelo importante auxílio e empenho prestado na coleta de dados.

A equipe, de hoje e de antes, do SAMU Regional Jequié por ter compartilhado, durante todos esses 10 anos de convívio, momentos intensos e apaixonantes.

A Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia pelo apoio e liberação para a realização do mestrado.

Aos colegas e amigos do mestrado pela convivência e partilha de experiências, que muitos contribuíram para o meu entendimento e com quem pude contar em diversos momentos do curso.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde que muito contribuíram com a minha formação.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde que sempre atenderam as minhas solicitações com gentileza e presteza.

Aos doutorandos Juliana da Silva Oliveira e Saulo Sacramento Meira pelas contribuições que vieram enriquecer este trabalho.

Aos Professores Doutores Alba Benemérita Alves Vilela e Luciana Araújo dos Reis pelas valiosas contribuições na qualificação deste estudo.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste estudo.

Meus sinceros agradecimentos...

SANTOS JUNIOR, Julival Andrade. **Atendimento a idosos pelo serviço de urgência pré-hospitalar e a política nacional de atenção à pessoa idosa. Dissertação (Mestrado).** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração Vigilância à Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-Bahia. 2015.

RESUMO

A população de idosos no Brasil tem crescido de forma exponencial, acompanhando uma tendência mundial. Ao mesmo tempo, em idosos é maior a ocorrência de condições crônicas não transmissíveis, decorrentes do processo de envelhecer. Neste contexto, esta população torna-se mais vulnerável aos agravos de saúde e tem nos serviços de urgência, uma necessidade própria. Diante disto, este estudo objetivou avaliar o suporte ofertado pelo SAMU regional Jequié-BA à pessoa idosa, traçando o perfil deste atendimento feito pela central de regulação regional e pelo suporte móvel, assim como averiguar se este suporte está em consonância com a Política Nacional da Pessoa Idosa. Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, descritivo realizado com pessoas com idade maior ou igual a 60 anos residentes em Jequié-BA. Utilizou-se banco de dados dos atendimentos da Central de Regulação e do serviço móvel de ambulância do ano de 2013. Os dados foram disponibilizados pela coordenação do SAMU regional Jequié em planilha do programa Excel e nela os dados foram analisados. Para as variáveis qualitativas calculou-se as frequências absolutas e relativas e para as quantitativas as medidas de tendência central e **dispersão**. No período analisado, a Central de Regulação recebeu 3.505 chamadas para atender solicitações de idosos, e entre elas o médico regulador encaminhou ambulâncias para atender a 2066 destes chamados. Tanto na regulação quanto no atendimento móvel prevaleceram idosos do sexo feminino, com faixa etária entre 60 a 79 anos, que buscaram o serviço durante dias **úteis** da semana, e no turno da manhã. Entre os idosos atendidos pela central de regulação, 56,3% eram mulheres, 64,5% com idades entre 60 a 79 e 35,5% com 80 anos ou mais. Enquanto nas equipes em ambulâncias 54,4% eram mulheres; 62,5% com 60 a 79 anos e 37,5% 80 anos ou mais. A média de idade dos idosos que ligaram para a Central de Regulação Médica do SAMU foi de 75,42 anos ($\pm 10,79$) e para o serviço de ambulância 76,23 anos ($\pm 10,52$). O tempo resposta inicial foi **em média** de 17 minutos ($\pm 13,56$) e o final de 36,8 minutos ($\pm 21,4$). Quanto aos atendimentos realizados pelas equipes de ambulância prevaleceram idosos aposentados, em domicílio, que receberam atendimento clínico, e foram conduzidos para rede hospitalar pública. Dentre os motivos que levaram os idosos a buscarem pelo serviço 80,7% foi para atendimento clínico, 13,5% trauma, 3,2% óbito, 1,7% transporte para instituições hospitalares e/ou transferência entre unidades, 0,9% psiquiátrico. Dos atendimentos realizados pela ambulância 88,3% foram na residência, 10,0% em via pública, 1,4% unidade hospitalar e 0,3% em estabelecimento comercial/industrial. Os principais agravos foram crise hipertensiva (22,0%), dor (18,5%), e neurológico (16,2%). O município analisado necessita implantar integralmente a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, com o intuito de atender as necessidades desta população, principalmente no que tange as demandas clínicas.

Palavras Chave: SAMU; ambulâncias; saúde do idoso; serviços de saúde para idosos; política de saúde.

SANTOS JUNIOR, Julival Andrade. **Care for the elderly by the pre-hospital emergency department and national political attention the Elder.** 2015 Program of Graduate Studies in Nursing and Health, concentration area Health Surveillance. State University of Southwest Bahia. Jequié - Bahia. 2015.

ABSTRACT

CARE GIVING TO ELDERLY THROUGH THE PRE-HOSPITAL URGENCY SERVICE AND THE NATIONAL HEALTH POLICIES FOR THE ELDERLY

The population of elderly in Brazil has grown exponentially, following a worldwide trend. At the same time, there is a higher occurrence of chronic non-transmittable conditions in the elderly, resulting from the aging process. In this context, this population becomes more vulnerable to health problems and has, in emergency services, its own needs. Therefore, this study aimed to outline the profile of care to elderly by the pre-hospital medical regulation central and the mobile support, SAMU, and ascertain whether the support offered by the SAMU team is in line with the National Health Policies for the Elderly. It is an epidemiological, cross-sectional and descriptive study with people aged 60 or more, living in Jequié – Bahia, Brazil. We used the attendance database of the Regulation Center and the mobile ambulance service in the year 2013. Data were available through the SAMU coordination of the Jequié region in Excel spreadsheet and their data were analyzed. For the qualitative variables we calculated the absolute and relative frequencies and for the quantitative ones the central tendency measures. In the analyzed period, the Regulation Center received 3,505 calls to fulfill requests for elderly and the redirecting doctor sent ambulances to attend 2066 of these calls. Both in the regulation center and the mobile service, elderly females aged 60 to 79 prevailed, needing the service during weekdays and in the morning shift. Among the elderly attended by the regulation central, 56.3% were women, 64.5% aged 60 to 79 and 35.5% aged 80 or more. As for the ones attended by ambulance teams, 54.4% were women; 62.5% were 60 to 79 years old and 37.5% 80 years or more. The average age of the elderly who called to the SAMU Medical Regulation Center was 75.42 years old ($SD \pm 10.79$) and to the ambulance service 76,23 ($SD \pm 10.52$). The initial response time was 17 minutes ($SD \pm 13.56$) and the final one 36.8 minutes ($SD \pm 21.4$). Regarding the care provided by the ambulance teams, retired home-dwelling elderly who received medical care and were conducted to the public hospital network prevailed. Among the reasons that led the elderly to seek the services, 80.7% was for clinical care, 13.5% trauma, 3.2% decease, 1.7% transport to hospitals and/or transfer between units and 0, 9% mental care. 88.3% of the care provided by the ambulance was domiciliary, 10% in public places, 1.4% at the hospital and 0.3% in commercial/industrial establishments. The main grievances were hypertensive crisis (22%), pain (18.5%) and neurological ones (16.2%). The analyzed municipality needs to fully implement the National Health Policy for the Elderly in order to meet the necessities of this population, especially with regard to clinical demands.

Keywords: SAMU; ambulances; health of the elderly; health services for the aged; health policies.

LISTA DE SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividade de Vida Diária
CKMB	Creatinofosfoquinase fração MB
CVF	Capacidade Vital Forçada
DP	Desvio Padrão
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ECG	Eletrocardiograma
ESPA	Elevação Sintomática da Pressão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PCH	Pseudocrise Hipertensiva
PNAPI	Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa
PNAU	Política Nacional de Atenção as Urgências
RO	Rádio Operador
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
TARM	Técnico Auxiliar em Regulação
UFS	Unidade de Saúde da Família
USA	Unidade de Saúde Avançada
USB	Unidade de Saúde Básica
VEF	Volume Expiratório Forçado

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Manuscrito 1:

- Tabela 1 Distribuição numérica e percentual das características do atendimento prestado pela Regulação Médica e Unidade Móvel do SAMU a idosos. Jequié, Bahia, 2013
- Tabela 2 Distribuição numérica e percentual dos atendimentos realizados pela Unidade Móvel do SAMU. Jequié, Bahia, 2013.
- Tabela 3 Agravos encontrados em idosos durante o Atendimento Móvel SAMU. Jequié, Bahia, 2013.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	14
2.2	GERONTOLOGIA E GERIATRIA	15
2.3.	DEMANDA DE CUIDADOS A PESSOA IDOSA	16
2.3.1	Doenças do Aparelho Circulatório	16
2.3.2	Traumas	20
2.3.3	Dispneia	22
2.3.4.	Dor	23
2.4.	O SAMU E A POLÍTICA NACIONAL DA PESSOA IDOSA	24
3.	MÉTODO	28
3.1.	DELINEAMENTO DO ESTUDO	28
3.2.	LOCAL DO ESTUDO	28
3.3.	POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	28
3.4.	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	28
3.5.	ANÁLISE DOS DADOS	29
3.6.	QUESTÕES ÉTICAS	30
4.	RESULTADOS	31
4.1.	MANUSCRITO 1: PERFIL DO ATENDIMENTO A IDOSOS PELO SERVIÇO MÓVEL DE SAÚDE EM AMBIENTE PRÉ-HOSPITALAR	32
4.2.	MANUSCRITO 2: O ATENDIMENTO A IDOSOS PELO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA	45
5.	CONCLUSÃO	55
	REFERENCIAS	57
	ANEXO 1 FICHA DE REGULAÇÃO	61
	ANEXO 2. FICHA DO ATNDIMENTO EM AMBULÂNCIA	62
	ANEXO 3. AUTORIZAÇÃO DO CEP	63

1 INTRODUÇÃO

Uma das grandes conquistas mundial da humanidade é o envelhecimento. Segundo as projeções das nações unidas o número de idosos continuará a subir em escala mundial assim como tem ocorrido nas últimas décadas. Esse fenômeno se deve a diversos fatores: aumento da esperança média de vida; os avanços tecnológicos no tratamento de doenças; melhorias nas condições sociais e hábitos de saúde; investimento na prevenção e promoção de saúde; e a redução acentuada da fecundidade que em alguns países parecem ser responsáveis pelo aumento da proporção de idosos quando comparados com outras faixas etárias¹.

A população de idosos no Brasil também tem crescido de forma exponencial acompanhando a tendência mundial. Nos últimos 50 anos esta faixa etária saltou de 3 milhões de pessoas na década de 60 para os atuais 18 milhões. Observa-se um crescimento em torno de 600% nesses últimos 50 anos e com expectativa de chegarmos a 32 milhões de idosos em 2020².

Segundo o Instituto Brasileiro de Estatística (IBGE)³, os dados do censo de 2010 indicam uma população de 190.732.694 pessoas, os que estão com 60 anos ou mais representam 12,1%, sendo este o grupo populacional que mais cresceu na última década. Sabe-se que em 1940 a expectativa de vida era de 45,5 anos e já em 2011 este número subiu 74,1 anos. Em relação ao sexo, as mulheres têm expectativa de vida de 77,7 anos, enquanto os homens 70,6 anos.

É importante ressaltar que o conceito de idoso comumente aceito é o estabelecido pela Organização Mundial de Saúde⁴. As pessoas acima de 65 anos são consideradas idosas, porém este referencial é utilizado em países desenvolvidos. No caso do Brasil, que é um país em desenvolvimento, a terceira idade começa aos 60 anos.

Essa parcela da população apresenta maior ocorrência de condições crônicas não transmissíveis, decorrentes do processo de envelhecer. Com o avançar da idade também ocorrem mudanças morfológicas, funcionais e bioquímicas que afetam a capacidade de adaptação do indivíduo, situação que o deixa mais vulnerável. Então promover saúde ao idoso não implica somente na falta de doenças, mas favorecer um conforto físico, mental e social⁵.

Diante de tantas necessidades, a população idosa tem trazido grandes demandas para os serviços de saúde. Estes serviços são onerados devido a três fatores principais. O primeiro, devido aos maiores custos na atenção as condições crônicas-não transmissíveis, de maior incidência nestes indivíduos. Assim como as taxas de internamento são mais elevadas durante a permanência hospitalar e o custo médio durante o internamento, mais elevado que o

observado nas populações mais jovens são utilizados mais recursos (remédios e equipamentos) e o tempo de permanência na instituição de saúde⁶.

Ademais, as condições crônico - não transmissíveis nos idosos estão associadas, segundo Maciel e Guerra⁷ (2007), a perda das capacidades funcionais e consequentes fragilidades, aumento da dependência, da institucionalização, do risco de quedas, morte e problemas de locomoção.

Neste contexto, esta população torna-se mais vulnerável aos agravos de saúde e tem nos serviços de urgência, uma necessidade própria. Destaca-se entre outros, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com impacto na redução das internações e óbitos de alguns agravos à saúde⁸. O SAMU entrou na Política Nacional de Atenção às Urgências a partir de 2003, como principal destaque⁹. Esta política tem como principal função oferecer ao paciente clínico, cirúrgico, traumático, obstétrico e psiquiátrico um acesso rápido e eficaz aos cuidados de saúde pelo Sistema Único de Saúde. Mostra-se também relevante nesta população de faixa etária maior que 60 anos devido a maior prevalência de morbimortalidade associada a sua condição física.

A organização desse serviço possui impacto positivo a duas causas de morbimortalidade comum ao idoso que são os agravos cardiocirculatórios do infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral (AVC). Estas duas condições não transmissíveis, quando instaladas num corpo já fragilizado pelas transformações impostas pelo tempo, trazem consequências importantes e um impacto social relevante, além de demanda de cuidado constante⁸.

Questiona-se: qual o perfil de idosos atendidos pelo SAMU? Quais os serviços oferecidos a este público? Este atendimento está em consonância com a Política Nacional da Pessoa Idosa? Espera-se encontrar neste estudo, respostas que norteiem a política assistencial ao idoso e, neste sentido, que o mesmo possa subsidiar o desenvolvimento de estratégias pelos profissionais do serviço pré-hospitalar para atender a este novo cenário demográfico.

Para dar conta de responder as questões norteadoras, o estudo tem como objetivos:

GERAL:

Avaliar o suporte ofertado pelo SAMU Regional Jequié-BA à pessoa idosa.

ESPECÍFICOS:

Traçar o perfil do atendimento aos idosos pela central regional de regulação médica pré-hospitalar e do suporte móvel, SAMU;

Averiguar se o suporte ofertado pela equipe do SAMU está em consonância com a Política Nacional da Pessoa Idosa.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

A mudança no perfil da população mundial é notória: aumento do número de idosos e a diminuição dos nascimentos. Este fenômeno surgiu pós Segunda Guerra Mundial com o aumento da taxa de fecundidade e redução da mortalidade infantil (*baby boom*); assim como a melhoria da qualidade de vida e os avanços da medicina favoreceram o aumento da expectativa de vida que é hoje, no Brasil, de 73,5 anos e essas modificações ocorreram de forma bastante acelerada¹⁰.

Segundo Veras¹¹ (2007), a cada ano aumenta-se 650 mil idosos a população brasileira projetando o país a ser o sexto em quantidade de senis já em 2020. Esta explosão demográfica de idosos traz consequências nas políticas sociais e econômicas, pois os mesmos apresentam limitações funcionais e condições crônicas. Estas enfermidades típicas do envelhecimento exigem acompanhamento constante que incluem medicação contínua e grande número de exames e procedimentos. Ressalta-se que essas doenças duram anos, são onerosas e em alguns indivíduos acontecem de forma múltipla.

A rapidez do processo de envelhecimento exige uma resposta dos gestores de saúde, assim como dos pesquisadores. Além de considerar os problemas de saúde próprios desta fase do desenvolvimento, tem-se que considerar os problemas sociais e a fragilidade das instituições¹².

Sabe-se que o idoso procura mais por serviços de saúde que indivíduos de outras faixas etárias. Além das internações hospitalares serem mais frequentes e com duração maior. Desta forma, o serviço oferecido se torna mais oneroso para a gestão pública. Este panorama impõe desafios tanto para o governo quanto para os profissionais de saúde que devem estar atentos a estas necessidades. É necessário planejamento, gerência e prestação de cuidados específicos para a população idosa¹³.

A sociedade percebe o atendimento ao idoso como problemático, pois o custo é elevado, falta instalações adequadas, não há pessoal capacitado em gerontologia nem programas específicos para o idoso. Diante desta situação, exige-se inovação e mudanças urgentes para que os idosos agreguem qualidade de vida nos anos adicionais proporcionados pela ciência. Ressalta-se que estes anos são valiosos quando o sujeito pode usufruir integralmente deles com autonomia, satisfação e participação social¹⁴ (LIMA; COSTA;

VERAS, 2003). As políticas públicas devem basear-se nestes princípios e também incentivar a prevenção, o cuidado e atenção integral ao idoso.

Apesar do Ministério de Saúde¹⁵ (2006), ter incluído a saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde do país para garantir atenção integral a esta população e baseando-se no envelhecimento saudável e ativo no paradigma da capacidade funcional, ainda não se observou um efeito prático¹⁶. O que se percebe é um atendimento meramente assistencial, sem articulação entre os aspectos multidimensionais que cercam a vida do idoso.

Este paradigma encontra-se como marco teórico de um documento da Organização Mundial de Saúde (OMS) intitulado “Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas” e tem como princípio o fato de que a saúde só pode ser desenvolvida e mantida com a participação de vários setores multiprofissionais. Estes setores incluem a situação social, econômica, cultural, comportamental, relacionais¹⁷.

Segundo a OMS, em doze anos o Brasil será o sexto país no mundo em número de idosos. Sabe-se que será um desafio para a saúde pública oferecer serviços e atendimento a esta população crescente, pois se deve melhorar a saúde e qualidade de vida ao idoso. Em decorrência deste crescimento, alguns profissionais têm desenvolvido pesquisas que abordam a temática do envelhecimento. Percebe-se nestes estudos a preocupação em capacitar os profissionais que cuidam de idosos para que essa fase de transformações e limitações ocorra de forma digna. Além de capacitar os profissionais, o envelhecimento pode ser observado em todas suas características: físicas, sociais, culturais e psicológicas¹⁸.

Esse é um dos grandes desafios das estratégias pré-hospitalares, na qual inclui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que foi implementado pela Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) no ano de 2004¹⁹. O objetivo é reorganizar a assistência à saúde, buscando respostas efetivas ao atendimento de pacientes idosos²⁰.

2.2. GERONTOLOGIA E GERIATRIA

É neste contexto multidisciplinar que a gerontologia propõe a compreensão global do idoso no qual é indispensável à presença de vários profissionais que se completam e implementam seus conhecimentos sobre o assunto.

O termo gerontologia foi utilizado pela primeira vez em 1903 por Élie Metchnikoff e significa o estudo científico do processo de envelhecimento de todo ser vivo e todos os fatores envolvidos. É uma ciência nova, ainda que o interesse pelo envelhecimento acompanhe a própria história da humanidade²¹.

Esta área de conhecimento propõe a compreensão do envelhecimento além dos aspectos biológicos, considera as mudanças sociais, psicológicas e culturais. As pesquisas científicas na área da Gerontologia estão direcionadas a entender o envelhecimento humano, considerando as múltiplas áreas que se entrelaçam e se completam. Tais razões configuram-se no momento em que, na estrutura populacional, são observados aumentos da expectativa de vida, baixa nas taxas de natalidade e mortalidade, continuamente a novos modos de produção econômica e social (grau de desenvolvimento do país e as categorias profissionais de onde provêm os aposentados), além do pleno exercício da cidadania em qualquer fase da vida e em qualquer circunstância²².

E entre as ciências, a geriatria, especialidade médica, é a que se ocupa essencialmente dos problemas da saúde do idoso. É sua função prevenir, tratar e cuidar dos idosos que apresentam os problemas comuns nesta faixa etária como incontinência, instabilidade, imobilidade, dificuldades cognitivas, iatrogênica dentre outras¹⁸. Contudo, nota-se que apenas a geriatria não é capaz de atender aos problemas comuns dos idosos, no qual requer uma atenção integral frente as suas necessidades nas doenças crônicas e agudas.

Sabe-se que as doenças cardiovasculares, locomotoras e psiquiátricas são as mais comuns e exigem o uso contínuo de medicamentos²³. Estudos mostram que o consumo de medicamentos dos idosos é alto: quatro a seis tipos. Em primeiro lugar estão os agentes cardiovasculares e os psicofármacos seguidos pelos anti-inflamatórios, analgésicos e agentes gastrointestinais²⁴.

O alto consumo de medicamentos entre essa população implica no crescimento do número de problemas relacionados a medicamentos e do aumento de reações adversas que levam ao aumento das hospitalizações e dos custos com assistência à saúde²⁵.

2.3. DEMANDA DE CUIDADOS A PESSOA IDOSA

2.3.1. Doenças do Aparelho Circulatório

Segundo Pereira *et al.*²⁶ (2013), as principais doenças do aparelho circulatório que acometem os idosos são: infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC).

O AVC (Acidente Vascular Cerebral), popularmente conhecido como derrame, é muito frequente em adultos e idosos e é uma das maiores causas de morte em todo o mundo. Porém, a sua ocorrência é maior em indivíduos acima de 65 anos e o risco aumenta com o

passar dos anos. Quando se analisa a incapacidade funcional, percebe-se que o AVC é o principal causador, precedida apenas pelas doenças cardíacas e o câncer. A ocorrência de AVC na população mundial varia de 0,5 a 0,7%²⁷. Dessas pessoas acometidas, 50% sobrevivem e necessitam de supervisão médica e de enfermagem após a alta hospitalar. Este acompanhamento pode ser feito pela atenção básica²⁶.

Segundo a OMS⁴ (2009), no ano de 2005 o AVC foi responsável por 5,7 milhões de mortes em todo o mundo, isto equivale a 9,9% de todas as mortes. As pessoas que mora em países de baixa e média renda são os mais afetados: 85% e dois terços das vítimas apresentam mais de 70 anos.

Mesmo o AVC sendo uma das principais causas de morte e internação, as pessoas têm poucas informações sobre os sintomas e as buscas por assistência médica costumam demorar. Segundo a OMS medidas urgentes devem ser tomadas para a prevenção e tratamento da doença. Uma definição padrão recomendada por esta instituição é que o AVC se caracterizado como um comprometimento neurológico focal, mas também pode ser global. A ocorrência é súbita e tem duração maior que 24 horas ou causa a morte, onde a provável origem é vascular⁴.

O Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS⁴ (2009), postula que existem três tipos de AVC: o AVC isquêmico, hemorragia intracerebral e hemorragia subaracnóide. O primeiro ocorre devido a oclusão súbita de artérias que irrigam o cérebro devido a um trombo. Este trombo pode ser formado no local da oclusão (AVC isquêmico trombótico) ou em outra parte da circulação e segue pela corrente sanguínea até obstruir artérias no cérebro (AVC isquêmico embólico). O diagnóstico é feito através de exames de neuroimagem, não é possível diferenciar clinicamente ou radiologicamente um AVC isquêmico trombótico de um embólico.

O segundo tipo é a hemorragia intracerebral que consiste num sangramento de uma das artérias do cérebro no tecido cerebral, o diagnóstico ocorre através de estudos de neuroimagem. Este tipo é mais prevalente em países em desenvolvimento e pode estar associada à dieta, hipertensão arterial, falta de atividade física e predisposição genética⁴.

Já o terceiro tipo é a hemorragia subaracnóide em que ocorre sangramento entre as duas meninges, a pia-máter e aracnoide. O diagnóstico é possível através dos exames de imagem ou punção lombar. E os sintomas característicos são: ocorrência repentina de cefaleia muito intensa e geralmente há comprometimento da consciência⁴.

Há um conjunto de sintomas gerais que caracterizam AVC: comprometimento motor unilateral ou bilateral (incluindo falta de coordenação), comprometimento sensorial unilateral

ou bilateral, afasia/disfasia (falta de fluência da fala), hemianopsia (comprometimento do campo visual de um lado), desvio conjugado do olhar, apraxia de início agudo, ataxia de início agudo e déficit de percepção de início agudo²⁸.

Existem outros sintomas que podem estar presentes, mas que não são adequados para o diagnóstico de AVC quando ocorrem isoladamente porque podem decorrer de outras doenças ou alterações, são os seguintes: vertigem, cefaleia localizada, visão embaçada bilateralmente, diplopia, disartria (fala pastosa), comprometimento da função cognitiva (incluindo confusão), comprometimento da consciência, crises convulsivas e disfagia⁴.

Já no caso da hemorragia subaracnóide, além dos principais sintomas gerais, pelo menos um dos seguintes sintomas deve estar presente: hemorragia subaracnóide recente, aneurismas ou malformação arteriovenosa (necropsia), sangue na fissura silviana ou entre os lobos frontais ou na cisterna basal ou nos ventrículos cerebrais (verificado através de tomografia computadorizada ou ressonância magnética), líquido cefalorraquidiano com presença de sangue (>2 000 glóbulos vermelhos por mm³), aneurisma ou malformação arteriovenosa (angiografia), líquido cefalorraquidiano com presença de sangue (>2 glóbulos vermelhos por mm³), também xantocrômico e hemorragia intracerebral constatado pela necropsia ou Tomografia Computadorizada²⁹.

Sabe-se que o AVC é uma doença multifatorial em que se combinam diversos fatores e nem todos precisam estar presentes e essa combinação é que influenciará as chances futuras de um indivíduo ter AVC. Os principais fatores de risco são: hipertensão arterial, tabagismo, dieta (baixo consumo de frutas e verduras), consumo excessivo de álcool, sedentarismo, sobrepeso, diabetes ambiental, história familiar, genética, tabagismo passivo, acesso a tratamento médico, idade, sexo, a idade avançada e sexo masculino estão associados, em muitas populações, a um maior risco³⁰.

Sabe-se que é uma doença cérebro vascular decorrente da insuficiência de fluxo sanguíneo em determinada parte do cérebro. Esta insuficiência decorre de diversos fatores como: tromboembolia, malformação arterial cerebral, cardiopatia, hipertensão arterial e até mesmo o fumo. Para tentar combater a doença o Ministério da Saúde lançou o estudo chamado “a linha de cuidado do AVC” que faz parte da Rede de Atenção às Urgências³¹.

Esta ação do Ministério da Saúde orienta o tratamento do AVC desde a rede básica de saúde até os programas de atenção domiciliar, passando pelo SAMU, as emergências hospitalares e leitos de retaguarda, os ambulatórios de reabilitação e os ambulatórios especializados³¹.

Outra doença do aparelho circulatório comum a população idosa é o infarto agudo do miocárdio (IAM) que possui importância epidemiológica devido a sua mortalidade, além do número de internações hospitalares²⁰.

O IAM pode ser definido como uma lesão isquêmica do miocárdio que ocorreu por falta de oxigênio e nutrientes. Há uma obstrução que compromete a irrigação do coração devido aos depósitos de gordura e cálcio nos vasos sanguíneos que irrigam o miocárdio. As placas de gordura localizadas no interior das artérias podem sofrer uma fissura causada por motivos desconhecidos, formando um coágulo que obstrui a artéria e deixa parte do coração sem suprimento de sangue. É assim que ocorre o infarto do miocárdio. Esta situação vai levar à morte celular (necrose), a qual desencadeia uma reação inflamatória local. O tamanho da área necrosada depende de vários fatores, tais como o calibre da artéria lesada, tempo de evolução da obstrução e desenvolvimento da circulação colateral. Esta, quando bastante extensa, é capaz de impedir a instalação de infarto, mesmo em casos de obstrução total da coronária³².

Segundo Piegas *et al.*³² (2009), há também a possibilidade de o infarto ocorrerem vasos coronarianos normais que apresentam um espasmo o que determina um déficit parcial ou total no suprimento de sangue ao músculo cardíaco irrigado por este vaso contraído.

O diagnóstico é possível sempre que ocorre uma curva típica nos marcadores bioquímicos indicadores de necrose miocárdica, são eles troponina e CKMB- massa. Além de apresentar pelo menos alguns desses critérios: sintomas compatíveis com a isquemia, alterações no ECG sugestivas de sofrimento do miocárdio e desenvolvimento de ondas Q patológicas. Essas características mostram uma situação clínica extrema que implica em risco de morte e exigem um tratamento urgente para que seja eficaz³³ (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2014).

Os fatores de risco para a ocorrência do IAM como: a história familiar ou, tabagismo, diabetes, vida sedentária, dislipidemia (nível elevado de lipídios – gordura), HAS, excesso de peso, estresse³³ (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2014).

Existem alguns sintomas clássicos apresentados por quem tem um IAM. Um deles é a dor, aperto, do lado esquerdo do peito (ou no centro) com irradiação para o pescoço e/ou braço esquerdo, ocorre em 75% a 85% dos pacientes. Ressalta-se que cerca de 15% dos casos apresentam sintoma atípico como dor do lado direito, vômitos, suor, enjoo, falta de ar, dor no estômago, tonturas ou palpitações. Esta dor costuma durar mais de 10 minutos, pode ter intensidades diferentes ou até mesmo sumir e voltar. Ainda há os pacientes que não apresentam nenhum sintoma.

A assistência ao paciente infartado deve ocorrer nas primeiras seis horas após o início da dor. Quanto mais precoce, maior é a chance de ser restabelecido o fluxo sanguíneo e de oxigênio nas artérias coronárias, evitando as complicações decorrentes da necrose do músculo cardíaco.

Já a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é responsável por quase metade das mortes por doenças cardiovasculares, no Brasil ocorrem 250.000 mortes por ano. A HAS pode ser identificada como um problema de saúde pública, pois a sua prevalência em idosos varia de 52 a 63%³⁴.

Um parâmetro bastante utilizado para determinar os níveis pressóricos de idosos está na V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Nelas, se estabelece os seguintes níveis: PAS < 140mmHg e PAD < 90mmHg³⁵.

Segundo Longo, Martelli e Zimmerman³⁶ (2011, p.272) uma das explicações para a ocorrência de HAS em idosos e a necessidade de controle pressórico seria:

Com o envelhecimento fisiológico, ocorre o desenvolvimento de processos ateroscleróticos nos grandes vasos e arteríolas, ocasionando perda da distensibilidade e elasticidade, diminuindo sua capacidade com o aumento da velocidade da onda de pulso. A rigidez da parede dos vasos tende a elevar a pressão sistólica e o aumento da velocidade da onda de pulso mantém a pressão arterial diastólica (PAD) dentro dos valores normais ou pode até diminuí-la. Com isso, a pressão sistólica e a pressão de pulso têm-se definido como adequados preditores de eventos cardiovasculares no idoso.

Existem alguns estudos envolvendo os idosos com hipertensão arterial, como o desenvolvido por Jobim³⁷ (2008) que avaliou 15.000 pacientes com 60 anos ou mais e revelou que os idosos que utilizavam medicação anti-hipertensiva reduziam o AVC (30%), doenças coronarianas (23%) e mortalidade (13%).

Outros estudos mostram que mesmo em tratamento medicamentosos, cerca de 30% a 50%, não apresentam a pressão arterial controlada e 10% dos diagnósticos em idosos só são realizados após algum evento clínico decorrente de pressão elevada por vários anos³⁸.

2.3.2. Traumas

Um dos grandes problemas de saúde no mundo inteiro é a morte decorrente do trauma segundo a National Association of Emergency Medical Technicians³⁹. Está entre as cinco principais causas de morte, são quase 14 mil mortes diárias. Sabe-se que o trauma é mais frequente em jovens e adultos, porém as lesões que seriam facilmente toleradas por pacientes jovens, nos idosos podem resultar em lesões graves e até a morte.

O tipo mais comum de trauma em pacientes com 60 anos ou mais são as quedas, em seguida acidentes de transporte, agressões e violência. Os membros mais atingidos são os inferiores, principalmente quando ocorre queda e acidentes de transportes. Dessa forma há um comprometimento funcional, 32% deles precisaram de auxílio de outros⁴⁰.

As quedas se originam de diversos fatores: o ambiente, comportamento do idoso e características pessoais. E a probabilidade de queda aumenta à medida que se têm mais fatores de risco. Cerca de 30% dos idosos com mais de 65 anos e 50% com mais de 80 anos tiveram uma queda a cada ano. Quando analisa a mortalidade, nota-se que no período de 1996 a 2005, foram à óbito 41.054 idosos por causa externa, sendo 9.249 (22%) codificadas como queda⁴¹.

Foi realizado um estudo no Serviço de Emergência do Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo entre maio e outubro de 2012. Participaram 55 idosos de ambos os sexos com idade de 60 anos ou mais que foram vítimas de trauma.

Os idosos atendidos foram acometidos por diversos tipos de trauma: 69% tiveram queda da própria altura; 24% apresentaram outros tipos de trauma, queda de cama (31%), queda de um a dois metros de altura (31%), queda de escada (22%), queda de objeto pesado na cabeça (8%), não sabiam descrever a causa do trauma (8%); e 7% foram atropelados. Também foi constatado que 71% dos idosos atendidos pelo serviço tinham sofrido algum tipo de trauma no último ano, 87% apresentaram queda da própria altura e os 13% restantes caíram da cadeira, da escada e acidentes de trânsito⁴².

Outro estudo foi realizado no Ceará com 50 pessoas com idade entre 60 e 89 anos, 40% tinham entre 60 e 69 anos, 28% encontravam-se na faixa de 70 a 79 anos e 32% tinham entre 80 e 89 anos. Quanto ao sexo, 64% pertenciam ao sexo feminino e 36% ao masculino. A ocorrência de queda nos últimos dois anos foi verificada em 33,33% dos homens e 46,87% das mulheres. Quanto ao número de quedas nesse período, 29% dos idosos sofreram uma queda, 33% duas e 38% de três a cinco. Foi observado que a maioria das quedas, 57%, ocorreram no ambiente doméstico⁴³.

Há casos que o trauma ou lesão é provocado pelos familiares do idoso. Um estudo realizado em três UFS (Unidade de Saúde da Família) no município de Jequié se propôs a investigar a violência intrafamiliar, incluindo também o idoso vitimado. Teve como informantes profissionais de saúde que atuam nestas unidades. Podem-se observar situações de violência física a idosos por parte de seus familiares. Os agressores eram principalmente filhos e netos usuários de drogas e com doenças psiquiátricas⁴⁴.

2.3.3. Dispneia

A dispneia é caracterizada por uma dificuldade em respirar e é comum em diversos tipos de doenças, mas também pode ocorrer em indivíduos saudáveis. É um sintoma bastante comum em idosos, principalmente nos que apresentam doenças respiratórias ou cardiovasculares. Esse sintoma é o principal fator limitante da qualidade de vida relacionada a pacientes crônicos. Apesar de ser bastante comum na prática médica, os mecanismos ainda não são completamente conhecidos⁴⁵.

O desconforto respiratório, dispneia, é desenvolvido pelo portador de DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) e acomete principalmente os idosos. É uma doença de caráter obstrutivo que ocasiona limitação crônica ao fluxo aéreo. Seu surgimento está relacionado a ocorrência de enfisema pulmonar ou de bronquite crônica. Depois dos danos pulmonares instalados, o paciente passa a desenvolver alguns sinais e sintomas clínicos, como a dispneia e a fadiga, gerando diminuição da capacidade funcional⁴⁶.

É notória que a dispneia se torna mais intensa quando o indivíduo se submete a esforços físicos. Para evitar o desconforto, o idoso tende a preservar sua capacidade física. Porém, ao deixar de se exercitar e realizar suas atividades rotineiras, o indivíduo tende a comprometer sua condição muscular, uma vez que a musculatura receberá menor aporte sanguíneo e será menos recrutada (5). O diagnóstico e o acompanhamento da evolução da doença devem ser realizados através da espirometria. Tal exame consiste na maneira mais objetiva de observar as limitações referentes ao fluxo aéreo do paciente, sendo que o diagnóstico é dado pela relação volume expiratório forçado/capacidade vital forçada: VEF1/CVF⁴⁷.

Nota-se que há um desconforto durante a realização das atividades de vida diária (AVD) e também ocorre alterações musculares, como a perda de força da musculatura envolvida no processo da respiração, da musculatura dos membros, bem como a disfunção das trocas gasosas e da mecânica ventilatória⁴⁶.

Foi realizado um estudo em Caxias do Sul com dois grupos de idosos: um que fazia reabilitação pulmonar e outro que não participava de nenhum grupo de reabilitação. Após análise dos questionários aplicados aos dois grupos de estudo, foram demonstrados resultados favoráveis à reabilitação pulmonar. Em todas as escalas e questões, os idosos que não fizeram parte do grupo de reabilitação pulmonar tiveram escores mais elevados que os participantes da reabilitação, uma vez que, quanto maior o escore atingido, maior o grau de dispneia e posterior fadiga durante a realização de atividades rotineiras. Desta forma, pode-se salientar que o programa de reabilitação pulmonar se demonstra efetivo, cumprindo com seu objetivo

de melhorar a condição física do paciente, ao diminuir seu grau de fadiga e a dispneia, de modo a gerar melhor condicionamento físico e menor trabalho ventilatório, e obter melhora significativa na qualidade de vida de seus participantes⁴⁸.

2.3.4. Dor

Uma das consequências que a transição demográfica e a longevidade trazem para a sociedade é a dor. A dor crônica é uma das principais queixas desses indivíduos e interfere diretamente na qualidade de vida dos idosos⁴⁹.

Considerando o contexto temporal, a dor pode ser classificada como aguda ou crônica. A primeira está associada à uma lesão do organismo e se caracteriza pela curta duração e some com desaparecimento da lesão. Já a dor crônica é persistente ou recorrente e não está associada a uma lesão no organismo⁵⁰.

Este tipo de dor é uma situação complexa e multifatorial, dessa forma é um problema de saúde coletiva e exige uma abordagem multidisciplinar. E ao analisar a prevalência de dor crônica em idosos obtêm-se resultados diversificados. Os estudos internacionais mostram que dor crônica em idosos varia entre 28,8 e 59,3%, já no Brasil varia entre 29,7 e 62,2%⁵¹.

Alguns estudos sugerem uma associação entre dor crônica e pacientes do sexo feminino, idade avançada e baixo nível socioeconômico. Já a menor prevalência associa-se a ter trabalho remunerado, nível elevado de escolaridade e condição socioeconômica e prática regular de atividade física⁵².

Um estudo realizado em Florianópolis com 1.656 idosos dos quais 29,3% apresentaram dor crônica. A amostra era composta por 62,5% de mulheres, de idosos na faixa etária de 60 a 69 anos (51,7%), 59,9% eram casados ou moravam com companheiro, 48,6% relataram que a situação financeira melhorou quando comparada aos 50 anos de idade e 68,5% foram classificados com nível insuficiente de atividade física. A maior prevalência de dor crônica ficou associada significativamente como ser do sexo feminino, ter menor escolaridade e pior situação econômica. Por outro lado, atividade física no lazer associou-se com menor prevalência do desfecho⁵³.

Em outra pesquisa, os autores analisaram artigos publicados nos últimos 10 anos que associam o déficit de vitamina D com a dor crônica. Foi possível verificar uma relação entre baixo nível de vitamina D e transtornos de humor (ansiedade e depressão) que frequentemente acompanham os quadros dolorosos crônicos. Há também estudos que sugerem uma ação anti-inflamatória pela vitamina D, diminuindo assim a dor. Infere-se que nem todos aqueles que apresentam déficit da vitamina D desenvolvam quadros de dor musculoesquelética, mas a

probabilidade disso ocorrer aumenta quanto menor forem os seus níveis. Poder-se-ia esperar que a vitamina D fosse de grande valia no tratamento da síndrome dolorosa crônica no idoso. Mas, analisando os estudos selecionados nesta revisão, observa-se que alguns chegam a essa conclusão, enquanto outros não podem afirmá-lo⁵⁴.

Dessa forma não está claro se a deficiência de vitamina D causa dor ou se é um fenômeno secundário. Quando se busca qual a dose de vitamina D que deve ser utilizada nos quadros de dor crônica, também não se observa um padrão nos estudos. Sugere-se a utilização de vitamina D em doses mais altas, visando não somente aumentar os depósitos daquela vitamina, principalmente no tecido adiposo, mas também visando uma melhora na dor crônica. Uma suplementação de vitamina D total diária de 2.400 a 2.800 UI, para iniciar, seria potencialmente benéfica em pacientes com dor musculoesquelética crônica e com síndromes de fadiga. Vale ressaltar o relato de que pode haver um tempo de até nove meses para que os efeitos máximos desta suplementação sejam atingidos⁵⁴.

Em São Paulo foram entrevistados 1.271 idosos e a prevalência de dor crônica foi de 29,7%. Esses idosos informaram que a dor persistia há mais de dois anos (77,4%) e a intensidade variava de média a intensa (73,3%). Quanto ao local da dor, eles referiram: região lombar (25,4%), membros inferiores (21,9%), membros superiores (13,0%), região dorsal acima da cintura (10,7%), região cefálica (10,5%), região abdominal (6,4%), região cervical (5,5%), região torácica (2,7%), região pélvica (2,4%) e região perineal e genital (1,5%). A dor crônica que mais incomodava os idosos associou-se à incapacidades nas atividades de vida diária, nas atividades de vida instrumental e alteração de mobilidade⁵¹.

2.4. O SAMU E A POLÍTICA NACIONAL DA PESSOA IDOSA

O *Decreto nº. 5.055, de 27 de abril de 2004* oficializou a implantação e implementação de um sistema de atendimento pré-hospitalar móvel (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU)¹⁹. Segundo o Ministério da Saúde¹⁹ (2004), *atendimento pré-hospitalar* é toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, utilizando-se meios e métodos disponíveis. Os serviços de atendimento pré-hospitalar no mundo dividem-se em dois grandes modelos. O modelo americano que se caracteriza pela presença do profissional *paramédico* e se pauta no tempo resposta para conduzir o paciente ao hospital no menor tempo possível. O modelo francês pautado na presença do médico dentro da viatura de suporte e tem como foco o início da terapêutica precocemente no ambiente extra hospitalar sob respaldo de uma regulação médica⁵⁵. No

Brasil, após um acordo bilateral com a França e solicitado pelo Ministério da Saúde, deu-se início ao atendimento pré-hospitalar SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) iniciando suas operações em São Paulo, a partir de 1988, chefiado por um capitão médico, vinculado ao Corpo de Bombeiros⁵⁶.

Baseando-se no modelo francês, mas com influência no sistema norte americano e adaptado à realidade local, houve grande expansão dos serviços de atendimento médico de urgência a partir de 2004. Em maio de 2010, já cobria 55% da população brasileira⁵⁷. Neste contexto, o SAMU pode favorecer a organização de redes de atenção, uma vez que exige uma observância estrutural das centrais de regulação, resultando em estratégias de regulação assistencial em outras áreas da saúde⁵⁸.

Através da Portaria nº 2.657/GM de 16 de dezembro de 2004, o Ministério da Saúde estabelece as atribuições gerais e específicas das centrais de regulação médica de urgências e sua estruturação e operacionalização do SAMU-192. Nela estabelece-se as normas gerais e o fluxograma da regulação descrita a seguir⁵⁹.

A Central de Regulação Médica é acessada por qualquer solicitante em território nacional pelo número público e gratuito 192 disponível ininterruptamente 24 horas, todos os dias, incluindo sábados, domingos e feriados. Porém, admite-se outro número exclusivo e gratuito apenas em locais que haja impedimento técnico para tal. Seu funcionamento básico requer um médico regulador e correspondente técnico auxiliar de regulação médica (TARM) e operador de rádio (RO), ou seja, profissionais de saúde e não oriundos da saúde⁶⁰.

Todo chamado se inicia com o atendimento do TARM, responsável pelo preenchimento inicial de ficha padrão colhendo dados pessoais do solicitante, da vítima, endereço de localização, data e hora do chamado, assim como informações pertinentes observadas. Nos casos de trotes ou enganos, a ligação é registrada e pode ser encerrada pelo próprio profissional. Assim como a chamada que o solicitante necessite apenas de informação e não se configura como socorro de urgência, o técnico auxiliar de regulação médica pode fornecer a mesma, caso possua disponibilidade em sua ferramenta de trabalho. Segundo Gerber⁶¹ (2010), este processo deve ser breve, obrigatoriamente não ultrapassa um minuto.

O TARM ao finalizar o preenchimento dos dados pertinentes, transfere a ficha padrão e a chamada para o médico regulador que julga a gravidade do caso. Este julgamento deverá ser feito em 30 segundos a 1 minuto preenchendo na ficha as informações que configuram o caso. Quando se trata de situação crítica, deverá desencadear a melhor resposta, acionando múltiplos meios disponíveis (informando ao rádio operador estes meios) se necessário. Nos casos de menor gravidade, o médico regulador poderá optar pelo não envio de equipe ao local,

optando pela orientação ao solicitante da chamada como proceder em relação a queixa. Nos casos de envio de equipe, o médico regulador deve monitorar todo o deslocamento, como também o relato de caso feito pela equipe, confirmando ou alterando o nível de gravidade estimada inicialmente. Em razão disso, uma segunda decisão é tomada pelo médico regulador a respeito da necessidade do paciente, definindo, entre outras, qual unidade de saúde o paciente deverá ser transportado.

O rádio operador monitora toda a movimentação das equipes e registra os tempos de deslocamento em cada trajeto (tempo gasto durante a regulação médica e o acionamento da ambulância, saída da ambulância até a cena, tempo de permanência na cena, saída da cena até a unidade de saúde definida, tempo total da ocorrência desde a saída da ambulância). Todas estas informações serão registradas, pelo rádio operador, na ficha padrão, em local específico. Caso seja necessário o acionamento de algum apoio à equipe em cena, o mesmo fará as ligações pertinentes indicadas pelo médico regulador que deve acompanhar todo o desenrolar dos acontecimentos. Após o adequado recebimento do paciente na unidade de saúde, o médico regulador pode considerar o caso encerrado.

As equipes que ficam de sobreaviso, caso seja acionada para uma ocorrência de urgência, possuem base própria, podendo estar vinculada a regulação médica ou não. Estas equipes se dividem basicamente em unidade de saúde básica (USB) e unidade saúde avançada (USA). A USB se desloca em uma ambulância contendo um condutor de veículo habilitado em conduzir veículos de emergência e com treinamento em socorro básico e um técnico de enfermagem com treinamento em urgência pré-hospitalar. Esta equipe deve estar preparada para atuar nos casos que não envolvam procedimentos invasivos no paciente e poderá acionar a equipe avançada caso perceba que o estado do paciente é mais grave. A USA se desloca em ambulância contendo condutor de veículo habilitado em conduzir veículos de emergência e com treinamento em socorro básico, um enfermeiro capacitado em urgência pré-hospitalar e um médico intervencionista. Esta equipe estará preparada para intervenções invasivas que necessite de médicos para o procedimento.

Importante citar que existem outras possibilidades de conformação de ambulâncias quando as situações geográficas abrangentes assim requererem. Estes veículos podem ser do tipo ambulância de transporte para pacientes sem risco de vida, podem ser também veículos aeromédicos de asa fixa ou rotativa; como também embarcações para transporte marítimo/fluvial (ambulancha). Outro veículo que não se enquadra na categoria de ambulância (por não transportar enfermos) são os veículos de intervenção rápida (transportam médicos ou profissionais de resgate), para suporte em locais de difícil acesso.

A portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa onde, em seu contexto de fundamentações, se pauta na 2ª Assembleia Mundial para o Envelhecimento em 2002¹⁵. Neste, o Plano de Madri fundamenta as diretrizes que cada país se compromete a seguir quanto ao processo de envelhecimento populacional. Este plano recomenda adoção de medidas em situações de emergência com o objetivo de promover igualdade de acesso, assistência médica, desastres naturais e outras situações de calamidade pública.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa fundamenta-se na recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência dos indivíduos idosos. Justifica-se, pois, que os serviços que prestam atendimento a esta faixa etária respondam as necessidades específicas deles. Sua política foca intensamente na incapacidade funcional do idoso e suas diretrizes firma-se na prevenção. Nela, orienta realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos. Também realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas. Implementar de forma efetiva modalidades de atendimento que corresponda às necessidades desta população, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar¹⁵.

No contexto desta política observam-se referências assistencialistas para o qual a prestação de cuidados emergenciais é importante. Ela prevê provimentos de insumos, de suporte em todos os níveis de atenção, prioritariamente na atenção domiciliar. Assim como busca acompanhar e avaliar o potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização deste usuário.

Os princípios deste serviço de urgência e emergência estão em consonância com a Política Nacional de Saúde do Idoso, uma vez que nas diretrizes desta última o texto aborda a “atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa”; “estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção” e, principalmente, “provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa”.

Assim como, o Estatuto do Idoso prevê no seu capítulo IV (Do Direito à Saúde), artigos 15 e 18, as garantias necessárias para esta atenção integrada e atendendo aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades desta população.

Esse é um dos grandes desafios das estratégias pré-hospitalares, na qual inclui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que foi implementado pela Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). O objetivo é reorganizar a assistência à saúde, buscando respostas efetivas ao atendimento de pacientes idosos²⁰.

3. MÉTODO

3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo descritivo com delineamento transversal. Para a coleta de dados, utilizou o banco de dados do SAMU regional Jequié/BA, coletando informações provenientes do banco de dados que tem origem nas fichas de atendimento da central de regulação médica, assim como as fichas de atendimento das unidades de saúde móveis (Unidades de Saúde Básica - USBs e Unidade de Saúde Avançada - USA).

3.2. LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na central de regulação médica do SAMU Regional sediado na cidade de Jequié/BA que está localizada na região sudoeste do Estado. O SAMU Regional abrange 25 municípios circunvizinhos a Jequié e possui, juntos, uma população aproximada de 530.000 habitantes. Desses 25 municípios, 15 possuem ambulâncias de resgate cobrindo toda a região.

3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população estudada foi de indivíduos da faixa etária ≥ 60 anos atendidos pelo SAMU do município de Jequié-BA. Os dados das fichas da regulação médica corresponderam aos atendimentos da cidade de Jequié referente à faixa etária citada, como também os dados das fichas de atendimento das unidades de saúde móveis que atendem no município citado. Foram analisadas 3.505 fichas de atendimento da regulação médica correspondentes ao ano de 2013 e 2.066 fichas de atendimentos das ambulâncias básicas e avançada do mesmo ano referido. O município de Jequié está situado no interior do Estado da Bahia, região sudoeste e fica às margens do rio de Contas. De acordo com o censo de 2010, possuía uma população de 151.895 habitantes (deste total, 17.247 estavam com 60 anos ou mais) com estimativa para 2014 de 161.150 habitantes. No ano do censo, 2010, haviam 73.612 homens para 78.283 mulheres. Sendo que deste total, 7.420 homens idosos e 9.827 mulheres idosas. Deste total de idosos, 1.400 moravam na zona rural e 15.897 moravam na zona urbana³.

3.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Este estudo usou o banco de dados do SAMU Jequié-BA, o qual possui as informações provenientes de fichas de atendimento da central de regulação médica e das unidades móveis.

Considera-se fichas de atendimento da regulação médica (ANEXO A) aquelas que são preenchidas mediante a chamada telefônica de solicitantes do serviço do SAMU que liga para a central de regulação e solicita o serviço de urgência pelo telefone, no qual primeiramente é atendido pelo TARM (Técnico Auxiliar de Regulação Médica) que preenche os dados iniciais, compostos de nome do solicitante, paciente e seu perfil, telefone de contato, endereço para acesso ao paciente; posteriormente, a ligação é transferida ao médico regulador de plantão que faz a triagem do caso e envia ou não um suporte móvel de urgência, como também pode orientar o solicitante para um determinado procedimento. Caso seja decidido o envio de uma ambulância, a ficha é passada para o Rádio Operador de plantão, que é responsável em acionar e acompanhar a equipe de intervenção (aquela que se desloca com a ambulância), preenchendo os dados relacionados à sua função. Toda esta rotina é informada na ficha, assim como o motivo pelo qual houve a chamada de urgência e a conduta tomada pelo médico regulador.

Considera-se ficha de atendimento das unidades móveis (ANEXO B) aquelas que possuem as informações do atendimento ao paciente feito pela equipe de intervenção ou de uma Unidade de Saúde Básica (USB), composta de técnico de enfermagem e condutor habilitado em emergência pré-hospitalar; ou de Unidade de Saúde Avançada (USA) contendo médico, enfermeiro e condutor habilitado em emergência pré-hospitalar. Estas fichas são preenchidas pelo técnico de enfermagem quando em USB, ou por médico e/ou enfermeiro quando em USA. As informações contidas nelas equivalem ao atendimento prestado à vítima, sendo ela de origem traumática, clínica, obstétrica, psiquiátrica ou orientação que contém dados de identificação do paciente, data e hora do atendimento, profissionais envolvidos no atendimento, local de destino dado ao paciente, procedimentos realizados, resumo dos sinais e sintomas, conduta profissional.

Para manter a privacidade dos sujeitos da pesquisa a coordenação do SAMU informou que nos disponibilizará o banco de dados do serviço, porém não incluirá o nome do usuário atendido.

3.5. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram tabulados no programa Excel e suas variáveis foram posteriormente analisadas obtendo valores numéricos, percentuais e médias aritméticas. Traçou-se, então, o perfil dos idosos atendidos pelas ambulâncias e pela central de regulação

médica através de chamadas telefônicas correlacionando-o com a Política Nacional da Pessoa Idosa.

3.6. QUESTÕES ÉTICAS

O projeto foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) sob nº de parecer 911.309 de 11 de dezembro de 2014 e CAAE nº 39472214.3.0000.0055 (ANEXO C) e, para prosseguir com a realização deste estudo tendo acesso ao banco de dados, necessitou da autorização da Coordenação do SAMU Regional Jequié.

4. RESULTADOS

O resultado deste estudo foi apresentado em dois manuscritos. O primeiro manuscrito intitulado “Perfil do atendimento a idosos pelo Serviço Móvel de Saúde em ambiente pré-hospitalar” será encaminhado para publicação na revista *Geriatric Nursing* que tem como objetivo traçar o perfil do idoso atendido pelo suporte pré-hospitalar, SAMU. O segundo manuscrito intitulado “O atendimento a idosos pelo Serviço Móvel de Urgência e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa” será submetido ao periódico *Caderno de Saúde Pública*, cujo objetivo é avaliar se o serviço oferecido ao idoso atendido pelo SAMU encontra-se em consonância com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Pretendemos assim responder aos objetivos proposto por este estudo

4.1. MANUSCRITO 1:

PERFIL DO ATENDIMENTO A IDOSOS PELO SERVIÇO MÓVEL DE SAÚDE EM AMBIENTE PRÉ-HOSPITALAR

Julival Andrade Santos Junior

Adriana Alves Nery

RESUMO: objetivou-se traçar o perfil do atendimento aos idosos pela central de regulação pré-hospitalar e suporte móvel, SAMU. Estudo epidemiológico, transversal, descritivo realizado com idosos residentes em Jequié-BA. Utilizou-se banco de dados dos atendimentos da Central de Regulação e do serviço móvel de ambulância do ano de 2013. Os dados estavam em planilha do Excel, sendo calculadas para as variáveis categóricas, frequências absolutas e relativas, e para as variáveis numéricas medidas de tendência central e dispersão. A Central de Regulação recebeu 3.505 chamadas e o médico regulador encaminhou ambulâncias em 2066 destes chamados. Na regulação e equipes de ambulância prevaleceram idosos, de 60 a 79 anos, atendidas durante dias úteis da semana e no turno matutino. Nas equipes de ambulância prevaleceram idosos, aposentados, atendidos em domicílio, para atendimento clínico, conduzidos para rede hospitalar pública. Entre os agravos prevaleceram crise hipertensiva, dor, neurológicos e dispneia. No município o atendimento pré-hospitalar SAMU é um serviço essencial para atender as demandas de urgência dos idosos.

Palavras chave: SAMU; ambulâncias; saúde do idoso; serviços de saúde para idosos.

ABSTRACT: we aimed to provide the profile of care to the elderly by the central pre-hospital regulation service and the mobile support, SAMU. It is an epidemiological, cross-sectional, descriptive study with elderly people living in Jequié – Bahia, Brazil. We used the database of the Regulation Center and of the ambulances' mobile service from the year 2013. Data were in an Excel spreadsheet, for qualitative variables we calculated absolute and relative frequencies and for the quantitative ones central tendency measures. The Regulation Center received 3,505 calls and the redirecting doctor sent ambulances to 2066 of these calls. In the regulation center and for the ambulance teams, elderly females prevailed, aged 60 to 79 years old and attended during weekdays, in the morning shift. For the ambulance teams elderly retired females prevailed, attended at home for clinical care and led to the public hospital network. Among the grievances, hypertensive crisis, pain, neurological ones and dyspnoea prevailed. In the municipality, the pre-hospital care SAMU is an essential service to meet the emergency demands of the elderly.

Keywords: SAMU; ambulances; health of the elderly; health services for the elderly.

INTRODUÇÃO

Uma das grandes conquistas da humanidade é o envelhecimento da população. Segundo projeções das nações unidas, o número de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, continuará a subir em escala mundial, assim como ocorreu nas últimas décadas. Esse fenômeno se deve a diversos fatores, dentre eles o aumento da esperança média de vida; os avanços tecnológicos no tratamento de doenças; melhorias nas condições sociais e hábitos de saúde; investimento na prevenção e promoção de saúde; e a redução acentuada da fecundidade que em alguns países parecem ser responsáveis pelo aumento da proporção de idosos quando comparados com outras faixas etárias¹.

O envelhecimento populacional, segundo projeções das Nações Unidas, tenderá a um crescimento contínuo e em escala mundial, assim como já ocorre há algumas décadas. Fatores como o aumento da esperança média de vida, avanços tecnológicos na terapêutica médica, melhorias sociais e nos hábitos salubres; maior investimento em prevenção e promoção na área de saúde; e a redução da fecundidade de alguns países parece aumentar a proporção de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos se comparado a outras faixas etárias¹.

Dados do censo de 2010 indicam que a população de pessoas idosas com 60 anos ou mais no Brasil estava em torno de 20 milhões, enquanto no ano 2000 esta população representava 14 milhões. Estas projeções indicam que em 2020 o Brasil será o sexto país em número de idosos no mundo². Sabe-se que em 1940 a expectativa de vida era de 45,5 anos em 2011 passou a 74,1 anos o que representando um acréscimo de 28,6 anos. Em relação ao sexo, as mulheres apresentam maior expectativa de vida (77,7 anos) quando comparada a dos homens (70,6 anos).

Segundo este CENSO de 2010, o Brasil possuía uma população de idosos, pessoas iguais ou acima de 60 anos, de 20 milhões com uma projeção, em 2020, de ser o sexto país em número de idosos no mundo, já que em 2000, este número era de 14 milhões². A expectativa de vida em 1940 era de 45,5 anos e, em 2011, passou a 74,1 anos.

A Organização Mundial de Saúde³ (OMS) reconhece como idoso as pessoas acima de 65 anos, porém este referencial é utilizado em países desenvolvidos. No caso do Brasil, que é um país em desenvolvimento, a terceira idade começa aos 60 anos.

No Brasil, país em desenvolvimento, a terceira idade começa aos 60 anos. Já em países desenvolvidos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a pessoa é considerada idosa a partir dos 65 anos de idade³.

O aumento do número de pessoas idosas tem trazido grandes demandas para os serviços de saúde. Estes serviços são onerados devido aos seguintes fatores: maior custo na

atenção as condições crônicas não transmissíveis, que são de maior incidência entre os idosos; altas taxas de internamento, com maior permanência hospitalar e maior custo médio de internamento, quando comparados ao de populações mais jovens, além da necessidade de utilização de mais recursos (remédios e equipamentos).⁴

As condições crônicas não transmissíveis nos idosos estão associados a perda de capacidades funcionais com aumento da fragilidade, problemas de locomoção, risco de quedas com maior dependência nos cuidados e necessitando de maior institucionalização⁵.

Neste contexto, esta população torna-se mais vulnerável aos agravos de saúde e tem nos serviços de urgência, uma necessidade própria. Destaca-se entre outros, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) o qual após sua implantação trouxe impacto na redução das internações e óbitos de alguns agravos a saúde⁶.

A Política Nacional de Atenção às Urgências introduziu o SAMU a partir de 2003⁷ e este, oferece um acesso rápido e eficaz aos cuidados de saúde aos agravos clínico, cirúrgico, traumático, obstétrico e psiquiátrico. Mostra-se relevante para a população maior de 60 anos devido uma maior prevalência de morbimortalidade por consequência de sua condição física.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi traçar o perfil do atendimento aos idosos pelo suporte pré-hospitalar, SAMU Jequié, Bahia.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, com delineamento transversal realizado com dados secundários provenientes das fichas de atendimento da central de regulação regional e das ambulâncias do serviço móvel SAMU na cidade de Jequié-Bahia. Esta cidade está localizada na região Sudoeste do estado, sendo o município sede de um SAMU Regional, que abrange 25 municípios circunvizinhos, responsável por uma população estimada de 530.000 habitantes. Desses 25 municípios, 15 possuem ambulâncias de resgate cobrindo toda a região. Porém, para a realização deste estudo utilizou somente os dados da regulação e do atendimento das ambulâncias prestados à população idosa do município de Jequié.

O município de Jequié está situado às margens do rio de Contas, e de acordo com o Censo de 2010, possuía uma população de 151.895 habitantes, sendo 73.612 homens e 78.283 mulheres. Da população total do município 17.247 possuem idade de 60 anos ou mais, sendo 7.420 homens idosos e 9.827 mulheres idosas. Do total de idosos residentes no município 1.400 residem na zona rural e 15.897 na urbana.

Durante o período analisado (janeiro a dezembro de 2013) foram avaliadas as fichas de atendimento da central de regulação médica e as fichas referentes ao atendimento realizado

por 2 Unidades Básicas de Saúde (USBs) e 1 Unidade Avançada de Saúde (USA) do SAMU-Jequié-BA. Cada UBS conta com uma equipe constituída por um técnico de enfermagem e um condutor, enquanto a USA com um médico, um enfermeiro e um condutor.

Foram selecionadas para este estudo, 3.505 fichas de ligações recebidas pela central de regulação para atender ao chamado dos idosos com idade igual ou superior a 60 anos. Destas, em 2066 solicitações, o médico regulador decidiu por enviar uma unidade de suporte (USA ou USB) para realizar o atendimento onde o idoso se encontrava. As fichas da regulação são primeiramente preenchidas pelo técnico auxiliar de regulação médica (TARM) colhendo dados pessoais do solicitante, da vítima, endereço de localização, data e hora do chamado, assim como informações pertinentes observadas.

Após, o TARM transfere a ficha e a ligação para o médico regulador que registra os motivos da ocorrência, julga a gravidade do caso (sendo ela de origem clínica, traumática, obstétrica, psiquiátrica ou orientação) e decide se orienta ou envia equipe de resgate em ambulância. Nos casos em que a indicação é de orientação, o médico regulador a realiza e finaliza o atendimento. Quando faz-se necessário envio de equipe de resgate em ambulância, a ficha com as anotações do TARM e do médico regulador é repassada ao rádio operador (RO) que é responsável por completar as informações da ficha com o tempo resposta da ambulância e informar como se ocorreu o atendimento.

Os dados dos atendimentos prestados as pessoas idosas foram disponibilizados em uma planilha do programa Excel e nele analisados. No banco constam informações do perfil dos pacientes (idade, sexo) e do atendimento (dia da semana em que houve o atendimento, hora do atendimento, tipo de viatura, ocupação do paciente, local em que se procedeu a ocorrência, tipo de ocorrência, serviços a que os pacientes foram destinados e o motivo pelo qual a ambulância prestou atendimento).

Previamente a análise realizou-se a categorização das variáveis sendo: sexo em “masculino” e “feminino”; idade em “60 a 79 anos” e “80 anos ou mais”; dia da semana em que houve o atendimento “fim de semana (sábado e domingo)” e “dia da semana (segunda a sexta)”, turno do atendimento “manhã (6:00 h até 11:59 h)”, “tarde (12:00h até 17:59 h)”, “noite (18:00 h até 23:59 h)” e “madrugada (00:00 h a 5:59 h); tipo de viatura “USB I/II” e “USA”; ocupação do paciente “aposentado”, “do lar”, “autônomo”, “outros”, “desempregado” e “funcionário público”; local de ocorrência “residência”, “via pública”, “unidade hospitalar” e “estabelecimento comercial/industrial”; tipo de ocorrência “clínico”, “trauma”, “óbito”, “transporte” e “psiquiátrico”; e destino “serviço público”, “privado” e “público/privado”.

Para as variáveis categóricas calculou-se as frequências absolutas e relativas, e para as quantitativas, as medidas de tendência central e dispersão (média e desvio padrão). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), CAAE nº 39472214.3.0000.0055.

RESULTADOS

No período analisado, a Central de Regulação do SAMU Jequié recebeu 3.505 chamadas para atender ocorrências a indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos. Enquanto as ambulâncias do SAMU regional atenderam a 7.324 ocorrências, sendo 2066 a idosos, o que corresponde a 28,2% do total.

A tabela 1 apresenta os dados da regulação e do atendimento móvel (ambulância). Conforme observado tanto na regulação quanto no atendimento da ambulância prevaleceram respectivamente idosos do sexo feminino (56,3% e 54,6%); com idade de 60 a 79 anos (64,5% e 62,5%); que buscaram o serviço durante dias da semana (72,2% e 71,2%); no turno da manhã (32,7% e 31%); sendo enviado para o atendimento uma USBI/II (81,6% e 77,7%).

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual das características do atendimento prestado pela Regulação Médica e Unidade Móvel do SAMU a idosos. Jequié, Bahia, 2013.

Variável/Categorias	Regulação		Ambulância	
	N	%	n	%
SEXO				
Feminino	1948	56,3	1087	54,6
Masculino	1510	43,7	904	45,4
IDADE				
60 a 79 anos	2261	64,5	1291	62,5
80 anos ou mais	1244	35,5	773	37,5
DIA DA SEMANA				
Dia da semana	2532	72,2	1471	71,2
Final de semana	973	27,8	595	28,8
TURNO				
Manhã	1146	32,7	640	31,0
Tarde	1071	30,6	633	30,6
Noite	919	26,2	534	25,8
Madrugada	368	10,5	259	12,5
VIATURA				
USB I/II	1788	81,6	1605	77,7
USA	402	18,4	461	22,3

Fonte: banco de dados do atendimento da Central de Regulação médica Jequié-BA e atendimento móvel SAMU, 2013.

A tabela 2 apresenta as informações contidas nas fichas de atendimento feitas pelas equipes das ambulâncias.

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual dos atendimentos realizados pela Unidade Móvel do SAMU. Jequié, 2013.

OCUPAÇÃO (n=666)		
Aposentado	542	81,4
Do Lar	83	12,5
Autônomo	30	4,5
Outro	5	0,8
Desempregado	4	0,6
Funcionário Público	2	0,3
LOCAL (n=1884)		
Residência	1663	88,3
Via pública	189	10,0
Unidade Hospitalar	27	1,4
Estabelecimento Comercial/Industrial	5	0,3
TIPO DE OCORRENCIA (n=1909)		
Clínico	1540	80,7
Trauma	258	13,5
Óbito	61	3,2
Transporte	33	1,7
Psiquiátrico	17	0,9
DESTINO (n= 1553)		
Serviço Público	1489	95,9
Serviço Privado	52	3,3
Serviço Misto	12	0,8

Fonte: banco de dados do atendimento móvel do SAMU Jequié-BA, 2013.

Conforme descrito na tabela 2 prevaleceram entre os idosos os aposentados (81,4%), atendidos em residência (88,3%), prestado atendimento clínico (80,7%), e conduzidos para um serviço público (95,9%).

A tabela 3 apresenta os agravos que acometeram os idosos assistidos pela Unidade Móvel do SAMU.

Tabela 3 – Problemas de Saúde encontrados em idosos durante o Atendimento Móvel SAMU. Jequié, 2013.

AGRAVOS EM IDOSOS (n=2066)	n	%
Crise Hipertensiva	454	22,0
Dor	383	18,5
Neurológico	334	16,2
Dispneia	322	15,6
Não Classificado	289	14
Queda da Própria Altura	158	7,6
Outros	135	6,5
Cardiocirculatório	126	6,1
Óbito	125	6,1
Hiperglicemia	120	5,8
Hipoglicemia	107	5,2
Politrauma	85	4,1
Crise Convulsiva	50	2,4
Não Assistido	48	2,3
Atropelamento	28	1,4
Transferência Inter hospitalar	26	1,3
PCR	21	1,0
Hematêmese	19	0,9
Agressão Física	17	0,8
Surto Psicótico	11	0,5

Fonte: banco de dados do atendimento móvel do SAMU Jequié-BA, 2013.

Conforme apresentado na tabela 3 os principais problemas de saúde que demandaram atendimento aos idosos foram: crise hipertensiva (22,0%); dor (18,5%); neurológico (16,2%), dispneia (15,6%).

A categoria não assistido agrupa os pacientes que não aceitaram ser conduzidos ao hospital, os não encontrados no local indicado na ficha da regulação, os que já tinham sido conduzidos por meios próprios ou por outra equipe (corpo de bombeiros). A taxa de não resposta para esta variável foi de 20,5%, sendo referente às fichas que não continham informações suficientes para categorizá-las.

A categoria neurológica foram incluídos os pacientes acometidos por: desmaio, desvio de comissura labial, hemiplegia, hipoatividade, tonturas, mal súbito, parestesias, desorientação, anisocoria, síncope e não responsividade. Enquanto na categoria cardiocirculatório, foram incluídos os casos de hipotensão, bradicardia, cianose, taquicardia e dessaturação.

DISCUSSÃO

Apesar do serviço móvel de urgência SAMU ter sido implantado há 11 anos, identificamos na literatura poucos estudos referentes à caracterização dos usuários idosos e atendimentos a eles realizados, o que de certa forma impossibilitou comparar estes resultados com os de outros estudos. Outro fato que chamou a atenção foi o percentual de atendimentos prestados onde as fichas não foram completamente preenchidas, impedindo assim um melhor entendimento do serviço ofertado.

Acreditamos que a incompletude de informações nas fichas avaliadas pode estar associada ao grande volume de solicitações de atendimento em determinados horários, a necessidade de rapidez nas condutas, decisões e busca de uma unidade hospitalar para dar prosseguimento ao atendimento, por acreditar que as informações não preenchidas são menos importantes, ou falta uma reordenação das práticas envolvidas na realização do serviço. Vale salientar que os dados obtidos pela central de regulação médica são os necessários para reconhecimento do usuário, do agravo e como localizá-lo. No protocolo do SAMU de outubro de 2014⁸ há um tópico no sumário em “protocolos especiais” que orienta quanto a este tipo de preenchimento. Em estudo sobre homens idosos atendidos pelo SAMU em Teresina-PI, em 2011, o autor refere as mesmas dificuldades identificadas pela falta de preenchimento das fichas de atendimento, o que dificulta a identificação das condições dos usuários e o trabalho prestado pela equipe⁹.

No período analisado 28,2% dos atendimentos realizados pela equipe de assistência pré-hospitalar do SAMU de Jequié-BA foi para idosos, evidenciando a importância do serviço para indivíduos deste grupo etário. O processo de envelhecimento vem acompanhado de morbidades, sendo algumas crônicas, tornando estes indivíduos mais susceptíveis à necessidade de suporte emergencial. Entre os atendimentos prestados a idosos 88,3% foi iniciado no domicílio. Segundo Carpenter, Platts-Mil¹⁰ para garantir um atendimento de alta qualidade e eficiência aos pacientes idosos faz-se necessário desenvolver ações que melhorem o atendimento pré-hospitalar. Diante disto, é imprescindível a identificação de métodos novos que sejam capazes de averiguar precocemente a gravidade da doença e com isso melhor orientar o tratamento.

Neste estudo identificamos que respectivamente 54,6% e 56,3% dos atendimentos prestados a idosos pelo serviço móvel do SAMU e pela regulação médica foram para indivíduos do sexo feminino. Estes achados corroboram a estudo semelhante, no qual foram atendidos 42.629 idosos pelo SAMU, sendo 55,5% do sexo feminino¹¹.

As três viaturas disponíveis realizaram 2.066 atendimentos a idosos, sendo as duas USB responsáveis por 77,7% das ocorrências, enquanto a USA 22,3%. Se compararmos com todas as faixas etárias, as USA fez 16,4% das ocorrências sugerindo uma maior tendência ao envio de suporte avançado quando solicitado para as solicitações envolvendo idosos. É preciso que as necessidades dos idosos sejam abordadas adequadamente no atendimento pré-hospitalar, com intuito de reduzir as reinternações e promover o aumento da capacidade funcional. Para isto, a equipe de atendimento deve ser capacitada e sensível às particularidades exigidas por esta população¹².

Um fato que chamou atenção foi que identificamos inconsistência numérica entre as informações das saídas das ambulâncias pela central de regulação e equipes em ambulâncias. A central de regulação informou que as USBs saíram 1788 vezes e as equipes em ambulância informaram 1605, evidenciando uma diferença de 183 saídas, e as USA a regulação informou 402 saídas e a equipes em ambulância informaram 461, havendo, portanto, 59 saídas a menos. Percebeu-se que houve uma diferença total de 124 saídas informadas. Estes valores incitam a três hipóteses: o trabalhador responsável por preencher a ficha na ambulância não o fez ou esta pode ter sido extraviada; a idade do paciente foi informada diferentemente nos dois momentos solicitados (central de regulação e atendimento da ambulância), sendo que em um não tenha entrado no estudo (faixa etária inferior a 60 anos) e; pode ter ocorrido cancelamento da ocorrência durante o deslocamento da ambulância.

Dos idosos atendidos, 12,5% informaram ter atividade informal (do lar) e 4,5% como autônomo. Estes dados evidenciam que uma parcela importante desses indivíduos possui atividades laborais e que podem impactar a história de vida familiar quando sofrem agravos a saúde que gerem incapacidades.

Os dados obtidos por este estudo evidenciam que a procura dos idosos pelo serviço do SAMU não é influenciado pelo dia da semana. Porém, quando avaliado o turno do atendimento, observa-se 31,0% de ocorrência foram pela manhã e 61,6% durante o dia. Essa informação corrobora com o estudo de Gonsaga *et al.*,¹¹, onde o pico de atendimento ocorre as 10:00 am e mantem-se em um platô até as 17:30 pm. Vale destacar, que conforme observado nos resultados do SAMU Jequié o turno em que ocorrem as solicitações de atendimento da regulação médica segue a mesma proporção encontrada no atendimento das ambulâncias.

No estudo em questão, o tipo de ocorrência predominantemente entre os idosos foi o clínico (80,7%), diferenciando do perfil associado às causas externas típica deste serviço. No grupo estudado houve predomínio de crise hipertensiva, este dado é compatível com outras

pesquisas que mostram o elevado número de idosos que apresentam Hipertensão Arterial Sistêmica. Um desses estudos foi realizado no setor de psiquiatria de hospital de Itapira-SP que diagnosticou 53,0% do número total da amostra com quadro de hipertensão arterial¹³. Porém, estudo de SILVA, *et al.*,¹⁴, refere um alto índice de pseudocrise hipertensiva (PCH) e elevação sintomática da pressão arterial (ESPA) em serviços de emergência que são tratadas como crise hipertensiva. Assim como em outros serviços de emergência, diferenciar estas situações tem impacto positivo na melhor terapêutica abordada a estes pacientes.

Outra queixa presente foi a dor intensa, a qual foi relatada por 18,5% dos idosos atendidos. Em estudo realizado em Florianópolis/SC com 1.656 idosos, 29,3% apresentaram dor crônica, sendo esta predominante entre as mulheres (62,5%) e idosos na faixa etária de 60 a 69 anos (51%)¹⁵. Uma outra pesquisa realizada em São Paulo também indica prevalência de dor crônica em 29,7% dos entrevistados. Os idosos informaram que as dores que mais incomodavam eram a lombar, seguida dos membros inferiores e superiores. Estas dores produzem impacto negativo nas atividades do dia a dia. Entre os idosos a dor que mais incomodava persistia há mais de dois anos (77,4%) e variava de intensidade de média à intensa. A presença da dor crônica mostrou-se associada à pior capacidade funcional avaliada por meio das atividades de vida diária básica e instrumentais e mobilidade¹⁶.

Sabe-se que a dor pode ser interpretada por diferentes indivíduos de diversas formas e intensidades. A alta prevalência do agravo dor no estudo, que motivou o atendimento de uma equipe multidisciplinar e pré-hospitalar, evidencia uma maior complexidade na atenção ao idoso. Muitas vezes o cuidador ou membros ativos da família passam a gerenciar e tomar decisões nas práticas de saúde ao idoso e, muitas vezes, opera como fonte primária na prestação dos cuidados a este indivíduo¹⁴. Isto aumenta as solicitações por um suporte profissional que possa lidar com algo considerado emergencial como o sofrimento imposto pela dor.

O terceiro motivo da procura pelo serviço mais prevalente no estudo foi os problemas neurológico com 16,2%, dos quais a principal condição que tem impacto na vida do idoso e de seu ciclo familiar é o acidente vascular cerebral (AVC). Esta condição permite a sobrevivência de metade dos acometidos em cinco anos e um terço viverá dez anos, sendo que 60% dos sobreviventes recuperará a independência para os cuidados pessoais e 75% andarão de forma independente. Um quinto necessitará de cuidados institucionais e o restante de assistência familiar ou cuidadores¹⁷.

A incapacidade leva a necessidade de um rearranjo familiar para cuidar deste idoso, diminuindo sua qualidade de vida e comprometendo negativamente as relações

intrafamiliares. Quando necessita de um cuidador, onera a família economicamente. Independentemente de ser este, um cuidador contratado ou um membro desta família, a sobrecarga imposta a este indivíduo parece estar relacionada com o nível de independência funcional do idoso cuidado¹⁸.

A dispneia foi um sintoma bastante citado no atendimento emergencial pré-hospitalar, com 15,6% de ocorrências relacionadas. Em um estudo que verificou os sintomas de idosos de baixa renda em seu último ano de vida, encontrou a dispneia (60%) como terceiro sintoma mais citado¹⁹. Isso sugere que este sintoma mostra-se importante para as equipes de emergência pré-hospitalar, uma vez que, além de ser um sintoma relacionado a uma condição vital do ser humano, respirar; indica também um sinal de agravamento de sua condição de saúde ou indício de finitude da vida.

Importante observar que os agravos encontrados pelas equipes das ambulâncias, os quais possivelmente motivaram a chamada telefônica solicitando o serviço de emergência, sugere falhas na atenção básica. Os agravos mais recorrentes foram, em sua maioria, relacionados às condições crônicas não transmissíveis que as equipes de atenção básicas buscam prevenir. Fatores externos como queda da própria altura, também tem importância na morbimortalidade destes indivíduos e em sua qualidade de vida. As unidades básicas de saúde precisam estar atentas para estes agravos e o serviço pré-hospitalar tem um papel importante como fonte de informações para se criar medidas preventivas.

CONCLUSÃO

Os dados obtidos por este estudo evidenciaram que no município de Jequié o percentual de idosos atendidos pelo SAMU Regional Jequié foi proporcionalmente maior que o do restante da população. Quanto ao perfil dos idosos verificou-se que tanto na central de regulação, como no atendimento móvel de ambulância prevaleceram idosos do sexo feminino, com idade entre 60 e 79 anos, que buscaram atendimento nos dias da semana, nos turnos matutino e vespertino. O atendimento móvel de ambulância ocorreu preferencialmente nos domicílios, sendo o tipo de ocorrência classificado como clínico e os usuários encaminhados para uma unidade de suporte público. Quanto aos agravos que levaram o médico regulador a encaminhar uma unidade de atendimento móvel de ambulância prevaleceram as categorias: crise hipertensiva, dor, neurológicos e dispneia.

Estes dados evidenciam que o atendimento pré-hospitalar SAMU é de suma importância para o atendimento dos agravos acometidos aos idosos. Trata-se de uma importante porta de entrada aos níveis de maior complexidade do SUS. As solicitações de

atendimento em ambulância a idosos estão relacionadas a condições crônicas não transmissíveis, que são bastante comuns neste grupo etário, mas vale destacar que estes eventos são passíveis de prevenção na atenção básica.

Referências

1. Lamela D, Bastos A. Comunicação entre os profissionais de saúde e o idoso: uma revisão da investigação. *Rev Psicol Soc.* 2012; 24(3): 684-690.
2. Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Demografia e epidemiologia do envelhecimento.* Einstein. 2008; 6(1): S4-S6.
3. OMS (Organização Mundial de Saúde) Relatório Mundial de Saúde, Banco de Dados. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1999.
4. Rubio VO. *La Economía em Sanidad y Medicina: Instrumentos y Limitaciones.* Barcelona: Euge, 1990.
5. Maciel ACG, Guerra RO. Influência dos fatores Biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Rev bras epidemiol.* 2007; 10(2): 178-189.
6. Castro CL, Junger WL, Cavalini LT. Análise da Atenção Pré-hospitalar ao Acidente Vascular Cerebral e ao Infarto Agudo do Miocárdio na População Idosa. *AMB Rev Assoc Med Bras.* 2010; 56(4): 452-457.
7. Vieira EB. *Manual de Gerontologia: um guia teórico prático para profissionais, cuidadores e familiares.* Rio de Janeiro: 2ª ed. Revinter, 2008
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Protocolos de intervenção para o SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.* Brasília: Ministério da Saúde. 2014.
9. Pereira LC, Alencar AA, Figueiredo MLF, Beleza CMF. Caracterização do atendimento de homens idosos pelo serviço móvel de urgência. *Rev Cultura de los Cuidados.* 2015; 19(41):126-134.
10. Carpenter CR, Platts-Mil TF. Evolving Prehospital, Emergency Department, and “Inpatient” Management Models for Geriatric Emergencies. *Rev Clin Geriatr Med.* 2013; 29(1):31-47.
11. Gonsaga RAT, Silva EM, Brugugnolli ID, Cabral JL, Thomé NO. Padrão e Necessidades de Atendimento Pré-hospitalar a Idosos. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2015; 18(1)19-28.
12. Marques GQ, Lima MAD da S, Ciconet RM. Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre - RS. *Acta paul enferm.* 2011; 24(2): 185-191.
13. Longo MAT, Martelli A, Zimmermann A. Hipertensão arterial sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de psicogeriatría do

Instituto Bairral de Psiquiatria, no município de Itapira, SP. Rev bras geriatr gerontol. 2011; 149(2): 271-284.

14. Silva DM, Vilela ABA, Nery AA, Duarte ACS, Alves MR, Meira SS. Dinâmica das relações familiares intergeracionais na ótica de idosos residentes no Município de Jequié (Bahia), Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2015; 20(7): 2183-2191.

15. Santos FA, Souza JB, Antes DL, d'Ors E. Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. Rev bras epidemiol. 2015; 18(1): 234-247.

16. Gomes DMS, Mattos PCA, Aparecida DY, Lúcia LM. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). Cad Saúde Pública. 2013; 29(2): 325-334.

18. Pereira RA, Santos EB, Fhon JRS, Marques S, Rodrigues RAP. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. Rev esc enferm USP. 2013; 47(1): 185-192.

19. Solano JPC, Scazufca M, Menezes PR. Frequência de sintomas no último ano de vida de idosos de baixa renda em São Paulo: estudo transversal com cuidadores informais. Rev bras epidemiol. 2011; 14(1): 75-85.

17. World Health Organization. World Health Statistics 2006. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=C8rkXp52UcC&oi=fnd&pg=PT7&dq=world+health+organization+2006&ots=LnZqcJmE7s&sig=2o2OzEB4qCJtI9LyYg0Wli0ICMg#v=onepage&q=world%20health%20organization%202006&f=false>> _Acesso em: 20 out 2014.

4.2. MANUSCRITO 2:

O ATENDIMENTO A IDOSOS PELO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Julival Andrade Santos Júnior

Adriana Alves Nery

RESUMO: objetivou-se avaliar se o serviço ofertado a idosos pelo SAMU atende a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Estudo epidemiológico, transversal, descritivo que avaliou o atendimento móvel de urgência disponibilizado a idosos residentes em Jequié-BA. Os dados do ano de 2013 da central de regulação e do serviço móvel de ambulância foram disponibilizados em planilha do Excel. Na análise calculou-se para as variáveis categóricas as frequências absolutas e relativas e para as variáveis numéricas as medidas de tendência central e dispersão. Dos idosos atendidos pela central de regulação 56,3% eram mulheres, 64,5% com idades entre 60 a 79, e nas equipes em ambulâncias 54,4% eram mulheres; 62,5% com 60 a 79 anos. O tempo resposta inicial foi 17min. e o final 36,8min. Os motivos que levaram os idosos a procurarem o serviço foram: 80,7% atendimento clínico, 13,5% trauma. Dos atendimentos realizados pela ambulância 88,3% foram na residência. Os principais agravos foram crise hipertensiva (22%), dor (18,5%), e neurológico (16,2%). O município necessita implantar integralmente a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Palavras chave: SAMU; ambulâncias; saúde do idoso; serviços de saúde para idosos; política de saúde.

ABSTRACT: our objective was to assess whether the service offered to the elderly by the SAMU ambulance service meets the demands of the National Health Policies for the Elderly. It is an epidemiological, cross-sectional, descriptive study evaluating the emergency mobile service available to elderly people living in Jequié – Bahia, Brazil. Data from the year 2013 from the regulation central and mobile ambulance service were available in Excel spreadsheets. In analyzing qualitative variables we calculated the frequencies and percentages and for the quantitative ones central tendency measures. Of the elderly attended by the central regulation service, 56.3% were women and 64.5% aged 60 to 79. 54.4% of the attended by the ambulance teams were women, 62.5% of which also aged 60 to 79. The initial response time was 17 min and the final one 36,8 min. The motives for the elderly to seek the service were: 80.7% clinical care and 13.5% trauma. 88.3% of the care provided by ambulance was domiciliary. The main grievances were hypertensive crisis (22%), pain (18.5%) and neurological ones (16.2%). The municipality needs to fully implement the National Health Policy for the Elderly.

Keywords: SAMU; ambulances; health of the elderly; health services for the aged; health policies.

INTRODUÇÃO

Uma das grandes conquistas da humanidade é o aumento da expectativa de vida da população. Segundo projeções das Nações Unidas¹ trata-se de um fenômeno que tende a aumentar progressivamente em todo o mundo, seguindo o Brasil esta tendência. Segundo dados Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE², o grupo de indivíduos acima de 60 anos é o que mais cresceu nesta última década, representando 12,1% da população.

Essa parcela da população exige cuidados decorrentes do próprio processo de envelhecimento, uma delas é a alta prevalência de condições crônicas não transmissíveis³. Outro aspecto comum são as mudanças fisiológicas, funcionais e bioquímicas⁴. Diante deste quadro, no ano de 2002 foi promulgada por meio da Portaria nº 702/SAS/MS⁵, de 2002, que institui as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, e em 2003 foi implantado o Estatuto do Idoso⁶ que no capítulo IV especifica o papel do SUS na garantia de atenção à saúde do idoso, entretanto, não determina como estes serviços serão financiados.

Neste sentido, no ano de 2006, foi promulgada a Portaria Ministerial nº 1.395, que implanta a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que objetiva regular e organizar os serviços de saúde para atender as necessidades da pessoa idosa, de forma a assegurar-lhes o acesso à saúde em todos os níveis de atendimento do SUS⁷.

Esses avanços no cuidado a saúde do idoso proposto pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa visa restaurar, manter e promover a independência e autonomia do cidadão brasileiro com 60 anos ou mais, por meio de ações de saúde tanto coletivas como individuais em conformidade com as diretrizes e princípios do SUS, com o intuito de atender as necessidades específicas desta faixa etária⁸. Esta política visa acompanhar e avaliar o potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de sua utilização pelos usuários. Neste contexto, surge o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) que resgata a importância da prestação de cuidados emergenciais, por meio de provimentos de insumos, de suporte em todos os níveis de atenção, prioritariamente na atenção domiciliar

O SAMU foi instituído para atender as demandas pré-hospitalares, tendo sido implantado por meio do Decreto nº 5.055 de 27 de abril de 2004⁹. Ele compõe a rede de atenção às urgências e emergências e seu principal objetivo é ordenar a assistência ao paciente, disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo. A partir dessas considerações, este estudo buscou analisar se o serviço oferecido ao idoso atendido pelo SAMU encontra-se em consonância com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

MÉTODO

Utilizou-se um desenho de estudo epidemiológico, transversal e descritivo para analisar os dados secundários provenientes das fichas de atendimento da central de regulação regional e das ambulâncias do serviço móvel SAMU na cidade de Jequié-Bahia. Jequié encontra-se situado na região Sudoeste do Estado da Bahia, e é o município sede de um SAMU Regional, que é responsável pelos atendimentos de urgência em um território que abrange 25 municípios circunvizinhos. Nestes municípios residem aproximadamente 530.000 habitantes. Para este estudo utilizou-se apenas dados da regulação e do atendimento das ambulâncias prestados à população idosa do município de Jequié.

A cidade de Jequié aloca a base do SAMU Regional e está as margens do rio de Contas. Segundo o CENSO de 2010, possuía uma população de 151.895 habitantes sendo 17.247 idosos com 60 anos ou mais. Destes, 7.420 foram declarados homens e 9.827 mulheres. Deste total de idosos, 15.897 moravam na zona urbana.

No período estudado (janeiro a dezembro de 2013) foram avaliadas 3.505 fichas de atendimento da Central de Regulação Médica e 2066 fichas do atendimento realizado por 2 Unidades Básicas de Saúde (USBs) e 1 Unidade Avançada de Saúde (USA) do SAMU-Jequié-BA.

Os dados dos atendimentos prestados as pessoas idosas foram disponibilizados pelo SAMU em uma planilha do programa Excel e nela foram analisados. O banco traz informações do perfil dos pacientes (idade, sexo) e do atendimento (dia da semana em que houve o atendimento, hora do atendimento, tipo de viatura, ocupação do paciente, local em que se procedeu a ocorrência, tipo de ocorrência, serviços a que os pacientes foram destinados e o motivo pelo qual a ambulância prestou atendimento).

Para análise dos dados optou-se por realizar as seguintes categorização das variáveis: sexo em “masculino” e “feminino”; idade em “60 a 79 anos” e “80 anos ou mais”; dia da semana em que houve o atendimento “fim de semana (sábado e domingo)” e “dia da semana (segunda a sexta)”, turno do atendimento “manhã (6:00 h até 11:59 h)”, “tarde (12:00h até 17:59 h)”, “noite (18:00 h até 23:59 h)” e “madrugada (00:00 h a 5:59 h); tipo de viatura “USB I/II” e “USA”; ocupação do paciente “aposentado”, “do lar”, “autônomo”, “outros”, “desempregado” e “funcionário público”; local de ocorrência “residência”, “via pública”, “unidade hospitalar” e “estabelecimento comercial/industrial”; tipo de ocorrência “clínico”, “trauma”, “óbito”, “transporte” e “psiquiátrico”; e destino “serviço público”, “privado” e “público/privado”.

Calculou-se as frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, e medidas de tendência central e dispersão (média e desvio padrão) para as variáveis quantitativas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), CAAE nº 39472214.3.0000.0055.

RESULTADOS

Em 2013, a central de regulação do SAMU Regional de Jequié recebeu 17.291 chamadas telefônicas de usuários da cidade sede, sendo deste total 20,3% para atender solicitações à idosos. Das 17.291 solicitações realizadas à regulação, em 7.324 o médico regulador acionou o suporte pré-hospitalar com equipe nas ambulâncias, sendo em 1.197 fez-se necessário o envio de Unidade de Suporte Avançado (USA) e em 6.127 uma Unidade de Saúde Básica (USB).

Das 7.324 saídas de ambulância, 28,2% (n=2066) foram para atender ocorrências para indivíduos da faixa etária igual ou acima de 60 anos. Chamou a atenção nos resultados o grande número de ligações que foram classificadas como trote (n=45.157).

No período analisado os dados da Central de Regulação SAMU Jequié evidenciam que entre os idosos que ligaram para o serviço 56,3% eram do sexo feminino; 64,5% com idades entre 60 a 79 e 35,5% com 80 anos ou mais. Enquanto nas equipes em ambulâncias 54,4% eram do sexo feminino; 62,5% com 60 a 79 anos e 37,5% 80 anos ou mais.

A média de idade dos idosos que ligaram para a Central de Regulação Médica do SAMU foi de 75,42 anos ($\pm 10,79$) e entre os assistidos pelo serviço de ambulância a média de idade foi de 76,23 anos ($\pm 10,52$).

O tempo resposta entre a solicitação do chamado, e a chegada da equipe de ambulância ao local foi em média de 17 minutos ($\pm 13,56$), enquanto o tempo resposta total que equivale ao momento que a central de regulação recebe a chamada telefônica até a chegada do paciente no hospital de referência ou quando a assistência da equipe ao paciente finda foi em média de 36,8 minutos ($\pm 21,4$).

Os motivos que levaram os idosos a buscarem o serviço do SAMU foram: 80,7% atendimento clínico, 13,5% trauma, 3,2% óbito, 1,7% transporte para instituições hospitalares ou transferência entre unidades, 0,9% psiquiátrico.

Quanto ao local onde ocorreu o atendimento percebe-se que 88,3% foram atendidos na residência, 10% em via pública, 1,4% unidade hospitalar e 0,3% em estabelecimento comercial/industrial.

Os principais agravos encontrados que justificaram o deslocamento das equipes em ambulâncias até o local da ocorrência foram: crise hipertensiva (22%), dor (18,5%), neurológico (16,2%), dispneia (15,6%), queda da própria altura (7,6%), agravos cardiocirculatório relacionados ou não com crise hipertensiva (6,1%), óbitos (6,1%), hiperglicemia (5,8%), hipoglicemia (5,2%), politrauma (4,1%), crise convulsiva (2,4%), ocorrências não assistidas (2,3%), atropelamentos (1,4%), transferência inter hospitalar (1,3%), PCR (1%), hematêmese (0,9%), agressões físicas (0,8%), surto psicótico (0,5%) e não foi possível classificar (14%).

As soluções encontradas pela equipe nas ambulâncias durante a assistência foram: conduzir o paciente ao hospital (67,9%), paciente atendido no próprio local sem que haja necessidade de deslocamento do paciente (9,9%), óbito no local (5,5%), óbito no deslocamento (0,1%), paciente recusou atendimento ao chegar a ambulância no local (3,7%); cancelamento da ocorrência durante o processo de regulação médica (8,5%) e outros motivos (4,3%). Vale salientar que em 1,4% das ocorrências houve a necessidade de solicitar apoio de outras instituições, sendo 28,6% ao corpo de bombeiros, 42,9% a polícia militar e 42,9% outras instituições não especificadas.

DISCUSSÃO

A transição demográfica traz desafios cada vez maiores aos serviços e aos profissionais de saúde. No Brasil, o percentual da população idosa aumentou de forma intensa e rápida sem que os serviços de saúde tivessem tempo para se estruturar, considerando que com o envelhecimento há um aumento da prevalência das condições crônicas não transmissíveis.

Diante deste novo quadro, o Estado brasileiro para garantir a atenção integral à saúde do idoso teve que promover alterações no sistema público de saúde visando dar respostas adequadas às necessidades de saúde dos idosos. Assim foram implantadas as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso através da Portaria nº 702 de 2002, o Estatuto do Idoso e mais recentemente a Política Nacional de Saúde dos Idosos⁵.

Entretanto, mesmo com os avanços conquistados nas últimas décadas, o acesso dos idosos aos serviços públicos de saúde ainda é um nó crítico, principalmente pelo fato do processo do envelhecimento vir acompanhado pelas condições crônicas não transmissíveis³ e mudanças fisiológicas, funcionais e bioquímicas⁴ que de forma direta ou indireta interferem na condição de saúde desta população.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa visa garantir a manutenção da capacidade funcional do idoso, por meio de ações de recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência desta população¹⁰. Neste contexto, a assistência oferecida pelo serviço de urgência do SAMU, permite diminuir estas incapacidades, uma vez que, dando assistência precoce é possível evitar sequelas comuns e incapacitantes que frequentemente acometem estes indivíduos.

Porém, esta política pouco considera as necessidades assistenciais dos idosos, sendo eminentemente preventiva, abordando de forma pontual as necessidades de assistência de urgência a esta população. Ela aborda questões relativas à atenção domiciliar, e a disponibilização ao idoso de insumos e suporte em todos os níveis de atenção. Neste sentido, o SAMU Jequié atende em parte a legislação vigente visto que 88,3% dos atendimentos que as equipes em ambulância realizaram as pessoas idosas ocorreu no domicílio. Nota-se que esta informação supre uma necessidade prevista na política do idoso e contempla a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) através da portaria nº 963 de 27 de maio de 2013 do Ministério da Saúde¹¹.

A Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa ainda prevê ações integradas para o combate à violência doméstica e institucional contra os idosos, assim como a prevenção de acidentes no domicílio e vias públicas (quedas e atropelamentos)¹⁰. Os resultados obtidos por este estudo evidenciam que no município analisado 7,6% das ocorrências feitas pelas equipes de ambulância do SAMU foi em decorrência de queda da própria altura, 4,1% politraumas, 1,4% atropelamentos, 0,8% agressões físicas. Estas informações evidenciam que o município deve desenvolver ações que visem fortalecer a implantação desta política.

Ao analisar os dados do SAMU identificou-se que do total de atendimentos realizados pelas equipes de ambulância 28,8% foram para idosos. Estes achados evidenciam que esta população apresenta necessidade assistencial específica para proteção de agravos frequentes, principalmente no que se refere ao infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular encefálico (AVE), que são duas comorbidades comuns do envelhecimento¹².

No município de Jequié crises hipertensivas (22,0%), problemas neurológicos (16,2%) e cardiocirculatórios (6,1%), tiveram alta frequência na assistência prestada pelo serviço móvel de urgência e emergência. A Política Nacional de Atenção às Urgências que institui a rede de atenção às urgências no SUS indica a priorização das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica para evitar suas sequelas¹³.

A política nacional de saúde da pessoa idosa também objetiva recuperar, manter e promover a autonomia e independência desta população¹⁰. Neste contexto, a assistência

oferecia pelo serviço de urgência do SAMU, permite diminuir estas incapacidades, quando oferta assistência precoce a estes agravos, e assim reduz as sequelas comuns e incapacitantes que frequentemente acometem estes indivíduos.

Segundo a portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004, as centrais de regulação são observatórios que possibilitam monitorar dinamicamente, sistematicamente e em tempo real o funcionamento de toda rede SUS, e pode gerar informações que auxiliem na melhoria deste sistema e da saúde em geral. Os dados deste estudo evidenciam que os atendimentos realizados pelo SAMU tanto na regulação (56%), quanto nas ambulâncias (80,7%), foram clínicos.

Estes dados sugerem que as equipes do SAMU atendem prioritariamente enfermidades passíveis de prevenção e controle na atenção básica. Diante disto, há indícios que a qualidade do serviço e a efetividade no cuidado ofertado aos idosos na atenção básica necessitam ser melhor estruturados. As deficiências na resolução e prevenção destes problemas clínicos, pela atenção básica, refletem no aumento de casos atendidos pelo serviço pré-hospitalar móvel e de hospitalização.

Segundo a política nacional de saúde da pessoa idosa, a atenção básica deve incorporar mecanismos para promover melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e equipes de saúde da família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial ¹⁰.

O tempo resposta das ambulâncias, equivalente ao momento da chamada telefônica à chegada da equipe ao local solicitado, foi em média de 17 minutos. A regulamentação americana estabelece que em 95% das solicitações urbanas seja de no máximo em 10 minutos¹⁵. Vale destacar, que em urgências quanto menor for o tempo entre a ocorrência do agravo e a assistência melhor será o prognóstico. Permite, portanto, uma melhor sobrevivência e autonomia a estes indivíduos, que precisam vivenciar um envelhecimento ativo.

Vários fatores influenciam no tempo resposta do atendimento pelas equipes de ambulância, entre estes: oferta em número suficiente de ambulâncias, qualidade da pavimentação das vias de forma a possibilitar melhor acessibilidade ao local da ocorrência, características urbanas locais como tráfego intenso, ruas estreitas, trânsito caótico, distância a ser percorrida, qualidade das informações disponibilizadas pelo informante permitindo uma rápida localização do caso, dentre outras.

O SAMU regional de Jequié conta com duas USBs e uma USA. O médico regulador encaminha para os casos em que ele julgar de menor gravidade as USBs, visto que estas apresentam menor resolutividade e para os casos de maior gravidade e/ou com eminente risco

de vida é encaminhado uma USA. A portaria nº 356 de 8 de abril de 2013¹⁶ prevê que são 20% do atendimento deve ser realizado por uma USA e 80% por USB. Nos atendimentos prestados aos idosos de Jequié, em 16,3% dos casos o médico regulador acionou USA e em 83,7% foram as USB.

Entre os resultados obtidos nos chamou a atenção a grande quantidade de ligações classificadas como trote (n=45.157), o que de certa forma pode influenciar no tempo resposta do atendimento. O serviço deve estudar políticas que visem a redução destas chamadas visto que o SAMU é um serviço essencial e assim deve ser tratado pela população.

Outro fato que merece destaque no município analisado está relacionado à incompletude e qualidade das informações registradas pelo serviço, evidenciando uma falta de comunicação entre estes membros. Entretanto, identificamos a necessidade de haver uma discussão entre os membros das equipes que atuam nas ambulâncias no sentido de padronizar estas informações. O que, de certa forma, facilita um melhor entendimento principalmente nos atendimentos prestados. Evidenciou-se ainda taxas significativas de incompletude de algumas informações que constam nas fichas tanto pela equipe de assistência pré-hospitalar e da regulação médica, o que em parte compromete uma avaliação mais fidedigna do serviço ofertado. O que dificulta a identificação das condições do paciente e o trabalho prestado pela equipe¹⁷.

Esta incompletude no preenchimento das informações nas fichas de regulação e das equipes de ambulância podem estar associadas à característica do serviço, visto que estes trabalhadores necessitam realizar ações objetivas e rápidas. Diante disto, sugere-se ao serviço o planejamento de ações de educação continuada junto as equipes com vistas a melhorar o registro destas informações, e assim, possibilitar uma melhor avaliação e planejamento dos serviços ofertados pelo SAMU, afinal, segundo a *portaria 1.600 07/07/2011* a própria Política nacional de Atenção as Urgências prevê o monitoramento e avaliação da qualidade destes serviços prestados através dos indicadores que são produzidos com estes dados¹³.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados é possível concluir que o atendimento realizado pelo SAMU a idosos residentes no município de Jequié-BA atende em parte o que recomenda a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. A Política enfoca ações de prevenção de agravos à saúde, entretanto observou-se que os atendimentos realizados pelo serviço pré hospitalar móvel do SAMU Regional Jequié são em maior proporção o clínico.

Considerando as características das ocorrências do atendimento e levando em consideração que a assistência prestada é tipicamente domiciliar, faz com que o serviço apresente particularidades complementares a esta política. No município, o tempo resposta do deslocamento da ambulância por ser um importante indicador para o prognóstico do agravo, deve ser reduzido. O tipo de problema de saúde mais observado nos atendimentos foi o clínico evidenciando a necessidade da melhoria no atendimento prestado pela atenção básica, principalmente pelas equipes de saúde da família .

Diante do quadro evidenciado faz-se necessário que dentre as características da Política Nacional de Saúde a Pessoa Idosa, haja ênfase na abordagem as questões assistenciais, principalmente no que se refere aos agravos à saúde comum desta faixa etária.

REFERÊNCIAS

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2007). World Population Prospects: The 2006 Revision, Highlights, Working Paper No. ESA/P/WP.202. New York: Author.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Senso 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
3. Nakatani AYK, Silva LB, Bachion MM, Nunes DP. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. Rev Eletrônica Enferm 2009; 11: 144-50. [online] Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a18.pdf>> Acesso em 15 jul 2015.;
4. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. Rev.Ciência & Saúde Coletiva 2014; 19: 3317-25.
5. Brasil. Portaria nº 702/SAS/MS, de 12 de abril de 2002. Diário Oficial da União 2012.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da saúde – 1ª Ed., 2ª Reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, Cap. IV, Art. 15 e 18. 2003.
7. Brasil. Gabinete do Ministro de Estado da Saúde (BR). Portaria 1.395 de 9 de dezembro de 1999: aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 13 Dez 1999. Seção I, n.237-E, p.20-4.
8. Andrade LM, Sena ELS, Pinheiro GML, Meira EC, Lira LSSP. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. Rev. Ciência & Saúde Coletiva 2013;18: 3543-52.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 5.055. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em municípios e regiões do Território Nacional e dá outras providências. Diário Oficial da União, 27 Abr 2004.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
12. Castro CL, Junger WL, Cavalni LT. Análise da Atenção Pré-hospitalar ao Acidente Vascular Cerebral e ao Infarto Agudo do Miocárdio na População Idosa. Rev. Associação Médica Brasileira 2010; 56: 452-7.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600 de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).
14. Brasil. Portaria nº 2.657/GM/MS, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as Atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgência e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). Política Nacional de Atenção às Urgências/Ministério da Saúde. Brasília, 256p. 2006,
16. Brasil. Portaria nº 356 de 8 de abril de 2013. Ministério da Saúde-Secretaria de Atenção à Saúde. 2013.
17. Pereira LC, Alencar AA, Figueiredo MLF, Beleza CMF. Caracterização do atendimento de homens idosos pelo serviço móvel de urgência. Rev Cultura de los Cuidados 2015; 19:126-34.

5 CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos foi possível concluir que no município de Jequié o percentual de idosos atendidos pelo SAMU Regional Jequié foi proporcionalmente maior que o do restante da população. Quanto ao perfil dos idosos verificou-se que tanto na central de regulação, como no atendimento móvel de ambulância prevaleceram idosos do sexo feminino, com idade entre 60 e 79 anos, que buscaram atendimento nos dias da semana, durante os turnos matutino e vespertino.

O atendimento móvel de ambulância ocorreu preferencialmente nos domicílios, o que faz com que o serviço apresente características complementares a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Os usuários foram encaminhados para uma unidade de suporte público, sendo o tipo de agravo mais observado o clínico, o que evidencia dificuldades nas resolutividades dos problemas e necessidades de saúde destes usuários que procuram assistência na atenção básica, principalmente pelas equipes de saúde da família.

Quanto aos agravos que levaram o médico regulador a encaminhar uma unidade de atendimento móvel de ambulância prevaleceram as categorias: crise hipertensiva, dor, neurológicos e dispneia. No município, o tempo resposta do deslocamento da ambulância por ser um importante indicador para o prognóstico do agravo, deve ser reduzido.

Percebe-se ainda, que o SAMU atende em parte o que recomenda a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, sendo o enfoque prioritariamente em ações de prevenção dos agravos à saúde, entretanto, este serviço é eminentemente assistencial.

Os dados obtidos evidenciam que o atendimento pré-hospitalar SAMU é de suma importância para o atendimento aos idosos, sendo uma importante porta de entrada aos níveis de maior complexidade do SUS, visto que as solicitações de atendimento em ambulância a idosos estão relacionadas a condições crônicas não transmissíveis, que são bastante comuns neste grupo etário.

Diante do quadro evidenciado faz-se necessário a implementação da revisão da Política Nacional de Saúde a Pessoa Idosa no que tange ao fortalecimento às abordagens assistenciais, levando em consideração os problemas de saúde comuns desta faixa etária.

Este estudo teve como limitação a ausência do registro de algumas variáveis importantes para traçar o perfil de atendimento do SAMU. A ausência dos registros destas variáveis talvez esteja relacionada à necessidade de capacitação dos profissionais no sentido de alertá-los quanto a importância deste preenchimento para a identificação do perfil dos

usuários e a melhoria da assistência prestada aos mesmos pelo SAMU. Além disso, a necessidade de brevidade no atendimento ao usuário pode estar levando os profissionais a negligenciarem os registros de alguns dados.

REFERÊNCIAS

1. Lamela D, Bastos A. Comunicação entre os profissionais de saúde e o idoso: uma revisão da investigação. *Rev Psicol Soc.* 2012; 24(3): 684-690.
2. Veras R. Envelhecimento Populacional: desafios e Inovações Necessárias para o Setor Saúde. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto-UERJ.* 2008; 7(1): 13-20.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Senso 2010.* Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
4. OMS. *Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais.* Genebra, Organização Mundial da Saúde. 2009.
5. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Rev.Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19: 3317-25.
6. Rubio VO. *La Economía em Sanidad y Medicina: Instrumentos y Limitaciones.* Barcelona: Euge, 1990.
7. Maciel ACG, Guerra RO. Influência dos fatores Biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Rev bras epidemiol.* 2007; 10(2): 178-189.
8. Castro CL, Junger WL, Cavalini LT. Análise da Atenção Pré-hospitalar ao Acidente Vascular Cerebral e ao Infarto Agudo do Miocárdio na População Idosa. *AMB Rev Assoc Med Bras.* 2010; 56(4): 452-457.
9. Vieira EB. *Manual de Gerontologia: um guia teórico prático para profissionais, cuidadores e familiares.* Rio de Janeiro: 2ª ed. Revinter, 2008.
10. Camarano AA. O novo paradigma demográfico. *Ciênc. saúde coletiva.* 2013; 18(12): 3446-48.
11. Veras R. Fórum Envelhecimento Populacional e as Informações de Saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos: introdução. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23(10): 2463-66.
12. Uchôa E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad. Saúde Pública.* 2003; 19(3): 849-53.
13. Veras R. O envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública.* 2009; 43(3): 548-54.
14. LIMA-COSTA, M. F; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. *Caderno de Saúde Pública,* v. 19, p. 700-701, 2003.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União.* 2006.
16. Brasil. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providencias. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil.* 2003.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.* Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

18. Freitas EV, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 3260p.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 5.055. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em municípios e regiões do Território Nacional e dá outras providências. Diário Oficial da União, 27 Abr 2004.
20. Luz CC, Junger WL, Cavalini LT. Análise da atenção pré-hospitalar ao acidente vascular cerebral e ao infarto agudo do miocárdio na população idosa de minas gerais. Rev. Assoc. Med. Bras. 2010; 56(4): 452-57.
21. Papaléo-Netto M. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPANÉO-Netto M. Gerontologia - a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. 2ª Ed. São Paulo (SP): Atheneu; 1996. Cap1. 3-12.
22. Camacho ACLF. A gerontologia e a interdisciplinaridade: Aspectos relevantes para enfermagem. Rev. Latino-americana Enf. 2002; 10(2): 229-33.
23. Oliveira SMJV, Santos JLF, Lebrão LM, Duarte YAO, Pierin AMG. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. Rev. Texto Contexto Enfermagem. 2008; 17(2): 241- 9.
24. Danilow MZ, Moreira ACS, Vilela CG, Barra BB, Novaes MRCG, Oliveira MPF. Perfil Epidemiológico, Sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do distrito federal. Com. Ciência Saúde. 2007; 18(3): 9-16.
25. Ribeiro AQ, Rosenfeld S, Klein CH, César CC, Acurcio FA. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte-MG. Rev. de Saúde Pública. 2008; 42(4): 724-32.
26. Pereira RA, Santos EB, Fhon JRS, Marques S, Rodrigues RAP. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. Rev esc enferm USP. 2013; 47(1): 185-192.
27. Rodgers H, Greenaway J, Davies T, Wood R, Steen N, Thomson R. Risk Factors for First-Ever Stroke in Older People in the North East of England: a population-based study. Stroke. 2004; 35(1): 7-11.
28. Anderson CS, Carter KN, Hackett ML, Feigin V, Barber PA, Broad JB *et al.*, Trends in stroke incidence in Auckland, New Zealand, between 1981 and 2003. Stroke. 2005; 36(10): 2087.
29. Rothwell PM, Coull AJ, Silver LE, Fairhead JF, Giles MF, Lovelock CE *et al.* Population-based study of event-rate, incidence, case fatality, and mortality for all acute vascular events in all arterial territories (Oxford Vascular Study) Lancet. 2005; 19(366): 1773-83.
30. Struijs JN, van Genugten ML, Evers SM, Ament AJ, Baan CA, Van Den Bos GA *et al.*, Modelling the future burden of stroke in The Netherlands: impact of aging, smoking, and hypertension. Stroke. 2005; 36(8): 1648-55.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
32. Piegas LS, Timerman A, Feitosa G, Neto JMR, Nicolau JC, Mattos LA *et al.*, Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre o Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Seguimento ST. Arq. Bras.

- Cardiol. 2005; 93(6): 179-64. [online] Disponível em: <<http://www.arquivosonline.com.br/2009/9306/pdf/diretriz-iam.pdf>> Acesso 25 set 2015
33. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento 2014.
34. Oliveira MPF. Assistência Farmacêutica a idosos institucionalizados do Distrito Federal. 2008. 160 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Faculdade de Ciências da saúde, Universidade de Brasília, Brasília (DF) 2008.
35. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2006.
36. Longo Instituto Bairral MAT, Martelli A, Zimmermann A. Hipertensão arterial sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de psicogeriatría do de Psiquiatria, no município de Itapira, SP. Rev bras geriatr gerontol. 2011; 149(2): 271-284.
37. Jobim EFC. Hipertensão arterial no idoso: classificação e peculiaridades. Rev. Bras. Clin. Méd. 2008; 6(1): 250-53.
38. Borelli FAO, Sousa MG, Junior OP, Pimenta E, Gonzaga C, Cordeiro A *et al.*, Hipertensão arterial no idoso: importância em se tratar. Rev. Brasileira de Hipertensão. 2008; 15(4): 236-9.
39. National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT). Comitê do PHTLS. Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.
40. Maia BC, Viana OS, Arantes PMM, Alencar MA. Consequences of falls in older people living in the community. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2011; 14(2): 381-93.
41. Maciel SSSV, Maciel WV, Teotônio PM, Barbosa GG, Lima VGC, Oliveita TF *et al.*, Perfil epidemiológico das quedas em idosos residentes em capitais brasileiras utilizando o sistema de Informações sobre mortalidade. Revista da AMRIGS. 2010; 54(1): 25-31.
42. Maeshiro FL, Lopes MCBT, Okuno MFP, Camapanharo CRV, Batista REA. Capacidade funcional e a gravidade do trauma em idosos. Acta paul. enferm., 2013; 26(4): 389-94.
43. Cavalcante ALP, Aguiar JB, Gurgel LA. Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro de Fortaleza, Ceará. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2012; 15(1) 137-46. [online] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232012000100015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 26 de Ago. 2015.
44. Machado JC, Rodrigues VP, Vilela ABA, Simões AV, Morais RLG, Rocha EN. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. Rev. Saúde e Sociedade. 2014; 23(3): 828-40.
45. Criner GJ, D'Alonzo GE. Fisiopatologia pulmonar. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2002. 418 p.
46. Camelier A, Rosa FW, Salmi C, Nascimento AO, Cardoso F, Jardim JR. Avaliação da qualidade de vida pelo Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica: validação de uma nova versão para o Brasil. J. bras. pneumol. 2006; 32(2): 114-22.

47. Fernandes ABS. Reabilitação respiratória em DPOC – a importância da abordagem fisioterapêutica. *Pulmão RJ – Atualizações Temáticas*. 2009; 1(1): 71-8.
48. Cechetti F, Simioni F, Shimitt G. A influência da fadiga e da dispneia nas atividades de vida diária de portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica: o papel da reabilitação pulmonar. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2012; 10(34): 32-40.
49. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(5): 1151-60.
50. Souza JB. Poderia a atividade física induzir analgesia em pacientes com dor crônica? *Rev Bras Med Esporte*. 2009; 15(2): 145-50.
51. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Duarte YA, Lebrão ML. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(2): 325-34.
52. Judith AT, Gary F, Deborah FK, Kathleen E, Thomas MW, James FL, *et al*. Prediction of chronic disability in work-related musculoskeletal disorders: a prospective, population-based study. *BMC Musculoskel Disord*. 2004; 5(14) 1-7.
53. Santos FA, Souza JB, Antes DL, d'Ors E. Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. *Rev bras epidemiol*. 2015; 18(1): 234-247.
54. Oliveira WS, Moraes N, Santos FC. Vitamina D e dor crônica em idosos. *Rev. Dor*. 2013; 14(3): 223-5.
55. Scarpellini SA. Organização do Atendimento às Urgências e Trauma. *Rev. Medicina (Ribeirão Preto)*. 2007; 40(3): 315-20.
56. Lopes SLB, Fernandes RJ. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. *Rev. Medicina (Ribeirão Preto)*. 1990; 32(1): 381-87.
57. Paim JS. O QUE É SUS. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p.
58. Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev. Saúde Pública*. 2011; 45(3): 519-28.
59. Brasil. Portaria nº 2.657/GM/MS, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as Atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgência e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). Política Nacional de Atenção às Urgências/Ministério da Saúde. Brasília, 256p. 2006,
60. Brasil. Portaria Nº 2048/GM de 5 de novembro de 2002. Regulamenta o atendimento das urgências e emergências. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002.
61. Gerber AS. Análise dos sistemas de trabalho do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU sob a ótica sociotécnica. 2010. 135p. Trabalho de conclusão de curso (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Engenharia. Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

ANEXO A- Ficha de Atendimento da Regulação



SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

FICHA INDIVIDUAL DE REGULAÇÃO MÉDICA



SECRETARIA DA SAÚDE



TARM		Data: / /		Hora: :	
Solicitante:			Telefone:		
Paciente:					
Gênero: () Masculino () Feminino		Idade:			
Endereço:					
<small>Bairro / Localidade*</small>					
<input type="checkbox"/> Agenor Aragão	<input type="checkbox"/> Centro	<input type="checkbox"/> Kennedy	<input type="checkbox"/> S. J. Tadeu	<input type="checkbox"/> Alto B. Vista*	<input type="checkbox"/> C. Nova*
<input type="checkbox"/> Água Branca	<input type="checkbox"/> Curral novo	<input type="checkbox"/> Km 3	<input type="checkbox"/> São Luiz	<input type="checkbox"/> Amaralina*	<input type="checkbox"/> Inocoop*
<input type="checkbox"/> Caixa D'Água	<input type="checkbox"/> Itaigara	<input type="checkbox"/> Km 4	<input type="checkbox"/> Suissa	<input type="checkbox"/> B. Novo*	<input type="checkbox"/> Pau Ferro*
<input type="checkbox"/> C. do América	<input type="checkbox"/> Jequiezinho	<input type="checkbox"/> Mandacaru	<input type="checkbox"/> Tropical	<input type="checkbox"/> Cachoeirinha*	<input type="checkbox"/> Urbis*_____
<input type="checkbox"/> Cansanção	<input type="checkbox"/> J. Romão	<input type="checkbox"/> P. Sampaio	<input type="checkbox"/> V. Rodoviária	<input type="checkbox"/> _____	
<small>Cidade</small>					
<input type="checkbox"/> Aiquara	<input type="checkbox"/> Brejões	<input type="checkbox"/> Itagi	<input type="checkbox"/> Iramaia	<input type="checkbox"/> L. Coutinho	<input type="checkbox"/> Planaltino
<input type="checkbox"/> Apuarema	<input type="checkbox"/> Dário Meira	<input type="checkbox"/> Itagibá	<input type="checkbox"/> Jaguaquara	<input type="checkbox"/> M. Vitorino	<input type="checkbox"/> Santa Inês
<input type="checkbox"/> Barra do Rocha	<input type="checkbox"/> Ibirataia	<input type="checkbox"/> Ipiaú	<input type="checkbox"/> Jequié	<input type="checkbox"/> Maracás	<input type="checkbox"/> _____
Referência:					
Obs:			Assinatura / Carimbo		
Histórico / Medicamentos			MÉDICO REGULADOR		
Condução:					
TIPO: () Orientação () Clínica () Traumática () Obstétrica () Pediátrica () Psiquiátrica					
CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	PULSO	SANGRAMENTO	DOR AGUDA	
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ouvido	<input type="checkbox"/> Abdominal	
<input type="checkbox"/> Confusa	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Rápido	<input type="checkbox"/> Nariz / boca	<input type="checkbox"/> Cefaléia	
<input type="checkbox"/> Sonolência	<input type="checkbox"/> Ruidosa	<input type="checkbox"/> Lento	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Torácica	
<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Não respira	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Hematemese	<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Sem pulso	<input type="checkbox"/> Grande		
<input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Outro		
TRAUMA	<input type="checkbox"/> Atropelamento		<input type="checkbox"/> Queda da própria altura	<input type="checkbox"/> Queda de 1 a 4 m.	<input type="checkbox"/> Queda + de 4 m.
	<input type="checkbox"/> Queimaduras	<input type="checkbox"/> Acidente motocicleta		<input type="checkbox"/> Encarceramento	<input type="checkbox"/> Acidente ciclístico
	<input type="checkbox"/> Explosão	<input type="checkbox"/> Acidente Automobilístico		<input type="checkbox"/> Capotamento	<input type="checkbox"/> _____
T. PARTO	<input type="checkbox"/> 01 contração / 10 min	<input type="checkbox"/> 1-3 contrações / 10 min	<input type="checkbox"/> 3-5 contração / 10 min		
	<input type="checkbox"/> Sangramento	<input type="checkbox"/> Bolsa rota	<input type="checkbox"/> Nascimento	<input type="checkbox"/> Não sabe	
MEIOS	<input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA		Assinatura / Carimbo		
RÁDIO OPERADOR	SOLUÇÕES		APOIO	MEIOS	TEMPO RESPOSTA
	<input type="checkbox"/> Conduzido ao hospital		<input type="checkbox"/> PM	USB	<input checked="" type="checkbox"/> Solicitação - chegada na cena _____:_____
	<input type="checkbox"/> Conduzido a UPA		<input type="checkbox"/> PRE	<input type="checkbox"/> 01	<input checked="" type="checkbox"/> Decorrido na cena _____:_____
	<input type="checkbox"/> Atendido no local		<input type="checkbox"/> PRF	<input type="checkbox"/> 02	<input checked="" type="checkbox"/> Saída da cena - chegada hospital _____:_____
	<input type="checkbox"/> Óbito no local		<input type="checkbox"/> GMJ	USA	<input checked="" type="checkbox"/> Total _____:_____
	<input type="checkbox"/> Óbito no deslocamento		<input type="checkbox"/> GBM	<input type="checkbox"/> Jequié	
<input type="checkbox"/> Recusou atendimento		<input type="checkbox"/> VIA BAHIA	<input type="checkbox"/> Ipiaú		
<input type="checkbox"/> DASA cond. meios próprios		<input type="checkbox"/> _____			
<input type="checkbox"/> DASA evadiu-se, não encontrado					
<input type="checkbox"/> Cancelado					
<input type="checkbox"/> _____					
Obs:			Assinatura / Carimbo		

ANEXO C: AUTORIZAÇÃO DO CEP