

Perfil dos indivíduos que receberam atendimento pelo SAMU a vítimas de traumatismo crânioencefálico no município de Anápolis-GO

Profile of the individuals who received assistance from the SAMU to victims of traumatic brain injury in the city of Anápolis-GO

Meillyne Alves dos Reis^{*1}, Geraldo Soares da Silva Filho¹, Thiago Fontes Medeiros¹, Constanza Thaise Xavier Silva¹, Najla Maria Carvalho de Souza¹, Gláucia Oliveira Abreu B. Meireles¹.

1. Centro Universitário de Anápolis UniEVANGÉLICA, Anápolis – GO –Brasil.

Resumo

Objetivo: traçar o perfil dos indivíduos que receberam atendimento pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) vítimas de traumatismo crânio encefálico (TCE), no município de Anápolis-GO. **Métodos:** Este estudo foi do tipo descritivo, documental e retrospectivo. Este estudo foi pautado na abordagem quantitativa de 63 fichas de atendimento de usuários do serviço com traumatismo crânioencefálico no período de janeiro a dezembro de 2014. Os dados colhidos das fichas dos usuários foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel. A partir do banco de dados foi realizada a estatística descritiva com frequência absoluta e relativa. **Resultados:** Dos 63 atendimentos realizados pelo SAMU com diagnóstico de TCE 80,9% eram do sexo masculino e 19,1% do sexo feminino. A faixa etária prevaleceu no intervalo entre 21 a 40 anos (31,7%) e quanto à classificação de risco de TCE foi observado que 41,3% dos indivíduos estavam com risco moderado causado por perfuração por arma de fogo (20,6%) seguido de queda ao mesmo nível; e em relação à evolução clínica dos usuários 19% dos casos foram a óbito por TCE. **Conclusão:** Concluiu-se que no estudo o sexo masculino com faixa etária entre 21 a 40 anos com risco moderado de TCE causado por perfuração por arma de fogo e queda ao mesmo nível compõe grupo de risco. Os perfis de atendimentos realizados pelo SAMU as vítimas de TCE são muito importantes para que haja uma melhoria no atendimento pré e intra-hospitalar e em campanhas educativas mais eficientes para a população.

Palavras-chave:

Traumatismo crânioencefálico. Serviços Médicos de Emergência. Tempo. Ambulâncias.

Abstract

Objective: to trace the profile of the individuals who received care by the Mobile Emergency Care Service (SAMU) victims of traumatic brain injury (TBI), in the city of Anápolis-GO. **Methods:** This study was descriptive, documentary and retrospective. This study was based on the quantitative approach of 63 tokens for users of the traumatic brain injury service from January to December 2014. The data collected from the user files were tabulated in Microsoft Excel spreadsheets. From the database, descriptive statistics were performed with absolute and relative frequency. **Results:** Of the 63 visits performed by SAMU with diagnosis of TBI, 80.9% were male and 19.1% female. Age ranged from 21 to 40 years (31.7%) and the classification of risk of TBI showed that 41.3% of the individuals were at moderate risk of firearm perforation (20.6%) followed by fall at the same level; and in relation to the clinical evolution of the users, 19% of the cases died due to TBI. **Conclusion:** It was concluded that in the study, the male gender with age between 21 and 40 years with moderate risk of TBI caused by firearm perforation and fall at the same level constitute a risk group. The profiles of care provided by SAMU to the victims of TBI are very important so that there is an improvement in the pre-hospital and intra-hospital care and in educational campaigns more efficient for the population.

Keyword:

Traumatic brain injury. Emergency Medical Services. Time and Ambulances

***Correspondência para/ Correspondence to:** meillynealvesdosreis@yahoo.com.br

Av. Universitária Km. 3,5 - Cidade Universitária, Anápolis – GO–Brasil, 75083-515.

INTRODUÇÃO

No mundo atualmente cerca de 60 milhões de pessoas sofrem algum tipo de trauma. No Brasil a mortalidade por traumas ocupa a terceira posição entre as causas de morte. As estimativas de acidentes de trânsito no país mostram que cerca de 50.000 pessoas morrem e 300.000 são feridas, em cerca de 1 milhão de acidentes de trânsito, por ano. Os prejuízos são de 4,5 milhões em danos materiais, tratamentos médicos, hora-homem de trabalho, indenizações e pensões.¹

No Brasil, os acidentes e a violência configuram um problema de saúde pública de importante magnitude e transcendência, com forte impacto na morbidade e na mortalidade da população. No conjunto das lesões decorrentes das causas externas, o Trauma Crânio Encefálico (TCE) destaca-se devido à alta morbimortalidade, sendo uma das lesões mais frequentes.²

O TCE é qualquer agressão que acarrete lesão anatômica ou comprometimento funcional do couro cabeludo, crânio, meninges ou encéfalo. Os fatores determinantes das lesões causadas no TCE são múltiplos e determinados pelas forças biomecânicas que ocorrem no momento do impacto, bem como pelos fatores decorrentes das lesões sistêmicas, ocasionando um agravamento das lesões neuronais.³ Tem por sinais e sintomas os desmaios, perda da consciência, dor de cabeça intensa, sangramento pela boca, nariz ou ouvido, diminuição da força muscular, sonolência, dificuldade da fala, alterações da visão e da audição, perda da memória, coma. Estes sintomas podem demorar até vinte e quatro horas para aparecer e, por isso, o indivíduo deve ser observado atentamente dentro deste período, de preferência em um hospital.⁴

Em 2003 foi criada a Política Nacional de Atenção a Urgência e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com a missão de atender e ou transportar as vítimas de trauma e outros agravos clínicos a um serviço de referência que compõe a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). O SAMU é, portanto um serviço de socorro pré-hospitalar móvel, no qual o

usuário, através do acesso telefônico gratuito pelo número 192, solicita atendimento às urgências.⁵

No município de Anápolis-GO, em 2005, através da portaria 1103/2005 foi implantado o SAMU, o serviço de regulação médica que conta hoje com cerca de 46 profissionais, 6 viaturas sendo elas 2 Unidades de Suporte Avançada (USA), 4 Unidades de Suporte Básico (USB) e 2 motolância, realizando atualmente uma média de 23.881 atendimentos por ano sendo de natureza clínica e traumática.

Diante do exposto o presente estudo tem por objetivo traçar o perfil dos indivíduos que receberam atendimento pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) vítimas de traumatismo crânio encefálico (TCE), no município de Anápolis-GO.

MÉTODOS

Este estudo foi do tipo descritivo, retrospectivo e quantitativo. Foi desenvolvido na unidade do SAMU do município de Anápolis-GO no ano de 2014, onde foram coletados dados das fichas de atendimento de usuários do serviço com traumatismo crânioencefálico no período de janeiro a dezembro de 2014. Segundo o último censo de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2016 em Anápolis a população é de 375.142.

Os critérios de inclusão foram fichas de atendimento a vítimas de TCE moderado e grave⁶ no período de 2014, que constavam preenchimento com dados completos das vítimas inclusive com a descrição minuciosa dos atendimentos destinados a mesma.

Os dados foram coletados através de um roteiro semiestruturado elaborado pelos pesquisadores contendo:

- perfil sociodemográficos (faixa etária, sexo, região da cidade, período do registro de ocorrência e classificação dos acidentes em moderado, grave de acordo com o protocolo de Manchester⁶ e óbito);

- localização de ocorrências dos acidentes (região nordeste, noroeste, sudeste, sudoeste);
- mês de ocorrência (Janeiro á Março, Abril á Junho, Julho á Setembro, Outubro á dezembro);
- unidades de saúde referência para essas vítimas (Hospital Evangélico Goiano- HEG; Hospital Municipal Jamel Cecílio - HMJC; Hospital de Urgência Henrique Santillo - HUHS);
- tipos de acidente (agressão física, atropelamento, capotamento, carro versus carro, carro versus moto, moto versus caminhão, perfuração por arma de fogo e queda ao mesmo nível).
- tempo de deslocamento entre a base do SAMU e o local do acidente (< 5 minutos; 5 a 10 minutos; 11 a 20 minutos; > 20 minutos, não informado);
- Tempo de deslocamento entre o local do acidente até a contra referência (< 5 minutos; 5 a 10 minutos; 11 a 20 minutos; > 20 minutos, não informado).

Os dados colhidos das fichas dos usuários foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel. A partir do banco de dados foi realizada a estatística descritiva utilizando medidas de frequência absoluta e relativa. Este estudo foi

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Anápolis-GO, recebeu Parecer favorável N° 1.058.560, atendeu aos preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

RESULTADOS

De acordo com os dados obtidos do SAMU de Anápolis no ano de 2014 foram realizados 23.881 atendimentos, distribuída entre naturezas clínicas e traumáticas. O estudo obteve 63 fichas de atendimento envolvendo vítimas de TCE classificados como trauma moderado a grave e evolução clínica dos usuários que solicitaram o serviço.

Do total de sujeitos analisados nesta casuística, 80,9% (51/63) eram do sexo masculino e 19,1% (12/63) do sexo feminino. Quanto à faixa etária prevaleceu o intervalo entre 21 a 40 anos perfazendo 31,7% (20/63) e quanto à classificação de TCE foi observado que 41,3% (26/63) dos indivíduos estavam com risco moderado; 39,7% com risco grave (25/63) e em relação à evolução clínica dos usuários 19% (12/63) foram a óbito por TCE (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos casos analisados de acordo com o sexo, faixa etária e classificação do TCE atendidos pelo SAMU no município de Anápolis-GO no ano de 2014.

| Variáveis | Sexo | | Total |
|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|
| | Feminino | Masculino | |
| | n (%) | n (%) | n (%) |
| Faixa etária | | | |
| < 21 anos | 2 (16,6) | 7 (13,7) | 9 (14,3) |
| 21 - 40 anos | 2 (16,6) | 18 (35,3) | 20 (31,7) |
| 41 - 60 anos | 2 (16,6) | 12 (23,6) | 14 (22,2) |
| > 60 anos | 5 (41,8) | 5 (9,8) | 10 (15,9) |
| Não informado | 1 (8,4) | 9 (17,6) | 10 (15,9) |
| Total | 12 (19,1) | 51 (80,9) | 63 (100) |
| Classificação de TCE | | | |
| Moderado | 4 (33,4) | 22 (43,2) | 26 (41,3) |
| Grave | 5 (41,6) | 20 (39,2) | 25 (39,7) |
| Óbito | 3 (25,0) | 9 (17,6) | 12 (19,0) |

A tabela 2 refere-se à distribuição dos casos analisados em relação ao sexo em comparação com local e mês de ocorrência, unidade de atendimento e tipos de acidentes atendidos pelo SAMU no município de Anápolis-GO no ano 2014. Em relação a regiões de Anápolis que mais precisou do SAMU foi à região noroeste perfazendo 22,2% (14/63), cabe ressaltar que 28,6% (18/63) das fichas não foram possíveis obter essa informação.

Quanto ao mês de ocorrência foi observado um maior registro entre os meses de janeiro a março

representando 52,4% (33/63), seguido pelos meses de abril a junho com 19% (12/63). Em relação à unidade receptora dos atendimentos com TCE foi o Hospital de Urgência Henrique Santillo (HUHS) representando 71,4% (45/63), tal fato é decorrente deste ser o hospital de referência do município para politrauma, cabe ressaltar ainda que 25,4% (16/63) das fichas não foram possíveis obter essa informação. Quanto aos tipos de acidentes evidenciamos que 20,6% (13/63) dos casos foram por perfuração por arma de fogo e queda ao mesmo nível seguido por trauma perfazendo 19% (13/63) de indivíduos.

Tabela 2 - Distribuição dos casos analisados em relação ao sexo em comparação com local e mês de ocorrência, unidade de atendimento e os tipos de acidentes atendidos pelo SAMU no município de Anápolis-GO no ano 2014.

| Variáveis | Sexo | | Total n (%) |
|-------------------------------|-------------------|--------------------|----------------|
| | Feminino n (%) | Masculino n (%) | |
| Local de ocorrência | | | |
| Nordeste | 3 (25,0) | 5 (9,8) | 8 (12,7) |
| Noroeste | 2 (16,6) | 12 (23,5) | 14 (22,2) |
| Sudeste | 0 (0) | 13 (25,5) | 13 (20,6) |
| Sudoeste | 3 (25,0) | 7 (13,7) | 10 (15,9) |
| Não informado | 4 (33,4) | 14 (27,5) | 18 (28,6) |
| Mês da ocorrência | | | |
| Janeiro a Março | 8 (66,7) | 24 (47,1) | 33 (52,4) |
| Abril a Junho | 2 (16,7) | 11 (21,6) | 12 (19,0) |
| Julho a Setembro | 1 (8,3) | 9 (17,6) | 10 (15,9) |
| Outubro a Dezembro | 1 (8,3) | 7 (13,7) | 8 (12,7) |
| Unidade de atendimento | | | |
| HEG | 1 (8,3) | 0 (0) | 1 (1,6) |
| HMJC | 0 (0) | 1 (2,0) | 1 (1,6) |
| HUHS | 8 (66,7) | 37 (72,5) | 45 (71,4) |
| Não informado | 3 (25,0) | 13 (25,5) | 16 (25,4) |
| Tipos de acidentes | | | |
| Agressão física | 0 (0) | 8 (15,7) | 8 (12,7) |
| Atropelamento | 2 (16,7) | 5 (9,8) | 7 (11,1) |
| Capotamento | 1 (8,3) | 0 (0) | 1 (1,6) |
| Carro versus carro | 0 (0) | 1 (2,0) | 1 (1,6) |
| Carro versus moto | 0 (0) | 3 (5,9) | 3 (4,8) |
| Moto versus caminhão | 1 (8,3) | 2 (3,9) | 3 (4,8) |
| Moto versus moto | 0 (0) | 2 (3,9) | 2 (3,2) |
| Perfuração por arma de fogo | 1 (8,3) | 12 (23,5) | 13 (20,6) |
| Queda ao mesmo nível | 5 (41,7) | 8 (15,7) | 13 (20,6) |
| Trauma | 2 (16,7) | 10 (19,6) | 12 (19,0) |

Legenda: HEG - Hospital Evangélico Goiano; HMJC Hospital Municipal Jamel Cecílio; HUHS - Hospital de Urgência Henrique Santillo.

A tabela 3 apresenta a distribuição entre as diferentes regiões de Anápolis em relação ao tempo de deslocamento entre a base do SAMU e o local do acidente e entre o local do acidente até o hospital em relação aos atendidos realizados pelo SAMU no município de Anápolis-GO no ano 2014. Foram observados que o tempo de deslocamento entre a base do SAMU ao local do acidente o intercalou entre 5 a 10 minutos

perfazendo 60,3% (38/63) seguidos por 17,5% (11/63) entre 11 a 20 minutos. Já quanto ao tempo de deslocamento entre o local do acidente até o hospital variou de 11 a 20 minutos representando 30,2% (19/63) dos casos; seguido de 25,3% (16/63) dos casos com intervalo de 5 a 10 minutos e 28,6% (18/63) dos casos não foi possível obter essa informação.

Tabela 3 - Distribuição entre as diferentes regiões de Anápolis em relação do tempo de deslocamento entre a base do SAMU e o local do acidente e entre o local do acidente até o hospital em relação aos atendidos realizados pelo SAMU no município de Anápolis-GO no ano 2014.

| Variáveis | Regiões de ocorrências em Anápolis | | | | | Total n (%) |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------|------------------|-------------------|-------------|----------------|
| | Nordeste n (%) | Noroeste n (%) | Sudeste n (%) | Sudoeste n (%) | NI n (%) | |
| Tempo de deslocamento do SAMU ao local do acidente | | | | | | |
| < 5 minutos | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 2 (11,1) | 2 (3,2) |
| 5 a 10 minutos | 3 (37,5) | 5 (35,7) | 10 (76,9) | 8 (80,0) | 12 (66,7) | 38 (60,3) |
| 11 a 20 minutos | 1 (12,5) | 4 (28,6) | 3 (23,1) | 0 (0) | 3 (16,7) | 11(17,5) |
| > 20 minutos | 4 (50,0) | 4 (28,6) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (5,5) | 9 (14,3) |
| Não informado | 0 (0) | 1 (7,1) | 0 (0) | 2 (20,0) | 0 (0) | 3 (4,7) |
| Tempo de deslocamento do local do acidente até o hospital | | | | | | |
| < 5 minutos | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 2 (11,1) | 2 (3,2) |
| 5 a 10 minutos | 2 (25,0) | 5 (35,7) | 3 (23,1) | 3 (30,0) | 3 (16,7) | 16 (25,3) |
| 11 a 20 minutos | 4 (50,0) | 4 (28,6) | 3 (23,1) | 5 (50,0) | 4 (22,2) | 19 (30,2) |
| > 20 minutos | 2 (25,0) | 3 (21,4) | 0 (0) | 1 (10,0) | 3 (16,7) | 8 (12,7) |
| Não informado | 0 (0) | 2 (14,3) | 7 (53,8) | 1 (10,0) | 6 (33,3) | 18 (28,6) |

Legenda: NI: Não informado.

DISCUSSÃO

A epidemiologia do TCE no Brasil tem mostrado que as maiores incidências estão sobre pessoas em idade produtiva. Na ampla faixa etária dos 18 aos 39 anos de idade, evidenciado no estudo, as causas externas ocupam o primeiro lugar como causa de morte.⁷ A inexperiência, busca de emoções, prazer em experimentar sensações de risco, impulsividade e abuso de álcool ou drogas são termos associado aos comportamentos, que podem contribuir para a maior incidência de TCE nessas faixas etárias.

Quanto ao sexo, os homens são muito mais acometidos por TCE que as mulheres. Neste estudo os homens foram mais de quatro vezes

acometidos que as mulheres dado condizente com a maioria dos trabalhos realizados no Brasil.⁸⁻¹¹

Settervall, Sousa, Silva¹² em um estudo, no setor de emergências do Hospital das Clínicas (HC – Faculdade de Medicina - USP), com uma amostra de 277 pacientes vítimas de TCE, observou-se uma variação de idade entre 14 e 92 anos, ressaltando-se que a maioria era do sexo masculino (85,9%) corroborando com o nosso estudo. Acredita-se que este resultado se justifica pela maior exposição dos homens aos fatores de risco associados ao trauma, possivelmente pelo estilo de vida ou pelo contexto sociocultural em que estão inseridos.

Assim, esses dados nos levam a refletir sobre os padrões socioculturais, em relação às questões do sexo, que se perpetuam em nossa sociedade e terminam por conduzir a altas taxas de morbimortalidade em adultos jovens do sexo masculino, no auge de suas capacidades, acarretando prejuízos econômicos consideráveis à nação. Há que se pensar numa forma de melhorar as formas e métodos utilizados para realizar educação em saúde para a população, especialmente em relação à violência, as leis de trânsito, dentre outros.

E quanto ao tipo de TCE foi evidenciada no estudo a classificação de risco⁶ moderada em 41,3%, seguida do TCE grave com 39,7% e óbito em 19% dos casos. Quanto aos tipos de acidentes prevaleceram na amostra os relacionados à perfuração por arma de fogo e queda ao mesmo seguido de traumas.

Dados semelhantes a este estudo foram encontrados no SAMU de Campo Grande - MS, no período de abril de 2005 a abril de 2007, por meio de um estudo descritivo analisaram 233 prontuários de pessoas atendidas pela Unidade de Suporte Avançado, demonstram que as vítimas de ferimentos por arma de fogo corresponderam a 3,9% dos atendimentos das viaturas de suporte avançado, compondo 233 pessoas, uma média de 116,5 pessoas por ano, aproximadamente 10 pessoas por mês. Os dados revelam uma média de 109,5 homens atingidos por arma de fogo por ano e 4,5 mulheres, do total de vítimas. Quanto aos locais do corpo mais afetados por arma de fogo foram: a cabeça (face e crânio) e o pescoço, com 27,1% de pessoas atingidas; o abdome anterior e posterior, com 23,6%, e o tórax anterior e posterior com 19,8%.⁸

Já segundo Rezende et al.⁹ em sua pesquisa apresenta uma visão global da magnitude do problema, apresenta-se, inicialmente, uma análise comparativa entre as vítimas de acidentes de moto e as dos demais veículos a motor. Verifica-se com isso um número de vítimas por acidentes de moto proporcionalmente maior do que o número de vítimas dos demais veículos.

Foram observados que o tempo de deslocamento entre a base do SAMU ao local do acidente o intercalou entre 5 a 10 minutos perfazendo 60,3%. Já quanto ao tempo de deslocamento entre o local do acidente até o hospital variou de 11 a 20 minutos representando 30,2% dos casos, Contudo, fica evidenciado que o tempo de deslocamento entre a base do SAMU e o local do acidente é bem menor que o tempo de deslocamento entre o local do acidente até o hospital.

O tempo resposta das equipes do SAMU é o tempo transcorrido desde o momento da recepção do chamado na Central de Regulação médica até a chegada da equipe ao local da ocorrência. O tempo médio de transporte refere-se à média do tempo de transporte do cenário ao hospital de referência. Esses tempos são indicadores de qualidade do serviço.¹³

Segundo Moraes, Carvalho, Correa¹⁴ realizaram um estudo na cidade Araras - SP, e evidenciaram que o tempo resposta da ambulância entre a transmissão do chamado à equipe pela Central de Regulação até a chegada da ambulância ao local determinado é um dos indicadores de desempenho de um serviço de atendimento pré-hospitalar.

A rede nacional SAMU 192 se configura em uma das vertentes que atua visando à regulação e ao atendimento das urgências e emergências pré-hospitalares. Isso confere um atendimento presencial ou por telemedicina a todas as chamadas, que busca levar a população uma resposta apropriada. Desta forma procura assegurar a recepção dos pacientes, além de proporcionar atendimento contínuo nas viaturas, até o ingresso do paciente na rede hospitalar.¹³

Vários estudos ressaltam a necessidade de diminuir o tempo de deslocamento no intuito de prestar atendimento ágil à população, as condições de tráfego e a educação no trânsito impactam sobremaneira no tempo resposta e influenciam no tempo de chegada da equipe ao local da ocorrência e daí ao serviço de referência. Salientando-se a capacidade operacional constantemente extrapolado do

hospital público de referência, o que, para o SAMU, implica morosidade na entrega do paciente e resgate de material permanente das viaturas, indispensável ao atendimento a outras vítimas de trauma.^{13,14}

O tempo de resposta atual do sistema está na casa dos 21 minutos (tempo entre o chamado via telefone e a chegada da ambulância no local do incidente), tempo este bastante distante do padrão internacional de atendimento que deve ficar próximo dos 8 minutos. Fatores ligados à quantidade de ambulâncias existentes, localização e quantidade de bases de operação, utilização de tecnologias, disponibilidade de leitos em hospitais e centros de atendimento, e etc., são elementos fundamentais para contribuir com um serviço mais efetivo.^{13,15}

O processo de educação permanente impõe uma série de desafios que precisam ser transpostos para tornar-se efetivo. Para garantir a efetividade deste processo e imprimir caráter permanente e continuado, é fundamental inseri-lo na rotina de trabalho e considerar, portanto, as atividades dentro da carga horária contratual do trabalhador. A atuação dos profissionais do SAMU está permanentemente cercada de desafios. Desafios que exigem prontidão, pois quanto maiores os desafios, maiores são as exigências para superá-los.¹⁵

Concluiu-se que a maior parte dos casos de TCE em Anápolis de ocorreu com vítimas do sexo masculino, pertencente ao grupo de adolescentes e adultos jovens, sendo os acidentes por arma de fogo e queda ao mesmo nível mais prevalente. A qualidade observada nas fichas de atendimentos, de modo geral, é deficitária e requer a qualificação do pessoal responsável pelo preenchimento.

O conhecimento das causas de TCE, bem como outros aspectos epidemiológicos, possibilita a implantação de medidas para controle dos fatores de risco. Dentro da atenção terciária, acha-se a possibilidade de implementação de plano de cuidados específicos, podendo abordar aspectos de educação em saúde e envolver familiares no processo de cuidado. Discute-se, também, a elaboração de protocolos de

tratamento para o TCE nas unidades hospitalares, que visem à redução da morbimortalidade associada, relacionando-se a avanços no atendimento inicial e com cuidados intensivos.^{15,16} A pesquisa também contribuiu para a reflexão desses profissionais quanto à prioridade da sistematização da assistência aos pacientes em foco, a fim de que os diagnósticos sejam identificados e os fatores de risco prevenidos ou minimizados.

A análise dos atendimentos ao TCE pelo SAMU no município de Anápolis/GO tem muita semelhança com demais estudos encontrados por outros pesquisadores no país o que nos leva a refletir sobre a importância do SAMU no contexto das urgências e emergência, a importância da eficácia no atendimento e na necessidade de educação permanente de toda a equipe a fim de minimizar danos à vítima.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

Forma de citar este artigo: Reis MA, Filho GSS, Medeiros TF, Silva CTX, Souza NMC, Meireles GOAB. Perfil dos indivíduos que receberam atendimento pelo SAMU a vítimas de traumatismo crânioencefálico no município de Anápolis-GO. Rev. Educ. Saúde 2017; 5 (2): 26-33.

REFERÊNCIAS

1. Simões RL, Neto CD, Maciel GSB, Furtado TP, Salomão, DN. Atendimento pré-hospitalar à múltiplas vítimas com trauma simulado. Rev. Col. Bras. Cir. 2012; 39 (3): 230-237.
2. Hora EC, Sousa RMC, Chavez ARE. Caracterização de cuidadores de vítimas de trauma crânio-encefálico em seguimento ambulatorial. Rev. Esc. Enferm. USP. 2005; 39(3): 343-349.
3. Sousa RMC, Koizumi MS. Recuperação das vítimas de traumatismo cranio-encefálico no período de 1 ano após o trauma. Rev. Esc. Enferm. USP. 1996; 30 (3): 484-500.

4. Nitrini R, Bacheschi, LA. A Neurologia que todo médico deve saber. São Paulo: Atheneu, 2003.
5. O'dwyer G, Mattos RA. Cuidado integral e atenção às urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do estado do Rio de Janeiro. Saude Soc. [online]. 2013; 22 (1): 199-210.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.
7. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Rev. Saúde Pública. 2000; 34(4): 427-30.
8. Sanches S, Duarte SJH, Pontes ERJC. Caracterização das vítimas de ferimentos por arma de fogo, atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Campo Grande-MS. Saude Soc. [online]. 2009; 18 (1): 95-102.
9. Rezende NDS, Alves AKS, Leao GM, Araujo A A. Perfil das ocorrências de politrauma em condutores motociclísticos atendidos pelo SAMU de Teresina-PI. Rev. Bras. Enferm. 2012; 65(6): 936-941.
10. Souza RB, Todeschini AB, Veiga J CE, Saade N, Aguiar GB. Traumatismo cranioencefálico por projétil de arma de fogo: experiência de 16 anos do serviço de neurocirurgia da Santa Casa de São Paulo. Rev. Col. Bras. Cir. 2013; 40(4): 300-304.
11. Lins TH, Lima AXBC, Veríssimo RCSS, Oliveira JM. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em vítimas de trauma durante atendimento pré-hospitalar utilizando a CIPE. Rev. Eletr. Enf. 2013; 15(1): 34-43.
12. Settervall CHC, Sousa RMC, Silva SCF. In-hospital mortality and the Glasgow Coma Scale in the first 72 hours after traumatic brain injury. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011; 19(6): 1337-1343.
13. Silva NC, Nogueira LT. Avaliação De Indicadores Operacionais De Um Serviço De Atendimento Móvel De Urgência. Cogitare Enferm. 2012; 17(3): 471-7
14. Moraes DA, Carvalho DV, Correa AR. Parada cardíaca extra-hospitalar: fatores determinantes da sobrevida imediata após manobras de ressuscitação cardiopulmonar. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2014; 22(4): 562-568.
15. Junior LCN. Um estudo para redução do tempo de resposta do SAMU de Belo Horizonte através da realocação das bases de operação. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG. 2011.
16. Ciconet RM, Marques GQ, Lima MADS. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. Interface (Botucatu). 2008; 12(26): 659-666.