

ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ID: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Grau de instrução: _____

Ocupação: _____

Já realizou outra cirurgia anteriormente? () SIM () NÃO

Se sim, aquela experiência foi traumática? () SIM () NÃO

Sabe qual ou como o procedimento cirúrgico de hoje será realizado? () SIM () NÃO

Tem alguma dúvida sobre o ato cirúrgico ou o pós-operatório? () SIM () NÃO

Se sim, qual?

Valor do IDATE-ESTADO **antes** da orientação empática: _____

Valor do IDATE-ESTADO **depois** da orientação empática: _____

	Como estou me sentindo	Não	Um pouco	Bastante	Totalmente
01	Sinto-me calmo(a)				
02	Sinto-me seguro(a)				
03	Estou tenso(a)				
04	Estou arrependido(a)				
05	Sinto-me à vontade				
06	Sinto-me perturbado(a)				
07	Estou preocupado(a) com possíveis infortúnios				
08	Sinto-me descansado(a)				
09	Sinto-me ansioso(a)				
10	Sinto-me “em casa”				
11	Sinto-me confiante				
12	Sinto-me nervoso(a)				
13	Estou agitado(a)				
14	Sinto-me uma “pilha de nervos”				
15	Estou descontraído(a)				
16	Sinto-me satisfeito(a)				
17	Estou preocupado(a)				
18	Sinto-me superexcitado(a) e confuso(a)				
19	Sinto-me alegre				
20	Sinto-me bem				

ATENDIMENTOS AOS PACIENTES CLÍNICOS REALIZADOS PELO SAMU DE JUNDIAÍ/SP NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2011: IMPLICAÇÕES PARA O ENFERMEIRO

CALLS MADE IN CLINICAL PATIENTS TO SAMU THE JUNDIAÍ/SP THE FIRST HALF TO 2011: IMPLICATIONS FOR NURSE

Bruno Vilas Boas Dias¹; Sandro Aparecido dos Santos²

¹Enfermeiro. Especialista em Cardiologia pela UNIFESP. Professor do curso de graduação e pós graduação em Enfermagem do Centro Universitário Padre Anchieta de Jundiaí, SP.

²Enfermeiro. Especialista em Atendimento Pré-hospitalar, Urgência e Emergência pelo Centro Universitário Padre Anchieta de Jundiaí, SP

Autor responsável:

Bruno Vilas Boas Dias - Endereço: Rua Cica, 1740; bl.10; apto: 303. Cep.: 13.206-475. Bairro: Vila Garcia; Jundiaí, SP. E-mail: bruno.dias@anchieta.br

Palavras-chave: medicina de emergência, serviços médicos de emergência, cuidados de enfermagem

Keywords: emergency medicine, emergency medical services, nursing care

RESUMO

Em 29 de setembro de 2003, foi instituído o Serviço Móvel de Atendimento às Urgências para servir a população acometida por agravos a saúde gratuitamente. O atendimento deve ser rápido e o acometimento da vítima pode ser clínico, traumático, pediátrico, psiquiátrico, obstétrico ou relacionado a animais peçonhentos. Nesse sentido, esta pesquisa quantitativa, documental teve como objetivos especificar o número total de atendimentos realizados pelo SAMU no primeiro semestre de 2011, de acordo com as especialidades, e estratificar os casos de maior incidência relacionados às vítimas clínicas atendidas demonstrando as implicações no atendimento para o enfermeiro. A coleta de dados ocorreu por meio da análise das fichas de atendimentos do SAMU em Jundiaí/SP. Foram 6.357 atendimentos no semestre divididos em: 3.187 casos clínicos, 1.884 traumáticos, 565 pediátricos, 505 psiquiátricos, 204 obstétricos e apenas 12 casos relacionados a animais peçonhentos. Dos 3.187 casos clínicos, os de maior ocorrência

de acordo com o *check-list* do SAMU foram: 486 atendimentos a convulsão, 413 casos de dispnéia, e 347 ocorrências de angina, infarto agudo do miocárdio e dor torácica. O enfermeiro deve além especializar-se na área de APH, responder pelos profissionais de enfermagem nos atendimentos simples ou complexos, seja na assistência ou na supervisão da equipe durante a ocorrência. Também é imperioso que tenha pleno conhecimento técnico e científico amplo em relação as doenças e ao cuidado a ser prestado para que o atendimento seja rápido por ser direcionado e efetivo.

ABSTRACT

On September 29, 2003 was instituted Mobile Service Call the emergency to tend the population affected by the health hazards free. Care should be quick and involvement of the victim may be clinical, trauma, pediatric, psychiatric, obstetric or related to venomous animals. In this sense this quantitative research, documentary aimed to specify the total number of visits made by SAMU in the first half of 2011 according to the specialties and stratify patients at higher incidence related to victims attended demonstrating clinical implications for nurses in attendance. The data was collected through survey data through analysis of the attendance sheets SAMU in Jundiáí / SP. Attendances in 6357 were divided into half 3187 clinical cases, traumatic 1884, 565 pediatric, 505 psychiatric, 204 obstetric and only 12 cases related to poisonous animals. Of the 3187 clinical cases the most frequent according to the checklist of the SAMU were 486 attendances convulsion, 413 cases of dyspnea, and 347 occurrences of angina, acute myocardial infarction and chest pain. The nurse should further specialize in the area of APH, respond by nursing professionals in attendance simple or complex, whether in support or in overseeing the team during the event. It is also imperative that has full technical and scientific knowledge regarding the wide diseases and the care being provided to the service is fast and effective because it is directed.

INTRODUÇÃO

A população quando acometida por situações e agravos a saúde, no qual desestabiliza sua condição vital, precisa de um atendimento rápido e qualificado. Neste caso, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) pode ser uma escolha. Este serviço inicia-se, após uma solicitação por qualquer pessoa através do telefone 192¹.

Isso ocorre no SAMU devido à portaria Nº 1863/GM de 29 de setembro de 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, para uma adequada implantação deste atendimento, considerando que o mesmo deve estar vinculado a uma Central de Regulação de Urgências e Emergências. E a central deve ser de fácil acesso ao público, por via telefônica, em sistema gratuito (Ministério da Saúde, 2003; Machado et al, 2011).

¹ Número telefônico destinado ao chamado do SAMU, conforme Portaria nº 1.864/03;

O Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção às Urgências, pela Portaria n. 2.048, de 5 de novembro de 2002 com o propósito de melhor definir os serviços já existentes e ampliá-los em todo território nacional. Assim, os serviços de urgência e emergência hospitalar, as unidades básicas de saúde, os ambulatorios, os pronto socorros e o SAMU estariam amparados por esta legislação. Mas a efetiva implantação do SAMU conforme os moldes atuais somente ocorreu em setembro de 2003 (Ministério da Saúde, 2004; Machado et al, 2011).

Além do acesso pela população, foi definido, a responsabilidade pelo atendimento de pessoas com agravos clínicos, traumáticos, obstétricos e psiquiátricos que possa levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, 2004). Dessa forma, em casos de emergência, quando identifica-se que o indivíduo está com problemas de saúde que necessitam de cuidados especializados e imediatos para evitar a morte ou complicações graves, e, em casos de urgência, definida como aquela situação em que afeta ou coloca em perigo a saúde de uma ou de mais pessoas (Rodrigues, 2008).

Assim, a assistência a ser prestada, ou seja, a demanda de urgência e emergência pode ser de domicílio, local de trabalho, vias públicas e onde o usuário precisar, tendo o SAMU que prover recursos necessários e adequados para a complexidade de dada condição. Portanto, é considerado um componente organizador da assistência (Vieira e Mussi, 2008).

Esse cenário diversificado que envolve o atendimento pré-hospitalar tem sido objeto de alguns estudos em relação à população atendida, incluindo o perfil das vítimas atendidas, diagnóstico de lesões entre outros aspectos (Pereira e Lima 2006). A necessidade de formar profissionais qualificados para suprir os SAMUs considerando sua abrangência nacional é cada vez mais importante. (Florêncio et al, 2003; Hora e Sousa, 2005)

Atualmente, o SAMU está presente em todos os estados brasileiros com 157 Centrais de Regulação Médica que abrangem 1.502 municípios. São aproximadamente 112 milhões de pessoas que podem contar com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Rede Nacional SAMU 192, 2011).

Regulamentação do SAMU em Jundiaí, SP

Para atender à população de Jundiaí foi necessário atendimento às normas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), assim como a Portaria GM N.O 1.864, de 29 de setembro de 2003, que regulamente a proporção de ambulâncias: um veículo de suporte básico à vida para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes, e de um veículo de suporte avançado à vida para cada 400.000 a 450.000 por habitantes (Ministério da Saúde, 2004).

A população de Jundiaí/SP em 2010, segundo estatística do IBGE, estava em torno de 370.126 habitantes, e conta com uma área de territorial de 431.498Km² (IBGE, 2011). No município de Jundiaí, a equipe do SAMU é composta por 85 funcionários, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, condutores, controladores de tráfego e área administrativa. A base SAMU encontra-se atualmente na Avenida Frederico Ozanan, Vila Vito nº3.246 e dispõe de uma frota de quatro ambulâncias de suporte básico e uma ambulância de suporte avançado para atender urgências e emergências (Jundiaí, Prefeitura Municipal, 2011) .

OBJETIVOS

- Especificar o número total de atendimentos realizados pelo SAMU no primeiro semestre de 2011;
- Estratificar os casos de maior incidência relacionados às vítimas clínicas atendidas e demonstrar as implicações no atendimento para o enfermeiro.

MATERIAL E MÉTODO

Tipo: É uma pesquisa do tipo quantitativa, documental retrospectivo com levantamentos de dados estatísticos compilados do SAMU decorrentes de atendimentos no município de Jundiaí, SP.

Amostra: Todos atendimentos realizados aos pacientes no primeiro semestre de 2011. (Anexo A).

Local do estudo: Sede do Serviço Móvel de Urgência de Jundiaí localizado na Avenida Antônio Frederico Ozanan, 3246 - Vila de Vito.

Procedimentos para a coleta de dados: Após autorização prévia do Coordenador do Serviço, foi realizada uma busca ativa em prontuário para levantamento estatístico de acordo com os objetivos propostos. O levantamento de dados do primeiro semestre

ocorreu no período de 01 de agosto a 05 de setembro de 2011, de segunda à sexta-feira, no período compreendido entre 08. às 12hh.

Crítérios de inclusão: Foram inclusos somente os dados referentes aos diagnósticos que os pacientes atendidos apresentavam através das fichas de atendimentos do serviço.

Crítérios de exclusão: Foram excluídos, dados como: os *chek-list* das viaturas, descrição detalhada de atendimentos a crianças, fichas de manutenção das ambulâncias, local de atendimento (residencial ou via pública), bairros de atendimentos e horários (saídas e chegadas) das ambulâncias.

Ética da Pesquisa: Por envolver somente dados estatísticos de atendimentos e não envolver nomes, dados pessoais, ou meios de identificação dos pacientes, submeter o procedimento da pesquisa ao Comitê de Ética do Centro Universitário Padre Anchieta.

RESULTADOS

GRÁFICO - 1: Números de ocorrências, por especialidades, atendidas pelo SAMU durante o 1º Semestre de 2011:

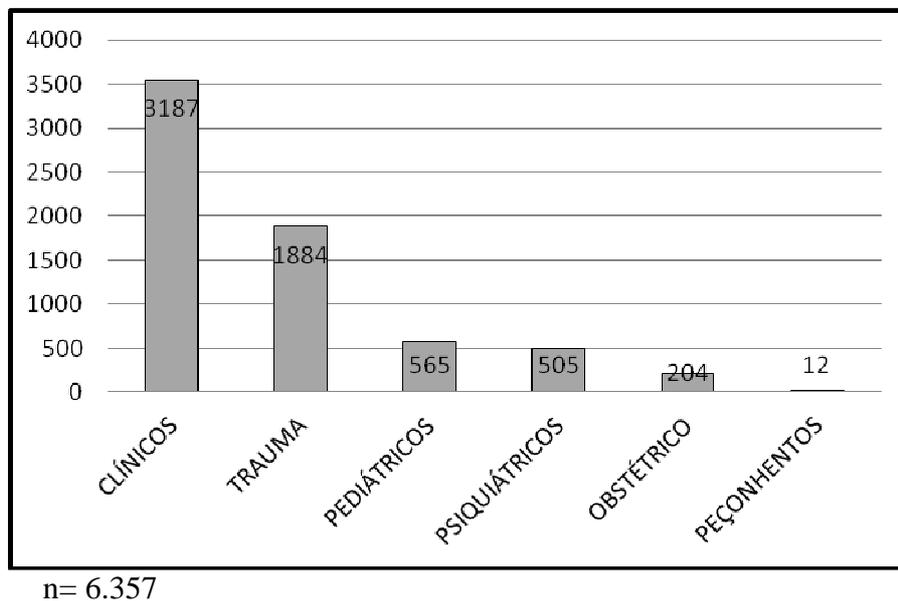
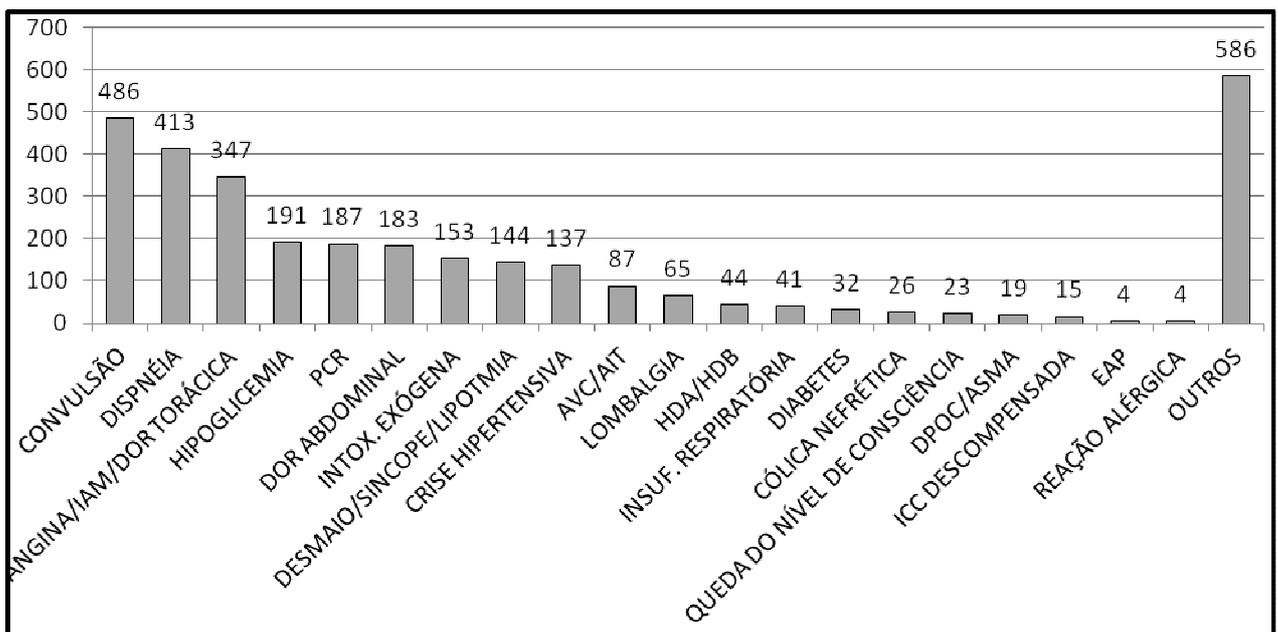


GRÁFICO - 2: Estratificação dos atendimentos clínicos realizados pelo SAMU durante o 1º Semestre de 2011:



n= 3.187

DISCUSSÃO

No primeiro semestre de 2011, o SAMU atendeu um total de 6.357 pacientes, sendo: agravos clínicos 50,13% (n=3.187), traumáticos 29,63% (n=1.884), pediátricos 8,88% (n=565), psiquiátricos 7,74% (n=505), obstétricos 3,20% (n=204) e outros relacionados a animais peçonhentos correspondendo a 0,18% (n=12) do total dos casos (cf. Gráfico – 1).

Segundo objetivo do presente estudo, foram estratificados os casos clínicos que corresponderam a mais da metade dos casos atendidos pelo SAMU se comparados com casos de trauma, pediátricos, psiquiátricos, obstétricos e de animais peçonhentos. Dessa forma, podemos evidenciar que os 3.187 pacientes com agravos clínicos apresentaram, no mínimo, cerca de 25 diagnósticos diferentes, sendo a convulsão 15,24 % (n=486), dispneia 12,95 % (n= 413), angina, infarto agudo do miocárdio (IAM) e dor torácica 10,88 % (n=347) os de maior ocorrência (cf. Gráfico – 2).

É importante ressaltar que todos os itens estratificados como atendimentos clínicos, assim como a opção “outros” é tipo *check-list* que é a forma como o SAMU tem em seu impresso (cf. Anexo A) para estratificar o atendimento e que no caso do trabalho em questão foi mantido para elaboração do gráfico e compreensão do número total de casos de atendimentos clínicos. Para complementação, os profissionais do

SAMU utilizam o relatório para descrever os demais sinais e sintomas apresentados pelos pacientes.

Implicações éticas e legais para o atendimento do enfermeiro:

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) editou no ano 2000 a Resolução nº 225, que “dispõe sobre o cumprimento de prescrição de medicamentos/terapêutica à distância”, permitindo que os profissionais de Enfermagem cumpram prescrições médicas via rádio/telefone em casos de urgência ou risco de vida iminente.

A Resolução 260/2001 do COFEN incluiu o Atendimento Pré-hospitalar (APH) como uma das especialidades de enfermagem sem questionar a delimitação das ações de enfermagem e formação desses profissionais para esse tipo de atendimento. Já o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN/SP), regulamentou as atividades de enfermagem no APH para o Estado de São Paulo por meio da Decisão COREN/SP DIR-01-2001. Não deixando de considerar que os cuidados de enfermagem são divididos em simples e complexos, de acordo com o nível de dependência da vítima.

O profissional deve ser profissional titular do diploma de Enfermeiro devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, habilitado para ações específicas de enfermagem, devendo, além das ações assistenciais, prestar serviços administrativos e operacionais nesses sistemas de atendimento. Como requisitos gerais, o profissional deve ter disposição pessoal, equilíbrio emocional e autocontrole, capacidade física e mental para a atividade, disposição para cumprir ações orientadas, capacidade de trabalhar em equipe, iniciativa, facilidade de comunicação e disponibilidade para a capacitação periódica. Dentre as suas competências e atribuições estão: supervisionar e avaliar as ações da equipe de enfermagem no APH; executar prescrições médicas por telemedicina, prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de morte e capacidade de tomar decisões imediatas (Ministério da Saúde, 2004).

Implicações assistenciais para o enfermeiro no atendimento dos agravos clínicos:

De acordo com Zapparoli e Marziale (2006) no caso específico do enfermeiro e de suas práticas no cuidar em situações de urgência e emergência, destacam-se, dentre as suas responsabilidades e funções: a identificação de sinais e sintomas de gravidade, a

interpretação destes, a utilização de todos os recursos disponíveis e a identificação da possibilidade de transmissão de doenças infecto-parasitárias para a equipe e para outros clientes, dentre outras.

Atributos como competência, habilidade motora, criatividade, e sensibilidade são exigidos. Em termos críticos, o cuidado em emergência exige mais do que conhecimento técnico, ou seja, conta também com a experiência de seus profissionais, o seu "saber-fazer" (Coelho et al, 2006). Martins e Prado (2003) também já reforçavam que a experiência prévia em serviços de urgência e a busca por capacitação específica têm amenizado dificuldades e propiciado atendimento adequado.

Entretanto, há outros fatores que devem ser levados em consideração na questão do atendimento de emergência. Segundo Avelar e Paiva (2010), apesar do crescimento das áreas de atuação dos enfermeiros e de todo o arcabouço legal que os rege, falta clareza acerca de suas atribuições, principalmente em serviços, como os SAMUs.

Sendo assim são apresentados as implicações para o enfermeiro para o cuidado de pacientes com diagnósticos de convulsão, dispneia, dor torácica, angina e infarto agudo do miocárdio, que foram os agravos clínicos de maior ocorrência no primeiro semestre de 2011:

Convulsão:

As convulsões são episódios de atividade motora anormal, sensorial, autônoma ou psíquica, como consequência de uma descarga excessiva repentina dos neurônios cerebrais. O cérebro pode estar parcial ou completamente envolvido. As convulsões são comumente rápidas e transitórias (Bertolucci et al, 2011).

As causas são variadas, sendo classificadas em idiopáticas e adquiridas. Dentre as causas de convulsões adquiridas, estão a hipoxemia de qualquer causa, incluindo a insuficiência vascular, febre, traumatismo craniano, hipertensão, infecções do sistema nervoso central, condições metabólicas e tóxicas, insuficiência renal, suspensão de drogas e alergias. O derrame e metástase cerebral são os responsáveis pelas convulsões no idoso (Bertolucci et al, 2011).

Intervenções: coletar histórico do paciente quando possível; restringir movimentos para prevenir lesões, principalmente da cabeça; permanecer com o paciente durante a convulsão; manter via aérea pérvia; estabelecer acesso intra venoso e administrar medicamento quando adequado; administrar oxigênio quando adequado, monitorar o estado neurológico e sinais vitais; reorientar o paciente após a convulsão; registrar as

características e a duração da crise convulsiva e documentar os fatos (Teive e Nývák, 2001; McCloskey e Bulechek, 2004; Bertolucci et al, 2011).

Dispnéia:

A dispnéia é um sintoma comum de muitas patologias pulmonares e cardíacas, principalmente quando há aumento da rigidez pulmonar e da resistência das vias aéreas. Nesse quadro, ventrículo direito pode ser afetado pela doença pulmonar, porque precisa bombear sangue por meio dos pulmões. A dispnéia pode ser um indicador clínico importante, podendo ser o resultado de uma doença cardíaca ou respiratória. Em geral, as doenças agudas dos pulmões determinam um grau mais intenso de dispnéia do que aquele visto nas doenças crônicas. A dispnéia súbita em uma pessoa saudável pode indicar um pneumotórax (ar na cavidade pleural). A dispnéia súbita em um paciente enfermo ou depois de uma cirurgia pode denotar uma embolia pulmonar (Brunner e Suddarth, 2010).

Intervenções: manter vias aéreas desobstruídas; posicionar para o alívio da dispnéia e facilitar a combinação ventilação/perfusão quando adequado; auxiliar o paciente com as mudanças de posição quando adequado; auscultar sons respiratórios evidenciando áreas de ventilação reduzida ou ausente, e a presença de ruídos adventícios; monitorar devido à fadiga de músculos respiratórios; iniciar e manter oxigênio suplementar quando prescrito; aspirar vias aéreas conforme a necessidade, puncionar acesso periférico quando adequado e reduzir a ansiedade (McCloskey e Bulechek 2004; American Heart Association, 2010)

Dor torácica, Angina e Infarto agudo do Miocárdio:

A dor torácica pode estar associada à doença pulmonar ou cardíaca. Essa manifestação também pode estar associadas às patologias pulmonares, podendo ser aguda, , intermitente, ou surda, dolorida e persistente (Figueiredo, 2006).

A angina do peito é a síndrome clínica caracterizada por crises de dor ou sensação de pressão na região anterior do tórax. A causa é o fornecimento insuficiente de sangue para as coronárias, resultando no suprimento inadequado de oxigênio para o miocárdio, em outras palavras as necessidades de oxigênio do miocárdio excedem a sua oferta (Brunner e Suddarth, 2010).

Infarto Agudo do Miocárdio ou ataque do coração é um processo pelo qual o tecido miocárdico é destruído em regiões do coração desprovidas de um suprimento sanguíneo suficiente, em virtude da redução do fluxo sanguíneo e o estreitamento repentino de uma artéria coronária pela aterosclerose ou a obstrução total de uma coronária por embolo ou trombo (Figueiredo, 2006).

Intervenções: monitorizar os sinais vitais; avaliar a dor no peito, por exemplo, tempo, intensidade, localização, irradiação, duração, fatores precipitantes e de alívio; realizar uma avaliação abrangente da circulação periférica, por exemplo, pulsos, edemas, cor e temperatura das extremidades; documentar se ocorrer arritmias cardíacas; reduzir a ansiedade; auscultar sons cardíacos; monitorar estado neurológico devido baixo débito cardíaco; conseguir eletrocardiograma de 12 derivações se apropriado; puncionar acesso periférico quando adequado; documentar os fatos (McCloskey e Bulechek 2004; Piegas et al, 2006; American Heart Association, 2010).

CONCLUSÕES

Os dados demonstram que no primeiro semestre de 2011 o SAMU atendeu a 6.357 pacientes, sendo a maior parte dos atendimentos clínicos, com 3.187 casos correspondendo a 50,13% do total de ocorrências.

Os atendimentos realizados aos usuários com agravos clínicos são variados e representaram mais de 25 diagnósticos diferentes sendo que a convulsão, dispnéia, angina, infarto agudo do miocárdio e dor torácica representaram maior incidência.

No que se refere ao atendimento no pré-hospitalar, o enfermeiro está legalmente presente com equipe que integra o serviço do SAMU e deve, além especializar-se na área de APH, ser responsável pelos profissionais de enfermagem nos atendimentos simples ou complexos, seja na assistência ou na supervisão da equipe durante a ocorrência. Também é imperioso que tenha pleno conhecimento técnico e científico amplo em relação as doenças e suas necessidades quando instaladas, para que o atendimento seja rápido por ser direcionado e efetivo. É importante que mais estudos referentes a caracterização das vítimas atendidas pelo SAMU sejam realizados posteriormente para que ocorra o aprimoramento e aprofundamento das técnicas e conhecimentos em relação aos agravos de maior ocorrência.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION. Guidelines 2010 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, 2010.

AVELAR VLLMDE, PAIVA KCMDE. Configuração identitária de enfermeiros de um serviço de atendimento móvel de urgência. Rev. bras. enferm. Brasília. 2010 [serial on line]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7167201000600022&lng=en&nrm=iso [2012 ago. 28].

Ed. Manole, 2011.

BERTOLUCCI PHF, FERRAZ HB, FÉLIX EPV ET AL . Neurologia. 1 ed. São Paulo: Ed. Manole, 2011.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional [serial on line]. Disponível em: www.ibge.gov.br/cidadesat/topwin dow.htm?1 [2011 set. 04].

BRUNNER SCS, SUDDARTH BGB. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico: Avaliação da Função Respiratória. 8 ed. São Paulo: Editora Guanabara e Koogan. 2010. v. 1. Cap. 22. p. 389-90.

BRUNNER SCS, SUDDARTH BGB. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico: Cuidados aos Pacientes com Distúrbios Neurológicos. 8 ed. São Paulo: Editora Guanabara e Koogan. 2010. v. 2. Cap. 60. p.1521-23.

COELHO MJ, FIGUEIREDO NMA, CARVALHO V. Tipos de cuidado em emergência. In: Figueiredo NMA, Vieira AAB. Emergência: atendimento e cuidados de enfermagem. São Paulo: Yendis, 2006.

CONGRESSO NACIONAL DA REDE SAMU 192. 2011 [serial on line]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23969 [2011 abr. 10].

FIGUEIREDO, NMADE. Enfermagem: cuidando em emergência. 1 ed. São Caetano do Sul: Ed. Yendis, 2006.

FLORÊNCIO VB, RODRIGUES CA, PEREIRA MS ET AL. Adesão às preocupações padrão entre os profissionais da equipe de resgate pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros de Goiás. Rev Eletr Enferm. 5(1): 43-8, 2003.

HORA EC, SOUSA RMC. Os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. Rev Latino-am Enferm. 13(1): 93-8, 2005.

JUNDIAÍ. PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ/SP. 2011 [serial on line]. Disponível em: www.jundiai.sp.gov.br/pmjsite/noticiaspmjv2.nsf/vwhistoricopormes/7a899fab2ce91819032575d0005c6495?opendocument&arquivo [2011 ago. 23].

MACHADO CV, SALVADOR FGF, O'DWYER G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. Rev. Saúde Pública, São Paulo 2011 [serial on line]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102 [2012 ago 28].

MCCLOSKEY JC, BULECHEK GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MARTINS PPS, PRADO ML. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. Rev Bras Enferm. 56(1): 71-5, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria nº 1864/GM de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. Brasília, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria n. 2.048 de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

PIEGAS LS, ARMAGANIAN D, TIMERMAN A. Condutas terapêuticas do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

PEREIRA WADAP, LIMA MADDAS. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. Acta Paul. Enferm São Paulo. 2006 [serial on line]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000300004&lng=en&nrm=iso. [2012 ago. 27].

RODRIGUES JM. Guias práticos de enfermagem em emergências. 2 ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2008.

VIEIRA CMS, MUSSI FC. A implantação do projeto de atendimento Móvel de Urgência em Salvador/ BA: panorama e desafios. Rev Esc Enferm USP. 42(4): 793-7, dez, 2008.

SÃO PAULO (ESTADO). Conselho Regional de Enfermagem. Decisão COREN/SP DIR-01-2001: regulamenta as atividades de enfermagem no atendimento pré-hospitalar. São Paulo, 2001.

TEIVE HAG, NÓVAK EM. Condutas em emergências neurológicas. 1 ed. São Paulo:Lemos Editorial, 2001.

ZAPPAROLI AS, MARZIALE MH. Risco ocupacional em Unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências. Rev Bras Enferm. 59(1): 41- 6, 200

ANEXO A

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Estatísticas de Ocorrências				
Data:	DIA DA SEMANA			
	Segunda ()	Terça ()	Quarta ()	Sexta ()
	Sábado ()	Domingo ()		
	Quinta ()			

ADULTO	
CLINICO	TRAUMA
Angina / IAM / Dor Torácica	Choque Elétrico
Arritmia Cardíaca	Colisão Carro
Crise Hipertensiva	Moto
EAP	Bicicleta
DPOC/ASMA	Queda de Nível
Desmaio / Sincope / Lipotimia	Queda da Própria Altura
Dispnéia	Capotamento
Insuf. Respiratória	Explosão
HDA/HDB	Queimadura
AVC / AIT	Afogamento
Convulsão	Agressão
Diabetes Descompensada	FAB
Hipoglicemia	FAF
Intoxicação Exógena	Atropelamento
ICC Descompensada	Soterramento
Cólica Nefrética	Luxação / Torções
Reação Alérgica	Outros
Dor Abdominal	
Lombalgia	PSIQUIATRIA
Queda do Estado Geral	Agitação Psicomotora
PCR	Etilismo
Outros	Surto Psicótico
	Tentativa de Suicídio
OBSTETRICO	Esquizofrenia
Trabalho de parto	Depressão
Parto	Delirium
Sangramento	Ansiedade
Aborto	Outros
Outros	
EVENTOS	PEÇONHENTOS
Alfa com Médico/Enfermeiro	Aranha
USA	Cobra
USB	Escorpião
Óbito - Clínico	Lagarta
Óbito - Trauma	Abelhas
Recusou Socorro	Outros
Interceptação da USA	
Fora de Jurisdição	
Inter-Hospitalar	
QTA	
PEDIATRIA	

CLINICO		TRAUMA	
Respiratório		Queda de Nível	
Vômito / Febre		Atropelamento	
Convulsão		Queda da Própria Altura	
Dor Abdominal		Bicicleta	
Ingestão Corpo Estranho		Carro	
Intoxicação Exógena		Moto	
Alergia		Queimadura	
Outros		Outros	