

## **Principais dificuldades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Distrito Federal no atendimento inicial da criança traumatizada**

Main difficulties of the Mobile Emergency Service of the Federal District in the initial care of traumatized children

Maria Grazienni Castro Costa Fujiwara<sup>1</sup> & Wender Antônio Oliveira\*<sup>2</sup>

1. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires; 2 . *Ministério da Saúde/FACIPLAC-DF*

\*wenderesgate@yahoo.com.br; Ed. Premium SAF Sul Qd. 02 Lotes 5/6 Bl. II. 1º Andar, Sala 106.  
CEP:70.070-600 – Brasília-DF. Tel. 55 61 3315 92

### **Resumo:**

O atendimento a criança traumatizada é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU - 192), que é dividido em Unidade de Suporte Básico (USB) e Unidade de Suporte Avançado (USA). O primeiro atendimento à criança traumatizada segue os preceitos do Pré-hospitalar *Trauma Life Support* (PHTLS), que prioriza em primeiro plano a vida. Neste contexto, esta pesquisa tem como principal objetivo descrever e analisar as dificuldades apresentadas pelas equipes de Suporte Básico de Vida do SAMU – 192 do Distrito Federal, durante o primeiro atendimento à criança traumatizada. Esta pesquisa possui caráter observacional, transversal e descritivo com abordagem quantitativa e prospectiva. A amostra foi formada por 36 técnicos de enfermagem

(100%) atuantes na equipe de Suporte Básico de Vida do DF, SAMU – 192. O sexo predominante é o feminino com 61% (22), e a faixa etária que se destaca é de 26 a 36 anos, que constitui 69% dos entrevistados. Quanto ao tempo de atuação de serviço no SAMU - 192 a média em vigor é de seis anos. No contexto das dificuldades no atendimento inicial à criança traumatizada, 83% (30) dão destaque à avaliação inicial do sistema nervoso central com, ênfase nos eventos que envolvem crianças com traumatismo craniano encefálico (TCE). No que diz respeito à dificuldade de percepção durante a avaliação da oxigenação e a taquipneia, destacou-se 53% (19 técnicos); e referente aos sinais de choque hipovolêmico e a hipotensão 58% (21) foi o exposto como dificuldade no

Fujiwara, MGCC & Oliveira, WA

atendimento inicial. Também foi possível observar que 53% (19) da amostra possuem dificuldade em realizar o acesso venoso no ambiente pré-hospitalar e possuem dúvidas sobre dosagem e administração de medicações, 86% (31) dos entrevistados. De acordo com este estudo é necessário que estes profissionais sejam treinados em conformidade com as especificidades da criança vítima de traumatismo, para minimizar as dificuldades na avaliação inicial e assim assegurar a efetividade do atendimento pré-hospitalar.

**Palavras-Chaves:** Criança, Trauma, Suporte básico de vida.

**Abstract:**

The rescue service of children with trauma is done by *Mobile Emergency Service* (SAMU - 192). This is divided in the Basic Support Unit (BSU), and Advanced Support Unit (USA). The first care to traumatized child follows the precepts of Prehospital Trauma Life Support (PHTLS), this procedure priority the life. In this context, this research describes and analyzes the difficulties presented by the Basic Support teams Life of Mobile Emergency Service (SAMU - 192) in Distrito Federal – Brazil. This research is

observational, transversal and descriptive with prospective quantitative approach. The sample shows that 36, (100%) of nurses are working in Basic Support team of Life in Distrito Federal – Brazil (SAMU 192). This workers, the predominant sex is female, with 61% (22). The age this group is from 26 to 36 years old with 69% (25) of the interviewed. About the time of operation in SAMU 192, average was 6 years. In the context of difficulties in initial assistance to traumatized children, the highlight was the initial assessment of the nervous system Central with 83% (30), with emphasis on events that involve children with Traumatic Brain Injury (TBI). In regard to the difficulty of perception during the evaluation of oxygenation, tachypnea stood out with 53% (19) and referring to signs of hypovolemic shock, hypotension with 58% (21) was the highlight as difficulty in the initial care. It was also observed that 53% (19) of the sample has difficulty in performing venous access in the pre-hospital environment and have questions about dosage and administration of medications 86% (31) of the respondents. According to this study it is necessary that these professionals are trained according to the specificities of child trauma victims to minimize the difficulties in the initial

Fujiwara, MGCC & Oliveira, WA

evaluation and ensure the effectiveness of pre-hospital care. In regard to the difficulty of perception during the evaluation of oxygenation, tachypnea stood out with 53% (19) and referring to signs of hypovolemic shock, hypotension with 58% (21) was the highlight as difficulty in the initial care. It was also observed that 53% (19) of the sample has difficulty in performing venous access in the pre-hospital environment and have questions about dosage and administration of medications 86% (31) of the respondents. According to this study it is necessary that these professionals are trained according to the specificities of child trauma victims to minimize the difficulties in the initial evaluation and thus ensure the effectiveness of pre-hospital care.

**Key Words:** Child Trauma, basic life support.

## Introdução

Com a grande demanda de atendimentos de urgência e emergência no Brasil, devido ao aumento de acidentes, violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, o Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS 2.048 de novembro de 2002, criou o Regulamento Técnico dos Sistemas

Estaduais de Urgência e Emergência que estabeleceu princípios e diretrizes e a criação de núcleos de educação em urgências (BRASIL, 2002).

Em 2003, devido ao quadro brasileiro de morbimortalidade relativo a todas as urgências, inclusive as relacionadas ao trauma e a violência, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da Portaria N° 1.863/GM, em 23 de setembro de 2003. Essa política foi implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas da gestão. Tendo como componente Pré-Hospitalar Móvel: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU 192) e os serviços associados de salvamento e resgate, sob-regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas o 192.

O SAMU – 192, no Brasil, é definido como um serviço pré-hospitalar; baseado no modelo francês que tem como objetivo atender, da forma mais precoce possível, a vítima em situação de urgência e/ou emergência e direcioná-la a um serviço conforme a natureza do agravo. Possui atribuições desde orientações, manobras básicas de manutenção da vida, administração de medicamentos, soluções

Fujiwara, MGCC & Oliveira, WA

venosas, até monitoramento cardíaco, desfibrilação e ventilação mecânica (SANTANA et al., 2012)

No Distrito Federal, o serviço foi inaugurado em 2005, e está presente em todas as suas Regiões Administrativas, o serviço conta com 36 unidades móveis, e 22 motocicletas (divididas em duplas), uma dupla de “bikelância”, dois helicópteros conveniados com o Governo Federal, e também possui 2 salas vermelhas dentro dos hospitais regionais do Guará e Ceilândia, 1 centro neurocardiovascular e 1 centro de trauma adulto dentro do Hospital de Base (SAGE, 2015)

Tendo a equipe de enfermagem como tripulantes das viaturas, dividida em Unidade de Suporte Básico de Vida (USB) composta por no mínimo 1 técnico/auxiliar de enfermagem e 1 condutor/socorrista de emergência e a Unidade de Suporte Avançado (USA) composto pelo enfermeiro, médico e condutor/socorrista de emergência. A equipe de enfermagem é responsável pelo atendimento conforme as suas atribuições profissionais, tais como: Reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte (BRASIL, 2003).

A palavra trauma é de origem grega e possui significado de ferida, apresenta julgamentos relacionados a acontecimentos indesejáveis, que produzem lesões ou dano em conjunto de perturbações de agentes físicos, com etiologia e natureza diversificadas (SALVADOR et al., 2012)

Em comparação com os adultos, as crianças apresentam maior frequência de lesões multissistêmicas, são vulneráveis tanto no aspecto físico, psicológico e social, não possuindo ponderação cognitiva diante de uma situação de perigo, por isso ficam mais expostas a lesões traumáticas (FORMIGA et al., 2009). De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (1990) define-se como criança a pessoa com até doze anos de idade incompletos. Deve-se levar em conta o fato de se existir singularidades ao considerar a população pediátrica quanto à relação entre os tipos de lesão, mecanismo, fisiopatologia e tratamento. Pois possuem padrões específicos para as respostas fisiológicas e necessidades especiais baseada em seu tamanho, maturidade e desenvolvimento psicossocial (ABRAMOVICI, 1999; COSTA et al., 2013).

As prioridades da avaliação e condução da criança traumatizada seguem

Fujiwara, MGCC & Oliveira, WA

os mesmos conceitos da população adulta, priorizando em primeiro plano a vida do paciente e reservando a avaliação secundária para um segundo momento seguindo, especificamente, os princípios do atendimento pré-hospitalar ao traumatizado (PHTLS) (SCAVONE et al., 2011).

O atendimento inicial exige tratamento da falência respiratória, do choque e das lesões de tórax para assegurar a efetividade da oxigenação e perfusão. Nesse sentido, é necessário ter uma visão sistemática das diferentes peculiaridades quanto à abordagem das vias aéreas, ventilação, circulação com controle de hemorragias, exame neurológico e o preparo do transporte pré-hospitalar (SANTANA et al., 2012).

O atendimento à criança vítima de trauma inicia-se na cena do evento com o acionamento da Central de Regulação das Urgências por meio de ligação gratuita ao número 192, onde o médico regulador executa a triagem, identifica a gravidade e despacha a equipe de atendimento pré-hospitalar. Essa por sua vez, inicia abordagem, avaliação e transporte adequado a uma unidade de saúde. A avaliação da criança vítima de trauma contempla particularidades em função da idade e desenvolvimento em que se

encontra a vítima, exigindo assim maior capacidade por parte das equipes de atendimento pré-hospitalar (WAISELFISZ, 2013; COPETTI et al., 2014).

As causas externas – acidentes e violências – são, atualmente, um dos maiores problemas de Saúde Pública, atingindo praticamente todas as faixas etárias, com maior expressão nas mais jovens (WAISELFISZ, 2013; COPETTI et al., 2014). A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10) 3 – subdivide as causas externas em causas acidentais (que incluem os acidentes de transporte, de trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes), causas intencionais relacionadas às agressões e lesões autoprovocadas, e eventos cuja intenção é indeterminada.

As causas externas no Brasil são consideradas a primeira causa de óbitos em crianças e adolescentes a partir de um ano de idade, e também determina a morbidade representativa, com expressivo número de internações/ano e custo hospitalar considerável. Entre as causas externas as principais são acidentes domésticos e automobilísticos, e casos de violência

Fujiwara, MGCC & Oliveira, WA

(WAISELFISZ, 2013; COPETTI et al., 2014).

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo identificar as dificuldades dos profissionais de enfermagem que compõem as equipes de Suporte Básico de Vida do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) do Distrito Federal durante o primeiro atendimento à criança traumatizada.

### **Material e Métodos**

Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo com abordagem quantitativa e prospectiva que é caracterizado por descrever uma situação limitada no tempo, onde os dados numéricos serão gerados ao início da pesquisa, visando essencialmente a observar as dificuldades relacionadas à avaliação da criança vítima de trauma.

Essa pesquisa foi realizada no mês de novembro de 2015 no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU - 192) do Distrito Federal. Foram entrevistados 36 técnicos de enfermagem que atuam diretamente na equipe de Suporte Básico de Vida. Sendo excluídos os técnicos de enfermagem que atuam em outras equipes de resposta do SAMU 192 do DF.

O instrumento de coleta de dados consistiu num questionário com dez questões fechadas, onde possuía apenas uma alternativa correta, visando mensurar as principais dificuldades da avaliação da criança vítima de trauma. Os dados foram analisados por meio de tabelas e comparados à luz da literatura atual sobre a temática.

A pesquisa foi autorizada pelo comitê de ética da Faculdade de Ciência e Educação Sena Aires (FACESA) por meio do número 110324/2015. Os preceitos éticos a serem obedecidos e relacionados à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram criteriosamente respeitados.

### **Resultados e Discussão**

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU - 192) do Distrito Federal possui em média 36 unidades de Suporte Básico atuantes por dia, o questionário foi respondido por 36 técnicos de enfermagem que atuam na equipe de Suporte Básico, levando em consideração que esse é o responsável pela primeira resposta no atendimento à criança traumatizada.

Em relação ao perfil dos técnicos de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU -

Fujiwara, MGCC & Oliveira, WA

192) do Distrito Federal analisaram-se os critérios: sexo, idade, tempo de atuação no serviço e formação acadêmica na área da Enfermagem.

A Tabela 1 demonstra que o sexo predominante é o feminino com 61%. A faixa etária que se destaca é a de 26 a 36 anos com 69% dos entrevistados, 14 % possuem de 37 a 47 anos e 17% possuem de 48 a 58 anos. O tempo de atuação de serviço no SAMU - 192 é em média de 6 a 10 anos com 89%, e de 2 a 5 anos com 11%. O gráfico 1, a seguir, apresenta as principais dificuldades na avaliação inicial da criança.

**Tabela 1:** Características gerais dos entrevistados (n=36). Brasília – DF, 2015.

Sexo	N	%
Feminino	22	61
Masculino	14	39
Total	36	100

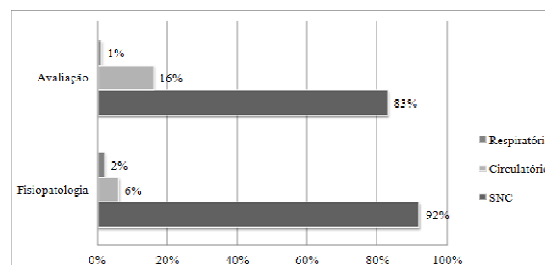
Faixa etária	N	%
26 a 36 anos	25	69
37 a 47 anos	05	14
48 a 58 anos	06	17
Total	36	100

Tempo de atuação	N	%
0 a 5 anos	04	11

Fonte: Fujiwara, 2015.

**Gráfico 1:** Principais dificuldades na avaliação inicial e fisiopatologia na criança traumatizada. (N=36). Brasília – DF, 2015.



Fonte: Fujiwara, 2015.

A avaliação primária consiste em identificar e intervir na falência respiratória, no choque hipovolêmico e nas lesões do sistema nervoso central associado ao trauma, garantido efetividade da oxigenação e perfusão (FORMIGA et al., 2009). Tendo como base o ABCDE, conforme sistematizado pelo Comitê do *Pré-hospitalar Trauma Life Support* (PHTLS) e o Protocolo de Atendimento às Unidades de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde (MS), (MATTOS & SILVÉRIO, 2012).

As dificuldades na avaliação inicial à criança traumatizada foram identificadas a partir da análise dos três sistemas: Nervoso Central, Circulatório e Respiratório, que são priorizados pelo PHTLS, assim como as fisiopatologias mais presentes durante o evento, tais como: Traumatismo crânio-encefálico (TCE), hemorragia e hipóxia. Outro achado importante nessa análise é o déficit

Fujiwara, MGCC & Oliveira, WA

em aplicar a Escala de Glasgow, o que possivelmente dificulta identificar imediatamente o Traumatismo crânio-encefálico (TCE).

Dentre os 36 (100%) entrevistados, 83% apresentaram dificuldade na avaliação inicial do sistema Nervoso Central, no sistema Circulatório 17% e no Sistema Respiratório com 1%. O Traumatismo crânio-encefálico (TCE) possui 92%, hemorragia 6% e hipoxia 2%.

Em relação à Aplicação da Escala de Glasgow, 92% dos entrevistados possuem dificuldades na sua realização (Tabela 2).

**Tabela 2:** Dificuldade em aplicar a Escala de Glasgow (N=36). Brasília – DF, 2015.

Dificuldade em aplicar a Escala de Glasgow	Nº	%
Sim	33	92
Não	3	8
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

Fonte: Fujiwara, 2015.

Durante a avaliação inicial é necessário que o profissional observe alguns sinais que podem identificar falência respiratória e choque hipovolêmico, os sinais em crianças são sutis e de difícil percepção o que pode

ocasionar perda da função em poucos minutos (MATTOS & SILVÉRIO, 2012).

O exame primário começa com a avaliação das vias aéreas da criança traumatizada, quando se promove a identificação de obstruções parcial ou total determinadas por secreções, débeis ou mesmo pela perda da sustentação da base da língua. Sua permeabilidade é fundamental para a manutenção do fluxo aéreo ventilatório, constituindo a primeira prioridade do atendimento ao traumatizado (MATTOS & SILVÉRIO, 2012).

Neste contexto, no que diz respeito à avaliação da oxigenação, 53% dos técnicos de enfermagem afirmam ter dificuldades em identificar a taquipneia seguido da cianose central com 39% e por último o esforço respiratório com 8%. Ainda segundo os entrevistados a mensuração dos sinais vitais se torna difícil devido aos valores diferenciados, (64%) e também por exigirem recursos materiais adequados à idade (36%), conforme exposto na Tabela 3.



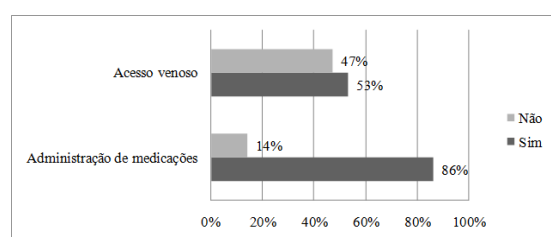
**Tabela 3:** Dificuldades em Mensurar os sinais vitais (N=36). Brasília – DF, 2015.

Motivos que geram dificuldade em Mensurar os sinais vitais	Nº	%
Valores diferenciados	23	64
Recursos materiais diferenciados	13	36
Total	36	100

Fonte: Fujiwara, 2015.

O tratamento utilizado durante o evento até a chegada do paciente na unidade de saúde pode significar melhora do quadro da vítima, considerando que o não alívio da dor pode piorar o padrão respiratório. Nesse sentido, achou-se importante investigar a realização do acesso venoso e a dosagem de medicamentos (Gráfico 3).

**Gráfico 3:** Tratamento durante o evento (N=36). Brasília – DF, 2015.



Fonte: Fujiwara, 2015.

Observa-se que 53% da amostra relataram possuir dificuldade em realizar acesso venoso no ambiente pré-hospitalar.

Quanto à dosagem e administração de medicações 86% relatam possuir dúvidas.

Levando-se em consideração às particularidades da anatomia da criança, a não realização do acesso venoso pode ser um processo que dificulta o tratamento medicamentoso. As dúvidas quanto à administração das dosagens é pertinente entre os profissionais, pois a administração de medicações possui dosagens diferenciadas conforme a faixa etária (WAISELFISZ, 2013; COPETTI et al., 2014).

Assim como no adulto, a sobrevivência de crianças envolvidas em emergências médicas traumáticas é bastante influenciada por um adequado sistema de emergência pré-hospitalar. Este sistema é responsável pela identificação das emergências, liberação de veículos e recursos humanos adequados para aquele tipo de emergência, atendimento (chegada em tempo) na cena e encaminhamento para o hospital mais próximo e mais preparado para o atendimento daquela emergência específica, mediante contato prévio com a equipe médica que irá recepcionar o caso.

Durante o evento existem fatores que podem influenciar negativamente o atendimento inicial à criança, como familiares presentes, o ambiente e o emocional do profissional envolvido. O

transporte indicado para o atendimento deve ser o que estiver mais próximo da localidade e garantir a chegada ao serviço de saúde sem maiores agravos (WAISELFISZ, 2013; COPETTI et al., 2014).

Logo, nesta pesquisa, os fatores que dificultam o atendimento inicial são o familiar com 47%, ambiental com 31% e o emocional com 22%. Já no que diz respeito aos profissionais estarem aptos para realizar o transporte com segurança, 58% da amostra consideram-se aptos e 42% não sentem segurança para realizar o transporte.

Durante o atendimento inicial existe uma grande comoção com a criança, o que dificulta a atuação do profissional, pois como a criança não possui julgamento cognitivo de uma situação de perigo os familiares assumem a culpa e acabam por demonstrar diversos sentimentos, como medo, ansiedade, incapacidade (MATTOS & SILVÉRIO, 2012).

### **Considerações finais**

Este estudo mostra as principais dificuldades da equipe de Suporte Básico durante o primeiro atendimento à criança traumatizada, o perfil dos profissionais atende a faixa etária de 26 a 56 anos de idade, com predomínio entre 26 e 36 anos

de idade. O tempo médio de atuação no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU - 192) é de 6 a 10 anos, e a formação acadêmica em Enfermagem completa é de 56%, isto comprova o alto nível de desenvolvimento das atividades executadas durante o atendimento inicial.

As principais dificuldades durante o primeiro atendimento à criança traumatizada foram as avaliações do sistema nervoso central e conseqüentemente a fisiopatologia do traumatismo crânio-encefálico (TCE), o que pode estar diretamente ligado à dificuldade em aplicar a Escala de Glasgow, que é o principal parâmetro de avaliação do nível de consciência no ambiente pré-hospitalar.

As crianças possuem particularidades em sua anatomia e fisiologia, onde os parâmetros de sinais vitais são diferenciados dos adultos, e subdivide-se de acordo com a faixa etária, o que possivelmente dificulta o profissional a identificar essa variação e com isso conseguir avaliar o parâmetro da normalidade.

O tratamento medicalizado é pouco utilizado durante o evento, pois são necessárias dosagens diferenciadas de acordo com a idade e o peso. Muitos dos profissionais consideram-se inaptos para

Fujiwara, MGCC & Oliveira, WA

realização das medicações no ambiente pré-hospitalar, porque não possuem conhecimento das dosagens mínimas e máximas de acordo com a faixa etária de cada criança.

O principal fator de interferência durante o atendimento inicial é o familiar, pois a comoção e o sentimento de culpa transparecem em forma de agressividade e impaciência com os profissionais atuantes durante o evento. Estes profissionais também se julgaram inaptos para realizar este tipo de transporte o que podemos levar em consideração que se houver a necessidade de uma intervenção durante o trajeto, pouco poderá ser feito.

De acordo com esse estudo se faz necessário que esses profissionais recebam treinamento de acordo com as especificidades da criança para minimizar as dificuldades na avaliação inicial e assim garantir a efetividade do atendimento.

## Referências

BRASIL. Estatuto da Criança e Adolescente. Lei n.8.069, de 13 de julho de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 1863/GM/MS de 29 de setembro. 2003.

Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_urgencias.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf)>. Acesso em 01 junho 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 2048/GM/MS de 5 de novembro de 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html)>. Acesso em 01 junho 2015.

COPETTI CL, MACIEL GW, DAMINELLI CRT GUALTIERI PD, SOUZA RL. Atendimento à crianças e adolescentes vítimas de acidente domiciliar em um hospital materno infantil no Sul de Santa Catarina. *Revista Inova Saúde*, 3(2), 2014.

COSTA PC, MIRANDA JOF, SOUZA KAO. Assistência pré-hospitalar pediátrica realizada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). *J. res.: fundam. care. online*. 5(4):614-621, 2013.

FORMIGA FJS, SILVA CG, COSTA RM, COSTA JH, BRASILEIRO ME. Aspectos relacionados à assistência de enfermeiro à criança vítima de atropelamento em serviço de urgência e emergência na cidade de Brasília - DF. *Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição*, (2) 1-16, 2009.

MATTOS LS, SILVÉRIO MR. Avaliação do indivíduo vítima de politraumatismo pela equipe de enfermagem em um serviço de emergência de Santa Catarina. *Revista Brasileira Promoção Saúde*, 25(2): 182-191, 2012.

RENATA S, et al. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado, PHTLS/NAEMT. 7º Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

SAGE [base de dados na Internet]. Brasília: 2015. Disponível em: <[http://189.28.128.178/sage/paineis/samu/lista\\_mun.php?uf=&ibges=&ufcidade=Brasil](http://189.28.128.178/sage/paineis/samu/lista_mun.php?uf=&ibges=&ufcidade=Brasil)>.

SALVADOR PTCO, ALVES KYA, MARTINS CCF, SANTOS VEP, TOURINHO FSV. Perfil das dissertações e teses brasileiras acerca do trauma: uma pesquisa documental. *Rev. Col. Bras. Cir.* 39 (4): 328-334, 2012.

SANTANA JCB, CAMPOS JP, DUTRA BS, CAMPOS ACV. Desafios enfrentados pelos técnicos de enfermagem que atuam em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Rev. Enfermagem*. 15 (01), 2012.

WASELFSZ JJ. Mapa da violência 2013 *Acidentes de trânsito e motocicletas*. [periódico na Internet].; 2):96-42013. Disponível em: <[http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/mapa2013\\_tran\\_sito.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/mapa2013_tran_sito.pdf)> [acesso em 2 jun 2015].