Conhecimento do estudante de medicina sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Knowledge of the medical student about the Emergency Mobile Care Service

Bernardo Lessa Horta[1], Guilherme Augusto Reissig Pereira[2], Alessandra Banaszeski da Silva[2], Pedro Henrique Almeida Resende[2], Renata Muller Rosenthal[2], Camila Comin[2], Iracino Jose Miranda Júnior[2]

RESUMO

Introdução: O atendimento pré-hospitalar é o cuidado dado a uma vítima que sofre um acidente ou apresenta uma enfermidade aguda fora do ambiente hospitalar. Em 2003 o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi criado com o intuito de diminuir a mortalidade e o aparecimento de sequelas devido à falta de socorro precoce. O objetivo do trabalho foi avaliar o conhecimento dos estudantes de medicina de diferentes fases do curso sobre o SAMU. **Métodos:** Estudo de delineamento transversal com aplicação de 383 questionários, o que representa 97,2% da amostra final. A análise estatística foi feita no programa STATA 9.0, utilizando teste do qui-quadrado para comparação das respostas das diferentes fases do curso (1.º ao 4.º semestre: fase inicial; 5.º ao 9.º semestre: fase intermediária). **Resultados:** A maioria dos estudantes sabe o número para se entrar em contato com o SAMU (81,7%). Apenas 26,1% conhecem a equipe da Unidade de Suporte Básico. Na presença de crises hipertensivas, 66,5% acionariam o SAMU; e na tentativa de suicídio, 55,6% fariam o mesmo. O desfibrilador cardíaco foi acertadamente considerado um equipamento da Unidade de Suporte Avançado por 45,2%. A principal causa de atendimento pelo SAMU (natureza clínica) era do conhecimento de 24%. **Conclusão:** Os estudantes possuem conhecimento mediano sobre o SAMU. Não houve grande diferença de conhecimento entre as diferentes fases do curso. Maior contato dos alunos com o serviço e maior enfoque na emergência médica dentro da faculdade devem ser considerados para alcançar melhor compreensão entre os estudantes.

UNITERMOS: Emergência, Pré-Hospitalar, Estudante, Questionário.

ABSTRACT

Introduction: *Pre-hospital care is given to a victim who suffers an accident or has an acute illness outside a hospital. In 2003 the Emergency Mobile Care Service (SAMU) was created with the aim of reducing mortality and the appearance of sequelae due to lack of early relief. The aim of this work was to assess knowledge of the SAMU by medical undergraduates.* ***Methods:*** *A cross-sectional study with administration of 383 questionnaires, representing 97.2% of the final sample. Statistical analysis was performed in STATA 9.0, using the chi-square test to compare the responses from the different stages of the medicine course (1st to 4th semester: early stage; 5th to 9th semester: intermediate stage).* ***Results:*** *Most students can remember the phone number to contact the SAMU (81.7%). Only 26.1% knew the Basic Support Unit team. In the presence of hypertension 66.5% would trigger the SAMU, and for suicide attempts, 55.6% would do it. The cardiac defibrillator was rightly considered an equipment of the Advanced Support Unit by 45.2%. The main cause of treatment by the SAMU (clinical care) was known by 24%.* ***Conclusion.*** *Students have a median knowledge about the SAMU. There was no marked difference in knowledge between the different stages of the medicine course. Undergraduates' greater contact with the service and an increased focus on medical emergency along the medicine course should be considered to achieve better understanding among students.*

KEYWORDS: *Emergency, Pre-hospital Care, Student, Questionnaire.*

INTRODUÇÃO

O atendimento pré-hospitalar é o cuidado e o tratamento dado a uma vítima que sofre um acidente ou apresenta uma enfermidade aguda fora do ambiente hospitalar (1). A triagem e o correto encaminhamento das vítimas para hospitais adequados são um importante aspecto do atendimento pré-hospitalar e um bom preditor de sobrevida (2-7). Trabalho realizado na Estônia comparou a sobrevivência de vítimas de parada cardíaca antes e após a implementação de um serviço de ambulâncias, sendo encontrado aumento de sobrevivência de 7,5% para 25,7%, respectivamente (8).

Em 29 de setembro de 2003 foi oficializada a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em municípios e regiões de todo o território brasileiro. O SAMU destina-se ao atendimento em residências, locais de

[1] Doutor em Epidemiologia. Professor Adjunto de Epidemiologia da UFPel, Pelotas, RS.
[2] Acadêmico(a) de Medicina – UFPel.

010-670 - Conhecimento do estudante de Medicina sobre o Serviço.pmd 20 29/03/2011, 14:31

trabalho e vias públicas. O socorro é feito depois de chamada gratuita para o telefone 192. O serviço funciona 24 horas por dia, com equipes formadas por médicos, enfermeiros e auxiliares ou técnicos de enfermagem que atendem às urgências e emergências médicas. Os principais veículos utilizados são as ambulâncias, sendo divididas em: Unidade de Suporte Básico (USB) para situações de menor gravidade; e Unidade de Suporte Avançado (USA) para situações de maior gravidade (9).

O SAMU foi criado com o intuito de diminuir a mortalidade e o aparecimento de sequelas devido à falta de socorro precoce, assim como procura contribuir para a diminuição do período de internação hospitalar de uma vítima. O presente trabalho teve como objetivo avaliar o conhecimento dos estudantes do curso de Medicina da UFPel sobre estrutura e funcionamento do SAMU.

MÉTODOS

O presente estudo tentou avaliar os alunos do curso de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, matriculados entre o 1.º e o 9.º semestres; todas as turmas foram visitadas no período de aulas durante os meses de abril, maio e junho de 2008, sendo utilizado um questionário autoaplicado, padronizado, sigiloso, constituído de 20 questões de múltipla escolha que avaliaram o conhecimento dos alunos sobre o SAMU, referentes a como entrar em contato com o serviço, infraestrutura, organização operacional, área de abrangência, situações que necessitam atendimento, material usado nas ambulâncias e natureza dos atendimentos realizados. Os alunos não encontrados dentro da sala de aula foram posteriormente procurados pelos integrantes da Liga de Emergência Médica e Trauma – UFPel para responder o questionário. No momento da realização da pesquisa havia 394 alunos matriculados do 1.º ao 9.º semestre. Optou-se por excluir do estudo os alunos do 10.º ao 12.º semestres, devido à dificuldade de encontrá-los para responder as questões, fato que se deveu à fragmentação das turmas que ocorre a partir do período de estágios. Dos 394 matriculados, 383 responderam os questionários, abrangendo 97,2% do total, dez (10) não foram encontrados e houve apenas uma (1) recusa.

Para análise dos resultados, os acadêmicos foram classificados em grupos correspondentes às fases do curso: fase inicial, do 1º ao 4º semestre; e fase intermediária, do 5º ao 9º semestre. A partir das informações dos questionários foi construído um banco de dados no programa Epi-info 6.04, o qual, posteriormente, foi traduzido para o programa STATA 9.0 com intervalo de significância em nível de 95%, sendo utilizado o teste do qui-quadrado para comparação das respostas das diferentes fases do curso.

O estudo foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas, sendo iniciado após sua aprovação

RESULTADOS

Dos 383 acadêmicos que responderam o questionário, 171 (44,6%) pertenciam à fase inicial (do 1º ao 4º semestres) e 212 (55,3%) à fase intermediária (do 5º ao 9º semestres). Em relação ao conhecimento do número para se entrar em contato com o SAMU (Tabela 1), 81,7% acertaram, ao escolher o número 192 e este percentual foi maior entre os alunos na fase intermediária (p= 0,004). Em relação ao ano de início de suas atividades em Pelotas, apenas 16,7% responderam corretamente o ano de 2005. Quando separados por grupos: 11,1% da fase inicial e 21,2% da fase intermediária (p= 0,008) acertaram a questão. A localização da base do SAMU foi corretamente respondida em 16,7% dos entrevistados. A população preconizada para ser atendida por uma ambulância do tipo USB era de conhecimento de 17% que responderam 100.000-150.000 habitantes, sendo que 12,3% dos semestres iniciais e 20,7% dos semestres mais adiantados acertaram (p= 0,02). Quanto à população preconizada para atendimento pela USA, apenas 12% acertou a opção 400.000 – 450.000 habitantes, sendo 9,3% de acertos dos semestres iniciais e 14,1% dos semestres mais adiantados (p=0,15). Indagou-se aos acadêmicos sobre os profissionais que atuam na USB e USA. No primeiro tipo de ambulância, 26,1% escolheram a opção correta: motorista e técnico de enfermagem. Quando separados pelos grupos, 19,3% e 31,6% de acertos estiveram presentes na fase inicial e intermediária, respectivamente (p= 0,006). Na ambulância de suporte avançado, 54% acertaram a ques-

TABELA 1 – Acertos referentes às informações gerais sobre o SAMU pelos acadêmicos de Medicina

	Total %	Fase inicial %	Fase intermediária %	p
Número para contato	81,7	75,4	86,8	0,004
Início das atividades em Pelotas	16,7	11,1	21,2	0,008
Localização da base de serviço	15,4	29,2	4,3	<0,001
População atendida pela ambulância USB*	17	12,3	20,7	0,02
População atendida pela ambulância USA**	12	9,3	14,1	0,15
Equipe da ambulância USB	26,1	19,3	31,6	0,006
Equipe da ambulância USA	54	59,6	49,5	0,04
Área de cobertura	26,9	23,4	29,7	0,16

* USB – Unidade de Suporte Básico **USA – Unidade de Suporte Avançado.

010-670 - Conhecimento do estudante de Medicina sobre o Serviço.pmd 21 29/03/2011, 14:31

tão, escolhendo a opção: motorista, enfermeiro e médico; outros 40,2% escolheram: motorista, técnico de enfermagem e médico. Quando separados por grupos, houve 59,6% de acertos na fase inicial e 49,5% na fase intermediária (p=0,04). Quanto à área de cobertura do SAMU, 26,9% acertaram a resposta escolhendo a opção zona urbana e rural do município de Pelotas.

Foram aplicadas seis questões abordando situações potenciais para o atendimento do SAMU (Tabela 2). No trabalho iminente de parto, 64% consideraram necessário o deslocamento de uma ambulância, sendo 68% de acertos na fase inicial e 60,8% na fase intermediária. Nas crises hipertensivas, 66,5% consideraram necessário o atendimento pelo SAMU, com 72,2% e 61,9% dos acertos na fase inicial e intermediária, respectivamente (p= 0,03). Na queda da própria altura, 39,8% marcou haver necessidade de chamar o SAMU. Quando questionados sobre uma situação de broncoespasmo, 71,2% chamariam uma ambulância. Sobre a tentativa de suicídio, apenas 55,6% dos alunos chamariam o SAMU, sendo 51,2% e 59,2% dos acertos das fases inicial e intermediária (p=0,15). Na transferência inter-hospitalar de doentes com risco de vida, 51,8% chamariam o SAMU.

O questionário abrangeu também questões relacionadas ao tipo de material presente nas diferentes ambulâncias da frota do SAMU (Tabela 3). Três quartos dos acadêmicos (73,1%) acertaram onde havia o material de imobilização. Em relação à incubadora para transporte de recém-nascidos, 84,3% responderam corretamente existir na USA. Quanto à presença de aspirador de secreções, 64,2% acertaram ao assinalar que ambas ambulâncias continham esse material. Ao realizar a separação por grupos, 56,7% e 70,3% (p= 0,006) das fases inicial e intermediária acertaram. O laringoscópio, máscara laríngea e tubo endotraqueal foram considerados presentes na USA, alternativa correta, por pouco mais da metade (55,1%). A presença de monitor cardíaco e desfibrilador cardíaco na USA era do conhecimento de 45,2%, a fase inicial teve 39,8% de acertos e a fase intermediária, 49,5% (p= 0,05). Finalmente, os entrevistados foram questionados sobre a principal causa de atendimento pelo SAMU. A maior parte errou a resposta ao escolher a alternativa de natureza traumática, com 64,5%. A resposta correta (natureza clínica) foi escolhida por 24% dos acadêmicos. Na fase inicial, 21% escolheram essa alternativa e na fase intermediária 26,4% fizeram o mesmo (p=0,22).

DISCUSSÃO

Os estudantes de Medicina tiveram índice de acertos do número de contato do SAMU que teve diferença estatisticamente significativa entre as fases do curso (p= 0,004). Pode-se inferir que o fato de estar em semestres mais avançados oferece mais condições ao aluno de entrar em contato com o SAMU corretamente. Em uma pesquisa onde foram aplicados questionários em mais de 800 pessoas sorteadas nas cidades de São Paulo, Fortaleza, Salvador e Ribeirão Preto, indagou-se qual número de emergência médica deveria ser acionado em caso de suspeita de uma vítima com um acidente vascular cerebral. Foram citados os números 192 (SAMU) e 193 (Corpo de Bombeiros) em apenas 34,6% das vezes (10). Deve-se ressaltar uma percentagem bem menor de conhecimento da população leiga quando comparado aos resultados aqui encontrados nos alunos de Medicina.

Em relação aos profissionais que atuam nas ambulâncias, grande parte dos alunos (55,1%) desconhecia que não há necessidade de um médico na USB. Nesse tipo de ambulância ocorre a maioria dos atendimentos. No Estado de Santa Catarina durante os meses de janeiro a maio de 2009, 83,6% dos atendimentos feitos pelo SAMU foi pela USB

TABELA 2 – Acertos referentes às situações em que há necessidade de acionar o SAMU pelos acadêmicos de Medicina

	Total %	Fase inicial %	Fase intermediária %	p
Trabalho iminente de parto	64	68	60,8	0,14
Crise hipertensiva	66,5	72,2	61,9	0,03
Queda da própria altura	39,8	37,9	41,4	0,48
Crise de broncoespasmo	71,2	69,2	72,9	0,43
Tentativa de suicídio	55,6	51,2	59,2	0,11
Transferência com risco de vida	51,8	53,2	50,7	0,62

TABELA 3 – Acertos referentes ao tipo de material encontrado nas ambulâncias do SAMU pelos acadêmicos de Medicina

	Total %	Fase inicial %	Fase intermediária %	p
Material de imobilização	73,1	71,9	74,1	0,64
Incubadora para transporte de recém-nascidos	84,3	86,5	82,5	0,28
Aspirador de secreção	64,2	56,7	70,3	0,006
Material para intubação endotraqueal	55,1	53,8	56,1	0,64
Monitor cardíaco e desfibrilador cardíaco	45,2	39,8	49,5	0,05

010-670 - Conhecimento do estudante de Medicina sobre o Serviço.pmd 22 29/03/2011, 14:31

(12), assim como no SAMU de Aracaju no mês de dezembro de 2002, 78% dos atendimentos também teve participação da USB (13). O profissional atuante é o técnico de enfermagem, devido aos pedidos de atendimento serem de menor gravidade, permitindo reservar médicos para situações de maior gravidade, que necessitam de intervenções mais invasivas, como intubação endotraqueal (14).

Quando se dá atenção aos resultados da equipe que atua na USA, parece que os alunos compreenderam que esse veículo atende situações com grau maior de gravidade, pois 94,2% das respostas continham o médico como profissional imprescindível, entretanto houve discordância em relação à presença de técnico de enfermagem ou de enfermeiro. Existem diferentes formas de organização do serviço de emergência móvel no mundo. O Brasil tem o serviço semelhante aos de países da Europa, entre eles Alemanha, França e Escandinávia, onde as situações de maior gravidade são atendidas por médico. Já nos Estados Unidos e Inglaterra existe o serviço onde os paramédicos (profissionais sem graduação de Medicina) atuam em situações graves (15).

O trabalho iminente de parto foi considerado um motivo para acionar o SAMU por apenas dois terços (64%) dos acadêmicos, o que é considerado não satisfatório diante da necessidade de um atendimento ágil nesse tipo de situação. Tanaka relatou que 55,1% das mulheres vítimas de mortes maternas tiveram de peregrinar até a morte justamente por não terem tido acesso a um socorro imediato (16). Deve-se ressaltar que o SAMU-192 é um dos instrumentos da Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher, com ênfase ao transporte e à assistência à gestante de alto risco.

A hipertensão arterial no Brasil apresenta uma prevalência que varia de 22,3% a 43,9% (17). Entre os fatores de risco para mortalidade, hipertensão arterial explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana (18). No trabalho do SAMU em Olinda, 71,5% dos atendimentos de causa do aparelho circulatório foram devido à crise hipertensiva (19). Apesar das evidências das consequências e frequência das crises hipertensivas, somente 66,5% dos alunos pensam que se deve acionar o SAMU. Pode-se notar que houve pior desempenho do grupo intermediário em relação ao grupo inicial.

Outra variável analisada foi a tentativa de suicídio, sendo que pouco mais da metade dos alunos (55,6%) ligariam para o SAMU nessa situação. Percebe-se que muitos desconhecem o papel do socorrista em prol da vítima que tenta se suicidar. O suicídio é uma das 10 maiores causas de morte em todos os países, e uma das três maiores causas de morte na faixa etária de 15 a 35 anos (21).

Notou-se que quase metade dos acadêmicos não sabe que o SAMU realiza a transferência inter-hospitalar de doentes com risco de vida, como está preconizado pelo Ministério da Saúde. A participação desse serviço é demonstrada em relatórios dos SAMUs regionais (12,13 e 19), onde as remoções variam de 4,9%, 7,3% a 8,5% do total de atendimentos, respectivamente.

A queda da própria altura não foi considerada uma situação com risco de vida pela maioria dos alunos. Como não foram especificadas as circunstâncias da queda, pode ter sido considerada uma situação muito ampla e portanto difícil de responder pelos entrevistados. Apesar disso, a literatura relata que a queda da própria altura é o mecanismo de trauma mais comum de acidente doméstico (23, 24), grande responsável pelos atendimentos de emergência móvel ao idoso (25), além de ser a causa mais comum de morte traumática em idosos (26).

Em relação ao equipamento presente nas ambulâncias, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos inicial e intermediário, com exceção do aspirador de secreções, do qual os alunos da fase intermediária tinham mais conhecimento do que os da fase inicial (p=0,006). Um equipamento que merece destaque é o desfibrilador cardíaco. Quase metade dos alunos (45,2%) considerou a USA, resposta correta, como a ambulância que continha o monitor cardíaco mais o desfibrilador. Outra parcela (46,7%) considerou que o equipamento ficava tanto na USB como na USA. Logo se acredita que a maioria dos acadêmicos (91,9%) tem noção da importância do aparelho no desfecho de um evento cardíaco. O acesso rápido ao desfibrilador e seu correto emprego até os 3º ou 4º minutos da parada cardiorrespiratória em fibrilação ventricular são determinantes para reversão do quadro em 47-72% dos eventos (27). Porém, quase metade dos acadêmicos expõe dificuldade em entender que os chamados por suposta parada cardíaca geralmente são atendidos pela USA somente.

Em relação à natureza da principal causa de atendimento prestado pelo SAMU, apenas 24% escolheram a opção correta: natureza clínica. No estudo de Olinda, 57% dos atendimentos realizados pelo SAMU foram devido a causas clínicas e 32,9 % a causas externas (trauma) (19). Da mesma forma, o SAMU de Ribeirão Preto, no mês de abril de 2003, teve como causa clínicas 85% dos chamados (28). Segundo dados da OMS das causas de morte no Brasil no ano de 2002: em primeiro lugar estão as doenças cardiovasculares, com 396.000 mortes, em segundo as doenças neoplásicas, com 177.000, e então em terceiro lugar as causas externas, com 137.000 (29).

Uma das limitações deste estudo foi a não inclusão dos alunos do 10º ao 12º semestres, impossibilitando a avaliação daqueles que se encontram na fase dos estágios, prestes a finalizar o curso. Outra limitação foi o uso do questionário autoaplicado, pela possibilidade de não entendimento das questões.

CONCLUSÃO

Os estudantes de Medicina avaliados neste estudo tiveram um nível de conhecimento mediano quanto às questões envolvendo o SAMU. Uma possível explicação é a falta de oportunidades de realizar estágio junto às ambulâncias, assim como a falta de contato com profissionais atuantes no

010-670 - Conhecimento do estudante de Medicina sobre o Serviço.pmd 23 29/03/2011, 14:31

serviço. Outro aspecto merecedor de destaque é que não houve grande diferença de conhecimento entre os acadêmicos das diferentes fases do curso, principalmente nas questões sobre situações para acionar o serviço. A ausência de uma disciplina de Emergência Médica no currículo desta faculdade pode ter colaborado para esses achados, sendo imprescindível maior debate sobre o assunto ao longo do curso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahl C, Nyström M, Jansson L. Making up one's mind: – Patients' experiences of calling an ambulance. Accident and Emergency Nursing 2006; 14:11-19.
2. Carvalho AO, Júnior AB. Caracterização das vítimas de trauma assistidas por um serviço de atendimento pré-hospitalar. Hospital Israelita Albert Einstein 2004; 2(3):199-205.
3. Schuster M, Shannon HS. Differential prehospital benefit from paramedic care. Ann Emerg Med 1994; 23:1014-21.
4. Jacobs LM, Sinclair A, Beiser A, et al. Prehospital advanced life support: benefits in trauma. J Trauma 1984; 24:8-13.
5. Hu SC, Kao WF. Outcomes in severely ill patients transported without prehospital ALS. Ann J Emerg Med1996; 14:86-8.
6. Regel G, Stalp M, Lehmann U, et al. Prehospital care, importance of early intervention on outcome. Acta Anaesthesiol Scand Suppl 1997; 110:71-6.
7. Perina D, Braithwaite S. Acute myocardial infarction in the prehospital setting. Emerg Med Clin North Am 2001;19:483-92.
8. Sipria A, Talvik R, Korgvee A, Sarapuu S, Ööpik A. Out-of-hospital resuscitation in Tartu: Effect of reorganization of Estonian EMS system. The American Journal of Emergence Medicine 2000; 18(4): 469-73.
9. Brasil. Ministério da Saúde. SAMU-192: *O que é o SAMU?* Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30273&janela=1 [Acessado em 10 de outubro de 2009].
10. Pontes-Neto OM, Silva GS, Feitosa MR, Fugueiredo NL, Fiorot JÁ, Rocha TN, Massaro AR, Leite JP. Stroke Awareness in Brazil: Alarming Results in a Community-Based Study. Stroke 2008; 39:292-96.
11. Mayron R, Long RS, Ruiz E.The 911 emergency telephone number: Impact on emergency medical systems access in a metropolitan area. The American Journal of Emergency Medicine 1984; 2(6): 491-93.
12. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Santa Catarina. Relatório de atendimentos Janeiro a Junho de 2009. Disponível em: http://samu.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=345&Itemid=118. [Acessado em 10 de outubro de 2009].
13. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Aracaju. Relatório de atendimento em Dezembro de 2002. Disponível em: http://www.aracaju.se.gov.br/secom/default.asp?acao=exibir. [Acessado em 10 de outubro de 2009].
14. Roudsari BS, Nathens AB, Cameron P, Civil I, Gruen RL, Koepsell TD, Lecky FE, Lefering RL, Liberman M, Mock CN, *et al.*: International comparison of prehospital trauma care systems. *Injury* 2007; 38:993-1000.
15. Lockey D, Deakin CD. Pre-hospital trauma care: systems and delivery. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain 2005; 5(6): 191-94.
16. Tanaka, ACD. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec; 1995.
17. Mion Jr D, Kohlmann Jr O, Machado CA, Amodeo C, Gomes MAM, Praxedes JN, Nobre F, Brandão A. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2006. Disponível em http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.asp. [Acessado em 10 de outubro de 2009].
18. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R.Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002; 360:1903-13.
19. Cabral APS, Souza WV. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. Rev Bras Epidemiol 2008; 11(4): 530-40.
20. Cochlar CA, Schneider RF, Mazari MR. Kok C, Thome HC, Burigo FT, Dorneles CF. Grau de conhecimento sobre o SAMU dos usuários da triagem do HPS de Canoas. Congresso Brasileiro de Medicina de Emergência 2007.
21. Organização Mundial da Saúde 2000 – Prevenção do Suicídio – Um manual para médicos clínicos gerais. Disponível em http://www.who.int/entity/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_gp_port.pdf. [Acessado em 10 de outubro de 2009].
22. Saúde Brasil 2006 – Uma análise da desigualdade em saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2006.pdf. [Acessado em 10 de outubro de 2009].
23. Lee VMS, Wong TW, Lau CC. Home accidents in elderly patients presenting to an emergency department. Accident Ernergency Nursing1999; 7:96-102.
24. Hamzaoglu O, Zlen O, Zkan O, Staffan Janson. Incidence and causes of home accidents at Ankara C¸ igiltepe apartments in Turkey. Accident Analysis and Prevention 2002; 34:123-28.
25. Nagurney JT, Borczuk P, Thomas SH. Elderly patients with closed head trauma after a fall: mechanisms and outcomes. The Journal of Emergency Medicine 1998;16(5):709-13.
26. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. Journal American Geriatrics Society 2001; 49(5):664-72.
27. American Heart Association. Aspectos mais Relevantes das Diretrizes da American Heart Association sobre Ressuscitação Cardiopulmonar e Atendimento Cardiovascular de Emergência. Currents in Emergency Cardiovascular Care 2005/2006;16(4) Dez/05 -Fev/06:1-28.
28. Fernandes RJ. Caracterização da atenção pré – hospitalar móvel da Secretaria de Saúde do município de Ribeirão Preto – SP [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2004.
29. World Health Organization. Estimated total deaths in Brazil, 2002. Disponível em www.who.int/entity/healthinfo/statistics/bodgbddeathdalyestimates.xls. *[Acessado em 10 de outubro de 2009].*
30. Falavigna A, Teles AR, Vedana VM, Lucena LF, Salvati G, Kleber FD, Roth F. Percepções sobre epilepsia no decorrer do curso de Medicina. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 2008; 52(3):187-91.

✉ Endereço para correspondência:
Guilherme Augusto Reissig Pereira
Rua Marco Polo, 125 ap. 305
91350-280 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 82164283 – (51) 35084283
guilhermereissig@bol.com.br

Recebido: 26/7/2010 – Aprovado: 3/8/2010

010-670 - Conhecimento do estudante de Medicina sobre o Serviço.pmd 24 29/03/2011, 14:31