

JÉSSICA DE OLIVEIRA GONÇALVES

**ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO
DISTRITO FEDERAL E ENTORNO ENTRE 2009 A 2016.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em forma de Artigo Científico ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Brasília (Uniceub), sob orientação do Prof. Lincoln Agudo Oliveira Benito.

BRASÍLIA – DF

2017

Atendimentos realizados pelo Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal e Entorno entre 2009 a 2016.

Jéssica de Oliveira Gonçalves¹
Lincoln Agudo Oliveira Benito²

Resumo

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo descritivo e com abordagem quantitativa, que analisou o quantitativo de traumas registrados no recorte geográfico formado pela cidade de “Brasília, Distrito Federal e regiões integradas de desenvolvimento econômico (RIDE)” no recorte histórico formado pelos anos de “2009 a 2016”, ou seja, oito (8) anos. Foi identificado um universo de 51.875 atendimentos prestados pelo CBMDF. Em relação ao perfil das vítimas atendidas, foi verificada preponderância de 66,8% (n=34.648) de pessoas do sexo masculino, 88,3% (n=45.829) possuíam faixa etária > 12 anos, 60,4% (n=31.356) possuindo ferida enquanto natureza da lesão. Em relação ao tipo de atendimento prestado, as preponderâncias identificadas foram de “quedas”, “espancamentos” e “eventos com armas de fogo” que registraram respectivamente os valores de 45,1% (n=23.400), 11,95% (n=6.204) e 10,95% (n=5.674).

Palavras-chave: Ferimentos e lesões; Traumatismo múltiplo; Serviços médicos de emergência.

Attendance by the Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal e Entorno between 2009 to 2016.

Abstract

This is an epidemiological study of the descriptive type and with a quantitative approach, which analyzed the quantitative traumas recorded in the geographic cut formed by the city of "Brasília, Federal District and integrated regions of economic development" (RIDE) from "2009 to 2016", that is, eight (8) years. A universe of 51.875 services provided by CBMDF was identified. In relation to the profile of the victims, a prevalence of 66.8% (n=34.648) of males was observed, 88.3% (n=45.829) were aged > 12 years, 60.4% (n=31.356) having wound as the nature of the lesion. Regarding the type of care provided, the preponderances identified were "falls", "beatings" and "firearms events", which registered respectively the values of 45.1% (n=23.400), 11.95% (n=6.204) and 10.95% (n=5.674).

Keywords: Wounds and injuries; Multiple trauma; Emergency medical services.

¹ Discente do Curso de Enfermagem do UniCEUB.

² Docente do Curso de Enfermagem do UniCEUB.

1. Introdução

A enfermagem foi inserida no atendimento pré-hospitalar (APH) no Brasil em 1980 nos serviços de Resgate e Corpo de Bombeiros, que inicialmente foram criados no estado do Rio de Janeiro (RJ) e em São Paulo (SP). Desde 1990, houve uma ampliação da oferta de serviços de atenção básica em saúde (ABS), entretanto, há ainda uma parte da população que prefere às consultas nos prontos-socorros (PS), sendo eles ainda a porta de entrada para a assistência. Esse fator pode estar relacionado às dificuldades no acesso oportuno a esses serviços ou de apoio diagnóstico. Isso se deve à diferença de entendimento do que seja urgência e emergência do paciente e do profissional de saúde (MACHADO, 2011; JACQUEMOT, 2006; TACAHASHI, 1991).

Após a inserção da enfermagem, foram surgindo novos APH, tanto públicos quanto privados. Para ser estruturado, esses serviços se basearam nos princípios do modelo francês, onde as ambulâncias deveriam ter, obrigatoriamente, médicos. Além disso, no modelo francês havia uma grande importância da Central de Regulação Médica como coordenadora das equipes. O enfermeiro do APH pode ter vários cargos dentro do SAMU. Dentre eles está o de enfermeiro assistencial que presta socorro nas Unidades de Suporte Avançado (USA) juntamente com o médico. O enfermeiro de serviços administrativos e operacionais que tem a função de elaborar escalas, coordenar a equipe, gerir o quantitativo de equipamentos das ambulâncias, além das atividades de educação continuada (MACHADO, 2011; BRASIL, 2002; JUNIOR *et al.*, 1999).

No Brasil, o Corpo de Bombeiros e o SAMU são responsáveis pelos atendimentos em suas várias formas, como por exemplo, os traumas, os acidentes de trânsito, os atropelamentos, os afogamentos e as queimaduras. Existem três (03) situações, sendo elas, a urgência, a emergência e as situações que exigem serviços especializados para cada questão, tendo cada uma sua prioridade no atendimento. Outros fatores influentes são as mudanças demográficas, sociais e epidemiológicas que geram pressões sobre a criação e a manutenção dos serviços de emergência em vários países, já que esses serviços contribuem para a diminuição da morbidade e mortalidade (MACHADO, 2011; JACQUEMOT, 2006; ROCHA, 2009; PAIM, 1994).

O serviço de APH envolve a assistência qualificada na cena do acidente, o transporte e a chegada precoce ao hospital e todas as ações que ocorrem antes da chegada do paciente ao ambiente hospitalar, podendo influenciar de forma positiva nas taxas de morbidade e mortalidade por trauma. O APH é realizado através de duas modalidades, o suporte básico de

vida (SBV), que se caracteriza por não realizar manobras invasivas e o suporte avançado de vida (SAV), que possibilita procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório (BRASIL, 2011; ARAÚJO, 2010; PEREIR; LIMA, 2006; JACQUEMOT, 2006).

Historicamente, a política federal iniciou o processo de estruturação do sistema de saúde em os anos de 1998-2002, com as primeiras iniciativas de regulamentação, sendo caracterizada pela emissão de normas pontuais para a implantação dos sistemas estaduais para atendimento de urgência e publicação da primeira portaria voltada para o APH móvel (SANTOS; NASCIMENTO; LUCENA, 2014; MACHADO, 2011; JUNIOR GAP *et al.*, 1999).

Já entre os anos de 2003-2008, houve a formulação e implantação da PNAU, com priorização do SAMU com a formalização da Coordenação Geral de Urgências e Emergências na estrutura ministerial, a construção das regras nacionais relativas ao SAMU em nível estadual, regional e municipal norteadas pelos princípios do SUS e a instituição de mecanismos de financiamento específicos (SANTOS, NASCIMENTO e LUCENA, 2014; MACHADO, 2011; ROCHA, 2009).

Com a Portaria do Ministério da Saúde (PM/GM) 1.600, de 7 de julho de 2011, ocorre a reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) passa a fazer parte da Rede de Atenção às Urgências no Serviço Único de Saúde (SUS), sendo que suas diretrizes ampliam o acesso e o acolhimento aos casos mais graves (BRASIL, 2014; BRASIL, 2011; ARAÚJO, 2010; JUNIOR *et al.*, 1999).

Nos serviços de urgência e emergência a Resolução de número 375 de março de 2011 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), “dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido” (COFEN, 2011).

Nesse sentido, o objetivo da presente pesquisa foi analisar a frequência de atendimentos realizados pelo Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF) na cidade de Brasília, Distrito Federal e regiões integradas de desenvolvimento econômico (RIDE) entre os anos de 2009 a 2016.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo descritivo e com abordagem quantitativa, que analisou o quantitativo de traumas registrados no recorte geográfico formado pela cidade de “Brasília, Distrito Federal e regiões integradas de desenvolvimento econômico (RIDE)” no recorte histórico formado pelos anos de “2009 a 2016”, ou seja, oito (08) anos.

Para aquisição dos dados necessários à construção da presente pesquisa se procedeu a solicitação junto ao Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar (GAEPH) do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF), sendo estas as fontes primárias. As fontes secundárias foram adquiridas após realizados levantamentos bibliográficos eletrônicos junto à base de dados informatizados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Cuiden, Saber-USP, Minerva-UFRJ, Teses-Fiocruz, adquirindo desta forma artigos e periódicos científicos, documentos oficiais e legislação correlata.

Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da BVS, sendo os mesmos, “Ferimentos e lesões” com o número do registro “15345” e identificador único “D014947”, “Ferimentos penetrantes” com o número do registro “15348” e identificador único “D014950”, “Lesões” com o número do registro “22042” e identificador único “Q000293”, “Traumatismo múltiplo” com o número do registro “22947” e identificador único “D009104”, “Traumatismos cranianos fechados” com o número do registro “30058” e identificador único “D016489”, “Traumatismos cranianos penetrantes” com o número do registro “34373” e identificador único “D020197”, “Cuidados de suporte avançado de vida no trauma” com o número do registro “55030” e identificador único “D061906”, “Lesões encefálicas traumáticas” com o número do registro “56381” e identificador único “D000070642”, “Serviços médicos de emergência” com o número do registro “4707” e identificador único “D004632”, “Serviços de atendimento” com o número do registro “37715” e identificador único “D039604”.

Para conjugação dos descritores selecionados foram utilizados os operadores lógicos booleanos de pesquisa, sendo os mesmos “and”, “or” e “and not”. Após a aquisição dos dados, os mesmos foram organizados para posterior análise, utilizando o Software Microsoft Excel 2016®, pertencente ao pacote Microsoft Office 2016®, for Windows®. Foi implementada análise estatística descritiva por meio do cálculo dos percentuais. Os resultados adquiridos foram expostos por meio de um quadro e de tabelas explicativas. Os autores do presente estudo declaram a ausência de conflito de interesses.

3. Resultados e discussão

Após o processo de organização e análise dos dados, foi possível verificar um universo de 51.875 atendimentos prestados pelo CBMDF no recorte histórico e geográfico analisados.

Também foram identificados atendimentos realizados em algumas cidades pertencentes ao estado de Goiás (GO), sendo elas, Abadiânia, Alexânia, Novo Gama, Formosa, Planaltina de Goiás, Águas Lindas de Goiás, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso de Goiás, Vila Boa, Simolândia, Nova Roma.

Foi verificado que as cidades de Brasília (RA-I), Ceilândia (RA-IX) e Taguatinga (RA-III) foram aquelas que registraram maior preponderância com respectivamente os valores de 12% (n=6.247), 11,1% (n=5.779) e 9,7% (n=5.017). As cidades de Alexânia, Nova Roma, Planaltina de Goiás, Simolândia e Vila Boa obtiveram a menor preponderância registrando cada uma apenas um atendimento, conforme exposto junto à tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos atendimentos de urgência e emergência realizados pelo CBMDF por cidade, frequência e percentual entre os anos de 2009 a 2016 (n=51.875).

Cidade	População	f	%
Brasília	214.529	6.247	12
Ceilândia	489.735	5.779	11,1
Taguatinga	221.909	5.017	9,7
Samambaia	220.806	3.373	6,5
Guará	132.685	3.330	6,4
Planaltina	200.000	3.310	6,4
Recanto das Emas	160.000	3.145	6,1
São Sebastião	100.000	2.501	4,8
Gama	141.911	2.489	4,8
Santa Maria	125.123	2.388	4,6
Paranoá	46.527	1.869	3,6
Sobradinho	85.491	1.728	3,3
Brazlândia	49.418	1.627	3,1
Riacho Fundo	52.404	1.475	2,8
Núcleo Bandeirante	26.089	1.183	2,3
Candangolândia	16.196	900	1,7
Águas Claras	160.000	792	1,5
Itapoã	50.339	760	1,5
Sobradinho II	72.000	618	1,2
Lago Sul	24.406	574	1,1

Cruzeiro	63.883	560	1,1
SIA	45.460	490	0,9
Riacho Fundo II	38.936	424	0,8
Lago Norte	29.505	258	0,5
Varjão	5.371	234	0,5
Park Way	25.000	220	0,4
Vicente Pires	70.000	206	0,4
Sudoeste e Octogonal	46.829	177	0,3
SCIA	25.732	117	0,2
Jardim Botânico	25.000	52	0,1
Fercal	8.746	6	0
Valparaíso (Goiás)	159.500	6	0
Águas Lindas de Goiás	195.810	5	0
Novo Gama (Goiás)	110.096	4	0
Formosa (Goiás)	115.789	3	0
Santo Antônio do Descoberto	71.887	3	0
Alexânia (Goiás)	26.457	1	0
Nova Roma (Goiás)	3.453	1	0
Planaltina de Goiás	88.863	1	0
Simolândia (Goiás)	6.863	1	0
Vila Boa (Goiás)	5.615	1	0
Total		51.875	100

Fonte: CBMDF, 2017.

Observa-se que não há uma relação entre o número de pessoas atendidas com o número de habitantes de cada cidade. A população da Ceilândia é duas vezes maior que a de Brasília, porém o número de atendimentos realizados nessa cidade é inferior ao de Brasília. O mesmo ocorre com Taguatinga e Samambaia. O fato de Brasília ter mais atendimento pode estar relacionado ao nível socioeconômico e número de postos do CBMDF.

Em relação ao perfil das vítimas atendidas pelo CBMDF foi verificada preponderância de 66,8% (n=34.648) de pessoas do sexo masculino, 88,3% (n=45.829) possuíam faixa etária > 12 anos, 60,4% (n=31.356) possuindo ferida enquanto natureza da lesão, conforme exposto junto à tabela 2.

Já em relação ao tipo de atendimento prestado, a preponderância identificada foi em relação a “quedas”, “espancamentos” e “eventos utilizando armas de fogo” que registraram respectivamente os valores de 45,1% (n=23.400), 11,95% (n=6.204) e 10,95% (n=5.674) conforme exposto junto à tabela 3.

Tabela 2 – Perfil das vítimas de urgência e emergência atendidas na cidade de Brasília, e regiões integradas de desenvolvimento do Distrito Federal e entorno, entre os anos de 2009 a 2016 (n=51.875):

Gênero	f	%
Masculino	34.648	66,8
Feminino	15.320	29,5
Não informado	1.907	3,7
Idade		
> 12 anos	45.829	88,3
≤ 12 anos	6.046	11,7
Natureza da lesão		
Ferida	31.356	60,4
Ilesa	9.633	18,6
Não informado	8.798	17
Fatal	2.088	4
Total	51.875	100

Fonte: CBMDF, 2017.

Tabela 3 – Distribuição dos atendimentos de urgência e emergência realizados na cidade de Brasília, Distrito Federal e regiões integradas de desenvolvimento do Distrito Federal e entorno por tipo, entre os anos de 2009 a 2016 (n=51.875):

Atendimentos	f	%
Queda	23.400	45,1
Espancamento	6.204	11,95
Arma branca	5.674	10,95
Arma de fogo	4.486	8,65
Hemorragia	4.456	8,6
Fratura	2.902	5,6
Trauma	2.744	5,3
Queimadura	848	1,6
Picadura ou mordedura	624	1,2
Choque elétrico	452	0,9
Traumatismo crânio encefálico	85	0,15
Total	51.875	100

Fonte: CBMDF, 2017.

Os traumas e suas lesões correspondem, em todo o mundo, a maior causa de morte em crianças com mais de um ano de idade e na segunda principal causa de hospitalização nos indivíduos com menos de 15 anos de idade, representando, aproximadamente cerca de 80% de frequência entre adolescentes e adultos jovens. O trauma contuso nas crianças mais novas, muitas vezes, é consequência dos maus tratos e do espancamento, sendo os acidentes no

trânsito, quedas de altura e afogamentos responsáveis pelos casos mais graves (ABRAMOVIC; SOUZA, 1999).

As necessidades e as características específicas dos pacientes requerem uma atenção especial durante a avaliação, principalmente de lesões mais agudas. A incidência de trauma contuso pediátrico é mais frequente comparando-se com os ferimentos penetrantes, sendo esses responsáveis apenas por 10% dos casos. Além disso, o trauma contuso apresenta uma maior chance de desenvolver lesões multissistêmicas. Por diversas razões, o acometimento multissistêmico é a regra, e não a exceção, no trauma pediátrico grave (PEREIRA *ET al.*, 1999).

SOUZA (2005) relaciona as agressões entre os homens aos símbolos da masculinidade de antigamente: as armas com o significado de poder e submissão do outro aos seus interesses e até mesmo na forma de brinquedos infantis, como espadas, armas, jogos de guerra, etc. Os dados também mostram que em relação à faixa etária, adolescentes e jovens adultos têm sido identificadas como as principais vítimas da violência, que pode ser explicado pela inexperiência, influências na escola e de amigos, vontade de passar por situações de risco em busca de emoções e abuso de substâncias psicoativas.

Na infância, as vítimas são acometidas muitas vezes pela violência, principalmente por negligência familiar. O crescimento e desenvolvimento adequados necessitam de cuidados básicos, cujos prejuízos podem-se manifestar de diferentes formas, segundo a duração e intensidade do comprometimento. Crianças e adolescentes são os grupos mais propensos a sofrer violação de seus direitos, afetando sua saúde física, mental e emocional, requerendo prestação do atendimento adequado, alívio do sofrimento e modos de prevenção sob um modelo ampliado de assistência à saúde. As crianças do sexo masculino estão mais propícias a acidentes devido a sua predisposição para aventuras e brincadeiras fora do âmbito domiciliar (SCAVONE, 2011).

O trabalho das equipes de suporte básico tem uma grande importância na prevenção de lesões secundárias, e o perfil de trabalho tem como finalidade aumentar essa prevenção no decorrer dos anos, com o foco no atendimento rápido e na estabilidade clínica da vítima até a chegada ao hospital (BRASIL, 2011; ARAÚJO, 2010; PEREIRA; LIMA, 2006; JACQUEMOT, 2006).

Os profissionais da equipe de enfermagem do Corpo de Bombeiros que trabalham no APH móvel estão em exposição a fatores estressantes diariamente. Em seu cotidiano eles precisam lidar com o estado permanente de prontidão, situações inusitadas, escalas desgastantes e o convívio com ambientes estressantes (SALVADOR *et.al.*, 2013).

4. Conclusão

Foi identificado um universo de 51.875 atendimentos prestados pelo CBMDF no recorte histórico formado pelos anos de “2009 a 2016”, ou seja, oito (8) anos. Nesse contexto, o objetivo do presente estudo é relatar o quantitativo de atendimentos feitos pelo Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF) em traumas. O atendimento pré-hospitalar foi criado em função da necessidade de se reduzirem as sequelas em acidentes extra-hospitalares e óbitos, porém é um campo que evoluiu lentamente, tendo se firmado como “ciência” apenas após o sucesso na França.

Os dados epidemiológicos e de caracterização das ocorrências analisados demonstram a relevância do atendimento às vítimas de traumas. Constatou-se que o atendimento pré-hospitalar em todas as suas ações, seja de remoção ou de atendimento de urgência, é realizado, majoritariamente, pelas equipes de suporte básico.

Em algumas situações, o atendimento pré-hospitalar torna-se a “porta de entrada” no Sistema de Saúde. Concluímos neste estudo que o número de vítimas do sexo masculino é superior ao do sexo feminino e que acima de 12 anos o quantitativo de vítimas é maior comparado com as vítimas menores ou com até 12 anos. Não há uma relação entre o número de pessoas atendidas com o número de habitantes de cada cidade e esse fator pode estar relacionado ao nível socioeconômico e número de postos do CBMDF.

Os cuidados com a vítima devem começar o mais breve possível após o trauma, de preferência já na cena do acidente. A equalização das várias etapas para uma eficiente ação no atendimento de emergência na fase pré-hospitalar é de suma importância, como: reconhecimento do problema, acessar o sistema de emergência, providenciar os primeiros socorros. A identificação da emergência normalmente é feita pela família que sabe da existência do sistema de atendimento médico de emergência.

5. Referências Bibliográficas

ABRAMOVICI. S.; SOUZA, R, L. Abordagem em Criança Politraumatizada, **Jornal de Pediatria**, v. 75, n. 2, Rio de Janeiro, 1999.

ALVES, P.C. et al. Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. **Revista da Escola de Enfermagem (USP)**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 4, p. 989-995, dez. 2010.

ARAÚJO, S. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, vol.63, n.6, p.1019-1027, jul. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O que é Samu 192**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

COSTA M.C.O.; CARVALHO R.C.; SANTA BÁRBARA J.F.R.; SANTOS C.A.S.T.; GOMES W.A.; SOUSA H.L. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, set./otu. 2007.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e Emergências em Saúde: Perspectivas de Profissionais e Usuários**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 144, mar. 2006.

JÚNIOR G.A.P.; COLETTI F.A.; MARTINS M.A.; MARSON F.; PAGNANO R.C.L.; DALRI M.C.B.; BASILE-FILHO A. O papel da unidade de terapia intensiva no manejo do trauma. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 32, p. 419-437, out./dez. 1999.

MACHADO, C.V.; SALVADOR, F.G.F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. Curso de Medicina. Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-528, jun. 2011.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde, **Organização Pan-Americana da Saúde**. Brasília, p. 549, 2011.

PAIM, J.S. **A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais** In: ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**, MEDSI, Rio de Janeiro, p. 455-466, 1994.

PEREIRA, J. R. G. A.; ANDREGHETTO, A. C.; BASILE-FILHO, A.; ANDRADE, J. I. Trauma no paciente pediátrico. **Medicina**, Ribeirão Preto. v. 32, p. 262-281. jul./set. 1999.

PEREIRA, W. A. da P; LIMA, M. A. D. da S. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito - **Acta Paul Enfermagem**, Porto Alegre – RS. v. 19, p. 279-283. maio 2006.

RIBEIRO, J. M. S. Autonomia profissional dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. ser III, n. 5, p. 27-36, dez. 2011.

ROCHA, R. L. P. **Percepções dos Profissionais da Atenção Básica sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte**. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SALVADOR R.S.P.; SILVA, A.S.A.B.; LISBOA, M.T.L. Estresse da Equipe de Enfermagem do Corpo de Bombeiros no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 361-368, abril/jun. 2013.

SANTOS A.C.T, NASCIMENTO Y.C.M.L, LUCENA T.S, RODRIGUES P.M.S, BRÊDA M.Z, SANTOS F.G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência às Urgências e Emergências Psiquiátricas. **Revista Enfermagem UFPE**, Pernambuco, v. 8, n. 4, p. 842, jun. 2014.

SCAVONE, R. et al. **Atendimento Pré Hospitalar ao Traumatizado; PHTLS /NAEMT**, 7.ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 59-70, jan/mar. 2005.

TACAHASHI, D. M. Assistência de enfermagem pré-hospitalar às emergências: um novo desafio para a enfermagem, **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 44, n. 2-3, p. 113-115, abr/set. 1991.