



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM

**THIAGO VINICIUS DE ARAÚJO COSTA**

**AGRAVOS CLÍNICOS ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE  
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

São Luís  
2018

**THIAGO VINICIUS DE ARAÚJO COSTA**

**AGRAVOS CLÍNICOS ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE  
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Líscia Divana Carvalho Silva.

São Luís

2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Costa, Thiago Vinicius de Araújo.

Agravos Clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência / Thiago Vinicius de Araújo Costa. - 2018.

89 p.

Orientador(a): Lúscia Divana Carvalho Silva.

Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1. Assistência Pré-Hospitalar. 2. Emergências. 3. Morbidade. I. Silva, Lúscia Divana Carvalho. II. Título.

**THIAGO VINICIUS DE ARAÚJO COSTA**

**AGRAVOS CLÍNICOS ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL  
DE URGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa do  
Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Nota: \_\_\_\_\_

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>ª</sup>. Líscia Divana Carvalho Silva (Orientadora)

Doutora em Ciências

Universidade Federal do Maranhão

---

Prof<sup>ª</sup>. Flávia Danyelle Oliveira Nunes

Mestra em Enfermagem

Universidade Federal do Maranhão

---

Prof<sup>ª</sup>. Rosilda Silva Dias

Doutora em Fisiopatologia Clínica e Experimental

Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho a Deus pela oportunidade de tornar este sonho realidade

Aos meus pais Eliene Araújo e Jonaldo Costa (in memoriam), e avós Marinalva Araújo, Damião Araújo (in memoriam) e Nazareth Costa pelo amor, apoio e por acreditar em mim.

A minha esposa Juliana Costa por sonhar comigo e pelo encorajamento nos momentos difíceis.

A minha orientadora Líscia Divana pela paciência e dicas para o sucesso deste trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente à Deus, que tem sido meu maior sustento e por ter dado a direção correta nas minhas escolhas. Obrigado por ouvir minhas orações diárias e renovar as minhas forças. Tudo que tenho e tudo que sou é para o teu louvor.

À Universidade Federal do Maranhão por ser uma instituição pública, gratuita e de qualidade, a qual permitiu minha entrada no ensino superior.

Ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU São Luís por permitir meu acesso ao serviço. O sucesso deste estudo é fruto do trabalho diário de vocês no atendimento pré-hospitalar à população de São Luís. Obrigado, em especial, à Cássia Santos (coordenadora do RH) e Michel Camba (coordenador da regulação médica), pela receptividade e ajuda nas minhas dúvidas.

Aos professores pela transmissão dos saberes e contribuição na minha formação. Agradeço em especial aqueles que além de mestres, se tornaram amigos, por meio dos conselhos e incentivo no momento certo.

À minha querida orientadora Líscia Silva, a quem admiro muito, e se tornou uma mãe e amiga durante esse processo. Obrigado pela correção criteriosa, paciência, zelo e solicitude em todos os momentos desta trajetória.

À banca examinadora, professoras Rosilda Dias e Flávia Nunes, por aceitarem avaliar meu trabalho e contribuições pertinentes. Saibam que vocês duas são inspirações pessoal e profissional. Obrigado pela amizade.

Aos meu pais Eliene Araújo e Jonaldo Costa (in memoriam), e meus avós Marinalva Araújo, Damião Araújo (in memoriam) e Narazeth Costa por serem meu espelho. Tudo que conquisto é fruto dos esforços que fizeram/fazem por mim. Vocês são as pessoas mais especiais da minha vida. Amo vocês.

À minha maravilhosa esposa Juliana Costa pelo cuidado, por viver meus sonhos e confiar em mim. Obrigado por ser meu colo nos dias de aflição e estresse. Hoje tudo que conquisto é pensando em você. Saiba que sem você nada seria do mesmo jeito. Te amo muito.

Aos meus familiares, em especial as minhas tias, primos, sogra e cunhados, o incentivo de vocês foi fundamental para realização deste sonho.

Ao melhor grupo de estágio, o qual demonstrou que a união faz a força e que vamos longe. Muito obrigado, Milka Borges, Mayara Borges, Thalita Costa, Thanmyris Cutrim e Thayná Cunha.

Aos meus amigos, em especial aos “Inesquecíveis”, “Os melhores”, e da “Comunidade Evangélica Missionária”. Obrigado pelas palavras de apoio, distração e carinho quando precisei.

A mim, pelo desafio aceito na realização deste trabalho e por escolher cuidar de vidas.

A todos que diretamente ou indiretamente ajudaram a construir essa trajetória.

“Não há nada nesse mundo que recompense  
uma vida salva!”

(Enf<sup>o</sup>. Eduardo Souza)

## RESUMO

As vítimas acometidas por agravos clínicos que desestabilizam sua condição vital necessitam de intervenção precoce e qualificada, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o qual possibilita a redução do número de óbitos, sequelas e o tempo de internação hospitalar. Estudo do tipo exploratório-descritivo de natureza quantitativa, com o objetivo de descrever os agravos clínicos de crianças, adultos e idosos atendidos pelo SAMU-192 de São Luís, Maranhão, Brasil. A coleta de dados ocorreu na Central de Regulação Médica de Urgência e Emergência do SAMU-192 São Luís nos meses de outubro e novembro de 2018, na qual utilizou-se a Ficha Individual de Regulação Médica. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) sob o número 2.935.029. Os resultados foram ordenados no programa Microsoft Office Excel 2013, e as variáveis estudadas tiveram as frequências e percentuais calculados, a partir do qual foram analisadas e interpretadas. A amostra foi composta de 297 atendimentos. Identificou-se 220 (74,1%) agravos clínicos gerais, 33 (11,1%) clínicos psiquiátricos, 32 (10,8%) clínicos pediátricos e 12 (4%) clínicos obstétricos. No agravo clínico geral, foi prevalente a causa neurológica – 45 (20,5%) e a cardiológica – 43 (19,5%); no clínico psiquiátrico, a agressividade e agitação – 11 (33,3%); no clínico pediátrico, a digestiva – 11 (34,4%) e a neurológica e respiratória, ambas – 4 (12,5%) e no clínico obstétrico, a contração uterina – 3 (24%). Nos agravos clínicos gerais prevaleceram idosos – 124 (41,8%); nos clínicos psiquiátricos a faixa etária de 21 a 30 anos – 15 (5%); nos clínicos pediátricos a idade máxima foi de dez anos – 21 (7,1%) e nos obstétricos de 11 a 20 anos – 5 (1,7%). Os indivíduos adultos/idosos apresentaram hipertensão – 79 (26,6%) e alteração glicêmica – 116 (39,1%). Quatro (1,3%) crianças e adolescentes apresentaram alteração no nível pressórico. Não se identificou crianças e adolescentes com alteração glicêmica. Os distritos sanitários Tirirical – 60 (20,2%) e Bequimão – 50 (16,8%) receberam mais atendimentos. O tipo de ambulância prevalente foi do suporte básico de vida – 248 (83,5%). Mais da metade – 236 (79,5%) dos atendimentos ocorreu no domicílio e 24 (8,1%) no hospital. A chegada ao local de atendimento obteve uma média de 13 minutos. No desfecho das vítimas predominou o hospital – 244 (82,2%) e – 15 (5,1%) o óbito no local. Todos os atendimentos classificados como vermelho, tiveram o suporte avançado de vida. Evidenciou-se déficit no preenchimento das fichas nos atendimentos psiquiátricos. Os

achados contribuem para a prática da integralidade do cuidado sendo uma oportunidade para reflexão de propostas e ações específicas e necessárias em situação crítica de saúde.

**Palavras-chave:** Morbidade. Emergências. Assistência Pré-Hospitalar.

## ABSTRACT

The victims affected by clinical conditions that destabilize their vital condition require early and qualified intervention, such as the Mobile Emergency Care Service (SAMU), which enables a reduction in the number of deaths, sequelae and length of hospital stay. An exploratory-descriptive study of a quantitative nature, with the purpose of describing the clinical disorders of children, adults and elderly people attended by SAMU-192 from São Luís, Maranhão, Brazil. Data collection took place at the Emergency and Emergency Medical Regulation Center of SAMU-192 São Luís in October and November of 2018, in which the Individual Medical Regulation Form was used. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Maranhão (UFMA) under number 2,935,029. The results were ordered in the program Microsoft Office Excel 2013, and the variables studied had the frequencies and percentages calculated, from which they were analyzed and interpreted. The sample consisted of 297 patients. A total of 220 (74.1%) general medical conditions, 33 (11.1%) clinical psychiatric, 32 (10.8%) pediatric clinicians and 12 (4%) obstetric clinicians were identified. In the general clinical condition, the neurological cause was prevalent - 45 (20.5%) and cardiologic - 43 (19.5%); in the psychiatric clinic, aggressiveness and agitation - 11 (33.3%); (34.4%) and neurological and respiratory, both - 4 (12.5%) and in the obstetric clinic, the uterine contraction - 3 (24%). In the general clinical conditions, the elderly - 124 (41.8%), were elderly; in the psychiatric clinics the age group of 21 to 30 years - 15 (5%); in pediatric clinics the maximum age was ten years - 21 (7.1%) and in obstetric patients from 11 to 20 years - 5 (1.7%). Adult / elderly individuals presented hypertension - 79 (26.6%) and glycemic alteration - 116 (39.1%). Four (1.3%) children and adolescents presented a change in pressure level. No children and adolescents with glycemic alteration were identified. The Tirirical health districts - 60 (20.2%) and Bequimão - 50 (16.8%) received more care. The prevalent type of ambulance was the basic life support - 248 (83.5%). More than half - 236 (79.5%) of the visits occurred at home and 24 (8.1%) at the hospital. The arrival at the place of attendance obtained an average of 13 minutes. In the outcome of the victims, the hospital predominated - 244 (82.2%) and - 15 (5.1%) died on the spot. All appointments classified as red, had advanced life support. It was evidenced a deficit in the filling of the records in the psychiatric consultations. The findings contribute to

the practice of integrality of care being an opportunity for reflection of specific and necessary proposals and actions in a critical health situation.

Keywords: Morbidity. Emergencies. Prehospital Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Distribuição dos agravos clínicos atendidos pelo SAMU-192 segundo o sexo. São Luís, Maranhão, Brasil, 2017.....	35
Gráfico 1 – Distribuição agravos clínicos atendidos pelo SAMU-192 segundo a faixa etária. São Luís – Maranhão, Brasil, 2017 .....	36
Quadro 2 – Causas dos agravos clínicos e o tipo de ambulância do SAMU-192. São Luís, Maranhão, Brasil, 2017.....	40
Quadro 3 – Caracterização da parada cardiorrespiratória segundo o tempo de atendimento, tipo de ambulância, local e desfecho das vítimas do SAMU. São Luís – Maranhão, Brasil, 2017 .....	44

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Ocorrências recebidas e agravos clínicos atendidos pelo SAMU-192. São Luís, Maranhão, Brasil, 2017.....	27
Tabela 2 – Causas dos agravos clínicos atendidos pelo SAMU-192. São Luís, Maranhão, Brasil, 2017 .....	29
Tabela 3 – Distribuição dos agravos clínicos atendidos pelo SAMU-192 segundo sexo, idade e comorbidade. São Luís, Maranhão, Brasil, 2017 .....	32
Tabela 4 – Distribuição dos atendimentos do SAMU-192 segundo o distrito sanitário de saúde e localidade. São Luís, Maranhão, Brasil, 2017 .....	38
Tabela 5 – Distribuição dos tempos de resposta dos atendimentos pelo SAMU-192. São Luís – Maranhão, Brasil, 2017 .....	42
Tabela 6 – Desfechos das vítimas atendidas pelo SAMU-192. São Luís – Maranhão, Brasil, 2017 .....	46

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AVE – Acidente Vascular Encefálico

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

MS – Ministério da Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

USA – Unidade de Suporte Avançado

USB – Unidade de Suporte Básico

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	22
<b>2.1 Objetivo geral</b> .....	22
<b>2.2 Objetivos específicos</b> .....	22
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	23
<b>3.1 Tipo de estudo</b> .....	23
<b>3.2 Local de estudo</b> .....	23
<b>3.3 População e amostra</b> .....	24
<b>3.4 Coleta de dados</b> .....	24
<b>3.5 Análise dos dados</b> .....	26
<b>3.6 Aspectos éticos da pesquisa</b> .....	26
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	27
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	48
REFERÊNCIAS.....	50
APÊNDICE A – Tempo dos atendimentos (em minutos) .....	62
ANEXO A – Ficha Individual de Regulação Médica.....	69
ANEXO B – Parecer do Colegiado de Curso .....	73
ANEXO C – Carta de Anuência da Secretária Municipal de Saúde.....	74
ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	75
ANEXO E – Relação de bairros e distritos sanitários de saúde .....	78

## 1 INTRODUÇÃO

A associação entre novas demandas no setor de saúde, as mudanças econômicas e sociais, o crescimento demográfico rápido e desordenado, tem ocasionado drásticas mudanças epidemiológicas com prevalência e gravidade dos agravos de saúde, das doenças cardiovasculares e traumatismos. A mudança no perfil de morbimortalidade das doenças, especialmente no Brasil, é decorrente do processo de transição epidemiológica. Essa mudança é caracterizada pela alteração do risco a saúde e aumento progressivo da prevalência, incidência e mortalidade das doenças crônicas não degenerativas, o que gera um grande impacto sobre os serviços de emergência e urgência (OLIVEIRA *et. al*, 2013; SCARPELINI, 2007).

Risco a saúde é entendido pela epidemiologia como a probabilidade de ocorrência de uma doença, agravo, óbito, ou condição relacionada à saúde, incluindo tratamento, recuperação ou melhora, em uma população durante um período de tempo determinado. Agravo a saúde significa qualquer dano ou prejuízo à integridade física, mental e social dos indivíduos, provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes (traumas), intoxicações, abuso de drogas, lesões auto ou heteroinfligidas, comorbidades e doenças (BRASIL, 2012a; TEIXEIRA, 2008; PEREIRA, 2007).

É necessário, pois, a avaliação do risco global de desenvolvimento dos agravos e das doenças, além da organização de estratégias específicas para diferentes perfis de risco. Especialmente nos serviços de emergência e urgência, deve-se levar em consideração a complexidade e a disponibilidade das intervenções, relacionando-se seus efeitos na incidência e prognóstico evolutivo das doenças ou agravos a saúde (MASCARENHAS; REIS; SOUZA, 2009).

Em face deste contexto, vários países adotaram estratégias de atendimento pré-hospitalar móvel como componente do sistema de atenção às urgências. A regulação do atendimento pré-hospitalar pode contribuir para estruturar a relação entre os serviços e os fluxos das vítimas, bem como, identificar os determinantes dos agravos de saúde e auxiliar no planejamento da assistência às urgências. No Brasil, o serviço favorece a organização de redes de atenção, uma vez que exige a conformação de centrais de regulação que, por sua vez, podem impulsionar estratégias de regulação assistencial em outras áreas (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

No Brasil o surgimento dos serviços de emergência pré-hospitalar foi influenciado pelos modelos americano e francês. O modelo francês, que influenciou no desenvolvimento do projeto brasileiro, é centralizado numa rede de comunicações e baseado na regulação médica. Todas as chamadas são avaliadas por um médico regulador, que define a gravidade da situação e o atendimento mais adequado, maximizando os recursos disponíveis. No modelo americano, a remoção rápida da vítima do local do atendimento inicial, com transporte imediato para o local de tratamento definitivo, forma a base conceitual do sistema. Durante o desenvolvimento do modelo, optou-se pela participação indireta dos médicos, os quais assumiram função de elaboração e supervisão dos protocolos. A intervenção na cena é realizada por técnicos em emergências médicas, os “emergency medical technician” e “paramedics”, que atuam por meio de protocolos médicos, executando limitados procedimentos invasivos (SILVA *et. al*, 2010; SCARPELINI, 2007).

O atendimento às urgências mostra deficiências estruturais do sistema de saúde, como dificuldades de acesso em vários níveis de atenção, insuficiência de leitos especializados, incipiência dos mecanismos de referência e inadequação na formação dos profissionais de saúde. No início dos anos 2000, o Ministério da Saúde iniciou a estruturação de uma política articulada para a área, denominada “Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violência” instituída através da Portaria GM/MS nº 737 de 16/05/2001 (GONSAGA *et. al*, 2013; MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

Houve, portanto, a necessidade de se organizar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de atenção no atendimento às vítimas de agravos à saúde de variada natureza, o que levou à implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), por meio de um acordo bilateral assinado com a França, sendo implantado, em 2003 e institucionalizado pelo Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004 (MORAIS; CARVALHO; CORREA, 2014; ALMEIDA *et. al*, 2016).

Os agravos por causas externas, a violência urbana e as doenças cardiovasculares, respiratórias e metabólicas, dentre outras, são situações graves e determinam a necessidade de atendimento emergencial e definitivo. Ao longo do tempo foi percebido que vidas poderiam ser salvas se fossem rapidamente atendidas por pessoas treinadas e qualificadas em ambiente extra-hospitalar, denominado atendimento pré-hospitalar, e transportadas a um local onde pudessem receber atendimento com suporte específico para cada situação (SILVA, *et. al*, 2010). As

portas de urgência e emergência constituem importantes marcadores de qualidade da condição de saúde da população, identificando agravos inusitados ou recorrentes (ALMEIDA *et. al*, 2016).

Ressalta-se que na prestação de socorro as crianças e adolescentes há uma expressiva participação das causas externas, acidentes e violência, em especial, aspiração de corpo estranho, acidentes de trânsito, afogamentos e homicídios, tornando-se um importante problema de saúde pública para as famílias e a sociedade (FRANÇA *et. al*, 2017). Sobretudo nos países em desenvolvimento, doze milhões de crianças morrem a cada ano antes de completar cinco anos de idade, a maioria, durante o primeiro ano de vida por agravos respiratórios agudos, diarreia, sarampo ou desnutrição. Na fase aguda da doença ou de acidentes, a criança chega aos serviços emergenciais com alto risco para a morte, exigindo da equipe de assistência o desenvolvimento de suas potencialidades para prover o atendimento (TACSI; VENDRUSCOLO, 2004).

As vítimas acometidas por agravos clínicos, em situações que desestabilizam sua condição vital, necessitam de intervenção precoce e qualificada, dentre os quais estão os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (MARQUES; LIMA; CICONET, 2011). A maioria dos acidentes e inúmeros agravos à saúde ocorrem, em geral, fora do ambiente hospitalar, o que justifica a necessidade de que o Estado conte com um serviço de atendimento pré-hospitalar, garantindo o suporte dos serviços por meio da ação de profissionais qualificados e que possam gerenciar os recursos disponíveis no momento da ocorrência de um sinistro, de modo a oferecer à população a melhor resposta possível a cada demanda (DOLOR, 2008).

O SAMU é o principal componente móvel da rede de atenção às emergências e urgências, um atendimento pré-hospitalar com o objetivo de diminuir o número de óbitos, as sequelas causadas pela demora no atendimento e o tempo de internação hospitalar (ALMEIDA *et. al*, 2016). É um serviço que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, psiquiátrica ou obstétrica), que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (BUENO; BERNANDES, 2010).

O SAMU presta socorro em situações críticas, atendendo ocorrências diversas como: traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, ginecológicas, obstétricas,

intoxicação, queimaduras, afogamento, choque elétricos, maus tratos, tentativas de suicídio, transferência dos usuários entre estabelecimentos de saúde, dentre outras. Além disso, orienta as demandas através das ligações telefônicas referentes a uso de remédios e acidentes com substâncias químicas. Os atendimentos são realizados tanto em via pública (urbana ou rural e rodovias) quanto em domicílio (prédios públicos e particulares), podendo ou não haver a remoção da vítima para a unidade de saúde mais adequada ao tipo de diagnóstico realizado pelos profissionais em conjunto com a Central de Regulação (BRASIL, 2001; BRASIL, 2003).

O SAMU busca potencializar e organizar o acesso aos serviços de urgência hospitalar e ao leito hospitalar, tornando-se uma nova porta de entrada no sistema e com capacidade de salvar vidas (O'DWYER *et. al*, 2017). Esse serviço móvel abrange 3.049 municípios do país, estando a maior parte concentrada nas regiões Nordeste e Sul, com cobertura estimada em 76,28% da população em 2015, ou seja, mais de 155 milhões de habitantes. O serviço é controlado, em todo país, por 210 centrais de regulação, que estruturam o atendimento realizado por equipes multiprofissionais com o apoio de 3.108 ambulâncias e que possibilitam o estabelecimento de uma importante comunicação entre o sistema de saúde e o público, cujo chamado de socorro deve ser acolhido, priorizado e atendido no menor tempo possível (TELES *et. al*, 2017).

A solicitação do serviço é realizada pela população por meio de ligação ao sistema gratuito, no telefone 192, disposto em todo o território nacional. A ligação é transmitida ao médico regulador pelo técnico de atendimento de regulação médica, que realiza rapidamente a classificação de risco e designa ao operador de frota o acionamento da equipe de suporte básico, composta por técnico de enfermagem e condutor socorrista ou da equipe de suporte avançado, composta por médico, enfermeiro e condutor socorrista (GENTIL; RAMOS; WHITAKER, 2008).

Para a assistência as vítimas existem dois tipos de atendimento, o primeiro, denominado Unidade de Suporte Básico (USB) que dispõe de uma ambulância mais simples e o segundo, a Unidade de Suporte Avançado (USA) uma ambulância com mais recursos tecnológicos (O'DWYER *et. al*, 2017). As ações do serviço são executadas por equipes de suporte básico e de suporte avançado, que asseguram a atenção no ambiente pré-hospitalar, com base na regulação médica das urgências. As equipes de suporte básico, compostas por condutores e técnicos de enfermagem, realizam medidas de suporte não invasivas, que correspondem à abordagem inicial

da vítima, cuidados básicos de ventilação e circulação, imobilização e transporte aos serviços de emergência. As equipes de suporte avançado, compostas por condutores, enfermeiros e médicos, executam procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório, e realizam transporte de pacientes entre hospitais, denominado transporte medicalizado (MARQUES; LIMA; CICONET, 2011).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN nº 375/2011, que dispõe sobre o atendimento pré-hospitalar do profissional de enfermagem, descreve em seu artigo 1º que:

“No atendimento pré-hospitalar de suporte básico e suporte avançado de vida em qualquer tipo de unidade móvel (terrestre, aérea ou marítima), em situações de risco conhecido ou desconhecido, os procedimentos de enfermagem sejam desenvolvidos de acordo com a complexidade e após a avaliação do enfermeiro” (COFEN, 2011, p. 01).

O SAMU possui um componente regulador a Central de Regulação Médica e um componente assistencial as equipes das ambulâncias (enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e condutor). O médico regulador realiza a normalização dos chamados de urgência e dos pedidos de transferência de pacientes graves; o médico intervencionista é responsável pela assistência as vítimas no local do chamado, durante o transporte, nas unidades móveis e pelo acompanhamento aos mesmos durante a recepção nas unidades de saúde de destino; o enfermeiro é responsável por prestar assistência de enfermagem nas unidades de suporte avançado, conforme protocolo existente, além de comandar a equipe de atendimento na ausência do médico plantonista na viatura, ocasião na qual, deverá manter-se em contato com o médico regulador; o técnico de enfermagem presta cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave, sob supervisão direta ou à distância do profissional enfermeiro, além de realizar manobras de extração manual de vítimas; o condutor tem a função de conduzir o veículo de urgência destinado ao atendimento e transporte de pacientes, além de estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a central de regulação médica e seguir suas orientações, conhecer a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema assistencial local e auxiliar a equipe nos gestos básicos de suporte à vida (BRASIL, 2002).

O SAMU desempenha um papel crucial por possibilitar atendimento precoce às vítimas graves e ordenar o fluxo assistencial (TELES *et. al*, 2017), entretanto, vários fatores têm contribuído para o aumento da demanda do

atendimento: o acréscimo do número de acidentes e a violência urbana; a necessidade de aprofundar o processo de consolidação dos sistemas estaduais de urgência e emergência; a grande extensão territorial do país, que impõe distâncias entre municípios de pequeno e médio porte e seus respectivos centros de referência para a atenção especializada e de alta complexidade; a necessidade de ordenar o atendimento das urgências e emergências, garantindo acolhimento, atenção qualificada e resolutiva, estabilização e referência aos pacientes graves, a expansão de serviços públicos e privados, e a necessidade de integrar esses serviços à lógica dos sistemas de urgência, com regulação médica e presença de equipe de saúde qualificada para as especificidades deste atendimento (SILVA, *et. al*, 2010).

É indiscutível a necessidade de estratégias adequadas e urgentes de intervenção as vítimas de agravos de saúde em situações críticas e que não estejam em ambiente hospitalar, sendo necessário o atendimento imediato e de qualidade para a sobrevivência dessas pessoas. Nessa perspectiva, elegeu-se como questão norteadora da pesquisa: Como se dá o atendimento as vítimas de agravos clínicos no SAMU-192 São Luís – MA?

Considerando o exposto e, ainda, a escassez de estudos acerca da temática, especialmente no município de investigação, ressalta-se a relevância de se conhecer os agravos clínicos das vítimas atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Esses achados poderão subsidiar ações e estratégias voltadas para a atenção às novas demandas demográficas e epidemiológicas, a organização e integralidade do cuidado, a promoção da saúde e a reflexão acerca de um serviço de urgência e emergência.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Investigar os agravos clínicos de crianças, adultos e idosos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU de São Luís – Maranhão.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar as ocorrências e agravos clínicos atendidos;
- Relacionar os agravos clínicos segundo variáveis sociodemográficas, causas relacionadas e tipo de ambulância;
- Descrever os atendimentos realizados e o desfecho das vítimas.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo de natureza quantitativa.

#### **3.2 Local de estudo**

O cenário da pesquisa foi o SAMU-192 da cidade de São Luís, capital do estado do Maranhão.

São Luís é a principal cidade da região metropolitana da grande São Luís e possui 1.014.837 habitantes. A população da capital maranhense equivale a 15,4% do total do estado e a 76,2% do total de residentes na região metropolitana. Ocupa uma área de 834.785 Km<sup>2</sup> e está localizada no nordeste do Brasil. A distribuição etária da população revela que São Luís é a capital mais jovem do Nordeste, com 21% de pessoas entre 15 e 24 anos de idade, além de possuir 71% de sua população entre 15 e 64 anos, idade potencialmente ativa economicamente. No que tange grupos específicos, mulheres e negros representam a maioria da população, 53% e 70%, respectivamente (IBGE, 2010).

O estudo foi desenvolvido na Central de Regulação Médica de Urgência e Emergência do SAMU-192 de São Luís, onde estão arquivadas as fichas de atendimento. O SAMU-192 São Luís dispõe de dez ambulâncias de suporte básico, duas ambulâncias de suporte avançado e duas motolâncias. A sede, localizada no bairro Filipinho, possui duas ambulâncias de suporte básico, duas ambulâncias de suporte avançado e duas motolâncias. Nas cinco bases descentralizadas existem duas ambulâncias no Clodomir Pinheiro Costa (Anjo da Guarda), Centro de Saúde AMAR (Vicente Fialho) e Unidade Mista do São Bernardo (São Bernardo), e uma ambulância na Cidade Olímpica II e na Zona Rural na UPA BR (Distrito Industrial).

### **3.3 População e amostra**

Foram utilizados dados de fonte secundária, coletados por meio de registros na Ficha Individual de Regulação Médica (Anexo A).

O universo do estudo foi constituído pelos dados contidos na ficha, o que compreendeu todas as ocorrências (chamadas) e atendimentos, totalizando 340 fichas coletadas pelo próprio pesquisador.

Foram incluídas todas as fichas de atendimentos clínicos realizados entre os meses de janeiro e fevereiro do ano de 2017, mesmo as que se apresentavam dados incompletos, visando obter o maior número de informações possíveis, sendo constituída, portanto de 340 fichas. Foram excluídas as fichas de atendimentos traumáticos.

A amostra foi composta de 297 atendimentos, tendo em vista que 43 ocorrências (chamadas) não geraram atendimento.

### **3.4 Coleta de dados**

O período de coleta de dados ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2018. Os dados foram coletados pelo próprio pesquisador por meio do banco de dados da Central de Regulação Médica de Urgência e Emergência do SAMU-192 São Luís, durante o horário administrativo do serviço, de segunda a sexta-feira das 8h às 18h.

Utilizou-se como instrumento de coleta os dados da Ficha Individual de Regulação Médica que é preenchida pela equipe do SAMU-192 São Luís em cada atendimento, sendo composta de:

- Chamada: data e hora do atendimento, nome e CRM do médico regulador, motivo (socorro, remoção ou outro);
- Socorro: tipo do atendimento (caso clínico, traumático, obstétrico ou psiquiátrico), queixa do solicitante, se necessário, observações como o número de vítimas, tempo que aconteceu o acidente, idade gestacional e se é acidente de trabalho;
- Cliente/Vítima: nome completo, endereço onde se encontra, endereço residencial, município, sexo, idade, profissão e data de nascimento;

- Incidente: indica se o pedido foi cancelado, se houve recusa do atendimento, evasão do local, recusa de remoção, óbito no local, óbito no transporte, falso aviso ou atendimento no local;
- Transporte utilizado: tipo de ambulância, tempos (comunicação, partida, local, partida do local, destino, retorno, base), nome da equipe;
- Gravidade presumida: classificada em ileso, severa, pequena, indeterminada, média ou morte;
- Avaliação no local da ocorrência: é descrito os mecanismos do trauma (tipo), verificado vias aéreas, ventilação, circulação e avaliação neurológica;
- Classificação de risco: classificado em vermelho, amarelo ou verde;
- Avaliação secundária: verificação dos sinais vitais (pressão arterial, frequência respiratória e temperatura axilar), além da frequência cardíaca, saturação de oxigênio e glicemia, e aplicação da escala de coma de gasglow, exame físico;
- Outros agravos: verificado sobre as comorbidades e medicação em uso, e em casos obstétricos, verificado os dados obstétricos (gesta, para e aborto, data da última menstruação, idade gestacional, data provável do parto);
- Gravidade comprovada: classificada em ileso, severa, pequena, indeterminada, média ou morte;
- Procedimentos realizados;
- Terapêutica instituída: medicações prescritas e utilizadas (nome, volume, dose, via e horário);
- Termo de recusa: assinado quando o indivíduo ou familiar recusa o atendimento ou remoção para o hospital;
- Apoio solicitado: informado quando é solicitado apoio da Polícia, Corpo de Bombeiros, Defesa Civil, dentre outros;
- Observações finais: realizado uma evolução do caso pela equipe de enfermagem ou médica;
- Destino do paciente: descreve o seguimento do indivíduo e assinatura do profissional da Unidade de destino;
- Pertences do paciente: descreve os pertences encontrados pela equipe, com o nome, função e assinatura do receptor.

### **3.5 Análise dos dados**

Os dados da pesquisa foram ordenados em uma planilha no programa Microsoft Office Excel 2013, com a finalidade de armazená-los e de forma ágil e segura para posterior análise, e apresentados em tabelas, quadros e gráficos.

As variáveis estudadas tiveram as frequências (N) e os percentuais calculados, a partir do qual foram analisadas e interpretadas. Os resultados e a discussão foram subsidiados por meio da literatura sobre a temática.

### **3.6 Aspectos éticos da pesquisa**

O projeto de pesquisa obedeceu todas as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013a).

Inicialmente o projeto foi encaminhado para o Colegiado do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão – UFMA e posteriormente para Secretaria Municipal de Saúde de São Luís e Coordenação do SAMU de São Luís. A coleta de dados foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Coordenação do SAMU-192 de São Luís – MA.

Após a aprovação do Colegiado (Anexo B), anuência da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo C) e Coordenação do SAMU, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), obtendo parecer favorável sob o número 2.935.029 em 03/10/2018 (Anexo D). Houve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por se tratar de dados secundários.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU-192 São Luís – MA, atende solicitações de urgência proveniente de cidadãos acometidos por agravos agudos à sua saúde, de natureza clínica e traumática. Os agravos clínicos, objeto de nosso estudo, dividem-se em clínicos gerais, clínicos psiquiátricos, clínicos pediátricos e clínicos obstétricos.

Analisou-se os agravos clínicos de crianças, adultos e idosos atendidos pelo SAMU-192 em São Luís, Maranhão, nos meses de janeiro e fevereiro do ano de 2017.

A tabela 1 refere-se a quantidade de ocorrências ou chamadas telefônicas e os agravos clínicos atendidos pelo SAMU-192 São Luís.

Tabela 1 – Ocorrências recebidas e agravos clínicos atendidos pelo SAMU-192. São Luís, Maranhão, Brasil, 2017

<b>Ocorrências e Agravos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ocorrências</b>		
Geraram atendimento	297	87,3
Não geraram atendimento	43	12,7
Total	340	100
<b>Agravos Clínicos</b>		
Clínico Geral	220	74,1
Clínico Psiquiátrico	33	11,1
Clínico Pediátrico	32	10,8
Clínico Obstétrico	12	4
Total	297	100

Fonte: SAMU, São Luís – MA, 2017.

Inicialmente foram identificadas 340 ocorrências ou chamadas telefônicas à Central de Regulação de Urgência e Emergência do SAMU-192 São Luís, que geraram 297 (87,3%) atendimentos. Desses atendimentos, 220 (74,1%) foram por agravo clínico geral, 33 (11,1%) clínico psiquiátrico, 32 (10,8%) clínico pediátrico e 12 (4%) clínico obstétrico (tabela 1). Em cada atendimento a equipe designada realiza o preenchimento da Ficha Individual de Regulação Médica, a qual descreve a situação da vítima.

Das ocorrências que não geraram atendimento – 43 (12,7%) (tabela 1), 32 (74,4%) correspondem a remoções antecipadas, ou seja, quando a ambulância chega ao local, mas a vítima já foi removida, 5 (11,6%) de pedidos cancelados antes da chegada da ambulância no local, 4 (9,3%) de chamadas telefônicas falsas, também

conhecidas como trotes e 2 (4,7%) de evasão do local, onde a ambulância chegou ao local, porém recebeu a informação que a própria vítima deixou o local. Portanto, houve predomínio de remoção antecipada, justificado na maioria das vezes pelo longo tempo de espera.

A demora entre a solicitação de atendimento e a chegada da equipe ao local da ocorrência pode estar relacionada, dentre outros aspectos, às dificuldades de operacionalização do serviço, à falta de ambulâncias ou à indisponibilidade (atendimento a outras ocorrências), o congestionamento do trânsito, as barreiras geográficas, a grande extensão territorial, as estradas de difícil acesso e a retenção de macas do SAMU em serviços de emergências hospitalares (TIBÃES *et. al*, 2018).

Importante destacar que as chamadas falsas ou “trotes” totalizaram no estudo apenas 4 (9,3%), divergente de pesquisas realizadas por Tibães *et. al* (2018) e Chaves (2014) que mostram um número expressivo, variando entre 21,20% e 75,56%, o que pode comprometer o atendimento às vítimas que realmente necessitam de assistência.

Na maioria das situações não se reconhece que a chamada é falsa, ou seja, é realizado o envio da ambulância e, somente ao chegar ao local de origem da chamada, a equipe constata a ocorrência de “trote”. Essas situações resultam em deslocamento desnecessário de ambulâncias, o que gera custos e desgaste da equipe. Além do que a utilização inadequada do SAMU é prejudicial para as vítimas graves que, ao buscarem atendimento, podem enfrentar demora no envio de ambulâncias (TIBÃES *et. al*, 2018).

Em alguns serviços passar “trote” é crime. No SAMU-192 São Luís quando isso acontece, a coordenação ou direção da regulação médica a cada seis meses localiza os “trotes” no Banco de Dados do Sistema e-SUS do SAMU e abre boletim de ocorrência. Posteriormente dois funcionários são chamados para prestar depoimento na Delegacia Civil, onde é aberto o inquérito para que sejam realizadas as buscas.

Nota-se que é fundamental a sensibilização da população sobre a importância em acionar o SAMU-192, somente em caso necessário, a fim de evitar prejuízos para o serviço e para as vítimas. Ao acionar o número 192, o cidadão está ligando para uma central de regulação que possui profissionais de saúde que definem o tipo de atendimento, a ambulância e a equipe adequada, além de serem treinados para dar orientações de primeiros socorros as vítimas, muitas vezes necessária para salvar vidas.

A tabela 2 refere-se às causas dos agravos clínicos em crianças, adultos e idosos atendidos pelo SAMU-192 São Luís.

Tabela 2 – Causas dos agravos clínicos atendidos pelo SAMU-192. São Luís, Maranhão, Brasil, 2017

<b>Agravos Clínicos</b>	<b>Causas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Clínico Geral</b>	Neurológica	45	20,5
	Cardiológica	43	19,5
	Digestiva	37	16,8
	Respiratória	21	9,5
	Metabólica	16	7,3
	Neoplásica	12	5,5
	Infeciosa	4	1,8
	Outros	42	19,1
	Subtotal	220	100
<b>Clínico Psiquiátrico</b>	Agressividade e agitação	11	33,3
	Agitação	9	27,3
	Agressividade	4	12,1
	Alucinação	4	12,1
	Ideia suicida	3	9,1
	Surto psicótico	2	6,1
	Subtotal	33	100
<b>Clínico Pediátrico</b>	Digestiva	11	34,4
	Neurológica	4	12,5
	Respiratória	4	12,5
	Infeciosa	3	9,4
	Cardiológica	1	3,1
	Outros	9	28,1
	Subtotal	32	100
<b>Clínico Obstétrico</b>	Contração uterina	3	25
	Dor pélvica	2	16,7
	Perda de líquido	2	16,7
	Crise convulsiva	2	16,7
	Aborto espontâneo	1	8,3
	Parto domiciliar	1	8,3
	Pico hipertensivo	1	8,3
	Subtotal	12	100
<b>Total</b>		297	100

Fonte: SAMU, São Luís – MA, 2017.

- Outros (clínico geral): dor na coluna, cefaleia, mialgia, mal-estar geral, síncope, hipertermia
- Outros (clínico pediátrico): hipertermia, processo alérgico, edema

Conforme a tabela 2, em relação ao agravo clínico geral, foram prevalentes as causas neurológica 45 (20,5%) e cardiológica 43 (19,5%); no clínico psiquiátrico a associação da agressividade e agitação 11 (33,3%); no clínico pediátrico as causas digestiva 11 (34,4%), neurológica e respiratória ambas 4 (12,5%) e no clínico obstétrico a contração uterina 3 (25%).

No agravo clínico geral por causa neurológica prevaleceu a crise convulsiva e o acidente vascular encefálico (AVE) e na cardiológica a parada cardiorrespiratória e pico hipertensivo. Já no agravo clínico pediátrico por causa digestiva foram prevalentes o vômito e a diarreia.

As doenças crônicas não transmissíveis têm tomado dimensões epidêmicas, não só no Brasil, mas em toda a América, desse modo, contribuindo para agravos à saúde da população e até mesmo a morte (GAIO *et. al*, 2013).

A Organização Mundial da Saúde estabeleceu como meta a redução em vinte e cinco por cento das doenças crônicas não transmissíveis, entre elas as doenças cardiovasculares até o ano de 2025. Cerca de oitenta por cento das mortes por doenças crônicas não transmissíveis foram registradas em países de baixa e média renda, ocorrendo 1/3 dessas mortes em pessoas com menos de 60 anos de idade. No Brasil, essas doenças constituem o problema de saúde pública de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de morte, atingindo, sobretudo indivíduos pobres e grupos vulneráveis (ROCHA; MARTINS, 2017).

A naturalidade da vida predispõe ao desenvolvimento de doenças, principalmente as cardiovasculares, como a hipertensão arterial sistêmica, considerada um problema de saúde pública devido aos seus agravos e o principal fator de risco para acidentes cerebrovasculares e a doença renal crônica (DUTRA *et. al*, 2016). Para o Ministério da Saúde, a HAS é responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronariana (BRASIL, 2006).

Pesquisa do SAMU de Porto Alegre (RS) mostrou que a causa prevalente do agravo clínico geral foi a neurológica com 1.462 (20,04%) pessoas cometidas (MARQUES; LIMA; CICONET, 2011), resultado semelhante ao achado por Almeida *et. al* (2016), em que a crise convulsiva foi a principal demanda de natureza clínica no SAMU de Botucatu (SP) atingindo 198 (11,9%) indivíduos, diferente do SAMU de Aparecida (SP), que alcançou apenas 18 (8%) (CARMO; VALENTE, 2016).

Estudo no SAMU de Olinda (PE) mostrou que nos agravos clínicos gerais as doenças do aparelho circulatório foram as mais frequentes correspondendo a 200 (23,1%) indivíduos (CABRAL; SOUZA, 2008), já em Curitiba (PR), foi prevalente o mal estar em 2.174 (26%) atendimentos (NETO *et. al*, 2013). Pesquisa realizada no SAMU de Maceió (AL) também constaram a agressividade e agitação 161 (20%) como as causas mais frequentes no agravo clínico psiquiátrico com (SILVA, 2017).

O SAMU caracteriza como emergência e urgência psiquiátrica quando pessoas com doenças mentais apresentam risco para si e terceiros com atitudes extremas, como agressividade, suicídio e homicídio que geram inquietações nos sentimentos ou ações, tendo que intervir imediatamente (SANTOS *et. al*, 2014). No SAMU-192 São Luís todos os atendimentos psiquiátricos têm o apoio do Corpo de Bombeiros do Estado do Maranhão, a fim de garantir a segurança da equipe e sucesso do atendimento.

As emergências psiquiátricas podem ser caracterizadas como uma condição em que há um distúrbio de pensamento, emoções ou comportamento do indivíduo, na qual a intervenção se faz necessária imediatamente, tendo como objetivo evitar maiores prejuízos à saúde psíquica, física e social do indivíduo ou eliminar possíveis riscos à sua vida (BARROS; TUNG; MARI, 2010).

Para o atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência a crianças é necessário uma equipe especializada na assistência a essa faixa etária, devido às peculiaridades biológicas e psicológicas, ressaltando que um primeiro atendimento adequado é essencial para a evolução favorável da vítima (TACSI; VENDRUSCOLO, 2004). No SAMU de Feira de Santana (BA), os motivos gastrointestinais não foram prevalentes nos agravos clínicos pediátricos 28 (13%), (COSTA; MIRANDA; SOUZA, 2013), diferente do encontrado pelo presente estudo, em que prevaleceram os digestivos. Nota-se, no presente estudo, a prevalência dos de vômitos e diarreia nos agravos clínicos pediátricos, classificados, na maioria das vezes, como sinais sem risco iminente de morte e não caracterizados como emergência, porém pode indicar sinais de desidratação infantil, na qual é um problema de saúde pública com grande impacto na vida da população devido à alta taxa de mortalidade registrada.

No Brasil, as principais causas da desidratação são as doenças infecciosas e parasitárias, que só no ano de 2009, foram a 4ª causa de óbitos e 2ª de hospitalizações no grupo etário de 0 a 4 anos (TAVARES, 2017).

Em relação aos agravos clínicos obstétricos, as contrações uterinas se mostraram frequentes em outras pesquisas. A população, de modo geral, avalia seu estado de saúde de acordo com suas crenças sociais e, no caso da gestante, quando está no domicílio, vivencia o forte desejo do transporte imediato ao hospital sempre que apresenta sinais de trabalho de parto, o que justifica o chamado de um serviço móvel de urgência (MICHILIN *et. al*, 2016).

A tabela 3 refere-se a distribuição dos agravos clínicos segundo sexo, idade e comorbidade das vítimas atendidas pelo SAMU-192 São Luís.

Tabela 3 – Distribuição dos agravos clínicos atendidos pelo SAMU-192 segundo sexo, idade e comorbidade. São Luís, Maranhão, Brasil, 2017

<b>Agravos Clínicos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	156	52,5
Masculino	141	47,5
Total	297	100
<b>Faixa etária</b>		
0 a 10 anos	21	7,1
11 a 20 anos	28	9,4
21 a 30 anos	30	10,1
31 a 40 anos	31	10,4
41 a 50 anos	34	11,5
51 a 59 anos	22	7,4
≥ 60 anos	125	42,1
Subtotal	291	98
Sem registro	6	2
Total	297	100
<b>Comorbidade</b>		
Hipertensão arterial sistêmica	68	17,5
Diabetes	43	11
Cardiopatía	22	5,7
Acidente vascular encefálico	22	5,7
Neoplasia	12	3,1
Problema respiratório	9	2,3
Problema mental	9	2,3
Problema renal	5	1,3
Problema ósseo	4	1
Subtotal	194	49,9
Sem registro	195	50,1
Total	389	100

Fonte: SAMU, São Luís – MA, 2017.

Ao analisar os dados sociodemográficos das vítimas atendidas pelo SAMU-192 São Luís chama atenção a ausência de alguns registros na ficha de atendimento como profissão e data de nascimento, além de outros necessários, como ocupação, escolaridade, estado civil, religião e renda familiar, o que pode ser justificado pelas situações de urgência e emergência que se encontram as vítimas, na maioria das vezes, em situação crítica e incapacitante.

Considerou-se como idosos as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, como crianças aquelas com até doze anos de idade incompletos e adolescentes entre doze e dezoito anos de idade, conforme o Estatuto do Idoso e a Lei 8.069 do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990; 2013b). Observou-se predominância do sexo feminino 156 (52,5%) e idosos 125 (42,1%). Os atendimentos

que não continham informações acerca da faixa etária na ficha de regulação, totalizaram 6 (2%) (tabela 3).

O Brasil, até 2025, será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas; este fenômeno ocorre devido à redução nas taxas de fecundidade e mortalidade (OMS, 2005). Dados do Ministério da Saúde apontam que aproximadamente trinta e três por cento das mortes por doenças crônicas não transmissíveis são causadas por doenças cardiovasculares e, esses números tornam-se ainda maiores se consideramos a população idosa (MENDONÇA *et. al*, 2004), em que a hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente, acometendo mais da metade das pessoas nessa faixa etária (BRASIL, 2006).

No Estado do Maranhão, a população urbana acima de 55 anos é de 227.385 habitantes para o sexo masculino e de 275.138 para o feminino, e a projeção da expectativa de vida das mulheres maranhenses para 2020 é de 75,6 anos, um crescimento de 2,8 anos em relação a 2010 (IBGE, 2010; ERVATTI; BORGES; JARDIM, 2015).

Pesquisas realizadas no SAMU de Jequié (BA) e de Cuiabá (MT), apontaram resultados semelhantes com predominância de mulheres e idosos (LEFUNDES *et. al*, 2016; DUARTE; LUCENA; MORITA, 2011), diferindo dos atendimentos em Aparecida (SP), em que prevaleceu o sexo masculino e a faixa de 21 a 59 anos (CARMO; VALENTE, 2016).

Comorbidade é a presença simultânea de duas ou mais doenças identificadas por diagnóstico médico, sendo esse alcançado com base em critérios firmemente estabelecidos. A ocorrência de diagnósticos em um mesmo indivíduo pode influenciar o curso, a resposta ao tratamento e/ou o prognóstico da enfermidade. Existem fatores de risco que podem agravar uma doença ou causar outra, denominado comorbidade (BRASIL, 2012a; TEIXEIRA, 2008; PEREIRA, 2007).

No SAMU-192 São Luís, uma das formas de mapeamento das comorbidades das vítimas é pela avaliação dos fatores de risco e dos sinais vitais (temperatura axilar, frequência respiratória, pressão arterial), além da glicemia capilar, frequência cardíaca e saturação de oxigênio. As comorbidades mais frequentes nos indivíduos atendidos foram a hipertensão 68 (17,5%) e diabetes 43 (11%), seguido da cardiopatia e acidente vascular encefálico, ambos com 22 (5,7%) (tabela 3). Evidenciou-se, no presente estudo, que nos atendimentos psiquiátricos quase não há

o preenchimento dos sinais vitais nas fichas de regulação, o que parece indicar que a agressividade e agitação, podem inviabilizar a verificação.

Sabe-se que a hipertensão arterial sistêmica é uma doença multifatorial, de alta prevalência na população mundial e brasileira, e constitui o principal fator de risco tratável para as doenças cardiovasculares. Estudos epidemiológicos indicam que diabetes e hipertensão são condições comumente associadas, resultando em um risco aumentado de incidência e mortalidade por acidente vascular encefálico (FREITAS, GARCIA, 2012; CARVALHO *et. al*, 2016). Considera-se normotensos indivíduos com as medidas de pressão arterial inferior a 120/80 mmHg, pré-hipertensos indivíduos com pressão arterial sistólica de 121 a 139 mmHg e pressão arterial diastólica de 81 a 89 mmHg e hipertensos (estágio 1) aqueles com pressão arterial sistólica de 140 a 159 mmHg e pressão arterial diastólica entre 90 a 99 mmHg. Já para normoglicemia indivíduos com glicemia em jejum menor que 100 mg/dl, pré-diabéticos ou risco aumentado para diabetes, glicemia maior ou igual a 100 mg/dl e menor que 126 mg/dl, e diabetes estabelecido aqueles com valores maior ou igual a 126 mg/dl (GOLBERT *et. al*, 2017; MALACHIAS *et. al*, 2016).

Acresce-se que no presente estudo mais da metade 79 (26,6%) dos adultos/idosos apresentaram hipertensão 61 (77,2%), pré-hipertensão 10 (12,7%) e hipotensão 8 (10,1%). Houve 116 (39,1%) adultos/idosos com alteração glicêmica, sendo 74 (63,8%) com hiperglicemia, 32 (27,6%) pré-diabetes e 10 (8,6%) hipoglicemia. Sessenta e dois (92,5%) adultos/idosos apresentaram taquicardia e 5 (7,5%) bradicardia. A taquidispneia esteve presente em todos os sessenta e três adultos/idosos e doze apresentaram dessaturação durante o atendimento, além de que 32 (10,8%) tiveram alteração de temperatura, na qual 14 (43,75%) apresentaram hipertermia, 14 (43,75%) hipotermia leve e 4 (12,5%) hipotermia moderada. Dos atendimentos pediátricos, dois indivíduos apresentaram taquidispneia e as seguintes alterações: taquicardia 6 (75%), bradicardia 2 (25%); hipertermia 5 (62,5%), hipotermia leve 2 (25%) e hipotermia moderada 1 (12,5%), 4 (1,3%) apresentaram alteração no nível pressórico. Não se identificou crianças e adolescentes com alteração dos níveis glicêmicos.

Em relação aos sinais vitais preconiza-se a frequência cardíaca normal para pessoas adultas (50 a 100 bpm), bradicardia (inferiores a 50 bpm) e taquicardia (superior a 100 bpm) e para recém-nascidos (130 – 160 bpm), lactentes (110 – 130 bpm) e crianças/adolescentes (80 – 120 bpm) (PASTORE *et. al*, 2016; BRASIL,

2012b). Já o padrão de frequência respiratória em adultos é de até 20 incursões respiratórias por minuto, e em crianças e adolescentes é segundo a faixa etária, variando de 20 a 60 incursões por minuto (BRASIL, 2010; 2012b). O padrão de saturação de oxigênio é maior que 90%, e em relação à temperatura em adultos (36°C a 38°C), em recém-nascido (36,5 a 37°C), sendo classificado como hipotermia leve (36,0 e 36,4°C), hipotermia moderada (32,0 a 35,9°C) e hipotermia grave a temperatura (menor que 32,0°C) (BARBAS *et. al*, 2014; BRASIL, 2011; POTTER, 2009).

Em relação à comorbidade neoplasia, presente em 12 (2,9%) vítimas (tabela 3), destaca-se que o sintoma de dor foi o mais frequente, identificado em 7 (58,3%), seguido de 2 (16,7%) com sangramento. Nos problemas respiratórios foi frequente o derrame pleural, pneumonia, enfisema pulmonar, asma e edema agudo de pulmão; nos problemas mentais o elitismo, depressão e esquizofrenia e, nos problemas ósseos foram comuns a artrite, artrose, hérnia de disco, osteoporose.

Sabe-se que as comorbidades são consideradas importantes indicadores de atenção à saúde, o que alerta para a resolutividade na atenção primária, sem necessidade da intervenção de um serviço de urgência e emergência, evitando-se a complicação de determinado agravo com desfecho hospitalar (AQUINO, 2007).

O Quadro 1 apresenta a classificação dos agravos clínicos segundo o sexo das vítimas atendidas pelo SAMU-192 São Luís.

Quadro 1 – Distribuição dos agravos clínicos atendidos pelo SAMU-192 segundo o sexo. São Luís, Maranhão, Brasil, 2017

SEXO	Clínico Geral		Clínico Psiquiátrico		Clínico Pediátrico		Clínico Obstétrico	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Feminino	114	38,4	13	4,4	17	5,7	12	4
Masculino	106	35,7	20	6,7	15	5,1		
Subtotal	220	74,1	33	11,1	32	10,8	12	4

Fonte: SAMU, São Luís – MA, 2017.

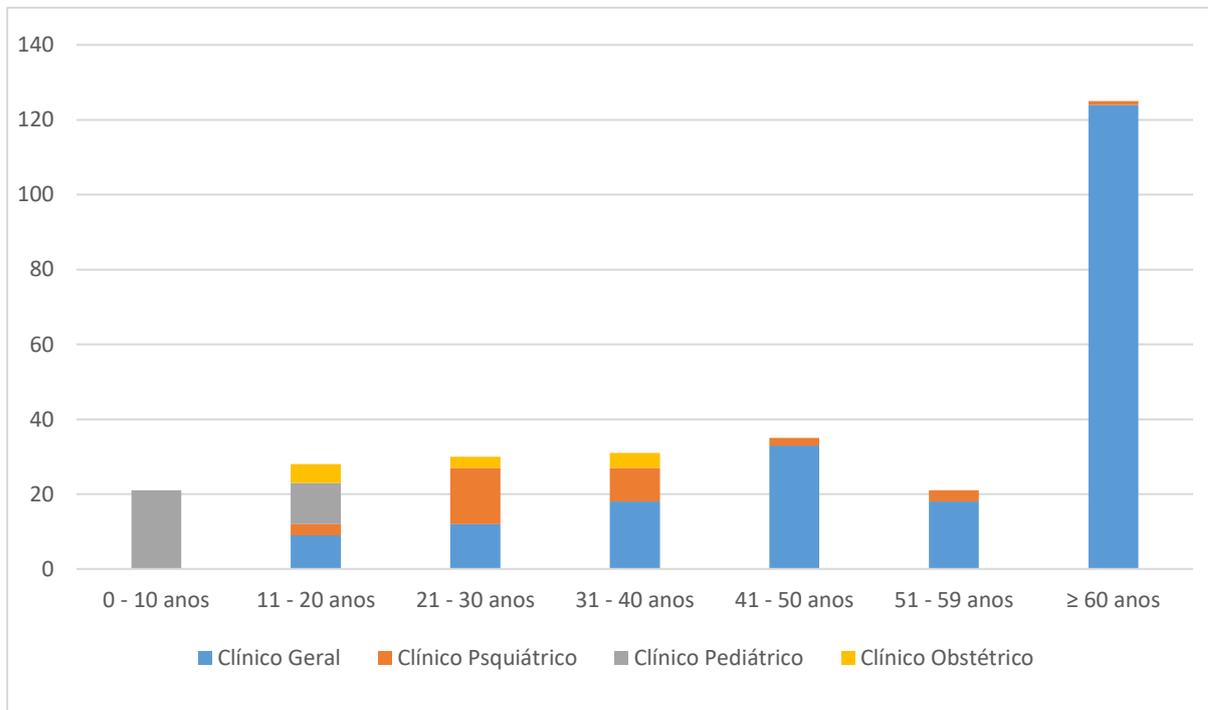
Observa-se no quadro 1 que dos 297 atendimentos, predominou o sexo feminino 114 (38,4%) no agravo clínico geral (adultos e idosos) e no clínico pediátrico 17 (5,7%) e o sexo masculino no clínico psiquiátrico 20 (6,7%)

Como houve predominância de mulheres com idade mais avançada (tabela 3), não se pode esperar que houvesse modificação dessa variável, entretanto, reconhece-se que a idade avançada pode interferir na avaliação do risco global, levando-se em consideração o somatório dos fatores de risco, o sinergismo entre esses fatores e conseqüentemente a complexidade dos atendimentos, relacionando-se seus efeitos na incidência e prognóstico evolutivo.

Michels e Arcoverde em 2012, identificaram que no SAMU de Foz do Iguazu (PR) os atendimentos psiquiátricos realizados a homens 680 (55,78%) prevaleceram com maior número do que os realizados a mulheres 539 (44,22%). Essa prevalência de pessoas do sexo masculino em crise atendidas pelo SAMU, corroboram com o presente estudo, o que é justificado pelo nível de adesão dos homens ao tratamento de doenças ser inferior ao das mulheres, fazendo com que os homens iniciem uma crise psiquiátrica mais agressiva facilmente (SANTOS *et. al*, 2014).

O gráfico 1 refere-se à distribuição dos agravos clínicos segundo a faixa etária das vítimas atendidas pelo SAMU-192 São Luís.

Gráfico 1 – Distribuição agravos clínicos atendidos pelo SAMU-192 segundo a faixa etária. São Luís – Maranhão, Brasil, 2017



Fonte: SAMU, São Luís – MA, 2017.

Nos agravos clínicos gerais prevaleceu os idosos –124 (41,8%) e a faixa etária de 41 a 50 anos – 33 (11,1%). Nos agravos clínicos psiquiátricos foi mais frequente a faixa etária de 21 a 30 anos – 15 (5%), já nos clínicos pediátricos a idade máxima foi de dez anos – 21 (7,1%). Em relação aos agravos clínicos obstétricos, chama atenção a faixa etária precoce de 11 a 20 anos – 5 (1,7%), sendo, inclusive duas adolescentes (gráfico 1). Algumas fichas de atendimento não constava a idade – 6 (2%).

Em pesquisa no SAMU de Natal (RN) os agravos clínicos gerais foram os mais frequentes, totalizando mais da metade – 2185 (53,40%), com predominância de idosos – 815 (19,92%) e mulheres – 1103 (26,96%) (DANTAS *et. al*, 2014). No SAMU de Chapecó (SC), o maior percentual também foi de atendimentos clínicos 392 (41,9%) e predominância do sexo masculino 204 (52,04%) e de idosos 211 (22,5%) (GIARETTA *et. al*, 2012).

O processo de transição demográfica brasileiro caracteriza-se pela evolução das taxas de mortalidade, natalidade e fecundidade. De uma população predominante jovem em um passado nem tão distante, observa-se, nos dias atuais, um contingente, cada vez mais importante, de pessoas idosas, resultando em mudanças relevantes na pirâmide etária, demonstrando o envelhecimento da população refletida pela diminuição da fecundidade. Destacam-se a redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o aumento da importância de doenças crônico-degenerativas, além do maior acesso da população a redes gerais de água e esgotamento sanitário, maior acesso à atenção à saúde, campanhas de vacinação, o que contribuíram decisivamente na redução dos níveis de mortalidade no país e, conseqüentemente, no aumento da esperança de vida da população brasileira, gerando novos desafios para o país, como ampliar e aprimorar a atenção à saúde dos idosos (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Pesquisas apontam que a frequência de atendimentos em adolescentes grávidas tem aumentado o que é preocupante principalmente na população com menor renda em comparação as adolescentes de classe média (CHACHAM; MAIA; CAMARGO, 2012; SILVA *et. al*, 2011). Estudo realizado na região centro-oeste identificou um percentual de 27,3% de gravidez em jovens até os 19 anos e de 30,7% naquelas de até 20 anos residentes nas favelas, enquanto que para as jovens das camadas médias esse percentual foi menor, atingindo apenas 1,7% (CHACHAM; MAIA; CAMARGO, 2012). Estudo no Rio de Janeiro aponta que a prevalência da

gestação recorrente entre mulheres adolescentes que tiveram filhos foi de 29,2% (SILVA *et. al*, 2011) .Desde a década de 1970, a gravidez na adolescência vem sendo caracterizada como um problema de saúde pública, com o aumento proporcional da fecundidade em mulheres com até 19 anos de idade. Fato esse comprovado por complicações obstétricas com consequências para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicológicos, sociais e econômicos (PARIZ; MENGARDA; FRIZZO, 2012; FERREIRA *et. al*, 2012).

No Brasil, o aumento do grau de escolaridade, a ampliação do mercado de trabalho para as mulheres, as campanhas em relação ao uso de preservativo e o maior acesso aos métodos anticoncepcionais são fatores que refletem redução nas taxas de gestação na adolescência. Contudo, esse decréscimo não ocorre de forma uniforme, mas apresenta desigualdades, de acordo com o desenvolvimento social do território, sendo menor nas classes sociais mais excluídas (FERREIRA *et. al*, 2012).

Em Salvador, chamou atenção a elevada proporção de hospitalizações por causas relacionadas a gravidez, correspondente a mais da metade das internações hospitalares e cerca de trinta e dois por cento do total das internações de adolescentes. A gravidez na adolescência de forma precoce pode constituir uma fonte de complicações tanto para a mãe como para o feto, ocorrendo fenômenos hemorrágicos como pré-eclâmpsia, eclâmpsia, prematuridade e baixo peso ao nascer, que demandam intervenções e serviços de saúde estruturados e que conseqüentemente geram mais custos para o Estado, favorecendo a mortalidade infantil e materna (NASCIMENTO; MOTA; COSTA, 2003).

A Tabela 4 refere-se à distribuição dos atendimentos segundo o distrito sanitário de saúde e o local de atendimento do SAMU-192 São Luís.

Tabela 4 – Distribuição dos atendimentos do SAMU-192 segundo o distrito sanitário de saúde e localidade. São Luís, Maranhão, Brasil, 2017 (cont.)

<b>Atendimentos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Distrito sanitário</b>		
Tirirical	60	20,2
Bequimão	50	16,8
Vila Esperança	43	14,5
Cohab	39	13,1
Coroadinho	37	12,5
Itaqui Bacanga	35	11,8
Centro	27	9,1
Outros	3	1
Subtotal	294	99

Tabela 4 – Distribuição dos atendimentos do SAMU-192 segundo o distrito sanitário de saúde e localidade. São Luís, Maranhão, Brasil, 2017

Sem registro	3	1
Total	297	100
<b>Localidade</b>		
Domicílio	236	79,5
Hospital	24	8,1
Via pública	18	6
Outros	17	5,7
Subtotal	295	99,3
Sem registro	2	0,7
Total	297	100

Fonte: SAMU, São Luís – MA, 2017.

Os distritos sanitários compreendem uma área geográfica de bairros ou municípios de uma região, os quais comportam uma população com características epidemiológicas e sociais, e os recursos de saúde para atendê-la (LIMA, 2018). O município de São Luís está dividido em sete distritos sanitários com seus respectivos bairros, sendo: Vila Esperança – 96 bairros (7 urbanos e 89 rurais), Tirirical – 65 bairros (42 urbanos e 23 rurais), Bequimão (64 bairros urbanos), Itaqui-Bacanga – 61 bairros (17 urbanos e 44 rurais), Coroadinho – 45 bairros (36 urbanos e 9 rurais), Cohab (40 bairros urbanos) e Centro (20 bairros urbanos) (SEMUS, 2016), conforme demonstrado no Anexo E.

Observa-se na tabela 4 que o maior número de atendimentos ocorreu no distrito sanitário do Tirirical, correspondendo a 60 (20,2%), seguido do distrito Bequimão com 50 (16,8%). Ressalta-se que o distrito Tirirical apesar de não possuir o maior número de bairros, apresenta o maior número de habitantes (242.292), o que pode explicar o elevado número de atendimentos, além de possuir bairros rurais os quais, pelas condições socioeconômicas da população, demandam maior utilização de um serviço público de urgência.

A indisponibilidade de serviços de saúde próximos ao local de residência, incluindo unidades de atenção básica à saúde ou o acesso reduzido aos serviços disponíveis em outros locais, restrições financeiras e isolamento social do morador podem contribuir para o menor acesso aos serviços de saúde da população da área rural (PIZZOL *et. al*, 2012).

Houve três atendimentos realizados nos bairros Parque Araçagy, Lima Verde e Maiobão, localizados em São José de Ribamar e Paço do Lumiar, respectivamente, os quais estão denominados como “outros” não sendo possível classificá-los nos distritos.

Mais da metade dos atendimentos ocorreram no domicílio 236 (79,5%). Houve 24 (8,1%) atendimentos no hospital, a maioria por meio da remoção de unidade, ou seja, quando é feita a solicitação da ambulância para transferência de pacientes por causa da gravidade do seu estado de saúde ou para realização de exames. Os atendimentos em via pública totalizaram 18 (6%), dos quais 5 (27,8%) realizados em moradores de rua e 4 (22,2%) em indivíduos com problemas mentais. Outros atendimentos ocorreram em locais diversos como clínicas, terminal rodoviário, hotel, praia, farmácia, supermercado, loja, campo de futebol, posto de saúde, aeroporto, terminal ferroviário e empresa, totalizando 17 (5,7%).

Pesquisas realizadas sobre o perfil dos atendimentos do SAMU dos municípios de Ijuí (RS) e Feira de Santana (BA) mostraram como mais frequente as solicitações oriundas do domicílio, totalizando 293 (47%) e 185 (57,1%) respectivamente (CASAGRANDE; STAMM; LEITE, 2013; COSTA; MIRANDA; SOUZA, 2013).

O Quadro 2 apresenta as causas dos agravos clínicos das vítimas e o tipo de ambulância utilizada pelo SAMU-192 São Luís.

Quadro 2 – Causas dos agravos clínicos e o tipo de ambulância do SAMU-192. São Luís, Maranhão, Brasil, 2017 (cont.)

Tipos de ambulâncias	Causa do agravo clínico	N	%
<b>Suporte Básico de Vida</b>	Digestiva	36	12,1
	Psiquiátrica	33	11,1
	Neurológica	30	10,1
	Pediátrica	28	9,5
	Cardiológica	23	7,7
	Respiratória	21	7,1
	Metabólica	13	4,4
	Neoplásica	12	4
	Obstétrica	9	3
	Infeciosa	5	1,7
	Intoxicação	1	0,3
	Outros	37	12,5
	Subtotal	248	83,5
<b>Suporte Avançado de Vida</b>	Cardiológica	22	7,5
	Neurológica	13	4,4
	Pediátrica	5	1,7
	Obstétrica	3	1
	Respiratória	2	0,7
	Digestiva	1	0,3
	Metabólica	1	0,3

Quadro 2 – Causas dos agravos clínicos e o tipo de ambulância do SAMU-192. São Luís, Maranhão, Brasil, 2017

	Intoxicação	1	0,3
	Outros	1	0,3
	Subtotal	49	16,5
	<b>Total</b>	297	100

Fonte: SAMU, São Luís – MA, 2017.

O SAMU-192 São Luís dispõe de dez ambulâncias de suporte básico, duas ambulâncias de suporte avançado e duas motolâncias. Cada ambulância fica distribuída em bases descentralizadas, com o intuito de facilitar o deslocamento para prontidão no atendimento. Na Central de Regulação, localizada no bairro Filipinho, ficam seis ambulâncias, sendo duas básicas, duas avançadas e duas motolâncias. As outras bases constam de ambulâncias de suporte básico, distribuídas com duas ambulâncias em Clodomir Pinheiro Costa (Anjo da Guarda), Centro de Saúde AMAR (Vicente Fialho) e Unidade Mista do São Bernardo (São Bernardo) e uma ambulância na Cidade Olímpica II e na Zona Rural na UPA BR (Distrito Industrial).

A motolância busca a excelência do atendimento, pois seu tempo de resposta é menor, constituindo-se uma solução para locomoção mesmo em condições de tráfego ruim nas grandes cidades e também para o difícil acesso em áreas remotas. A potência do modelo escolhido permite alcançar velocidades seguras, compatíveis com uma condução ágil, a ponto de permitir a chegada do veículo, em média, cerca de três a cinco minutos antes da ambulância. O condutor deve ser técnico de enfermagem habilitado com a categoria “A”, possuir curso de capacitação de condutores de veículos de emergência, experiência em pilotagem no mínimo de um ano e curso de suporte básico de vida (BRASIL, 2008).

A ambulância básica tem suporte necessário para o atendimento aos agravos clínicos e a ambulância de suporte avançado possui equipamentos específicos, sendo utilizada em situações graves com risco iminente de morte e que precisam de intervenção do enfermeiro e do médico.

Observa-se no quadro 2 que o suporte básico de vida do SAMU-192 São Luís realizou intervenção em 248 (83,5%) atendimentos e o suporte avançado de vida em 49 (16,5%), o que denota que as ambulâncias de suporte básico possuem estrutura para atender as vítimas com agravos clínicos. Constatou-se que a ambulância de suporte avançado é utilizada com mais frequência nos casos de óbito

local, óbito durante o transporte, parada cardiorrespiratória, sendo utilizado também o veículo de intervenção rápida, representada pelas motolâncias.

A Tabela 5 apresenta os tempos de respostas nos atendimentos do SAMU-192 São Luís, demonstrado em três tempos: T1 – intervalo entre a comunicação e partida da ambulância da base do SAMU; T2 – período entre a partida da base do SAMU e a chegada no local de atendimento; T3 – tempo entre a partida do local de atendimento até o destino do indivíduo.

Tabela 5 – Distribuição dos tempos de resposta dos atendimentos pelo SAMU-192. São Luís – Maranhão, Brasil, 2017

<b>Tempos de resposta</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Comunicação e partida da ambulância (T1)</b>		
< 1 minuto	215	72,4
1 a 4 minutos	35	11,8
20 minutos	1	0,3
38 minutos	1	0,3
Sem registro	45	15,2
<b>Total</b>	<b>297</b>	<b>100</b>
<b>Partida da ambulância e chegada no local (T2)</b>		
0 a 20 minutos	193	65
21 a 40 minutos	67	22,6
41 a 60 minutos	14	4,7
Sem registro	23	7,7
<b>Total</b>	<b>297</b>	<b>100</b>
<b>Partida do local e destino (T3)</b>		
0 a 20 minutos	163	54,9
21 a 40 minutos	39	13,1
41 a 60 minutos	9	3
> 60 minutos	2	0,7
Sem registro	84	28,3
<b>Total</b>	<b>297</b>	<b>100</b>

Fonte: SAMU, São Luís – MA, 2017.

O tempo transcorrido desde a recepção do chamado até o retorno da equipe à base é registrado no sistema informatizado da Central de Regulação, denominado tempo resposta, o qual é um dos elementos que contribui para a eficácia do atendimento das equipes. (MARQUES, 2010). As equipes trabalham para prestar atendimento no menor tempo possível, já que atuam no local de ocorrência do problema, em ambiente extra-hospitalar, o que oferece direcionamento para o serviço mais próximo e adequado, desse modo, a equipe que está na ambulância ganha tempo (diminui a relação tempo/resposta).

Quando uma ligação entra no sistema do SAMU São Luís, o telefonista auxiliar de regulação médica atende e realiza a coleta das informações do chamado, que consiste no registro de dados de identificação (nome do solicitante, nome da

vítima e idade aproximada, endereço da ocorrência) e queixa principal. Logo depois a ligação é transferida para o médico regulador que verifica as informações para tomar a decisão sobre a solicitação de socorro, indicando a necessidade do envio e tipo de ambulância. O médico repassa a decisão ao rádio operador, o qual observa a tipologia da equipe indicada (básica ou avançada) e seleciona a que está disponível e mais próxima do local da ocorrência. A equipe que recebe o chamado se organiza, conforme o atendimento, para iniciar seu deslocamento rumo à cena (T1: comunicação e partida). O T2 (partida e chegada no local) consiste no momento que a ambulância saiu da base até a chegada no local. A equipe realiza a avaliação inicial e os procedimentos necessários, deslocando o paciente para o destino (T3: partida do local e chegada no destino).

Na tabela 5 foi possível perceber a prevalência de intervalos menores que um (1) minuto entre a comunicação do rádio operador para a equipe e a partida da ambulância 215 (72,4%). Fato que indica tempo compatível com o recomendado por Villavicencio (2008), que considera que, em 90% dos chamados, os tempos de decisão e espera deveriam ser efetuados em menos de um minuto. Resultado análogo ao encontrado por Ciconet (2015) no SAMU de Porto Alegre (RS), que em 145 (9,2%) dos atendimentos, desde a solicitação de socorro até a chegada da equipe no local da ocorrência, são realizados em menos de 10 minutos e em 2% do tempo resposta dos atendimentos demoram mais de 60 minutos. No Apêndice A estão registrados os tempos 1, ,2, 3 de cada atendimento realizado pelo SAMU-192 São Luís.

O sucesso do atendimento de uma vítima em situação de urgência e emergência depende muito do fator tempo. Diversas situações podem interferir e gerar um aumento do tempo como a demora das anotações dos dados, a regulação médica, a falta de ambulâncias ou indisponibilidade por estar atendendo outras ocorrências, congestionamento no trânsito, dentre outros (PITTERI, 2010).

Observou-se no presente estudo que houve dois atendimentos com diferenças significativas no tempo 1, sendo o primeiro atendimento com tempo de 20 minutos referente a prestação de socorro a vítima com problema mental e o segundo atendimento com tempo de 38 minutos referente a vítima com queixas de diarreia e vômito, o que parece suscitar maior demora nos atendimentos de agravos psiquiátricos e nas queixas consideradas mais simples.

Encontrou-se dois atendimentos, em que o tempo de partida do local até o destino (hospital) durou 83 e 147 minutos, respectivamente, o primeiro pela ausência de leito na Unidade de Saúde designada, sendo necessário a transferência para outra Unidade, justificando o prolongamento do tempo encontrado, e a segunda foi para realização de um exame de imagem.

Pesquisa no SAMU de Fortaleza (CE) constatou escassez no número de ambulâncias para atendimento específico em urgências psiquiátricas, apenas uma para todo o município, além da demora no atendimento e insatisfação dos profissionais, familiares e da comunidade (NASCIMENTO *et. al*, 2013).

O Quadro 3 apresenta a caracterização da parada cardiorrespiratória segundo os tempos de atendimento, tipo de ambulância, local e o desfecho das vítimas do SAMU-192 São Luís.

Quadro 3 – Caracterização da parada cardiorrespiratória segundo o tempo de atendimento, tipo de ambulância, local e desfecho das vítimas do SAMU. São Luís – Maranhão, Brasil, 2017

Vítima	Tempo (1)	Tempo (2)	Tempo (3)	Tipo de Ambulância	Local do atendimento	Desfecho
1	0	12	-	MOTO	Domicílio	Óbito local
2	1	11	-	SBV	Domicílio	Óbito local
3	0	4	-	SAV	Domicílio	Óbito local
4	0	21	-	SAV	Domicílio	Óbito local
5	0	12	-	SAV	Domicílio	Óbito local
6	-	-	-	SAV	Domicílio	Óbito local
7	0	21	-	SAV	Domicílio	Óbito Transporte
8	0	9	-	SAV	Domicílio	Óbito local
9	0	20	-	SAV	Domicílio	Óbito local
10	-	9	-	SAV	Domicílio	Óbito local
11	0	10	-	SAV	Domicílio	Óbito local
12	0	2	-	MOTO	Domicílio	Óbito local
13	-	-	-	SAV	Domicílio	Óbito local
14	-	23	-	SAV	Domicílio	Óbito local
15	0	16	-	SAV	Domicílio	Óbito local

Fonte: SAMU, São Luís – MA, 2017.

As afecções cardiovasculares ou câncer diminui em média 10 a 15 anos a vida de um cidadão (IMAMURA, 2012). Em relação às afecções cardiovasculares, sabe-se que a doença arterial coronariana é responsável por variados episódios de morte súbita e a principal causa de parada cardiorrespiratória, com destaque para as doenças isquêmicas, como a angina e o infarto agudo do miocárdio. Aproximadamente 80% das paradas cardiorrespiratórias ocorrem em ambientes não hospitalares e necessitam de estratégias adequadas e urgentes de intervenção (CORRÊA *et al*. 2014; PIEGAS *et. al*, 2015).

Segundo Gomes *et. al* (2005) o prognóstico da reanimação

cardiorrespiratória em hospitais é mais sombrio do que em outro ambiente. Apesar de nos hospitais se ter acesso a recursos do suporte avançado de vida, os pacientes têm maior comorbidade e severidade das doenças, comparados àqueles que apresentam uma parada cardíaca em ambiente extra-hospitalar.

Dos 15 (100%) indivíduos com parada cardiorrespiratória em domicílio, 12 (80%) foram atendidos pelo suporte avançado, 14 (93,3) evoluíram para óbito local e apenas um para óbito durante o transporte (6,7%). Em relação ao tempo 1, observa-se que o intervalo entre a comunicação e partida foi imediato na maioria dos casos, ou seja, menos de 1 minuto 11 (73,3%), fato justificado pela gravidade do quadro clínico, demonstrando que o tempo é fator determinante para o sucesso do atendimento. O tempo 2 variou de 0 a 23 minutos, obtendo uma média de 13 minutos. O tempo 3 não foi registrado, pois todos os indivíduos tiveram desfecho de óbito (Quadro 3).

Estudos equivalentes com o SAMU de Belo Horizonte (MG) e o SAMU de Porto Alegre (RS), obtiveram a média do tempo resposta menor ou igual a 13 minutos. Além disso, no SAMU de Porto Alegre (RS), houve prevalência de atendimentos no domicílio 392 casos (66,1%), além de 186 (71%) já estavam sem resposta, ou seja, óbito local, corroborando com o presente estudo (MORAIS; CARVALHO; CORREA, 2014; SEMENSATO; ZIMERMAN; ROHDE, 2011).

Na avaliação secundária que acontece dentro da ambulância, realiza-se a classificação de risco do indivíduo. A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação das vítimas que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, corresponde a priorização do atendimento em serviços e situações de urgência/emergência como um processo complexo, que demanda competência técnica e científica em sua execução (BRASIL, 2014).

O SAMU-192 São Luís classifica o risco do indivíduo em três cores: vermelho, amarelo e verde. O vermelho são os indivíduos com risco iminente de morte necessitando de atendimento imediato, devendo ser transportados/atendidos pelo suporte avançado. Os considerados de cor amarela necessitam de atendimento mediato, podendo ser transportados/atendidos pela ambulância de suporte básico. O verde é para situações sem risco iminente de morte ou de agravo (BRASIL, 2014).

Do total de atendimentos do estudo, apenas 39 tiveram o risco classificado, sendo 27 (69,2%) verde, 7 (18%) vermelho e 5 (12,8%) amarelo. Dos atendimentos

classificados como vermelho, todos foram atendidos pelo suporte avançado, confirmando ao preconizado na literatura.

Com relação aos procedimentos realizados durante o atendimento, observou-se que foram realizados 437 procedimentos, dos quais houve o predomínio da monitorização, incluindo a oximetria de pulso, 246 (56,3%), fato que justifica a importância deste procedimento nos agravos clínicos, porém a equipe só realizou 7 (1,6%) ressuscitação cardiopulmonar e o mesmo quantitativo de checagem de pulso, seguido de 4 (0,9%) intubação orotraqueal, o que gera discrepância ao identificar a ocorrência de 15 paradas cardiorrespiratória (4,4%) nos motivos de atendimentos, demonstrando a ineficiência na realização do protocolo da parada cardiorrespiratória.

Evidencia-se que é preciso qualificar a atenção pré-hospitalar oferecida ao usuário com demandas clínicas para não incorrer no erro de se transformar em um qualificado transportador de vítimas aos serviços de urgência, com pouca resolutividade. As limitações na realização de variados procedimentos se deve, na maioria das vezes, a dispensa de terapêutica medicamentosa, oxigênio, acesso venoso ou hidratação, sendo necessária apenas a avaliação criteriosa e o transporte seguro a uma das portas de urgência para a continuidade do atendimento (MARQUES, 2010). A oximetria de pulso está cada vez mais difundida no ambiente pré-hospitalar, por permitir aos socorristas a detecção precoce do comprometimento pulmonar e da deterioração cardiovascular, antes do aparecimento de sinais clínicos evidentes (CASAGRANDE; STAMM; LEITE, 2013).

A Tabela 6 refere-se aos desfechos das vítimas atendidas pelo SAMU-192 São Luís.

Tabela 6 – Desfechos das vítimas atendidas pelo SAMU-192. São Luís – Maranhão, Brasil, 2017

<b>Desfecho das vítimas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hospital	244	82,2
Atendimento no domicílio	17	5,7
Recusa de remoção	17	5,7
Óbito no local	15	5,1
Óbito durante o transporte	1	0,3
S/ informação	3	1
Total	297	100

Fonte: SAMU, São Luís – MA, 2017.

Nota-se que 244 (82,2%) vítimas tiveram o hospital como desfecho (tabela 6). A principal porta de entrada para os casos atendidos pelo SAMU-192 São Luís nos

agravos gerais é o Pronto Socorro do Hospital Municipal Djalma Marques (Socorrão I), Hospital Dr. Clementino Moura (Socorrão II), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Hospital do Câncer e Hospital Aldenora Bello; Hospital Nina Rodrigues nos agravos psiquiátricos; Hospital da Criança nos pediátricos; e Maternidades Marly Sarney e Benedito Leite nos obstétricos.

Nos atendimentos em domicílio, 17 (5,7%), a equipe realiza os procedimentos necessários e mantém contato com a Central de Regulação Médica do SAMU-192 São Luís para prosseguimento do atendimento, incluindo a prescrição de medicação, caso seja necessário. Na recusa de remoção – 17 (5,7%) a equipe realiza os procedimentos e informa a necessidade de remoção para uma unidade hospitalar, porém a vítima ou algum familiar decide por não levar até o hospital, neste caso eles assinam a responsabilidade na Ficha Individual de Regulação Médica.

Pesquisa realizada no SAMU-Palmas (TO) mostrou que 1.831 (82%) por socorro e 304 (18%) por remoção, dos quais 762 (41,6%) foram agravos clínicos, desses 647 (84,9%) tiveram o hospital como destino. (PITTERI, 2010).

## 5 CONCLUSÃO

Foram identificadas 340 ocorrências ou chamadas telefônicas a Central de Regulação do SAMU-192 São Luís, que geraram 297 (87,3%) atendimentos, dos quais 220 (74,1%) foram por agravos clínicos gerais, 33 (11,1%) clínicos psiquiátricos, 32 (10,8%) clínicos pediátricos e 12 (4%) clínicos obstétricos. Das ocorrências que não geraram atendimento 32 (74,4%) foram remoções antecipadas, 5 (11,6%) pedidos cancelados antes da chegada da ambulância no local, 4 (9,3%) chamadas telefônicas falsas, também conhecidas como “troles” e 2 (4,7%) por evasão do local.

No agravo clínico geral foi prevalente a causa neurológica – 45 (20,5%) e a cardiológica – 43 (19,5%); no clínico psiquiátrico a agressividade e agitação – 11 (33,3%); no clínico pediátrico a causa digestiva – 11 (34,4%), e a neurológica e respiratória, ambas – 4 (12,5%) e no clínico obstétrico a contração uterina – 3 (25%).

Nas características sociodemográficas e comorbidades predominaram mulheres 156 (52,5%) e idosos 125 (42,1%) com hipertensão 68 (17,5%) e diabetes 43 (11%). Nos agravos clínicos gerais prevaleceu idosos – 124 (41,8%); já nos agravos clínicos psiquiátricos foi frequente a faixa etária de 21 a 30 anos – 15 (5%) e os clínicos pediátricos a idade máxima foi de 10 anos – 21 (7,1%). Os indivíduos adultos/idosos apresentaram níveis pressóricos alterados – 79 (26,6%) e 116 (39,1%) alteração glicêmica. Nos pediátricos, 4 (1,3%) apresentaram alteração no nível pressórico. Não se identificou crianças e adolescentes com alteração dos níveis glicêmicos.

Em relação aos distritos sanitários de saúde atendidos, predominou o distrito sanitário do Tirirical – 60 (20,2%), seguido do distrito Bequimão – 50 (16,8%). Mais da metade 236 (79,5%) dos atendimentos ocorreram no domicílio, 24 (8,1%) no hospital, sendo a maioria 22 (91,7%) por meio da remoção de unidade. O tipo de ambulância que prevaleceu foi do tipo suporte básico de vida – 248 (83,5%).

Foi possível perceber a prevalência de intervalos menores que um (1) minuto entre a comunicação do rádio operador para a equipe e a partida da ambulância – 215 (72,4%). A chegada no local de atendimento obteve uma média de 13 minutos. No desfecho das vítimas, predominou o hospital 244 (82,2%) e 15 (5,1%) evoluíram para óbito no local. Todos os atendimentos classificados como vermelho, tiveram o suporte avançado de vida.

Identificou-se uma carência no preenchimento da Ficha Individual de Regulação Médica, principalmente nos atendimentos psiquiátricos, o que influencia na avaliação do serviço, planejamento de políticas públicas voltadas para a realidade local, formulação de ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, atendendo às reais necessidades da população.

Este estudo teve como fator limitante o fato de ter sido realizado em apenas um serviço, o que torna difícil qualquer generalização. Entretanto, os achados contribuem para a atenção as redes de serviço, especificamente a rede móvel de emergência e urgência, no que tange a integralidade do cuidado de forma organizada, qualificada, resolutiva e de referência, sendo uma oportunidade para reflexão de propostas e ações específicas e necessárias em situação crítica de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA *et. al.* Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, vol. 20, núm. 2, p. 289-295, 2016. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000200289&script=sci\_abstract&tlng=pt]. Acesso em 30 de março de 2018.

AQUINO, D. I. **Caracterização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), do município de Florianópolis/SC**. Dissertação [Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho]. Universidade do Vale do Itajaí. Santa Catarina. 2007. Disponível em [https://siaiap39.univali.br/repositorio/handle/repositorio/1141]. Acesso em 21 de novembro de 2018.

BARBAS *et. al.* Recomendações brasileiras de ventilação mecânica – Parte I. **Rev Bras Ter Intensiva**. São Paulo, v. 26, nº 2, p. 89-121, 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n2/0103-507X-rbti-26-02-0089.pdf]. Acesso em 04 de dezembro de 2018.

BARROS, R. E. M.; TUNG, T. C.; MARI, J. J. 2010. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol 32, supl II, out, 2010. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a03.pdf]. Acesso em 08 de dezembro de 2018.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília, DF. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/LEIS/L8069.htm]. Acesso em 14 de novembro de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violências**. PORTARIA GM/MS Nº 737 DE 16/05/01. Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em [http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/Port\_737\_polt\_reducao\_acid\_morbimortalidade.pdf]. Acesso em 23 de abril de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência**. Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\_05\_11\_2002.html]. Acesso em 03 de novembro de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências/** Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\_nac\_urgencias.pdf]. Acesso em 23 de abril de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad19.pdf]. Acesso em 04 de dezembro de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.971, de 8 de dezembro de 2008. **Institui o veículo motocicleta-motolância como integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda a Rede SAMU 192 e define critérios técnicos para sua utilização.** Brasília, DF. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2971\_08\_12\_2008.html]. Acesso em 04 de dezembro de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\_respiratorias\_cronicas.pdf]. Acesso em 16 de novembro de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\_brasil\_2011.pdf]. Acesso em 22 de abril de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\_crianca\_crescimento\_desenvolvimento.pdf]. Acesso em 16 de novembro de 2018.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília: Diário Oficial da União, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde - 3. ed., 2. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em [[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso\\_3edicao.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf)]. Acesso em 14 de novembro de 2018.

\_\_\_\_\_. Governo do Distrito Federal. **Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco nas Portas Fixas de Urgência e Emergência – Adulto**. Distrito Federal: Secretaria do Estado da Saúde, 2014. Disponível em [<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/4.-Protocolo-de-Acolhimento-e-Classificacao-de-risco-Adulto.pdf>]. Acesso em 04 de dezembro de 2018.

BUENO, A. A.; BERNANDES, A. Percepção da equipe de enfermagem de um Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, nº 1, p. 45-53, 2010. Disponível em [<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a05>]. Acesso em 23 de abril de 2018.

CABRAL, A. P. S.; SOUZA, W. V. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Rev Bras Epidemiol**, vol. 11, nº 4, p. 530-40, 2008. Disponível em [[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2008000400002&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2008000400002&script=sci_abstract&lng=pt)]. Acesso em 27 de novembro de 2018.

CARMO, H. O.; VALENTE, T. C. O. Romarias à Aparecida, São Paulo: estrutura e perfil das ocorrências no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev. Gest. Saúde**. Brasília, vol.07 (Supl. 1), p. 889-05, jul. 2016. Disponível em [<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/viewFile/21997/15705>]. Acesso em 27 de novembro de 2018.

CARVALHO *et. al.* Altas taxas de sedentarismo e fatores de risco cardiovascular em pacientes com hipertensão arterial resistente. **Medicina**. Ribeirão Preto, vol 49, nº 2, p. 124-133, 2016. Disponível em [<http://revista.fmrp.usp.br/2016/vol49n2/AO5-Altas-taxas-de-Sedentarismo-e-fatores-de-risco-em-hipertensos.pdf>]. Acesso em 21 de novembro de 2018.

CASAGRANDE, D.; STAMM, B.; LEITE, M. T. Perfil dos atendimentos realizados por uma Unidade de Suporte Avançado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Rio Grande do Sul. **Scientia Medica**. Porto Alegre, volume 23, número 3, p. 149-155, 2013. Disponível em [<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-707302>]. Acesso em 19 de novembro de 2018.

CHACHAM, A. S.; MAIA, M. B.; CAMARGO, M. B. Autonomia, gênero e gravidez na adolescência: uma análise comparativa da experiência de adolescentes e mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte. **R. bras. Est. Pop.** Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 389-407, jul./dez. 2012. Disponível em

[[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982012000200010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982012000200010&script=sci_abstract&tlng=pt)]. Acesso em 03 de dezembro de 2018.

CHAVES, B. G. **Aspectos Epidemiológicos e Gerenciais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Fortaleza em 2011 e 2012**. Dissertação [Mestre em Saúde Pública]. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza. 2014. Disponível em [<http://www.uece.br/ppsac/dmdocuments/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20BREITNER%20GOMES%20CHAVES.pdf>]. Acesso em 19 de abril de 2018.

CICONET, R. M. **Tempo Resposta de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Tese [Doutor em Enfermagem]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015. Disponível em [<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/129481>]. Acesso em 15 de novembro de 2018.

COFEN. **Resolução 375/2011**. Brasília, DF. Disponível em [[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3752011\\_6500.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3752011_6500.html)]. Acesso em 20 de abril de 2018.

CORREA *et. al.* Atendimentos a vítimas de parada cardíaca extra-hospitalar com desfibrilador externo automático em unidades de suporte básico. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, nº4, p. 600-607, Out/Dez 2014. Disponível em [<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18936>]. Acesso em 23 de abril de 2018.

COSTA, P. C.; MIRANDA, J. O. F.; SOUZA, K. A. O. Assistência Pré-Hospitalar Pediátrica realizada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **J. res.: fundam. care. Online**, v. 5, nº 4, p. 614-621, 2013. Disponível em [<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=24962&indexSearch=ID>]. Acesso em 03 de dezembro de 2018.

DANTAS *et. al.* Ocorrências realizadas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Metropolitano. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 8, nº 4, p. 842-9, abr, 2014. Disponível em [<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9751/9867>]. Acesso em 19 de novembro de 2018.

DOLOR, A. L. T. **Atendimento Pré-Hospitalar: histórico do papel do enfermeiro e os desafios ético-legais**. Tese [Mestre em Enfermagem]. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008. Disponível em [<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7131/tde-15052008-152805/pt-br.php>]. Acesso 01 de dezembro de 2018.

- DUARTE, S. J. H.; LUCENA, B. B.; MORITA, L. H. M. Atendimentos prestados pelo serviço móvel de urgência em Cuiabá, MT, Brasil. **Rev. Eletr. Enf**, v. 13, nº 3, p. 502-7, 2011. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/269863099\_Atendimentos\_prestados\_pelo\_servico\_movel\_de\_urgencia\_em\_Cuiaba\_MT\_Brasil]. Acesso em 27 de novembro de 2018.
- DUTRA *et. al.* Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. **J. res.: fundam. care online**. Rio de Janeiro, vol. 8, nº2, p. 4501-4509, abr/jun, 2016. Disponível em [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4787/pdf\_1906]. Acesso em 04 de dezembro de 2018.
- ERVATTI, L. R.; BORGES, M. G.; JARDIM, A. P. **Mudanças Demográfica no Brasil no início do século XXI**. Rio de Janeiro, nº 3, 2015. Disponível em [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf]. Acesso em 02 de dezembro de 2018.
- FERREIRA *et. al.* Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 28, nº 2, p. 313-323, fev, 2012. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0102-311X2012000200010]. Acesso em 03 de dezembro de 2018.
- FRANCA *et. al.* Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 46-60, maio 2017. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2017000500046&script=sci\_abstract&tlng=pt]. Acesso em 02 de dezembro de 2018
- FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, vol. 21, nº 1, p. 7-19, jan-mar 2012. Disponível em [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1679-49742012000100002]. Acesso em 21 de novembro de 2018.
- GAIO *et. al.* Importance of nursing home care for blood pressure control in people with hypertension. **R. pesq.: cuid. fundam. online**. Rio de Janeiro, vol. 5, nº 2, p. 3819-27, abr/jun, 2013. Disponível em [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2062/pdf\_785]. Acesso em 03 de dezembro de 2018.
- GENTIL, R. C.; RAMOS, L. H.; WHITAKER, I. Y. Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar. **Rev Latino-Am Enfermagem**, 16:192-7, 2008. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt\_04.pdf]. Acesso em 05 de dezembro de 2018.
- GIARETTA *et. al.* Perfil das ocorrências em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 26, n. 2, p. 478-487,

maio/ago. 2012. Disponível em [https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6597]. Acesso em 19 de novembro de 2018.

GOLBERT *et. al.* **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Editora Clannad, 2017. Disponível em [https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf]. Acesso em 13 de novembro de 2018.

GOMES *et. al.* Fatores prognósticos de sobrevida pós-reanimação cardiorrespiratória cerebral em hospital geral. **Arq. Bras.** vol. 85, n.4, 2005. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_abstract&pid=S0066-782X2005001700006&lng=pt&nrm=isso]. Acesso em 05 de dezembro de 2018.

GONSAGA *et. al.* Características dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no município de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil, 2006 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, vol. 22, nº 2, p. 317-324, abr-jun 2013. [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742013000200013](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000200013). Acesso em 03 de dezembro de 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico**. 2010. Disponível em [http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0U,2U,21U&cat=2,-2,60,128&ind=4711]. Acesso em 05 dezembro de 2018.

IMAMURA, J. H. **Epidemiologia dos traumas em países desenvolvidos e em desenvolvimento**. Dissertação [Mestre em Ciências]. Universidade de São Paulo, 2012. Disponível em [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5141/tde-18092012.../JaneteHondalmamura.pdf]. Acesso em 04 de abril de 2018.

LEFUNDES *et. al.* Caracterização das ocorrências do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-10, jul./set. 2016. Disponível em [https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16387]. Acesso em 21 de novembro de 2018.

LIMA, R. A. **Mapeamento da Rede de Atenção à Pessoa Idosa: guia de informações úteis**. São Luís: EDUFMA, 2018. Disponível em [https://repositorio.ufma.br/jspui/handle/123456789/937]. Acesso em 06 de novembro de 2018.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista Saúde Pública**, vol. 45, nº 3, p. 519-28, 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0034-89102011000300010]. Acesso em 30 de março de 2018.

MALACHIAS *et. al.* 7ª Diretriz Brasileira De Hipertensão arterial. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Rio de Janeiro, volume 107, nº 3, suplemento 3, 2016. Disponível em [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\_HIPERTENSAO\_ARTERIAL.pdf]. Acesso em 13 de novembro de 2018.

MARQUES, G. Q. **Acesso e utilização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre por usuários com demandas clínicas**. Tese [Doutor em Enfermagem]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010. Disponível em [https://lume.ufrgs.br/handle/10183/27877]. Acesso em 20 de novembro de 2018.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S.; CICONET, R. M. Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre – RS. **Acta Paul Enferm**, v. 24, nº 2, p. 185-91, 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000200005&script=sci\_abstract&tlng=pt/]. Acesso em 30 de março de 2018.

MASCARENHAS, C. H. M.; REIS, L. A.; SOUZA, M. S. Avaliação do risco de doença coronariana em adultos e idosos no município de Lagêdo do Tabocal / BA. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**. Umuarama, v. 13, n. 1, p. 15-20, 2009. Disponível em [http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/2791]. Acesso em 08 de dezembro de 2018.

MENDONÇA *et. al.* Risco cardiovascular, aptidão física e prática de atividade física de idosos de um parque de São Paulo. **R. bras. Ci. e Mov.** Brasília, v. 12, nº 2, p. 19-24, junho, 2004. Disponível em [https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/551/575]. Acesso em 05 de dezembro de 2018.

MICHELS, N. A.; ARCOVERDE, M. A. M. **Perfil dos casos psiquiátricos atendidos em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**. VII SEPECEL, Paraná, 2012. Disponível em [http://cac.php.unioeste.br/eventos/viisepecel/]. Acesso em 05 de dezembro de 2018.

MICHILIN *et. al.* Análise dos atendimentos obstétricos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev Bras Enferm**, vol. 69, nº 4, p. 669-75, 2016. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0669.pdf]. Acesso em 07 de dezembro de 2018.

MORAIS, D. A.; CARVALHO, D. V.; CORREA, A, R. Parada cardíaca extra-hospitalar: fatores determinantes da sobrevida imediata após manobras de ressuscitação cardiopulmonar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol. 22, nº 4, p. 562-8, 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt\_0104-1169-rlae-22-04-00562.pdf]. Acesso em 23 de abril de 2018.

NASCIMENTO, E. M. R.; MOTA, E.; COSTA, M. C. N. Custos das internações de adolescentes em unidades da rede hospitalar integrada ao SUS em Salvador, Bahia.

**Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol. 12, nº 3, p. 137 – 145, 2003. Disponível em [[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742003000300004](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000300004)]. Acesso em 03 de dezembro de 2018.

NASCIMENTO *et. al.* **Atendimento Móvel de Urgência ao portador de transtorno mental: um desafio para a reforma psiquiátrica**. 17<sup>o</sup> SENPE, Natal, 2013. Disponível em [[http://www.abeneventos.com.br/anais\\_senpe/17senpe/pdf/0227co.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/0227co.pdf)]. Acesso em 27 de novembro de 2018.

NETO *et. al.* Características do atendimento pré-hospitalar intradomiciliar em Curitiba-PR. **J Health Sci Inst**, vol. 31, nº 2, p.155-6, 2013. Disponível em [[https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/02\\_abr-jun/V31\\_n2\\_2013\\_p155a160.pdf](https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/02_abr-jun/V31_n2_2013_p155a160.pdf)]. Acesso em 08 de dezembro de 2018.

O'DWYER *et. al.* O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Caderno de Saúde Pública**, vol. 33, nº7, p. 1-14, 2017. Disponível em [[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2017000705010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017000705010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)]. Acesso em 17 de novembro de 2018.

OLIVEIRA *et. al.* Atendimento do enfermeiro do serviço de urgência à vítima em parada cardiorrespiratória. **R. Interd**, v.6, n.2, p.64-74, 2013. Disponível em [<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/50>]. Acesso em 04 de abril de 2018.

OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em [[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)]. Acesso em 08 de dezembro de 2018.

PARIZ, J.; MENGARDA, C. F.; FRIZZO, G. B. A Atenção e o Cuidado à Gravidez na Adolescência nos Âmbitos Familiar, Político e na Sociedade: uma revisão da literatura. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 21, nº 3, p. 623-636, 2012. Disponível em [[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000300009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300009)]. Acesso em 04 de dezembro de 2018.

PASTORE *et. al.* III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre análise e emissão de laudos eletrocardiográficos. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Rio de Janeiro, vol. 106, nº 4, supl. 1, abril, 2016. Disponível em [[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/01\\_III\\_DIRETRIZES\\_ELETROCARDIOGRAFICAS.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/01_III_DIRETRIZES_ELETROCARDIOGRAFICAS.pdf)]. Acesso em 10 de novembro de 2018.

PEREIRA, S. D. **Conceitos e definições da Saúde e Epidemiologia usados na Vigilância Sanitária**. São Paulo, 2007. Disponível em [http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid\_visa.pdf]. Acesso em 22 de abril de 2018.

PIEGAS *et. al.* V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Rio de Janeiro, volume 105, nº 2, suplemento 1, 2015. Disponível em [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02\_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf]. Acesso em 01 de dezembro de 2018.

PITTERI, J. S. M. **Caracterização de assistência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Palmas - Estado do Tocantins, no período de julho de 2008 a junho De 2009**. Dissertação [Mestre em Ciências da Saúde]. Universidade de Brasília. Brasília, 2010. Disponível em [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9149/1/2010\_JessimiraSoaresMunizPitteri.pdf]. Acesso em 20 de novembro de 2018.

PIZZOL *et. al.* Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 28, nº 1, p. 104-114, jan, 2012. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0102-311X2012000100011]. Acesso em 05 de dezembro de 2018.

POTTER, Patricia Ann. **Fundamentos de enfermagem** / Patricia A. Potter, Anne Griffi n Perry ; [tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.]. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

ROCHA, R. M.; MARTINS, W. A. **Manual de prevenção cardiovascular** / [editores Ricardo Mourilhe Rocha, Wolney de Andrade Martins]. --1. ed. -- São Paulo: Planmark; Rio de Janeiro: SOCERJ - Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2017. Disponível em [https://socerj.org.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual\_de\_Prevencao\_Cardiovascular\_SOCERJ.pdf]. Acesso em 20 de novembro de 2018.

SANTOS *et. al.* Serviço de Atendimento Móvel de Urgência às urgências e emergências psiquiátricas. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, vol. 8, nº 6, p. 1586-96, 2014. Disponível em [https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9849/10061]. Acesso em 07 de dezembro de 2018.

SCARPELINI, S. A organização do atendimento às urgências e trauma. **Medicina**. Ribeirão Preto, vol. 40, nº 3, p. 315-20, 2007. Disponível em [http://revista.fmrp.usp.br/2007/vol40n3/1\_a\_organizaca\_atendimento\_urgencias\_e\_t\_ trauma.pdf]. Acesso em 30 de março de 2018.

SEMENSATO, G.; ZIMERMAN, L.; ROHDE, L. E. Avaliação Inicial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na Cidade de Porto Alegre. **Arq Bras Cardiol**. São Paulo, vol. 96, nº 3, p. 196-204, 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0066-782X2011000300005]. Acesso em 27 de novembro de 2018.

SEMUS. São Luís. Secretaria Municipal de Saúde de São Luís. Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária. Coordenação de Vigilância Epidemiológica- Controle de Endemias. **Relação de localidades por zona urbana e rural**. São Luís, 2016.

SILVA *et. al.* Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, vol. 12, nº 3, p.571-7, 2010. Disponível em [https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/pdf/v12n3a23.pdf]. Acesso em 30 de março de 2018.

SILVA *et. al.* Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol.16, n.5, p.2485-2493, 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000500018&script=sci\_abstract&lng=pt]. Acesso em 03 de dezembro de 2018.

SILVA, B. A. **Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) diante das urgências e emergências psiquiátricas**. Monografia [Bacharel em Enfermagem]. Faculdade Nova Esperança. Rio Grande do Norte, 2017. Disponível em [http://www.sistemasfacenern.com.br/repositorio/admin/acervo/279871dbc68b67fbfedb33a193f82e7.pdf]. Acesso em 07 de dezembro de 2018.

TACSI, Y. R. C.; VENDRUSCOLO, D. M. S. A assistência de enfermagem no Serviço de Emergência Pediátrica. **Rev Latino-am Enfermagem**, vol. 12, nº 3, p. 477-84, 2004. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000300005&script=sci\_abstract&lng=pt]. Acesso em 07 de dezembro de 2018.

TAVARES, D. R. **Sistema de Apoio à decisão no manejo da desidratação infantil**. Dissertação [Mestre Profissional em Telessaúde]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em [http://telessaude.uerj.br/mestrado/wp-content/uploads/2018/09/Diego-Rodrigues-Tavares-TCC.pdf]. Acesso em 04 de dezembro de 2018.

TEIXEIRA, I. N. A. O. Revisão da literatura sobre conceitos e definições de fragilidade em idosos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, vol. 21, nº 4, p. 297-305, 2008. Disponível em [https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40811508011]. Acesso em 04 de dezembro de 2018.

TELES *et. al.* Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional. **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 25, n.º 1, p. 51-57, 2017. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n1/1414-462X-cadsc-25-1-51.pdf]. Acesso em 04 de abril de 2018.

TIBÃES *et. al.* Perfil de Atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Norte de Minas Gerais. **J. res.: fundam. care. Online**, vol. 10, n.º 3, p. 675-682, 2018. Disponível em [www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/6150/pdf\_1]. Acesso em 19 de novembro de 2018.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, vol. 21, n.º 4, p. 539-548, out-dez, 2012. Disponível em [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1679-49742012000400003]. Acesso em 03 de dezembro de 2018.

VILLAVICENCIO, M. R. Tiempo de respuesta en el transporte primario de prioridades I y II en el servicio de sistema de transporte asistido de emergencia STAE-ESSALUD. **Emergencias**, vol. 20, p. 316-321, 2008. Disponível em [https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2776193]. Acesso em 15 de novembro de 2018.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Tempo dos atendimentos (em minutos)

FICHAS	1	2	3	BAIRRO	TIPO	PCR
1	1	48	27	S. RAIMUNDO	PSIQUIÁTRICO	
2	1	11	6	FÁTIMA	PSIQUIÁTRICO	
3	0	26	23	BR	PSIQUIÁTRICO	
4	0	23	8	S. FRANCISCO	GERAL	
5	0	22	-	S. CRISTOVÃO	GERAL	
6	0	8	6	VILA PASSO	GERAL	
7	0	22	18	S. RAIMUNDO	PEDIÁTRICO	
8	0	7	19	V. ITAMAR	GERAL	
9	0	8	-	R. PRIMAVERA	GERAL	
10	0	15	12	RENASCENÇA	GERAL	
11	0	10	13	PLANALTO ANIL	GERAL	
12	0	20	2	P. ARAÇAGY	GERAL	
13	0	15	-	CRUZEIRO ANIL	GERAL	
14	0	17	26	PEDRINHAS	PEDIÁTRICO	
15	0	3	9	S. CRISTOVÃO	GERAL	
16	1	16	20	S. RAIMUNDO	GERAL	
17	4	43	21	-	PEDIÁTRICO	
18	0	13	15	PEDRINHAS	GERAL	
19	0	24	28	MARACANÃ	OBSTÉTRICO	
20	0	7	14	V. MARANHÃO	GERAL	
21	0	22	18	FORQUILHA	GERAL	
22	1	5	10	V. PALMEIRA	GERAL	
23	0	30	-	COHAFUMA	GERAL	
24	-	7	15	ALEMANHA	PEDIÁTRICO	
25	0	15	12	CENTRO	GERAL	
26	0	4	9	ANJO DA GUARDA	GERAL	
27	0	14	22	ZONA RURAL	GERAL	
28	0	9	-	C. OPERÁRIA	GERAL	
29	1	17	-	COROADINHO	PSIQUIÁTRICO	
30	0	17	-	V. EMBRATEL	PSIQUIÁTRICO	
34	0	-	-	TURU	GERAL	
37	0	12	-	FÁTIMA	GERAL	PCR
43	0	10	5	CENTRO	GERAL	
44	0	8	18	FORQUILHA	GERAL	
45	0	11	7	LIBERDADE	GERAL	
46	4	-	-	S. RAIMUNDO	GERAL	
47	0	14	18	ANJO DA GUARDA	GERAL	
48	-	-	-	S. CRISTOVÃO	GERAL	
49	0	17	-	COHATRAC IV	GERAL	
50	1	40	23	ANGELIM	GERAL	
51	0	-	-	ANIL	GERAL	
52	0	10	-	ANJO DA GUARDA	GERAL	
53	0	23	-	PÃO DE AÇÚCAR	GERAL	
54	0	10	10	COHAMA	GERAL	
55	0	16	2	S. RAIMUNDO	GERAL	
56	0	9	31	SANTA EFIGÊNIA	GERAL	
57	0	33	19	ARRAIAL	OBSTÉTRICO	
58	1	4	26	JOÃO DE DEUS	GERAL	
59	0	12	5	BACANGA	PSIQUIÁTRICO	

60	0	-	-	ANJO DA GUARDA	PSIQUIÁTRICO	
61	0	11	8	ALTO DO TURU	PSIQUIÁTRICO	
62	0	10	13	COHAMA	PSIQUIÁTRICO	
63	0	3	9	TIRIRICAL	PSIQUIÁTRICO	
64	0	18	14	S. DO SACAVÉM	GERAL	
65	0	15	26	S. FRANCISCO	GERAL	
66	0	43	44	V. SAMARA	GERAL	
67	0	12	7	C. OLÍMPICA	GERAL	
68	0	50	13	R. ELDORADO	GERAL	
69	0	14	11	ITAQUI	GERAL	
70	0	16	13	S. DO SACAVÉM	GERAL	
78	0	24	19	JARACATY	GERAL	
79	0	37	-	MAIOBÃO	PSIQUIÁTRICO	
80	0	17	-	AURORA	PSIQUIÁTRICO	
81	0	14	8	FÁTIMA	PSIQUIÁTRICO	
82	0	15	5	CENTRO	GERAL	
83	-	-	-	C. OPERÁRIA	GERAL	
84	0	55	39	QUEBRA POTE	GERAL	
85	0	20	9	SACAVÉM	GERAL	
86	0	7	-	TÚNEL SACAVÉM	GERAL	
87	0	17	17	S. CRISTOVÃO	PSIQUIÁTRICO	
88	0	27	14	CENTRO	GERAL	
89	0	16	-	LIBERDADE	GERAL	
90	0	30	2	RENASCENÇA	GERAL	
91	0	23	16	V. SAMARA	PEDIÁTRICO	
92	0	-	-	COROADINHO	GERAL	
93	0	30	10	V. INDUSTRIAL	OBSTÉTRICO	
94	0	13	6	CARATATIUA	GERAL	
95	0	16	4	PÃO DE AÇÚCAR	GERAL	
96	0	11	11	CENTRO	GERAL	
97	0	6	11	CENTRO	GERAL	
98	0	45	20	ALTO DO TURU	PSIQUIÁTRICO	
99	0	25	3	ALTO DO CALHAU	PSIQUIÁTRICO	
100	0	14	14	ANJO DA GUARDA	GERAL	
101	0	11	16	BR	GERAL	
102	0	16	30	CENTRO	GERAL	
103	0	8	10	ALEMANHA	PEDIÁTRICO	
104	0	41	43	C. OPERÁRIA	GERAL	
105	1	11	-	DIAMANTE	GERAL	PCR
106	0	11	-	CENTRO	GERAL	
107	0	24	-	CALHAU	GERAL	
108	0	13	6	BARRETO	GERAL	
109	0	4	41	C. OLÍMPICA	PSIQUIÁTRICO	
110	20	7	-	V. EMBRATEL	PSIQUIÁTRICO	
111	-	20	20	TURU	GERAL	
112	0	17	5	SANTA CLARA	GERAL	
113	0	28	83	FÉ EM DEUS	GERAL	
114	0	28	17	GAPARA	GERAL	
115	0	13	13	COROADINHO	OBSTÉTRICO	
116	0	31	26	V. ESPERANÇA	PSIQUIÁTRICO	

117	0	6	20	V. PALMEIRA	PSIQUIÁTRICO	
118	0	15	20	V. EMBRATEL	GERAL	
119	0	19	9	-	PSIQUIÁTRICO	
120	0	26	10	S. CRISTOVÃO	PSIQUIÁTRICO	
121	0	26	18	V. MARANHÃO	PEDIÁTRICO	
122	0	9	10	DIAMANTE	GERAL	
123	0	16	27	V. SAMARA	PEDIÁTRICO	
124	1	10	16	ESTIVA	GERAL	
125	-	33	11	C. OLÍMPICA	GERAL	
126	0	25	10	CALHAU	GERAL	
127	-	7	28	FORQUILHA	OBSTÉTRICO	
128	0	13	11	V. EMBRATEL	GERAL	
129	0	8	36	V. MARANHÃO	GERAL	
130	1	27	-	MARACANÃ	PEDIÁTRICO	
131	-	8	29	AREINHA	GERAL	
132	0	16	-	S. BERNARDO	GERAL	
133	0	4	19	ANJO DA GUARDA	GERAL	
134	0	13	9	S. CRISTOVÃO	GERAL	
135	-	4	-	MARACANÃ	GERAL	
136	38	13	-	COHAMA	GERAL	
137	-	17	20	BEQUIMÃO	GERAL	
139	1	18	25	C. OPERÁRIA	GERAL	
140	0	4	-	LIMA VERDE	GERAL	PCR
142	0	4	30	V. INDUSTRIAL	GERAL	
143	0	32	13	R. TIRADENTES	PEDIÁTRICO	
144	0	23	-	S. ANTÔNIO	GERAL	
145	0	10	11	S. CRISTOVÃO	GERAL	
146	-	18	18	V. FIALHO	GERAL	
147	0	11	6	MADRE DEUS	GERAL	
148	-	25	10	V. SAMARA	PEDIÁTRICO	
149	0	15	10	J. AMÉRICA	GERAL	
150	-	51	3	MARACANÃ	GERAL	
151	1	8	6	FÁTIMA	GERAL	
152	0	25	41	R. JOSE RT	GERAL	
153	0	8	6	FILIPINHO	GERAL	
154	0	11	11	ALEMANHA	GERAL	
155	0	20	-	COROADINHO	GERAL	
156	0	8	-	J. PAULO	PEDIÁTRICO	
157	0	21	12	C. OLÍMPICA	GERAL	
158	0	17	7	R. ELDORADO	GERAL	
159	1	11	13	CENTRO	GERAL	
160	1	11	7	ANJO DA GUARDA	GERAL	
161	0	21	6	V. CONCEIÇÃO	GERAL	
162	1	19	11	S. FRANCISCO	GERAL	
163	1	11	11	C. OLÍMPICA	GERAL	
164	0	8	9	TIRIRICAL	GERAL	
165	-	14	-	SÁ VIANA	GERAL	
166	0	16	-	V. MARANHÃO	GERAL	
171	-	13	19	ALEMANHA	PEDIÁTRICO	
172	-	-	-	BEQUIMÃO	GERAL	

173	-	9	11	MARACANÃ	GERAL	
174	-	15	14	RENASCENÇA	GERAL	
175	1	7	35	V. BRASIL	GERAL	
176	1	14	13	S. CRISTOVÃO	GERAL	
177	0	10	10	COHAB ANIL	GERAL	
178	0	27	5	COHAB	PEDIÁTRICO	
179	1	18	18	V. CASCAVEL	GERAL	
180	-	-	35	PINDOBA	PSIQUIÁTRICO	
181	0	43	46	ESTIVA	PSIQUIÁTRICO	
182	0	14	3	CENTRO	GERAL	
183	0	31	23	N. COHATRAC	PSIQUIÁTRICO	
184	0	27	9	R. PARAÍSO	PSIQUIÁTRICO	
185	0	-	-	TURU	GERAL	
186	0	11	10	MARACANÃ	GERAL	
187	0	28	-	SANTA BÁRBARA	OBSTÉTRICO	
188	1	-	12	ANJO DA GUARDA	PEDIÁTRICO	
189	0	12	24	TIBIRI	PEDIÁTRICO	
190	-	8	18	V. PALMEIRA	GERAL	
191	0	10	20	PIRAPORA	GERAL	
192	-	31	4	C. OPERÁRIA	GERAL	
193	0	22	18	COROADINHO	GERAL	
194	0	11	20	S. DO SACA VÉM	GERAL	
195	0	40	25	V. MARANHÃO	GERAL	
196	0	43	55	V. COQUILHO	GERAL	
197	1	16	10	S. FRANCISCO	GERAL	
198	-	26	6	PLANALTO TURU	GERAL	
201	0	6	-	CENTRO	GERAL	
202	0	21	28	CALHAU	GERAL	PCR
203	0	12	-	V. MARANHÃO	GERAL	PCR
204	-	-	-	C. OPERÁRIA	GERAL	PCR
205	-	30	30	COHATRAC	GERAL	
206	0	25	12	PÃO DE AÇÚCAR	GERAL	
207	0	13	20	V. ISABEL CAF	GERAL	
208	0	11	50	CHÁCARA BRASIL	GERAL	
209	0	21	-	CALHAU	GERAL	PCR
210	0	20	12	V. EMBRATEL	GERAL	
211	0	14	9	SANTA CRUZ	GERAL	
212	1	12	17	AURORA	GERAL	
213	0	7	6	V. NOVA REP	PEDIÁTRICO	
214	0	-	-	COHAFUMA	GERAL	
215	0	6	13	M. CASTELO	GERAL	
216	0	20	-	CALHAU	GERAL	
217	0	14	21	S. CRISTOVÃO	GERAL	
221	0	33	-	V. EMBRATEL	GERAL	
222	0	10	-	C. OPERÁRIA	GERAL	
223	0	9	-	BOM JESUS	GERAL	PCR
224	0	20	-	COHATRAC	GERAL	PCR
225	0	20	-	S. LUZIA	PSIQUIÁTRICO	
226	0	16	-	V. PALMEIRA	GERAL	
227	-	-	-	VILA NOVA	PEDIÁTRICO	

228	-	9	-	V. FIALHO	GERAL	PCR
229	-	20	-	TURU	GERAL	
230	-	19	-	ALTO DO CALHAU	GERAL	
231	0	0	39	NOVA AURORA	GERAL	
232	0	40	9	ALEMANHA	GERAL	
233	0	11	-	J. TROPICAL	GERAL	
234	0	29	-	MARACANÃ	PEDIÁTRICO	
235	0	17	-	QUEBRA POTE	OBSTÉTRICO	
236	0	10	-	S. FRANCISCO	GERAL	PCR
237	1	10	5	C. OPERÁRIA	GERAL	
238	0	18	8	C. OPERÁRIA	PEDIÁTRICO	
239	0	26	20	ANJO DA GUARDA	PSIQUIÁTRICO	
240	0	6	16	CAJUPE	GERAL	
241	0	13	12	SACAVÉM	OBSTÉTRICO	
242	0	18	-	V. ISABEL CAF	PEDIÁTRICO	
243	0	14	-	SANTA BÁRBARA	GERAL	
244	0	16	13	S. ANTÔNIO	GERAL	
245	-	55	10	ITAPERÁ	PEDIÁTRICO	
246	0	6	1	CENTRO	GERAL	
247	0	14	15	V. SÃO LUÍS	GERAL	
248	0	2	10	FILIPINHO	GERAL	
249	0	35	17	FORQUILHA	PSIQUIÁTRICO	
250	0	20	-	VILA NOVA	GERAL	
251	1	27	21	TAGIPURU	GERAL	
252	4	20	9	JOÃO DE DEUS	PEDIÁTRICO	
257	-	15	6	CENTRO	GERAL	
258	3	11	12	MARACANÃ	GERAL	
259	0	15	21	V. SARNEY	GERAL	
260	0	7	12	COHAB ANIL	GERAL	
261	0	19	-	S. RAIMUNDO	GERAL	
262	0	6	10	VINHAI	GERAL	
263	-	13	4	J. TROPICAL	GERAL	
264	0	21	8	CRUZEIRO ANIL	OBSTÉTRICO	
265	0	18	9	C. OLÍMPICA	GERAL	
266	0	28	15	V. SÃO LUÍS	GERAL	
267	-	10	21	CRUZEIRO ANIL	OBSTÉTRICO	
268	1	-	-	FÁTIMA	GERAL	
269	1	24	-	C. OPERÁRIA	GERAL	
270	0	11	1	BEQUIMÃO	GERAL	
271	4	20	15	S. ANTÔNIO	GERAL	
272	0	2	-	SACAVÉM	GERAL	PCR
273	-	-	-	IPEM ANGELIM	GERAL	PCR
274	-	23	-	COHATRAC	GERAL	PCR
275	0	16	-	BEQUIMÃO	GERAL	PCR
281	0	10	4	C. OLÍMPICA	GERAL	
282	1	14	-	R. VINHAI	GERAL	
283	0	14	17	CRUZEIRO ANIL	GERAL	
284	0	11	4	JARDIM TURU	GERAL	
285	0	9	7	ANIL	GERAL	
286	0	20	13	ANJO DA GUARDA	GERAL	

287	0	8	22	MARACANÃ	GERAL
288	0	22	26	MARACUJÁ	PEDIÁTRICO
289	0	7	17	COHATRAC	GERAL
291	0	10	-	CAJUPARY	GERAL
292	0	13	-	LIBERDADE	PEDIÁTRICO
293	0	28	14	COHAB ANIL	GERAL
294	-	-	-	CENTRO	PEDIÁTRICO
295	-	-	-	ARRAIAL	GERAL
296	0	9	15	ALEMANHA	PEDIÁTRICO
297	0	21	147	GAPARA	GERAL
298	0	17	16	V. NOVA REP	OBSTÉTRICO
299	2	13	33	COHAMA	OBSTÉTRICO
300	0	9	20	CRUZEIRO ANIL	GERAL
301	0	18	14	ARIRIZAL	GERAL
302	0	20	3	JANAÍNA	GERAL
303	0	34	25	R. AMENDOEIRAS	PSIQUIÁTRICO
304	0	6	7	-	GERAL
305	0	13	15	PEDRINHAS	GERAL
306	0	8	-	C. OPERÁRIA	GERAL
307	0	13	37	DIAMANTE	GERAL
308	0	29	14	V. CONCEIÇÃO	GERAL
309	0	7	13	DIAMANTE	GERAL
310	0	10	16	COROADINHO	GERAL
316	-	-	19	TURU	GERAL
317	0	6	-	ALE. TAVARES	PEDIÁTRICO
318	-	-	12	C. OPERÁRIA	GERAL
319	0	25	24	VILA ARIRI	GERAL
320	0	11	12	V. ISABEL CAF	GERAL
321	0	49	21	V. ISABEL CAF	GERAL
322	0	37	-	RIO ANIL	GERAL
323	-	-	16	COHATRAC	GERAL
324	1	56	17	BARRETO	GERAL
325	0	33	42	V. MARANHÃO	GERAL
326	0	13	42	V. MARANHÃO	PEDIÁTRICO
327	1	2	8	JORDOA	PEDIÁTRICO
328	-	-	5	COREIA DE CIMA	PSIQUIÁTRICO
329	-	-	42	CENTRO	PSIQUIÁTRICO
330	0	20	17	ILHINHA	PSIQUIÁTRICO
331	-	26	3	VILA NOVA	GERAL
332	-	28	-	FÁTIMA	GERAL
333	0	59	11	GAPARA	PEDIÁTRICO
334	0	10	-	COHEB SACA VÉM	GERAL
335	-	9	-	SACA VÉM	PEDIÁTRICO
336	-	20	-	J. PAULO	GERAL
337	0	30	-	QUEBRA POTE	GERAL
338	-	30	-	R. RIBEIRA	GERAL
339	0	20	-	VILA RIOD	GERAL
340	0	50	9	ESTIVA	GERAL

**ANEXOS**

## ANEXO A – Ficha Individual de Regulação Médica

 Prefeitura de São Luís Secretaria Municipal de Saúde		<b>FICHA INDIVIDUAL DE REGULAÇÃO MÉDICA</b> REGISTRO DE CHAMADAS SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA						
						USA/USB	SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA	
<b>CHAMADA</b>	Nº: _____		DATA: / /		HORA: :			
	Médico(a) Regulador(a) Dr.(a)				CRM: _____			
<b>SOCORRO</b>	<b>MOTIVO</b>	<input type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> REMOÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRO*				*(REGISTRE EM OBS. FINAIS)		
	<b>TIPO</b>	<b>QUEIXA DO SOLICITANTE</b>			<b>OBSERVAÇÕES</b>			
	<input type="checkbox"/> TRAUMÁTICO				Nº de vítimas?			
	<input type="checkbox"/> CASO CLÍNICO				Há quanto tempo?			
	<input type="checkbox"/> OBSTÉTRICO				Idade Gestacional?			
	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO							
ACIDENTE DE TRABALHO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO								
<b>CLIENTE</b>	NOME COMPLETO: _____				<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input type="text"/> ANOS			
	ENDEREÇO ONDE SE ENCONTRA O(A) PACIENTE (RUA, Nº, APT, BAIRRO, PONTO DE REFERÊNCIA): _____				PROFISSÃO: _____			
	ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____				_____			
	MUNICÍPIO: _____				DN / /			
<b>INCIDENTE</b>	<input type="checkbox"/> PEDIDO CANCELADO		<input type="checkbox"/> RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO		<input type="checkbox"/> FALSO AVISO			
	<input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO		<input type="checkbox"/> ÓBITO NO LOCAL		<input type="checkbox"/> ATENDIMENTO NO LOCAL			
	<input type="checkbox"/> NÃO SE ENCONTRA MAIS NO LOCAL		<input type="checkbox"/> ÓBITO NO TRANSPORTE		<input type="checkbox"/> OUTRO: _____			
<b>TRANSPORTE UTILIZADO</b>	<b>MEIOS</b>	<input type="checkbox"/> USA _____ <input type="checkbox"/> USB _____ <input type="checkbox"/> MOTOLANCIA <input type="checkbox"/> AMBULANCHA <input type="checkbox"/> RESGATE AÉREO						
	<b>HORÁRIOS</b>	COMUNICAÇÃO	PARTIDA	LOCAL	PARTIDA DO LOCAL	DESTINO	RETORNO	BASE/SAMU
	<b>EQUIPE</b>	MÉDICO(A)		ENFERMEIRO(A)		AUXILIAR(ES)		CONDUTOR(A)
GRAVIDADE PRESUMIDA <input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> SEVERA <input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> INDETERMINADA <input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> MORTE								
<b>AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (NO CENÁRIO DO ACIDENTE)</b>	<b>MECANISMO DO TRAUMA</b>							
	<input type="checkbox"/> Acidente com Automóvel		<input type="checkbox"/> Acidente com Moto		<input type="checkbox"/> Queimadura Agente			
	<input type="checkbox"/> Uso do Cinto _____    Localização da vítima no automóvel		<input type="checkbox"/> Com Capacete <input type="checkbox"/> Sem Capacete		<input type="checkbox"/> Fogo <input type="text"/> % de Área queimada: (ver página 4)			
	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motorista		<input type="checkbox"/> Queda		<input type="checkbox"/> Afogamento			
	<input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Passageiro		<input type="checkbox"/> Própria Altura <input type="checkbox"/> Altura aprox. _____		<input type="checkbox"/> Choque Elétrico			
	<input type="checkbox"/> Air Bag <input type="checkbox"/> Banco Dianteiro		<input type="checkbox"/> Agressão Física		<input type="checkbox"/> Outro: _____			
	<input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Banco Traseiro		<input type="checkbox"/> Fer. P/ Arma Branca		<input type="checkbox"/> Fer. p/ Arma de Fogo			
	<input type="checkbox"/> Colisão <input type="checkbox"/> Condições da vítima no veículo		<input type="checkbox"/> Fer. p/ Arma de Fogo		<input type="checkbox"/> Espancamento			
	<input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Vítima Projetada		<input type="checkbox"/> Fer. p/ Arma de Fogo		<input type="checkbox"/> Espancamento			
	<input type="checkbox"/> Encarcerado		<input type="checkbox"/> Espancamento					
<b>AVALIAÇÃO INICIAL</b>								
<b>VIAS AÉREAS</b>		<b>VENTILAÇÃO</b>		<b>CIRCULAÇÃO</b>		<b>AVAL. NEUROLÓGICA</b>		
<input type="checkbox"/> Pérvia <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> M. V. Presentes		<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Enchimento		<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> capilar <2"		<input type="checkbox"/> Escore da ECG (ver página 4)		
<input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Bilateralmente		<input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Corada		<input type="checkbox"/> Rápido <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Enchimento		<input type="checkbox"/> PUPILAS		
Devido á: _____		<input type="checkbox"/> Forte <input type="checkbox"/> Cianótico: capilar >2"		<input type="checkbox"/> Isocória		<input type="checkbox"/> Anisocória		
<input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> M. V. Diminuído		<input type="checkbox"/> Fraco <input type="checkbox"/> Seca		<input type="checkbox"/> Midriase		<input type="checkbox"/> Miose		
<input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> M. V. Ausente		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Hemorragia		<input type="checkbox"/> RFM <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
<input type="checkbox"/> Resp. Ruído: <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo								
<input type="checkbox"/> Em Apneia <input type="checkbox"/> Macicez								
<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa								



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (MINISTÉRIO DA SAÚDE)											
<input type="checkbox"/> VERMELHO		EVENTO:									
<input type="checkbox"/> AMARELO		EVENTO:									
<input type="checkbox"/> VERDE		EVENTO:									
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA (NA VIATURA)	HORA	P.A. mm/hg	F.C. Bpm	F.R. Mpm	Sat O2 %	T. Auxiliar °C	Glicemia	E.C.G.	E.T.A.	E.T.P.	
	INÍCIO										
	FIM										
	<b>CABEÇA</b>		<b>FACE</b>		<b>PESCOÇO</b>		<b>TÓRAX</b>		<b>ABDOMEN</b>		
	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante <input type="checkbox"/> Empalamento		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento <input type="checkbox"/> Lesão Ocular <input type="checkbox"/> Depressões <input type="checkbox"/> Assimetria <input type="checkbox"/> Empalamento		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da Traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-cutâneo <input type="checkbox"/> Ferimento <input type="checkbox"/> Empalamento		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. Paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Assimetria <input type="checkbox"/> Ferimento Aspirativo <input type="checkbox"/> Empalamento		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração <input type="checkbox"/> Empalamento		
	<b>PELVE</b>										
	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade <input type="checkbox"/> Assimetria										
	<b>COLUNA DORSAL</b>										
	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Hematoma _____ <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/>										
	<b>MEMBROS</b>										
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Luxação _____ <input type="checkbox"/> Fratura _____ <input type="checkbox"/> Amputação _____ <input type="checkbox"/>											
OUTROS AGRAVOS	<b>AFEÇÃO CLÍNICA</b>			<b>OBSTÉTRICA</b>			<b>PSIQUIÁTRICA</b>				
	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Medicamentos em uso _____			<input type="checkbox"/> Trabalho de Parto Nº gestações: ____ Nº partos vivos: ____ Nº abortos: ____ Contrações: ____ / ____ min. DUM ____ / ____ / ____ DPP: ____ / ____ / ____ IG ____ Semanas <input type="checkbox"/> Perda de líquido? <input type="checkbox"/> Líq. Amniótico claro <input type="checkbox"/> Líq. Amniótico meconial <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Abortamento <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Provocado			<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Agressividade <input type="checkbox"/> Auto-Agressão <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Medicamentos em uso _____				
<b>GRAVIDADE COMPROVADA</b> <input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> SEVERA <input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> INDETERMINADA <input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> MORTE											
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	<input type="checkbox"/> Oxigênio			<input type="checkbox"/> Acesso Venoso			<input type="checkbox"/> Curativo Compressivo				
	<input type="checkbox"/> Aspiração de Vias Aéreas			<input type="checkbox"/> Periférico			<input type="checkbox"/> Curativo de Três Pontas				
	<input type="checkbox"/> Entubação Traqueal: _____			<input type="checkbox"/> Central			<input type="checkbox"/> Imobilização				
	<input type="checkbox"/> Via Oral			<input type="checkbox"/> Dissecção			<input type="checkbox"/> MMSS				
	<input type="checkbox"/> Via Nasal			<input type="checkbox"/> Intra-ósseo			<input type="checkbox"/> MMII				
	<input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia						<input type="checkbox"/> Outras _____				
	<input type="checkbox"/> Punção						<input type="checkbox"/> Colar Cervical				
	<input type="checkbox"/> Dissecção						<input type="checkbox"/> KED				
	<input type="checkbox"/> Traqueostomia						<input type="checkbox"/> Prancha Longa				
	<input type="checkbox"/> Toracocentese de Alívio			<input type="checkbox"/> Monitorização			<input type="checkbox"/> Parto				
<input type="checkbox"/> Drenagem Torácica			<input type="checkbox"/> Cardioversão/Desfibrilação			<input type="checkbox"/> Outros					
<input type="checkbox"/> Ventilação por PP											





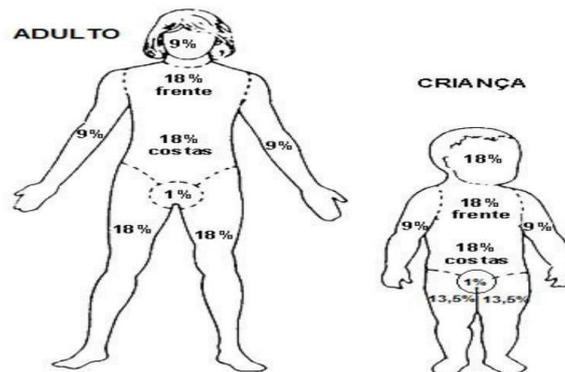


SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



## TRANSPORTE DO RN

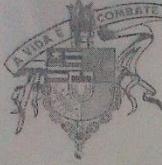
RN de:											
Nascimento: / /		Às: :		Peso ao nascer:							
Idade em Semanas Gestacionais:											
Temp. auxiliar do RN:		FC:		Sat O2 %:							
Padrão respiratório: <input type="checkbox"/> Eupnéico <input type="checkbox"/> Taquipnéico <input type="checkbox"/> Dispnéico <input type="checkbox"/> Gemência <input type="checkbox"/> BAM											
Cor da pele: <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Pletórica											
Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Oxihood <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> VPP											
Acesso venoso: <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Umbilical venoso <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> Flebotomia <input type="checkbox"/> Intra-óssea											
Sonda orogástrica: <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Fechada				Resíduo Gástrico:							
Diagnóstico:											
Procedência:				Destino:							
Motivo do transporte:											
<b>ESCALA DE COMA DE GLASGOW</b>											
		<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Menores de 5 anos		Escore		<b>ESCORE DO TRAUMA</b>					
				Inicial		Final					
Abertura Ocular	<input type="checkbox"/> Abre Espontaneamente	<input type="checkbox"/> Abre Espontaneamente	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	10-24	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Com Estímulos Auditivos	<input type="checkbox"/> Com Estímulos Auditivos	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	25-35	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Com Estímulos Dolorosos	<input type="checkbox"/> Com Estímulos Dolorosos	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	≥ 36	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Não Abre os Olhos	<input type="checkbox"/> Não Abre os Olhos	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	01-09	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
Melhor Resposta Verbal	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Balbucia	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Choro Irritado	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	> 90	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Palavras Inapropriadas	<input type="checkbox"/> Choro a dor	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	70-89	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Sons ou Gemidos	<input type="checkbox"/> Gemido a dor	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	50-69	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
Melhor Resposta Motora	<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> Nenhuma	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	01-49	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Obedece Solicitações	<input type="checkbox"/> Movimentos Espontâneos	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Localiza a Dor	<input type="checkbox"/> Retira ao toque	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	14 a 15	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Flexão Normal	<input type="checkbox"/> Retira a dor	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	11 a 13	4	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
Escala de Glasgow	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal	<input type="checkbox"/> Flexão Normal	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	8 a 10	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Extensão a Dor	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	5 a 7	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> Nenhuma	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	3 a 4	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	<b>ESCALA DE GLASGOW</b>						<b>ESCORE DO TRAUMA</b>				

CÁLCULO DA ÁREA CORPORAL QUEIMADA  
REGRA DOS NOVE

Av. João Pessoa nº 402 – Sítio Leal - Filipinho CEP 65042-815 São Luís/MA  
Fone: (98) 3212 8915 / 8916 – e-mail: samuszma@gmail.com



## ANEXO B - Parecer do Colegiado de Curso



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CCBS - CURSO DE ENFERMAGEM

## PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

1. TÍTULO: AGRAVOS DE SAÚDE ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
2. ALUNO(A): THIAGO VINICIUS DE ARAÚJO COSTA
3. ORIENTADOR(A): LISCIA DIVINA CARVALHO SILVA
4. INTRODUÇÃO: Contempla de maneira adequada e atualizada a temática
5. JUSTIFICATIVA: acadêmica e epidemiológica a organização do serviço de urgência e emergência na rede do SUS
6. OBJETIVOS: coerente com a proposta metodológica.
7. PROCESSO METODOLÓGICO: expõe o desenho do estudo adequado aos objetivos.
8. CRONOGRAMA: atende as atividades do projeto do estudo.
9. TERMO DE CONSENTIMENTO: não se aplica.
10. NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA: atende as normas regulamentares do curso.
11. CONCLUSÃO DO PARECER: O projeto apresenta relevância acadêmica e subsidia o serviço de urgência e emergência de saúde. Está conforme as normas do curso. Parecer favorável a sua implementação.

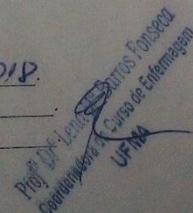
São Luís, 27 de abril de 2018.

Rosilda Silva Dias

Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 30/04/2018.
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em      /      /     .
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia      /      /     .

Lena Maria Barros Fonseca  
Prof.ª Dr.ª Lena Maria Barros Fonseca  
Coordenadora do Curso de Enfermagem



## ANEXO C – Carta de Anuência da Secretária Municipal de Saúde



PREFEITURA DE SÃO LUÍS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMUS  
SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

## CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente e de acordo com a realização do Projeto de pesquisa e extensão intitulado Agrupos de saúde atendidos pelo Serviço de Atendimento Municipal de Urgência e responsabilidade pedagógica e ética do (a) professor(a) Lúcia B. Carneiro Silva sob a supervisão de outro professor orientador da instituição a quem ele (a) conceder autorização, por escrito, com cópia desta anuência, a ser realizada nesta Instituição, que disponibiliza o uso de suas instalações e autoriza a aplicação de:

1. ( ) Entrevistas
2. ( ) Acesso a Prontuários
3. ( ) Filmagens
4. ( ) Questionários

5. ( ) Fotografias
6. ( ) Testes Laboratoriais
7.  Outros Registros do sistema de informação do SAMU - São Luís/MA

## Com os seguintes sujeitos:

1. ( ) Usuários
2. ( ) Profissionais
3. ( ) Outros: \_\_\_\_\_

## UNIDADES DE SAÚDE ONDE A PESQUISA SERÁ REALIZADA:

Central de Regulação de Urgência do SAMU de São Luís - MA.

Fica condicionada essa anuência à assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE, resguardadas as questões éticas, aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa – CEP e autorização da Superintendência de Educação em Saúde – SEDS, podendo ser revogada a qualquer momento, sem prejuízo para instituição cedente, desde que sejam verificadas situações de urgência/emergência que assim exijam, ou emissão de comportamento inadequado com as normas do serviço público ou da ética em pesquisa por parte dos pesquisadores.

São Luís – MA, 22/05/18

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Superintendência de Educação em Saúde

Coordenação de Estágio Pesquisa e Extensão

Jane Eire Silva de Oliveira

Coordenadora de Estágio Pesquisa e Extensão  
AUTORIZADO em 22/05/18

Rua Deputado Raimundo Vieira da Silva, nº 2000, Parque do Bom Menino – Centro / São Luís-MA - CEP.  
65.025-180 Fone: 98 3214 7347/7314 – e-mail: sedssemussl@gmail.com

## ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UFMA - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO MARANHÃO



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AGRAVOS DE SAÚDE ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA.

**Pesquisador:** Líscia Divana Carvalho Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 94200218.0.0000.5087

**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.935.029

**Apresentação do Projeto:**

O usuário acometido por agravo clínico em situações que desestabilizam sua condição vital necessita de intervenção precoce e qualificada, o que justifica a solicitação do atendimento por intermédio do acesso telefônico gratuito pelo número 192. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) busca potencializar e organizar o acesso aos serviços de urgência hospitalar e ao leito hospitalar, tornando-se uma nova porta de entrada no sistema e com capacidade de salvar vidas. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de natureza quantitativa, com o objetivo de analisar os agravos clínicos atendidos pelo SAMU, de São Luís- Maranhão.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

- Descrever os agravos de saúde atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de São Luís- Maranhão.

Objetivo Secundário:

- Identificar os dados sócio demográficos e clínicos dos pacientes;
- Caracterizar os agravos de saúde, desfechos dos atendimentos e seguimento dos pacientes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Caso ocorra algum tipo de risco mínimo como o desconforto ou constrangimento ao responder o

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho  
**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 2.935.029

questionário, será prestada assistência integral e imediata pelo tempo que for necessário ao senhor (a) como: a suspensão da aplicação do questionário ou ainda a aplicação do questionário em momento mais oportuno, caso aceite ainda participar da pesquisa, não acarretará penalização alguma. A quebra de sigilo/confidencialidade, também serão evitados pela manutenção do segredo profissional adotado pela totalidade dos envolvidos na pesquisa, ou seja, seu nome será mantido em sigilo e de forma anônima. Ainda assim, se for comprovado algum gasto, se terá a garantia de ressarcimento. Caso sejam identificados possíveis danos desta pesquisa, se terá o direito de buscar a indenização por vias legais.

**Benefícios:**

Em relação aos benefícios do estudo para a população/sociedade estão relacionados a contribuição para ampliar o conhecimento a respeito de danos ou prejuízos à integridade física, mental e social dos indivíduos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e possibilitar a comunidade científica melhor compreensão sobre os agravos de saúde, revelando ações priorizadas nos atendimentos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa esta bem elaborada e com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

**Recomendações:**

Não existem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1145072.pdf	03/09/2018 10:17:03		Aceito

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho  
**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 2.935.029

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLETHIAGO1.docx	03/09/2018 10:16:25	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito
Outros	CARTAREPOSTATHIA3.pdf	03/09/2018 10:11:52	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOTHIA3.pdf	03/09/2018 10:06:05	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOTHIA3.docx	03/09/2018 10:05:41	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	24/08/2018 11:35:21	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTOTHI.pdf	01/06/2018 08:44:34	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito
Outros	DECLARACAOT.pdf	01/06/2018 08:02:28	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO LUIS, 03 de Outubro de 2018

---

**Assinado por:**  
**FRANCISCO NAVARRO**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho  
**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

## ANEXO E – Relação de bairros e distritos sanitários de saúde de São Luís

**RELAÇÃO DE LOCALIDADES POR ZONA URBANA E RURAL**

**CÓDIGO DO MUNICÍPIO SÃO LUÍS:** 2111300  
**POPULAÇÃO:** 1.079.158 **HAB. / META POP.:** 2.70188/ **ANO:** 2016  
**LOCALIDADES:** 394

**URBANA:** 229

**RURAL:** 165  
**PRÉDIOS:** 399.409

**URBANA:** 482 KM2  
**RURAL:** 346 KM2

**SUPERFÍCIE:** 828 KM2

**RESUMO DE Km2 – LOCALIDADES – PRÉDIOS E HABITANTES DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS DE ZONAS RURAL E URBANA POR DISTRITO.**

**ANO 2016**

<b>ZONA URBANA</b>	<b>Km2</b>	<b>LOC.</b>	<b>PRÉDIOS</b>	<b>HAB.</b>
<b>DIST.01- CENTRO</b>	<b>44</b>	<b>20</b>	<b>31947</b>	<b>86318</b>
<b>DIST.02 -ITAQUI BACANGA</b>	<b>36</b>	<b>17</b>	<b>29222</b>	<b>78954</b>
<b>DIST.03-COROADINHO</b>	<b>74</b>	<b>36</b>	<b>49540</b>	<b>133855</b>
<b>DIST.04-COHAB</b>	<b>84</b>	<b>40</b>	<b>55906</b>	<b>151051</b>
<b>DIST.05- BEQUIMÃO</b>	<b>135</b>	<b>64</b>	<b>84191</b>	<b>227474</b>
<b>DIST.06-TIRIRICAL</b>	<b>94</b>	<b>45</b>	<b>80107</b>	<b>216438</b>
<b>DIST.07-VILA ESPERANÇA</b>	<b>15</b>	<b>07</b>	<b>9135</b>	<b>24682</b>
<b>TOTAL</b>	<b>482</b>	<b>229</b>	<b>340048</b>	<b>918772</b>

<b>ZONA RURAL</b>	<b>Km2</b>	<b>LOC.</b>	<b>PRÉDIOS</b>	<b>HAB.</b>
<b>DIST.01- CENTRO</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>DIST.02-ITAQUI BACANGA</b>	<b>93</b>	<b>44</b>	<b>16377</b>	<b>44249</b>
<b>DIST.03-COROADINHO</b>	<b>19</b>	<b>09</b>	<b>326</b>	<b>881</b>
<b>DIST.04-COHAB</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>DIST.05- BEQUIMÃO</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>DIST.06-TIRIRICAL</b>	<b>49</b>	<b>23</b>	<b>9569</b>	<b>25854</b>
<b>DIST.07-VILA ESPERANÇA</b>	<b>185</b>	<b>89</b>	<b>33089</b>	<b>89402</b>
<b>TOTAL</b>	<b>346</b>	<b>165</b>	<b>59361</b>	<b>160386</b>

**DISTRITO: Nº 01 – CENTRO**  
**ZONA URBANA – SUP :45 Km2**

<b>ITE M</b>	<b>COD</b>	<b>LOCALIDADE</b>	<b>CA T</b>	<b>PREDI O</b>	<b>HABITAN TE</b>
<b>01</b>	<b>012</b>	<b>APEADOURO</b>	<b>BAI.</b>	<b>1311</b>	<b>3542</b>
<b>02</b>	<b>031</b>	<b>BELIRA</b>	<b>“</b>	<b>444</b>	<b>1200</b>
<b>03</b>	<b>042</b>	<b>CAMBOA</b>	<b>“</b>	<b>1293</b>	<b>3494</b>
<b>04</b>	<b>073</b>	<b>COREIA DE BAIXO</b>	<b>“</b>	<b>384</b>	<b>1038</b>
<b>05</b>	<b>074</b>	<b>COREIA DE CIMA</b>	<b>“</b>	<b>510</b>	<b>1378</b>
<b>06</b>	<b>080</b>	<b>DIAMANTE</b>	<b>“</b>	<b>733</b>	<b>1980</b>

07	087	FÉ EM DEUS	“	1128	3048
08	091	FLORESTA	“	1247	3369
09	100	GOIABAL	“	744	2010
10	122	LIBERDADE	“	5341	14431
11	124	LIRA	“	1109	2996
12	125	MACAUBA	“	547	1478
13	126	MADRE DE DEUS	“	781	2110
14	134	MONTE CASTELO	“	3799	10265
15	268	RETIRO NATAL	“	1499	4050
16	046	SÃO LUÍS (CENTRO)	CID	8689	23477
17	085	SITIO DO MEIO	BAL.	874	2361
18	210	VILA BESSA	“	487	1316
19	301	VILA GORETE	“	150	405
20	226	VILA PASSOS	“	877	2370
		<b>TOTAL</b>		<b>31947</b>	<b>86318</b>

**DISTRITO 02 – ITAQUI BACANGA**  
**ZONA URBANA – SUP : 36 Km2**

ITE M	COD	LOCALIDADE	CA T	PREDIO	HABITANTE
01	011	ANJO DA GUARDA	BAL.	7852	21215
02	032	BOM FIM	“	402	1086
03	256	CAMPUS UNIVERSITÁRIO (UFMA)	“	47	127
04	267	FUMACÊ	“	925	2499
05	266	GANCHARIA	“	662	1789
06	334	RESID. ANA JANSEN I	“	619	1673
07	237	RESIDENCIAL PARAISO	“	791	2137
08	299	RESIDENCIAL RESENDE	“	496	1340
09	179	SÁ VIANA	“	1683	4547
10	194	SÃO RAIMUNDO	“	1468	3966
11	028	VILA BACANGA	“	1088	2940
12	212	VILA EMBRATTEL	“	5681	15349
13	263	VILA JAMBEIRO	“	375	1013
14	219	VILA IZABEL	“	1602	4329
15	222	VILA MAURO FECURY I	“	798	2156
16	318	VILA MAURO FECURY II	“	3171	8568
17	223	VILA NOVA	“	1562	4220
		<b>TOTAL</b>		<b>29222</b>	<b>78954</b>

**DISTRITO 02 – ITAQUI BACANGA**  
**ZONA RURAL – SUP : 94 Km2**

ITE M	COD	LOCALIDADES	CAT	TOTAL	
				PRÉDIOS	HABITANTES

01	003	ALTO DA ESPERANÇA	POV.	901	2434
02	005	AMAPAURA	“	168	454
03	036	ARGOLA DE TAMBOR	“	1034	2794
04	035	BOUQUEIRÃO	“	62	168
05	038	CAJUEIRO	SIT.	303	819
06	043	CAMBOA DOS FRADES	“	84	227
07	052	CONCEIÇÃO	“	124	335
08	496	FABRIQUETA	POV.	676	1827
09	098	GAPARA	SIT.	1040	2810
10	497	ILHA DA PAZ	ILHA	918	2480
11	105	ILHA DO MEDO	“	06	16
12	104	ILHA DUAS IRMÃES	“	05	14
13	296	ILHA GUARDA AMOR	“	03	08
14	111	ITAQUI	POV.	408	1102
15	123	LIMOEIRO	SIT.	13	35
16	255	LONDRES	“	05	14
17	538	MÃE CHICA	POV.	291	786
18	135	MURTURA	SIT.	375	1013
19	138	OUTEIRO	“	291	786
20	140	PALMEIRAL	“	05	14
21	142	PARNUAÇU	“	147	397
22	151	PIANCÓ	“	429	1159
23	153	PINDOBA	“	47	127
24	328	PORTO DO ITAQUI	POR	42	113
25	162	PORTO GRANDE	POV.	320	865
26	327	PORTO PONTA DA MADEIRA	POR	51	138
27	498	RESIDENCIAL PARAÍSO I	POV.	1092	2950
28	178	RESIDENCIAL PRIMAVERA	“	323	873
29	499	RIACHO DOCE	“	241	651
30	500	SÁ VIANA I	“	775	2094
31	177	SANTA CRUZ	“	130	351
32	182	SANTO ANTONIO	SIT.	130	351
33	189	SÃO JOÃO	“	171	462
34	192	SÃO RAIMUNDO	“	46	124
35	197	TAIM	“	145	392
36	200	TAMANCÃO	POV.	86	232
37	309	TELHA	SIT.	06	16
38	523	VILA ARIRI	POV.	1234	3334
39	524	VILA CERÂMICA	“	243	657
40	525	VILA DOM LUIS	“	723	1954
41	502	VILA EMBRATEL I	“	819	2213
42	501	VILA JAMBEIRO I	“	378	1021
43	517	VILA MADUREIRA	“	122	330
44	221	VILA MARANHÃO	“	1965	5309
		TOTAL		16377	44249

DISTRITO 03 – COROADINHO  
ZONA URBANA – SUP : 75 Km2

ITEM	COD	LOCALIDADE	CA T	TOTAL	
				PREDIO	HABITANTE
01	002	ALEMANHA	BAI.	2322	6274
02	325	ALTO DO PARQUE TIMBIRA	BAI.	518	1400
03	016	AREINHA	“	2782	7517
04	086	BAIRRO DE FÁTIMA	“	5323	14382
05	024	BARÉS	“	1553	4196
06	025	BARRETO	“	2104	5685
07	034	BOM JESUS	“	2844	7684
08	045	CARATATIUA	“	859	2321
09	051	COHEB DO SACAVÉM	“	1578	4264
10	053	CONCEIÇÃO	“	1356	3664
11	276	CONJ. SALINA DO SACAVÉM	“	97	262
12	075	COROADINHO	“	6210	16779
13	076	COROADO	“	1896	5123
14	089	FILIPINHO	“	534	1443
15	117	JOÃO PAULO	“	3062	8273
16	118	JORDÔA	“	658	1779
17	471	OUTEIRO DA CRUZ	“	118	319
18	143	PARQUE AMAZONAS	“	714	1929
19	144	PARQUE DOS NOBRES	“	458	1237
20	254	PARQUE NICE LOBÃO	“	933	2521
21	472	PARQUE PINDORAMA	“	273	738
22	145	PARQUE TIMBIRA	“	257	694
23	023	PRIMAVERA	“	965	2607
24	167	REDENÇÃO	“	730	1972
25	238	RESIDENCIAL VALE VERDE	“	416	1124
26	174	SACAVÉM	“	1922	5193
27	474	SALINA DO SACAVÉM	“	833	2251
28	475	TÚNEL DO SACAVÉM	“	1183	3196
29	208	VENEZA	“	1385	3742
30	216	VILA DOS FRADES	“	2076	5609
31	188	VILA DOS NOBRES	“	1202	3248
32	218	VILA IVAR SALDANHA	“	1002	2707
33	503	VL.GOV.JOSÉ REINALDO TAVARES	BAI.	220	594
34	264	VILA NATAL	“	174	472
35	326	VILA SÃO JOÃO	“	334	902
36	239	VILA SÃO SEBASTIÃO	“	649	1754
		<b>TOTAL</b>		<b>49540</b>	<b>133855</b>

**DISTRITO 03 – COROADINHO  
ZONA RURAL – SUP : 19 Km2**

		CA	TOTAL
--	--	----	-------

ITEM	COD	LOCALIDADE	T	PREDIO	HABITANTE
01	029	BATATÃ	SIT.	15	41
02	088	FERVENTA	“	50	135
03	092	FLOR DO CINTO	“	165	446
04	099	GARANJAL	“	02	05
05	121	LAPA	“	02	05
06	127	MAMÃO	“	04	11
07	170	RIO DA PRATA	“	33	89
08	090	SITIO DO FÍSICO	“	26	70
09	154	SITIO PIRANHENGA	“	29	79
		<b>TOTAL</b>		<b>326</b>	<b>881</b>

**DISTRITO 04 – COHAB**  
**ZONA URBANA – SUP : 85 Km2**

ITEM	COD	LOCALIDADE	CAT	TOTAL	
				PREDIO	HABITANTE
01	018	AURORA	BAL.	2054	5550
02	485	BRISA DO MAR	“	930	2513
03	033	BOM JARDIM	“	774	2091
04	234	COND. HILTON RODRIGUES	“	100	270
05	280	CONJ. COHAB ANIL I	“	678	1832
06	282	CONJ. COHAB ANIL II	“	761	2056
07	284	CONJ. COHAB ANIL III	“	1756	4745
08	285	CONJ. COHAB ANIL IV	“	1281	3461
09	270	CONJ. COHATRAC I	“	1121	3029
10	271	CONJ. COHATRAC II	“	1353	3655
11	272	CONJ. COHATRAC III	“	1025	2769
12	287	CONJ. COHATRAC IV	“	2245	6066
13	061	CONJ. HABITACIONAL TURU	“	1208	3264
14	063	CONJ. JARDIM DAS MARGARIDAS	“	284	767
15	279	CONJ. JARDIM DE FÁTIMA	“	284	767
16	064	CONJ. PLANALTO TURU I	“	211	570
17	065	CONJ. PLANALTO TURU II	“	1376	3718
18	066	CONJ. PLANALTO TURU III	“	678	1832
19	273	CONJ. RES. PRIMAVERA I	“	900	2432
20	078	CRUZEIRO DO ANIL	“	2451	6622
21	082	DIVINEIA	“	2024	5469
22	096	FORQUILHA	“	3108	8397
23	110	ITAPIRACÓ	“	995	2688
24	137	OLHO D'ÁGUA	“	2501	6757
25	147	PARQUE VITÓRIA	“	2596	7014
26	157	PLANALTO ANIL II	“	1082	2923
27	158	PLANALTO ANIL III	“	346	935
28	159	PLANALTO ANIL IV	“	305	824

29	306	RECANTO DO TURU	“	488	1319
30	302	RESIDENCIAL CANUDOS	“	480	1297
31	492	RES. RIO PIMENTA	“	463	1251
32	173	CHÁCARA BRASIL	BAI.	824	2226
33	180	SANTA ROSA	“	889	2402
34	483	SOL E MAR	“	2053	5547
35	487	TERRA LIVRE	“	926	2502
36	207	TURÚ ( BOA ESPERANÇA )	“	4229	11426
37	514	TURÚ I	“	3782	10219
38	220	V. IZABEL CAFETEIRA	“	2641	7136
39	484	VILA LITORÂNEA	“	1286	3475
40	477	VILA LUIZÃO	“	3418	9235
		<b>TOTAL</b>		<b>55906</b>	<b>151051</b>

**DISTRITO 03 - BEQUIMÃO**  
**ZONA URBANA – SUP : 58 Km2**

ITE M	COD	LOCALIDADE	CA T	TOTAL	
				PREDIO	HABITNTE
01	286	ALTO DO CALHAU	BAI.	680	1837
02	526	ALTO DO PINHO	BAI.	348	940
03	010	ANIL	“	3498	9451
04	533	BARRAMAR	“	673	1818
05	021	BAIXA DO TURU	“	488	1319
06	041	CALHAU	“	1007	2720
07	050	COHAFUMA	“	2147	5800
08	049	COHAMA	“	1727	4666
09	233	COHASERMA	“	372	1005
10	269	COND. IPEM ANGELIM	“	3091	8352
11	261	CANTINHO DO CÉU	“	584	1578
12	257	COHAMA I	“	1746	4718
13	054	CONJUNTO ANGELIM	“	1594	4307
14	056	CONJUNTO BEQUIMÃO	“	2982	8057
15	260	CONJUNTO RES. ESPERANÇA	“	463	1251
16	259	CONJUNTO RES. PRIMAVERA	“	442	1194
17	060	CONJ. ENEY SANTANA – RADI	“	533	1440
18	303	CONJUNTO IPEM BEQUIMÃO	“	2169	5860
19	258	CONJUNTO MANOEL BEKMAN	“	102	276
20	067	CONJUNTO RESIDENCIAL IPASE	“	805	2175
21	304	CONJ. RES. RIO ANIL	“	1075	2905
22	058	CONJUNTO COHAJAP	“	659	1781
23	070	CONJUNTO VINHAIS	“	2145	5796
24	323	CURVA DO NOVENTA	“	327	884
25	236	CUTIM DO PADRE	“	272	735
26	534	GRAN PARK PRIME	“	3084	8333
27	293	ILHINHA	“	1982	5355
28	469	JARDIM COÊLHO NETO	“	304	821
29	114	JARDIM RENASCENÇA I	“	2186	5906

30	300	JARDIM RENASCENÇA II	“	2704	7306
31	113	JARDIM ELDORADO	“	959	2591
32	131	MARANHÃO NOVO	“	1190	3215
33	136	NOVO ANGELIM	“	3341	9027
34	141	PÃO DE AÇUCAR	“	1230	3323
35	055	PARQUE ATHENAS	“	672	1816
36	473	PARQUE SHALON	“	1366	3691
37	152	PIMENTA	“	259	700
38	480	PLANALTO VINHAIS I	“	844	2280
39	481	PLANALTO VINHAIS II	“	629	1700
40	191	SÃO MARCOS (PONTA DO FAROL)	“	745	2013
41	160	PONTA D' AREIA	“	1680	4539
42	297	QUINTA DO CALHAU	“	823	2224
43	532	QUINTA DO CALHAU II	“	481	1300
44	166	RECANTO VINHAIS	“	2102	5679
45	294	RES. ANA JANSEN	“	552	1492
46	324	RES. VINHAIS	“	572	1546
47	493	RESID. VITÓRIA	“	150	405
48	527	RECANTO FIALHO	“	2312	6247
49	332	RESIDENCIAL PINHEIROS	“	948	2561
50	169	RETIRO	“	264	713
51	176	SANTA CRUZ	“	2408	6506
52	184	SANTO ANTONIO II	“	224	605
53	187	SÃO FRANCISCO	“	7801	21077
54	250	SITIO SANTA EULALIA	“	71	191
55	291	VILA CONCEIÇÃO	“	1603	4331
56	225	VILA PALMEIRA	“	4940	13347
57	262	VILA 7 DE SETEMBRO	“	684	1848
58	230	VILA VICENTE FIALHO	“	1496	4042
59	308	VILA CRISTALINA	“	864	2335
60	196	VILA JARACATI	“	1098	2967
61	319	VILA MARINHA	“	311	840
62	320	VILA MENINO JESUS DE PRAGA	“	405	1094
63	321	VILA PROGRESSO	“	493	1332
64	322	VILA 25 DE MAIO	“	485	1311
		<b>TOTAL</b>		<b>84191</b>	<b>227474</b>

**DISTRITO 06 - TIRIRICAL**  
**ZONA URBANA – SUP : 95 Km2**

ITEM	COD	LOCALIDADE	CAT	PREDIO	HABITANTE
01	330	AEROPORTO CUNHA MACHADO	AE R.	58	157
02	281	ASSENT. RURAL DO VALIAN	PA D.	372	1005
03	022	BAIXÃO	BAL.	384	1038
04	026	BASE AÉREA	“	190	513

05	265	CAMPUS UNIVERSITÁRIO- UEMA	“	43	116
06	059	CONJUNTO COHAPAM	“	549	1483
07	062	CONJ. IPEM SÃO CRISTOVÃO	“	1318	3561
08	478	CONJUNTO JAGUAREMA	“	534	1443
09	068	CONJ. SANTOS DUMONT	“	285	770
10	069	CONJ. SÃO RAIMUNDO	“	4139	11183
11	505	CONJ. ALEXANDRA TAVARES	“	459	1240
12	316	CIDADE OLIMPICA	BAL.	11289	30500
13	277	CIDADE OPERÁRIA	“	11800	31882
14	295	DOM RICARDO	“	286	773
15	312	JARDIM JENIPARANA	“	528	1427
16	115	JARDIM SÃO CRISTOVÃO	“	2602	7030
17	313	JARDIM SÃO PAULO	“	1151	3110
18	310	JARDIM AMÉRICA I	“	1399	3780
19	311	JARDIM AMÉRICA II	“	691	1867
20	116	JOÃO DE DEUS	“	4369	11805
21	146	PARQUE UNIVERSITÁRIO	“	901	2434
22	155	PIRAPORA	“	1030	2782
23	156	PLANALTO ANIL I	“	521	1408
24	511	RECANTO DOS PASSÁROS	“	1094	2956
25	491	RES JOÃO ALBERTO DE SOUSA	“	1019	2753
26	512	RESIDENCIAL ORQUIDEA	“	516	1394
27	494	RESID. PONTAL DA ILHA	“	1589	4293
28	289	RESIDENCIAL SOL NASCENTE	“	101	273
29	531	RESIDENCIAL TIRADENTES	“	1529	4131
30	181	SANTO ANTONIO	“	1677	4531
31	185	SÃO BERNARDO	“	3451	9324
32	186	SÃO CRISTOVÃO	“	3624	9792
33	206	TIRIRICAL	“	832	2248
34	515	VILA AMÉRICA	“	395	1067
35	314	VILA CORONEL RIOD	“	2069	5590
36	315	VILA JANAÍNA CAFETEIRA	“	3682	9948
37	227	VILA PAVÃO FILHO	“	947	2559
38	228	VILA SANTA CLARA	“	1950	5269
39	317	VILA SANTA EFIGENIA	“	1791	4839
40	103	VILA VITÓRIA	“	2775	7498
41	253	VILA AIRTON SENNA	“	362	978
42	211	VILA BRASIL	“	2100	5674
43	248	VILA CASCAVEL	“	1952	5274
44	213	VILA EDSON LOBÃO	“	1350	3648
45	516	VILA JENIPARANA	“	404	1092
		TOTAL		80107	216438

**DISTRITO 06 – TIRIRICAL**  
**ZONA RURAL – SUP : 49 Km2**

ITEM	COD	LOCALIDADE	CAT	PREDIO	HABITANTE
01	009	ANGICAL	SIT.	08	22
02	013	APRENDIZADO	PO V.	149	403
03	508	ASSENTAMENTO CONCEIÇÃO	PA D.	120	324
04	513	ASSENT. NOVA JERUSALÉM	PA D.	116	313
05	027	BASE DA PETROBRÁS	PO V.	34	92
06	039	CAJUPARI	“	370	1000
07	040	CAJUPE	“	670	1810
08	072	COQUILHO	“	512	1383
09	235	COQUILHO I	SIT.	163	440
10	079	CRUZEIRO DE SANTA BÁRBARA	PO V.	1071	2894
11	510	HAB. DES. SARNEY COSTA	“	365	986
12	132	MATO GROSSO	SIT	300	811
13	139	PALERMO	“	17	46
14	283	RECANTO CANÃA	PO V.	366	989
15	488	RESID. ALEXANDRA TAVARES	“	285	770
16	535	RESID. NOVA VIDA	“	1740	4701
17	486	RESID. JOSÉ REINALDO TAVARES	“	667	1802
18	175	SANTA BÁRBARA	“	405	1094
19	195	SÃO RAIMUNDO DO MOTOR	SIT.	30	81
20	198	TAJAÇUABA	PO V.	555	1500
21	199	TAJIPURU	SIT.	378	1021
22	252	VILA MAGRIL	“	1169	3159
23	482	VILA NOVA BETEL	“	79	213
		<b>TOTAL</b>		<b>9569</b>	<b>25854</b>

**DISTRITO 07 – VILA ESPERANÇA**  
**ZONA URBANA – SUP : 09 Km2**

ITEM	COD	LOCALIDADE	CAT	PREDIO	HABITANTE
01	274	RESID. RECANTO VERDE	BAI.	966	2610
02	553	RESIDENCIAL RIBEIRA	“	1630	4404
03	554	RESIDENCIAL RIBEIRA I	“	378	1021
04	217	VILA ITAMAR	“	2290	6188
05	552	RESID. AMENDOEIRAS	“	1604	4334
06	555	RESID. SANTO ANTONIO	“	738	1994
07	556	RESID. VILA MARANHÃO	“	1529	4131
		<b>TOTAL</b>		<b>9135</b>	<b>24682</b>

**DISTRITO 07 – VILA ESPERANÇA**  
**ZONA RURAL – SUP : 188 Km2**

ITEM	COD	LOCALIDADE	CAT	PREDIO	HABITANTE
01	001	ALEGRE	SIT.	16	43
02	490	ALTO BONITO	POV.	222	600
03	004	AMAPÁ	ILHA	35	95
04	006	ANAJATIUA	SIT.	01	03
05	007	ANANANDIBA	POV.	198	535
06	008	ANDIROBAL	“	01	03
07	014	ARACAUÁ	“	01	03
08	015	ARAPIRANGA	“	02	05
09	017	ARRAIAL	“	670	1810
10	518	ASSENTAMENTO GISELE	PAD.	47	127
11	019	BACABAL	POV.	158	427
12	020	BACABALZINHO	“	115	311
13	546	BACANGUINHA	“	106	286
14	030	BELA VISTA	ILHA	03	08
15	232	CASSACO	SIT.	198	535
16	037	CAJUEIRO	POV.	244	659
17	044	CAMPINAS	SIT.	122	330
18	548	CIDADE NOVA	POV.	670	1810
19	549	CIDADE VERDE	“	300	811
20	071	COQUEIRO	“	472	1275
21	081	DISTRITO INDUSTRIAL	USIN	344	929
22	083	ESTIVA	POV.	1135	3067
23	084	ESTREITO	“	06	16
24	093	FONTINHA	ILHA	02	05
25	094	FORMIGUEIRO I	POV	17	46
26	095	FORMIGUEIRO II	“	15	41
27	097	FUNDÃO	“	02	05
28	509	HAB. DOS COOPERANTES	POV.	132	357
29	101	IGARAUS	“	109	295
30	102	ILHA DA BOA RAZÃO	ILHA	22	59

31	106	ILHA PEQUENA	“	17	46
32	107	INHAUMA	POV.	501	1354
33	108	ITAPARI	“	36	97
34	109	ITAPERA	“	583	1575
35	112	JACAMIM	ILHA	156	421
36	119	JUÇARAL	POV.	175	473
37	550	JARDIM BELO HORIZONTE	“	81	219
38	128	MANGALHO	SIT.	07	19
39	129	MARACANÃ	POV.	544	1470
40	130	MARACUJÁ	“	965	2607
41	470	MARUAÍ	“	170	459
42	507	MATA DE ITAPERA	“	671	1813
43	541	MATINHA	“	234	632
44	544	MATINHA I	“	255	689
45	520	NOVO HORIZONTE	POV.	360	973
46	148	PEDREIRAS	ILHA	32	86
47	149	PEDREIRAS	SIT.	52	140
48	150	PEDRINHAS	POV.	1452	3923
49	161	PORTINHO	ILHA	78	211
50	331	PORTO DA ALUMAR	POR	19	51
51	163	PORTO GRANDE	SIT.	30	81
52	165	QUEBRA POTE	POV.	1066	2880
53	307	RESIDENCIAL 2000	“	1138	3075
54	545	RESIDENCIAL 21 DE ABRIL	“	227	613
55	547	RESIDENCIAL BATATÃ	“	380	1027
56	551	RESIDENCIAL LUIZ ROCHA	POV.	71	192
57	479	RESIDENCIAL MAGNÓLIA	“	563	1521
58	539	RESIDENCIAL MAGNÓLIA I	“	391	1057
59	168	RIBEIRA	“	48	130
60	171	RIO DO MEIO	“	300	811
61	172	RIO GRANDE	“	897	2424
62	249	SANTA HELENA	SIT..	670	1810
63	536	SÃO JOAQUIM	POV.	55	149
64	540	SÃO JOAQUIM	SIT.	81	219
65	201	TAUAÇU	“	11	30
66	202	TAUA-MIRIM	ILHA	49	132
67	203	TIBIRI	POV.	833	2250
68	204	TIBIRIZINHO	“	1202	3248
69	495	TIMDIBA	“	313	846
70	205	TINAÍ	SIT.	123	332
71	209	VILA ALEGRIA	POV.	473	1278
72	519	VILA APARECIDA	“	347	938
73	506	VILA BAGDÁ	“	164	443
74	298	VILA CABRAL	“	640	1729
75	542	VILA COLLIER	“	531	1435
76	557	VILA DONAY	POV.	212	572
77	504	VILA ELIZEU MATOS	“	158	427
78	214	VILA ESPERANÇA	“	2226	6014

79	215	VILA FUNIL	“	387	1046
80	522	VILA GUARÁ	“	354	956
81	529	VILA INDUSTRIAL	“	606	1637
82	537	VILA NATAL	“	760	2053
83	224	VILA NOVA REPUBLICA	“	2383	6438
84	528	VILA PRIMAVERA	“	504	1362
85	543	VILA RICA	”	46	124
86	333	VILA SAMARA	“	960	2594
87	292	VILA SANTANA	“	293	792
88	229	VILA SARNEY	“	1444	3902
89	530	VILA SHALON	“	400	1081
		<b>TOTAL</b>		<b>33089</b>	<b>89402</b>