

Assistência pré-hospitalar: caracterização dos atendimentos de uma cidade brasileira

Pre-hospital care: characterization of the care of a Brazilian city

Atención prehospitalaria: caracterización de la atención de una ciudad brasileña

Recebido: 07/07/2022 | Revisado: 17/07/2022 | Aceito: 18/07/2022 | Publicado: 26/07/2022

Thiago Vinícius de Araújo Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2667-0921>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: catedral_21@hotmail.com

Joana Emely da Silva e Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2265-5019>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: joana.emely@discente.ufma.br

Renata Layssa Ferreira da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1989-123X>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: renata.layssa@discente.ufma.br

Leidiane Silva Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2886-4367>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: leidiane.pereira@discente.ufma.br

Rosilda Silva Dias

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7969-9613>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: rs.dias@ufma.br

Patrícia Ribeiro Azevedo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7726-1063>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: patricia.azevedo@ufma.br

Flávia Danyelle Oliveira Nunes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7771-8369>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: flavia.danyelle@ufma.br

Líscia Divana Carvalho Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3624-6446>
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
E-mail: liscia.divana@ufma.br

Resumo

Objetivo: Caracterizar os atendimentos realizados na assistência pré-hospitalar de uma cidade brasileira. Metodologia: Estudo quantitativo transversal realizado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de uma cidade brasileira, em outubro e novembro de 2018. Foram identificadas 340 ocorrências que geraram 297 atendimentos. Resultados: Mais da metade dos atendimentos ocorreram no domicílio 236 (79,5%) e no hospital O maior número de atendimentos ocorreu no distrito sanitário do Tirirical 60 (20,2%). Prevaleceu intervalos menores que um (1) minuto entre a comunicação do rádio operador para a equipe de saúde e a partida da ambulância 215 (72,4%), tempos inferiores a 20 minutos referentes a partida da ambulância a chegada no local 193 (65%) e da partida do local ao destino 163 (54,9%). Identificou-se maior demora nos atendimentos psiquiátricos e nas queixas simples, como diarreia e vômitos Apenas 39 atendimentos tiveram o risco classificado, sendo 27 (69,2%) verde, 7 (18%) vermelho, 5 (12,8%) amarelo e todos os atendimentos classificados como vermelho foram assistidos pelo suporte avançado de vida. Predominou o hospital 244 (82,2%) como desfecho das vítimas e 15 (5,1%) evoluíram para óbito no local. Conclusão: O sucesso do atendimento de uma vítima em situação de urgência e emergência depende prioritariamente do fator tempo. O estudo contribui para a integralidade do cuidado em situação crítica de saúde em uma rede de serviço móvel.

Palavras-chave: Emergências; Comunidade; Socorro de urgência.

Abstract

Objective: To characterize the care provided in pre-hospital care. Methodology: Quantitative, cross-sectional, study conducted at the Mobile Emergency Care Service (SAMU) in a Brazilian city, in October and November 2018. Identified 340 occurrences that generated 297 visits. Results: Results: More than half of the visits occurred at home

236 (79.5%) and in the hospital. The highest number of visits occurred in the health district of Tirirical 60 (20.2%). Intervals of less than one (1) minute between the communication of the radio operator to the health team and the departure of the ambulance 215 (72.4%), times less than 20 minutes referring to the departure of the ambulance to the arrival at the site 193 (65%) and departure from the place and destination 163 (54.9%). A longer delay was identified in psychiatric care and simple complaints, such as diarrhea and vomiting. Only 39 visits had the risk classified, 27 (69.2%) green, 7 (18%) red, 5 (12.8%) and all visits classified as red were assisted by advanced life support. The hospital predominated 244 (82.2%) as the outcome of the victims and 15 (5.1%) died at the site. Conclusion: The success of the care of a victim in a situation of urgency and emergency depends primarily on the time factor.

Keywords: Emergencies; Community; Emergency relief.

Resumen

Objetivo: Caracterizar la atención prestada en la atención prehospitalaria. Metodología: Estudio cuantitativo realizado en el Servicio Móvil de Atención de Emergencias (SAMU) en una ciudad brasileña, en octubre y noviembre de 2018. Se identificaron 340 ocurrencias que generaron 297 visitas. Resultados: Más de la mitad de las visitas ocurrieron en el domicilio 236 (79,5%) y en el hospital. El mayor número de visitas se produjo en el distrito sanitario de Tirirical 60 (20,2%). Intervalos de menos de un (1) minuto entre la comunicación del operador de radio al equipo de salud y la salida de la ambulancia 215 (72,4%), veces menos de 20 minutos referidos a la salida de la ambulancia a la llegada al sitio 193 (65%) y salida del lugar y destino 163 (54,9%). Se identificó un mayor retraso en la atención psiquiátrica y quejas simples, como diarrea y vómitos. Apenas 39 visitas tenían el riesgo clasificado, 27 (69,2%) verde, 7 (18%) rojos, 5 (12,8%) y todas las visitas clasificadas como rojas fueron asistidas por soporte vital avanzado. El hospital predominó 244 (82,2%) como el resultado de las víctimas y 15 (5,1%) murió en el sitio. Conclusion: The success of the care of a victim in urgent and emergency situations depends primarily on the time factor.

Palabras clave: Emergencias; Comunidad; Ayuda de emergencia.

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem a importante missão de prestar o imediato socorro a qualquer pessoa que venha sofrer mal súbito colocando em risco a sua saúde ou mesmo a vida. A porta de entrada do SUS encontra-se no serviço de urgência e emergência, que dentre outros, é composto pelo atendimento pré-hospitalar (Lima & Neto, 2021).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é o principal componente de assistência pré-hospitalar as emergências e urgências com objetivo de diminuir o número de óbitos, as sequelas causadas pela demora no atendimento e o tempo de internação hospitalar (Almeida et al., 2020). O SAMU envolve as urgências clínicas, obstétricas, cirúrgicas, traumáticas, e psiquiátricas, prestados por meio da chamada ao número 192 (Lima & Neto, 2021).

O SAMU é um serviço qualificado direcionado as demandas clínicas, traumáticas, psiquiátricas e obstétricas, realizado por equipe multiprofissional no atendimento direto ou no direcionamento da vítima para a unidade adequada ao seu tratamento. O sistema de regulação das urgências controla o envio das equipes, o atendimento no local e o encaminhamento da vítima a unidade de saúde de referência (Castro et al., 2020).

As pesquisas sobre o enfermeiro no atendimento pré-hospitalar têm adquirido importância, principalmente na última década, após a regulamentação pelo Conselho Federal de Enfermagem, em 2011. O trabalho do enfermeiro nessa área tem muitas facetas e certamente há muito o que abordar sobre a sua atuação e atribuições assistenciais, de supervisão e de gestão das equipes (Almeida & Álvares, 2019)

O objetivo do estudo foi caracterizar os atendimentos realizados numa assistência pré-hospitalar, especialmente no SAMU de uma cidade brasileira.

2. Metodologia

Estudo descritivo, transversal, quantitativo desenvolvido na Central de Urgência e Emergência do SAMU-192 de uma cidade brasileira, local de arquivamento das fichas de atendimento. Foram utilizados dados de fonte secundária, coletados por meio de registros na Ficha Individual de Regulação Médica.

A distribuição etária da população brasileira 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 (Brasil, 2010).

O universo do estudo foi constituído pelos dados contidos na ficha que compreendeu todas as ocorrências (chamadas telefônicas) 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 aquelas que apresentavam dados incompletos, visando obter o maior número de informações possíveis.

Dentre as 340 fichas identificou-se 43 fichas que não geraram atendimento, sendo apenas registradas como ocorrências ou chamadas telefônicas. A amostra foi composta de 297 atendimentos. O período de coleta de dados ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2018. Os dados foram coletados pelo próprio pesquisador por meio da Ficha Individual de Regulação Médica, preenchida pela equipe de saúde, a qual descreve a situação da vítima e armazenados em uma planilha no programa Microsoft Office Excel 2013.

As variáveis estudadas tiveram as frequências e percentuais calculados, a partir do qual foram analisadas e interpretadas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Brasil, parecer favorável sob o número 2.935.029.

3. Resultados e Discussão

Houve predominância do sexo feminino 156 (52,5%), idosos 125 (42,1%) e hipertensos 68 (17,5%).

Tabela 1 – Distribuição dos atendimentos do SAMU-192 segundo a localidade. Brasil, Maranhão, São Luís, 2017.

Localidade		
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.

Observa-se na Tabela 1 que 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 vítimas 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%).

No que tange grupos específicos, mulheres e negros representam a maioria da população brasileira, 53% e 70%, respectivamente.

Tabela 2 – Distribuição dos atendimentos do SAMU-192 segundo o distrito sanitário de saúde e localidade. Brasil, Maranhão, São Luís, 2017.

Atendimentos	N	%
Distrito sanitário		
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
Sem registro	3	1
Total	297	100

Fonte: SAMU.

Identifica-se na Tabela 2 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%).

O distrito Tirirical apesar de não possuir o maior número de bairros, apresentou o maior número de habitantes (242.292) que pode ser explicado pelo elevado número de atendimentos, além de possuir bairros rurais os quais, pelas condições socioeconômicas da população, demandam maior utilização do serviço público de urgência.

Tabela 3 – Distribuição dos tempos de resposta dos atendimentos pelo SAMU-192. Brasil, Maranhão, São Luís, 2017.

Tempos de resposta	N	%
Comunicação e partida da ambulância (T1)		
< 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
Total	297	100
Partida da ambulância e chegada no local (T2)		
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
Total	297	100
Partida do local e destino (T3)		
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
Total	297	100

Fonte: SAMU.

A Tabela 3 apresenta os tempos de respostas nos atendimentos do SAMU-192 de uma cidade brasileira, 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 da vítima. É possível identificar a prevalência de intervalos menores que um (1) minuto entre a comunicação do rádio operador para a equipe e a partida da ambulância, denominado T1 215 (72,4%), tempos inferiores a 20 minutos referentes a partida da ambulância a chegada no local 193 (65%) e da partida do local e destino 163 (54,9%), denominados respectivamente T2 e T3.

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. Em dois atendimentos, 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 necessária a transferência para outra unidade, justificando o prolongamento do tempo encontrado, e a segunda foi para realização de exame.

O sucesso do atendimento de uma vítima depende essencialmente do fator tempo, marcado por incontáveis desafios e responsabilidades tendo como meta a estabilização da vítima no local de ocorrência e durante o transporte para o pré-atendimento fixo. Existem técnicas complexas, como no atendimento de parada cardiorrespiratória, com manobras invasivas as quais justificam a presença do enfermeiro e do médico na ambulância (Moura et al., 2020).

Encontram-se diferenças entre a percepção da vítima quanto ao tempo despendido via telefone ao solicitar socorro, bem como diferenças de tempo para espera da ambulância até o local solicitado. Conhecer o perfil de atendimento e de que forma o usuário sente-se frente ao cuidado, possibilita que o SAMU reorganize e plane sua assistência de modo que alcance as necessidades da população nos agravos de saúde (Battisti et al., 2019; Carvalho & Saraiva, 2019).

Quadro 1 – Caracterização da parada cardiorrespiratória segundo o tempo de atendimento, tipo de ambulância, local e desfecho das vítimas do SAMU. Brasil, Maranhão, São Luís, 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	ÓbitoTransporte
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

* SBV- Suporte Básico de Vida * SAV- Suporte Avançado de Vida. Fonte: SAMU.

Observa-se que 12 (80%) das vítimas foram atendidas pelo suporte avançado, 14 (93,3) evoluíram para óbito local e apenas 1 (6,7%) para óbito durante o transporte 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 1).

Do total de atendimentos, apenas 39 tiveram o risco classificado, sendo 27 (69,2%) verde, 7 (18%) vermelho e 5 (12,8%) amarelo. Todos os atendimentos classificados como vermelho foram assistidos pelo suporte avançado de vida (SAV), como preconizado na literatura.

Identificou-se 437 procedimentos com predomínio da monitorização, incluindo a oximetria de pulso 246 (56,3%), porém na ocorrência de 15 (4,4%) paradas cardiorrespiratórias, a equipe só registrou a ressuscitação e checagem de pulso em 7 (1,6%) e intubação orotraqueal em 4 (0,9%), apontando falha no registro ou realização do protocolo.

Na assistência as vítimas existem o Suporte Básico (SBV) que dispõe de ambulância mais simples e o Suporte Avançado de Vida (SAV) que possui ambulância com mais recursos tecnológicos. A legislação recomendava a constituição de frota na proporção de 1 SBV e 1 SAV para cada 150 mil e 450 mil habitantes respectivamente. Entretanto, esse critério se mostrou insuficiente para o alcance de tempos-resposta satisfatórios (intervalo entre acionamento e chegada da ambulância à

cena), principal indicador de qualidade do SAMU. Condições geográficas e de mobilidade, além de distribuição e densidade populacional, passaram a ser consideradas como critérios mais úteis para alocação de ambulâncias (O'Dwyer et., 2017).

Estudos mostram a utilização de SAV para a transferência da vítima nos atendimentos de alta complexidade em outras cidades e países¹⁰. As equipes de suporte avançado, compostas por condutores, enfermeiros e médicos, executam procedimentos invasivos ventilatórios e circulatórios e realizam transporte de pacientes entre hospitais, denominado transporte medicalizado. Já as equipes de SBV, compostas por condutores e auxiliares/técnicos de enfermagem, realizam medidas não invasivas, que correspondem à abordagem inicial da vítima, cuidados básicos de ventilação e circulação, imobilização e transporte aos serviços de emergência (Teles et al., 2017).

No SAMU o médico regulador realiza a normalização dos chamados de urgência e pedidos de transferência de pacientes graves; o médico intervencionista é responsável pela assistência às vítimas no local, transporte, unidades móveis e acompanhamento às unidades de saúde de destino; o enfermeiro é responsável por prestar assistência de enfermagem às vítimas 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 aqueles em estado grave, sob supervisão direta ou à distância do enfermeiro, além de realizar manobras de extração manual de vítimas; o condutor conduz o veículo e transporta as vítimas, além de estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a central de regulação e, seguir as orientações, conhecer a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema assistencial local e auxiliar a equipe (Marques et al., 2021).

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, um dos elementos que contribui para a eficácia do atendimento (Carvalho & Saraiva, 2015). As equipes trabalham no menor tempo possível, já que atuam no local de ocorrência, em ambiente extra-hospitalar, o que oferece direcionamento para o serviço mais próximo e adequado, desse modo, ganham tempo, diminuindo a relação tempo/resposta (Brasil, 2010).

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, 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. 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 a vítima para o destino (T3: partida do local e chegada no destino).

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 médico como nos episódios súbitos de parada cardiorrespiratória. Aproximadamente 80% das paradas ocorrem em ambientes não hospitalares e necessitam de estratégias adequadas e urgentes de intervenção (Ciconet, 2015; Morais et al., 2014).

Na avaliação secundária que acontece na ambulância, realiza-se a classificação de risco do indivíduo, 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. O SAMU-192 classifica o risco da

vítima em três cores: vermelho, amarelo e verde. O vermelho refere-se ao risco iminente de morte necessitando de atendimento imediato/transporte pelo suporte avançado; os de cor amarela necessitam de atendimento mediato, podendo ser transportados/atendidos pela ambulância de suporte básico, já o verde é para situações sem risco iminente de morte ou de agravo (Piegas et al., 2015; Brasil, 2017).

Evidencia-se a necessidade de qualificar a atenção pré-hospitalar oferecida ao usuário com demandas clínicas para não incorrer no erro de se transformar em um transportador de vítimas aos serviços de urgência, com pouca resolutividade. Faz-se necessário que gestores do SUS contribuam para o fortalecimento do aperfeiçoamento da assistência oferecida pelo serviço de atendimento móvel e seja reforçada e implementada uma prática de avaliação no contexto desse serviço, tendo em vista melhoria e bom funcionamento do mesmo (Teles e al., 2017).

Considera-se um desafio para os gestores responsáveis pela estruturação, planejamento e qualificação do SAMU a avaliação dos tempos despendidos nos atendimentos, que são indicadores associados à sobrevivência dos usuários, principalmente nos agravos considerados tempo-dependentes (Brasil, 2017; Hora et al., 2019). Dessa forma, o SAMU trata-se de uma estratégia cuja expansão precisa ser levada em conta na formulação e consolidação de políticas com foco nas urgências (Oliveira et al., 2019).

Na perspectiva de um olhar estratégico, a comunicação é uma importante ferramenta de interiorização dos valores, da cultura e do comportamento padrão dos trabalhadores do SAMU, ou seja, é um canal do qual os gestores podem utilizar para modelar seu local de trabalho (Nunes, Silva & Jorge 2022). Assim, é necessário que os gestores do SUS contribuam para o fortalecimento do aperfeiçoamento da assistência oferecida pelo serviço de atendimento móvel, bem como que seja reforçada e implementada uma prática de avaliação no contexto desse serviço, tendo em vista melhoria e bom funcionamento do mesmo (Marques et al., 2021).

4. Conclusão

Na circunstância determinada pela seriedade diante de situação grave de saúde, o tempo é fator decisivo para o êxito do atendimento. Sabe-se que o objetivo do SAMU-192 é socorrer rapidamente vítimas e levá-las o mais rapidamente possível aos serviços de urgência ou emergência, como Hospitais e Unidades de Pronto Atendimento, evitando sofrimento, sequelas ou mesmo a morte.

O sucesso do atendimento das vítimas em situação de urgência e emergência depende prioritariamente do fator tempo.

O estudo teve como fator limitante ter sido realizado em apenas um serviço, o que torna difícil qualquer generalização. Entretanto, os achados contribuem para a atenção a rede móvel de emergência e urgência, sendo uma oportunidade para reflexão de propostas e ações específicas e necessárias em situação crítica de saúde.

Referências

- Lima, C. T. & Neto, C. M. S. (2021). Desafios na atuação dos enfermeiros no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) de uma cidade brasileira. *Brazilian Journal of Development*. 7 (4): 35893-911. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/27841>.
- Almeida, P. M. V., Dell'Acqua, M. C. Q., Cyrino, C. M. S., Juliani, C. M. C. M., Palhares, V. C. P. & Pavelqueires, S. (2016). Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. *Esc. Anna Nery*. 20 (2): 289-2. <https://www.scielo.br/j/ean/a/jqr8vfFBg7S6CgcvxjGW6tv/abstract/?lang=pt>.
- Castro, R. R, Faustino, U. S. & Ribeiro, D. M. *REAEnf/EJNC*. Caracterização das ocorrências do serviço de Atendimento Móvel de Urgência. SAMU. 2020; 56 (25): 1-7. <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/5625/3568>.
- Almeida, R. B. & Álvares A. C. M. (2019). Assistência de enfermagem no serviço móvel de urgência (SAMU): revisão de literatura. *Rev Inic Cient e Ext*. 2(4):196-207. <https://revistasfasesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/256/197>.
- Brasil (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico.

Moura, D. H., Almeida, D. H. M., Santos, J. S., Andrade, A. F., Nunes, A. G. S., Leite, A. C. C. et al., (2020). Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar: dificuldades e riscos vivenciados na prática clínica. *Braz. J. Surg. Clin. Res.* 31 (1):81-89. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200606_164858.pdf.

Battisti, G. R., Branco, A., Caregnato, R. C. A. & De Oliveira, M. M. C. (2019). Perfil de atendimento e satisfação dos usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). *Rev. Gaúcha Enferm.* 40 (1). <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/9pJCzdb5cBGwmtLxHSf8QK/?lang=pt>.

Carvalho, I. C. C. M. & Saraiva, I. S. (2019). Perfil das vítimas de trauma atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência. *R. Interd.*8(1):137-48. <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/392>

O'Dwyer, G., Konder, M. T., Reciputti, L. P., Macedo C. & Lopes, M. G. M. (2017) O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cad. de Saúde Públ.*; 33 (7): 1-14. <https://www.scielo.br/j/csp/a/BCmPQJs3xbR9v4tLRtdZdpq/?format=pdf&lang=pt>

Tibães, H. B. B., Silva, D. M., Alves, M., Penna, C. M. M. & Brito MJM. (2018). Service Profile of the Mobile Emergency Care Service in the north brazilian city. *J Res: Fundam Care online.*;10(3):675-82. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.675-682>.

Teles, A. S., Coelho, T. C. B., Ferreira, M. P. S. & Scatena, J. H. G. (2017). Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de uma cidade brasileira: subfinanciamento e desigualdade regional. *Cad. de Saúde Colet.*; 25 (1): 51-7. <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/t5tRGYwjLftjZz5hGHZJHpQ/?lang=pt>

Marques, T. O., Melo, L. D., Taroco, F. E., Duarte, R. M. L. & Lima, H. D. (2021). Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): uma revisão integrativa. *Research, Society and Development.*; 10 (2): [https://www.google.com/search?q=+Servi%C3%A7os+de+Atendimento+M%C3%B3vel+de+Urg%C3%Aancia+\(SAMU\)](https://www.google.com/search?q=+Servi%C3%A7os+de+Atendimento+M%C3%B3vel+de+Urg%C3%Aancia+(SAMU)).

Ciconet, R. M. (2015). Tempo Resposta de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Tese. Universidade Federal do Brasil.

Morais, D. A., Carvalho, D. V., & Correa, A. R. (2014). atendimentos a vítimas de parada cardíaca extra-hospitalar com desfibrilador externo automático em unidades de suporte básico. *Ciênc. Cuid. Saúde.* 13(4):600-07. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/HWD6PvJzdTVsYHYtm3Ls7Kg/?format=pdf&lang=pt>

Piegas, L. S., Timerman, A., Feitosa, G. S., Nicolau, J. C., Mattos, L. A. P. & Andrade, M. D. (2015). Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST. *Rev Soc Bras Cardiol.* 105 (2).

Brasil. (2017). Governo do Distrito Federal. Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco nas Portas Fixas de Urgência e Emergência Adulto. Secretaria do Estado da Saúde.

Hora, R.S., Paiva, E. F., Sampaio, E. S., Oliveira, J. Á., Souza, V. R. S. & Brandão, P. C. (2019). Caracterização do atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) às emergências clínicas. *Rev Min Enferm.* 23:e-1256. <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1256.pdf>.

Oliveira, C. C. M., Novaes, H. M. D., Alencar, A. P., Santos, I. S., Damasceno, M. C. T., Souza, H. P. & Oliveira, C. C. M., (2019). Effectiveness of the Mobile Emergency Medical Services (SAMU): use of interrupted time series. *Rev Saude Publica.* 53:99. http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/1518-8787-rsp-53-99/1518-8787-rsp-53-99.x34413.pdf

Nunes, R. M. M., Silva, D. M. F. & Jorge, M. S. B. (2022). Construção de Fanpage para o SAMU-CE: uma ferramenta de comunicação institucional. *Research, Society and Development.* 11: e14811124686. <https://www.google.com/search?q=Constru%C3%A7%C3%A3o+de+Fanpage+para+o+SAMU->

Marques, T. O., Melo, L. D., Taroco, F. E., Duarte, R. M. E. & Lima, H. D. (2021). Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu): uma revisão integrativa. *Research, Society and Development.* 10: 2, e38310212522. https://redib.org/Record/oai_articulo3082753-servi%C3%A7os-de-atendimento-m%C3%B3vel-de-urg%C3%Aancia-samu-uma-revis%C3%A3o-integrativa.