



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA – LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JAYANE DA CRUZ SILVA
JULIANE DA CRUZ SILVA
KETELLEM RENATA ROCHA OLIVEIRA

**ANÁLISE DAS ATRIBUIÇÕES, DIFICULDADES E VARIABILIDADES
DO COTIDIANO DOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO
MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)**

JAYANE DA CRUZ SILVA
JULIANE DA CRUZ SILVA
KETELLEM RENATA ROCHA OLIVEIRA

**ANÁLISE DAS ATRIBUIÇÕES, DIFICULDADES E VARIABILIDADES
DO COTIDIANO DOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO
MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharela em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Mestra. Rosângela de Aguiar
Rodrigues

SILVA, Jayane da Cruz; SILVA, Juliane da Cruz; OLIVEIRA, Ketellem Renata Rocha.

ANÁLISE DAS ATRIBUIÇÕES, DIFICULDADES E VARIABILIDADES DO COTIDIANO DOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)/ Jayane da Cruz Silva; Juliane da Cruz Silva; Ketellem Renata Rocha Oliveira. CGBE, Itaituba: FAI, 2024.

61 f.: il.

Orientadora: Rosângela de Aguiar Rodrigues

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade de Itaituba, 2024.

1. Enfermeiro. 2. SAMU. I. Rodrigues, Rosângela de Aguiar. II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR – PA, 2024.

JAYANE DA CRUZ SILVA
JULIANE DA CRUZ SILVA
KETELLEM RENATA ROCHA OLIVEIRA

**ANÁLISE DAS ATRIBUIÇÕES, DIFICULDADES E VARIABILIDADES
DO COTIDIANO DOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO
MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Mestra. Rosângela de Aguiar
Rodrigues

BANCA EXAMINADORA

Presidente/orientadora: _____ Nota: _____

Prof.^a Ma. Rosângela de Aguiar Rodrigues, Especialista.

Avaliador(a) 1: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação.

Avaliador(a) 2: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação.

Resultado: _____ Média: _____

Itaituba -PA: ____ de março de 2024

*À nossa família, aos Professores, à
nossa orientadora Rosangela pelo amor,
cuidado e estímulo que nos ofereceu. A
Deus, autor da nossa fé.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela minha vida, por ter me concedido paciência e sabedoria para ultrapassar os muitos obstáculos encontrados ao longa da minha graduação.

Aos meus avós, **Magnólia Castro da Silva e Valdimiro Gonçalves da Silva**, que sempre foram os meus maiores incentivadores, amo vocês. Infelizmente meu avô não vai ver meu sonho se tornar realidade, mas sempre o levarei em meu coração.

As minhas companheiras de TCC, **Juliane da Cruz Silva e Ketellem Renata Rocha Oliveira**, que estiveram ao meu lado durante esses cinco anos de graduação, e me ajudaram a deixar a realização desse trabalho mais leve e menos estressante.

Agradeço a todos os professores que passaram pela minha vida ao longo dessa jornada, obrigado por contribuíram na minha formação.

E por último a minha orientadora **Rosângela de Aguiar Rodrigues**. Foi um privilégio está com a senhora nesses últimos mês, você foi muito importante para a realização desse trabalho. Levarei a senhora meu coração e em minhas memórias.

Jayane da Cruz Silva Silva.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pois sem ele nada disso seria possível.

Agradeço também aos meus avós **Magnólia Castro da Silva** e ao meu falecido avô **Valdimiro Gonçalves da Silva**, suas grandes forças foi a mola propulsora que permitiu o meu avanço, mesmo durante os momentos mais difíceis estiveram presentes e me incentivando a nunca desistir, agradeço do fundo do meu coração a eles, esta monografia é a prova de que todos os investimentos e dedicações que eles fizeram em mim valeram a pena.

Agradeço as minhas colegas companheiras de TCC **Jayane da Cruz Silva** e **Ketellem Renata Rocha Oliveira**, que estiveram comigo desde o início.

Agradeço também aos meus outros colegas de sala que me proporcionaram momentos inesquecíveis e fizeram com que esses 5 anos passem de forma leve.

Agradeço a minha orientadora **Rosângela de Aguiar Rodrigues** e a todas as outras pessoas que foram essenciais ao longo dessa formação.

Juliane da Cruz Silva.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades encontradas ao longo da minha trajetória na graduação, porque sem a presença dele eu não chegaria até aqui. (“Até aqui o Senhor nos ajudou”. 1 Samuel 7:12).

A minha mãe que foi o meu maior incentivo e apoio incondicional e hoje está vivendo esse sonho juntamente comigo.

As minhas colegas de TCC **Jayane da Cruz Silva** e **Juliane da Cruz Silva** por estar ao meu lado nos momentos difíceis e compartilhar momentos de alegria e juntas estamos realizando um de nossos sonhos, com vocês os 5 anos se tornaram mais leves obrigada pela parceria e amizade.

A minha orientadora **Rosângela de Aguiar Rodrigues** pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos o meu muito obrigada.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação obrigada.

Ketellem Renata Rocha Oliveira.

*Não precisa temer, pois sempre
estou com você; não tenha medo, pois Eu
Sou o seu Grande Deus. Eu sempre o
fortalecerei e sempre o ajudarei; e te
segurarei, com a minha mão direita
vitoriosa.*

(Bíblia: Isaías, 41:10)

RESUMO

Estudo de revisão bibliográfica baseada nas pesquisas de artigos científicos sobre as atribuições, dificuldades e variabilidades do cotidiano do enfermeiro nos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. O atendimento do SAMU pode ser conceituado como uma assistência realizada, direta ou indiretamente fora do ambiente hospitalar, com desígnio de dar a o melhor retorno à solicitação de ajuda para o usuário. Esse retorno pode ser tanto uma simples orientação até o envio de uma viatura ao local da ocorrência para manutenção da vida ou ainda a redução de sequelas. No entanto, no Brasil há déficit na atuação do enfermeiro no APH móvel em relação a outros países e nesse contexto é evidente que o enfermeiro seja um importante integrante da equipe, uma vez que, sua prestação de cuidados auxilia na melhor estabilização do quadro clínico das vítimas. A descrição das atividades desenvolvidas por esse profissional possui atribuições diversificadas, como ser líder na assistência em casos de baixa, média e alta complexidade. Sendo esse um protagonista que articula todo o planejamento das ações na prevenção das complicações resultantes dos traumas e redução das sequelas dos pacientes. Foram elencadas algumas dificuldades enfrentadas por esses profissionais: devido à baixa remuneração, levam-nos a desmotivação e baixa produtividade, além de distúrbio do sono, desgaste físico/emocional, ansiedade e, em casos mais graves, a depressão. Na síntese foi apontando que na maioria dos casos atendidos são provenientes de pacientes vítimas de intercorrências clínicas, traumas, problemas respiratórios e agravos neurológicos. Com relação ao sexo, os achados informam que os atendimentos são realizados com pessoas do sexo masculino; com predominância na faixa etária jovem; o local de ocorrência é na via pública, e o que os agravos traumáticos, tem predominância de acidentes de trânsito. São muitas as variabilidades no dia a dia desse profissional que ora atribuem prazer, como uma profissão autônoma que aprender continuamente, que tem utilidade e altruísmo, reconhecimento dos usuários e admiração e ora sofrimento como: a falta de reconhecimento, condições de trabalhos inadequadas, limitações da profissão, vivenciar os sofrimentos do outro e o insucesso da ação. O tema da assistência de enfermagem no SAMU necessita de maior aprofundamento e visibilidade, tanto no meio acadêmico, quanto na sociedade.

Palavras-chaves: Atuação. Enfermeiro. SAMU

ABSTRACT

Bibliography review study based on research of scientific articles on the duties, difficulties and variability of nurses' daily lives in Mobile Emergency Care Services – SAMU. SAMU service can be conceptualized as assistance provided, directly or indirectly, outside the hospital environment, with the aim of providing the best response to the user's request for help. This return can range from simple guidance to sending a vehicle to the scene of the incident to maintain life or even reduce sequelae. However, in Brazil there is a deficit in the role of nurses in mobile PHC in relation to other countries and in this context it is clear that nurses are an important member of the team, since their provision of care helps to better stabilize the clinical picture of patients. victims. The description of the activities carried out by this professional has diverse responsibilities, such as being a leader in assistance in low, medium and high complexity cases. This is a protagonist who articulates all the planning of actions to prevent complications resulting from trauma and reduce patient sequelae. Some difficulties faced by these professionals were listed: due to low pay, they lead to demotivation and low productivity, as well as sleep disturbances, physical/emotional exhaustion, anxiety and, in more serious cases, depression. In the summary, it was pointed out that the majority of cases treated come from patients who were victims of clinical complications, trauma, respiratory problems and neurological problems. Regarding gender, the findings indicate that services are provided to males; with a predominance in the young age group; the place of occurrence is on public roads, and traumatic injuries are predominantly traffic accidents. There are many variations in the daily life of this professional who sometimes attribute pleasure, as an autonomous profession that continually learns, which has utility and altruism, recognition from users and admiration and sometimes suffering such as: lack of recognition, inadequate working conditions, limitations of the profession, experiencing the suffering of others and the failure of the action. The topic of nursing care at SAMU needs greater depth and visibility, both in academia and in society.

Keywords: Acting. Nurse. SAMU.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.....	20
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Evolução do atendimento a pacientes de trauma.....	17
Quadro 2 - Protocolo de Manchester.	25
Quadro 3 - Atendimento Sistemático.....	29
Quadro 4 - Distribuição dos Artigos segundo o Autor, Ano e Título da obra.	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
ACCR	-	Acolhimento com Classificação de Risco
APH	-	Atendimento Pré-hospitalar
CAPS	-	Centro de atenção psicossocial
COFEN	-	Conselho Federal de Enfermagem
CR	-	Classificação de Risco
ECG	-	Escala de coma de Glasgow
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
HBI	-	Hiperbilirrubinemia indireta
HMI	-	Hospital Municipal
IAA	-	Icterícia associada à amamentação
ILM	-	Icterícia do leite materno
MS	-	Ministério da Saúde
PHTLS	-	Suporte de vida para trauma pré-hospitalar
PNAU	-	Política Nacional de Atendimento às Urgências
RAS	-	Rede de Atenção à Saúde
RCP	-	Reanimação Cárdio pulmonar
RN	-	Recém-nascido
RNPT	-	Recém-nascido pré termo
RNT	-	Recém-nascido a termo
RUE	-	Rede de atenção às Urgências
SAE	-	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU	-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEM	-	Serviço de emergências médicas
STM	-	Sistema de Triagem de Manchester
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TARM	-	Técnico Auxiliar de Regulação Médica
UBS	-	Unidade de Saúde da Família
UCI	-	Unidade de Cuidados Intermediários
UPA	-	Unidade de Pronto Socorro
USA	-	Unidade de suporte avançado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1 HISTÓRIA DO ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR (APH)	17
2.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	18
2.2.1 Avaliação da Classificação de Risco	21
2.2.2 Protocolo de Manchester	24
2.3 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)	26
2.4 ATUAÇÃO E COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO	28
2.4.1 Vivências Cotidianas do Enfermeiro do SAMU	30
3 METODOLOGIA	34
3.1 TIPO DE ESTUDO	34
3.2 IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DAS FONTES	34
3.3 ANÁLISE DOS TEXTOS	35
3.4 DENSELVOVIMENTO DA PESQUISA	36
3.5 REDAÇÃO DO RELATÓRIO	36
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	36
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
4.1 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL (SAMU)	39
4.2 DIFICULDADES ENFRENTADAS NO TRABALHO DO ENFERMEIRO DO SAMU	42
4.3 PERFIL DE ATENDIMENTO SEGUNDO O TIPO DE TRAUMA, FAIXA ETÁRIA, SEXO E LOCAL DE OCORRÊNCIA	44
4.4 VARIABILIDADES ENFRENTADAS NO DIA A DIA DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DO SAMU	47
5 CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS	53

1 INTRODUÇÃO

O cuidado Pré-Hospitalar (APH) no Brasil é exemplificado pelo serviço de atendimento móvel de urgência (Samu), conforme estabelecido pela Portaria nº2048/GM em 5 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002). A finalidade principal desse atendimento é coordenar a assistência como uma resposta ágil às situações de urgência, seja em residências, locais de trabalho, vias públicas ou em qualquer outra situação em que o paciente necessite (CAMPOS, 2005).

O atendimento Pré - Hospitalar pode ser conceituado como uma assistência realizada, direta ou indiretamente fora do ambiente hospitalar, com desígnio de dar a o melhor retorno à solicitação de ajuda para o usuário. Esse retorno pode ser tanto uma simples orientação até o envio de uma viatura de suporte básico, ou avançado no local da ocorrência para manutenção da vida ou ainda a redução de sequelas. (SANTOS,2022.)

De acordo com Silva *et al.* (2017), por meio da mencionada portaria que regula o atendimento pré-hospitalar, o papel do enfermeiro é de extrema importância na prestação de assistência, administração, operação e supervisão de protocolos, bem como na capacitação de outros profissionais da equipe de saúde. Dessa forma, a enfermagem é orientada a oferecer cuidados abrangentes com empatia e deve estar presente em todas as unidades que ofereçam serviços de saúde para indivíduos, famílias e comunidades.

Entretanto, no Brasil, há uma lacuna na atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel em comparação com outros países. Nos Estados Unidos, o enfermeiro desfruta de maior autonomia e desempenha um papel mais sólido no atendimento, devido ao sistema de atendimento pré-hospitalar mais avançado nesse país. Contudo, ao longo dos anos, o enfermeiro tem conquistado maior espaço e autonomia no atendimento pré-hospitalar, permitindo uma participação mais ampla em suas atividades privativas e uma expansão nos aspectos legais (TAVEIRA *et al.*, 2021).

A atuação do enfermeiro não se limita apenas à assistência direta, pois nesse sistema, ele não só realiza o socorro às vítimas em situações de emergência fora do ambiente hospitalar, mas também desempenha atividades educativas como instrutor, participa na revisão de protocolos de atendimento e elabora material didático. Além disso, ele colabora com a equipe multiprofissional em situações de calamidades e

acidentes de grandes proporções. Há uma urgência em avaliar o papel do enfermeiro, observando se ele está desempenhando exclusivamente funções administrativas, pois algumas pesquisas indicam que o enfermeiro tem prestado atendimento à distância, prejudicando a equipe e o próprio paciente, reservando o atendimento presencial apenas para casos graves que exigem procedimentos invasivos (RAMOS; SANNA, 2005).

Neste contexto, torna-se claro que o enfermeiro desempenha um papel fundamental na equipe do SAMU, contribuindo de maneira significativa para a estabilização do quadro clínico das vítimas atendidas por esse sistema. Este estudo justifica que no atendimento pré-hospitalar, o enfermeiro executa uma variedade de atividades, como acolhimento das vítimas, aplicação de procedimentos de enfermagem e utilização de técnicas avançadas no cuidado às vítimas em estado grave, além de gerenciar tanto a cena quanto a equipe de enfermagem. O enfermeiro atuante nessa área também se depara com atendimentos complexos que exigem habilidade e tomada de decisão mais efetiva (PEREIRA *et al.*, 2020).

Esse cenário enfatiza a necessidade de diversas habilidades na atuação do enfermeiro em situações de urgência e emergência, as quais devem ser adquiridas por meio de treinamento específico. Portanto, é crucial compreender as condições em que o enfermeiro opera no APH, a fim de obter uma visão abrangente do trabalho, identificar desafios e contradições, possibilitando a busca por soluções práticas que melhorem as condições de atendimento, tanto para os pacientes quanto para os profissionais.

A temática da assistência de enfermagem no SAMU - Serviço de Atendimento Móvel em Urgência e Emergência - demanda uma abordagem mais aprofundada e visibilidade, tanto no meio acadêmico quanto na sociedade. Diante dessa exposição, o objetivo geral do estudo é descrever as atribuições, dificuldades e variabilidades relacionadas às particularidades cotidianas do trabalho no SAMU. Os objetivos específicos incluem pontuar as principais atividades realizadas pelos enfermeiros do SAMU, relatar as dificuldades enfrentadas em seu trabalho, e apresentar o perfil de atendimento com base no tipo de trauma, faixa etária, sexo e local de ocorrência. O problema de pesquisa central indaga: Quais são as variabilidades enfrentadas no dia de trabalho pelo enfermeiro no SAMU?

O SAMU-192 tem como meta oferecer um atendimento ágil e competente a vítimas em situações de urgência ou emergência. Nesse contexto, é essencial realizar

uma avaliação e abordagem adequada, aliadas a uma estrutura capaz de atender às necessidades e reduzir os danos ao cliente. Para alcançar esse objetivo, os sistemas de atendimento pré-hospitalar também devem ser organizados, proporcionando uma melhor orientação na assistência prestada (SZERWIESKI; OLIVERIA, 2015).

A importância desta pesquisa para a sociedade e instituições educacionais destaca a necessidade de valorizar e expandir a atuação do enfermeiro. Surge, assim, a necessidade de reconhecer as responsabilidades do enfermeiro que atua no SAMU, de acordo com a legislação, e identificar suas fragilidades na rotina da assistência pré-hospitalar. Esse reconhecimento visa implementar estratégias que aprimorem a prática do enfermeiro, tornando-a mais autônoma e eficiente.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 HISTÓRIA DO ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR (APH)

O atendimento imediato é o momento ideal para intervir em situações críticas de saúde, esse momento é rápido e resulta em morte se houver demora. Essa afirmativa foi descrita por Hipócrates (400 a.C.) onde ele demonstra que o atendimento imediato é uma base para a medicina, como também complementou Galeno (129 d.C.) que os médicos devem estar preparados com seus equipamentos para situações de emergência. Sendo assim, a evolução do atendimento a pacientes de trauma é dividida em quatro períodos: o antigo período, o período Larrey, a era Farrington e a era moderna, como apresentado no quadro 1. Grau (2015).

Quadro 1 - Evolução do atendimento a pacientes de trauma.

Períodos	UTILIZAÇÃO
Antigo Período	No período antigo, a maioria dos cuidados médicos eram realizados em estabelecimentos rudimentares. Este período compreende os cuidados médicos desenvolvidos pelos israelitas na Grécia, Roma e Egito até a época de Napoleão. Ainda, esse período possui uma contribuição importante do papiro Edwin Smith com cerca de 4.500 anos, o qual expõe cuidados médicos prestados baseados em relato de casos.
Era Larrey	O período Larrey compreende do final do século XV até 1950. Neste, o Barão Dominique Jean Larrey era médico-cirurgião e chefe militar de Napoleão Bonaparte e começou a observar necessidade em uma atenção pré-hospitalar ágil. No ano de 1797, ele detectou que a falta de ambulâncias dificulta os cuidados necessários aos feridos e assim, criou uma carruagem que denominou de ambulâncias voadoras. Essas ambulâncias eram conduzidas por cavalos e direcionadas a guerreiros feridos em batalhas e decretou que os trabalhadores prestadores dos cuidados deveriam ser treinados em assistência médica, não somente no local em que se encontravam os feridos, mas também no caminho ao conduzi-los.
Era Farrington	A era Farrington se desenvolveu entre 1950 e 1970. Dr. Farrington produziu um artigo intitulado "Morte em uma Vala" em 1960. Esta obra descrevia os cuidados pré-hospitalares necessários e com isso, ele foi considerado o pai dos serviços de emergências médicas (SEM) nos Estados Unidos. Nessa época, com o avanço da industrialização houve aumento da migração populacional para as áreas urbanas. Essa migração ocasionou aumento de acidentes, necessitando de transporte mais adequado para unidades hospitalares. Na Irlanda, já havia veículos com presença de médicos treinados para atendimento cardiovascular do infarto agudo do miocárdio.
Era Moderna	Já na era moderna, compreende o ano de 1970 até os dias atuais. Essa era iniciou com o relatório de Dunlap nos Estados Unidos que definiu os padrões para avaliar os trabalhadores do SEM. O médico Curry na época solicitou treinamento especializado para os prestadores de serviços nas ambulâncias, conforme o programa educacional criado pelos Drs Banks e Farrington, lançando diversos

	tipos de treinamento, entre eles, o Suporte de Vida para Trauma pré-hospitalar (PHTLS). Neste mesmo período foi desenvolvido a Escala de Coma de Glasgow (ECG) na cidade de Glasgow, Escócia, pelos médicos Graham Teasdale e Bryan Jennett.
--	--

Fonte: Santos (2022).

O atendimento pré-hospitalar teve origem na América do Norte após a Guerra do Vietnã e foi estabelecido na Europa há mais de trinta anos. No Brasil, sua regulamentação ocorreu em 1989, sendo executada pelo Corpo de Bombeiros (VARGAS, 2006). Os serviços de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) possibilitam uma intervenção mais rápida, o que pode reduzir os índices de mortalidade e minimizar sequelas resultantes de acidentes ou doenças (MARTINS; PRADO, 2003).

No contexto brasileiro, a concepção de prestar atendimento às vítimas no local do acidente remonta a 1893, quando uma lei foi aprovada pelo Senado da República para estabelecer o atendimento médico de urgência em via pública na cidade do Rio de Janeiro, então capital do país. Em 1899, o corpo de bombeiros do Rio de Janeiro já prestava atendimento, introduzindo a primeira ambulância com tração animal no país. No estado de São Paulo, o Decreto nº395 de 07 de outubro de 1893 estabeleceu a responsabilidade de uma equipe médica para atender emergências. Em 1910, o novo Decreto nº1392 determinou a obrigatoriedade da presença de médicos no local de acidentes ou incêndios (DIAS, 2016).

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

De acordo com Duarte (2020), cada vez mais vem aumentando o índice de violência urbana, o aumento dos acidentes automobilísticos e a fragilidade da assistência na atenção básica intensifica a procura dos serviços de média e alta complexidade. Em decorrência da globalização e urbanização, observa-se um aumento na frequência de acidentes de trânsito e lesões decorrentes de violência. Isso tem como consequência o crescimento do número de vítimas potencialmente graves, assim como o aumento de doenças crônicas, especialmente o infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e doenças do sistema circulatório. Essas situações demandam a intervenção do SAMU.

Nesses últimos cresce mais o número de mortes decorrentes de acidentes com motocicleta, essa estatística aumentou cerca de 263,5%, sendo que há nove anos atrás eram de 3.100 mortes e em poucos anos esse número foi para total de 11.268 óbitos, isso tudo relacionado a essa situação, percebeu-se então que a quantidade de motocicletas nas ruas do país teve um aumento de 300% (SANTOS, 2020).

Esse cenário caótico demandava a implementação de novos protocolos e portarias para abordar as questões relacionadas à urgência e emergência. Antes de 2003, o atendimento às urgências era conduzido de maneira independente pelos municípios. Contudo, nesse período, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) foi estabelecida por meio da Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Esta política exige sua implantação em todas as unidades federativas, mesmo que alguns municípios já possuam sistemas próprios de atendimento às urgências, sendo obrigados a seguir as novas diretrizes estabelecidas pela política. Além disso, a PNAU busca melhorar o atendimento por meio de estratégias como a humanização no tratamento aos pacientes, a educação permanente dos profissionais, a organização da rede e a implementação e operacionalização da central de regulação médica de urgência (SANTOS *et al.*, 2019).

Os elementos que constituem a PNAU estão divididos em Pré-hospitalar fixo, Pré-hospitalar móvel, Rede Hospitalar e Pós-hospitalar. O Pré-hospitalar fixo abrange a Estratégia de Saúde da Família (ESF), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), ambulatórios especializados e serviços de apoio, diagnóstico e tratamento. O Pré-hospitalar móvel inclui a rede SAMU 192, o sistema de resgate e ambulâncias da rede privada. A Rede Hospitalar está relacionada a hospitais de média e alta complexidade. O Pós-hospitalar compreende os serviços de atenção domiciliar e de reabilitação (SANTOS, 2014).

Em 2011, a Portaria nº 1.863/2003 passou por uma reformulação por meio da Portaria nº 1.600, de 7 de junho. Essa atualização definiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) com o objetivo de atender integralmente e de forma humanizada os indivíduos diante de condições agudas ou crônicas de urgência e emergência. A RUE é composta por diversos elementos, tais como promoção, prevenção e vigilância à saúde; sala de estabilização em unidades de saúde; Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas; Atenção Básica (AB); SAMU e central de regulamentação médica das urgências; área hospitalar; Atenção Domiciliar; e Força Nacional de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, esses

elementos devem ser articulados e regulados para atender eficientemente às necessidades da população (TOBIAS, 2017).



Figura 1 - Componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.
Fonte: Adaptado de Brasil (2019).

A RUE enfatiza que certos cuidados devem receber prioridade devido ao seu impacto, tais como os cuidados cardiovasculares, dado que as patologias cardíacas representam a principal causa de mortalidade global; os cuidados cerebrovasculares, devido à alta prevalência de mortalidade associada principalmente a acidentes vasculares; e os cuidados em casos de trauma, o terceiro principal fator de mortalidade no Brasil, principalmente devido a acidentes automobilísticos (CAMPOS *et al.*, 2018).

De acordo com Freitas (2018), lidar com a demanda do sistema de urgência e emergência configura-se como um desafio significativo para o SUS. Isso ocorre devido a diversas situações recorrentes, como o aumento de doenças crônicas, acidentes e violência, somado à inadequação da atenção básica na prevenção e promoção da saúde. Assim, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências está implementando medidas para melhorar sua articulação, visando proporcionar um acesso humanizado e integral.

No entanto, de acordo com Roncalli *et al.* (2017), o serviço de urgência no Brasil enfrenta um problema relacionado à falta de informação para a população, pois muitos procuram esse serviço, embora sua condição de saúde possa ser acompanhada pela atenção básica. Isso resulta em superlotação e sobrecarga de profissionais, especialmente nas equipes e unidades UPA. Essa superlotação pode ser agravada pela falta de critérios clínicos por parte dos profissionais em relação aos pacientes e/ou pelo excesso de triagem, resultando em atrasos no tratamento e desperdício de recursos materiais. Além disso, a percepção da população sugere que a assistência eficiente é aquela oferecida pelos hospitais, devido à realização de procedimentos complexos, exames e diagnósticos, menosprezando os serviços da atenção básica.

As condições agudas e crônicas devem ser acolhidas por todas as portas de entrada do SUS, e, de acordo com a gravidade, encaminhadas para os serviços de maior complexidade, ou seja, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) abrange não apenas a atenção básica, mas também a atenção às urgências, constituindo um conjunto de serviços hierarquizados para abordar de maneira abrangente as complexidades dos usuários. Dentro da Rede de Urgência e Emergência, existe um modelo de atendimento às condições agudas, visando lidar de maneira abrangente com essas condições e eventos agudos originados por condições crônicas. Nesse contexto, é oferecido um atendimento ágil e eficiente ao identificar a gravidade dos indivíduos, promovendo uma assistência direcionada e resolutiva (FREITAS *et al.*, 2018).

2.2.1 Avaliação da Classificação de Risco

Para proporcionar um atendimento rápido e eficaz ao identificar a gravidade dos indivíduos e garantir uma assistência direcionada e resolutiva, é essencial contar com uma ferramenta de Classificação de Risco (CR). Cada pessoa deve ser submetida a essa ferramenta, a fim de organizar a fila de espera com base na ordem de atendimento. Nesse contexto, a classificação de risco implica uma avaliação profissional para categorizar com mais precisão cada situação. Em relação a isso, as condições de emergência devem ser designadas como atendimento prioritário devido ao risco iminente de vida. Em seguida, as situações de urgência, que podem ou não apresentar risco iminente de morte, devem ser atendidas, seguidas pelo atendimento das condições não imediatas, que podem aguardar por um certo tempo (PEREIRA; FERREIRA, 2020).

Conforme Brasil (2009), o processo de trabalho de classificação de risco na rede hospitalar no setor de urgência e emergência teve início em 2002, mas passou por uma reformulação em 2004 para aprimorar o atendimento. Essa reformulação baseou-se na política nacional de humanização, resultando na criação do acolhimento com avaliação da classificação de risco (ACCR), com o objetivo de aprimorar a produção de saúde, garantindo aos pacientes uma escuta qualificada que assegure um atendimento com qualidade, rapidez e resolutividade.

Segundo Brasil (2009), os serviços de urgência e emergência enfrentam superlotação, longas filas de espera e macas nos corredores, com pacientes muitas vezes falecendo nessas condições. Isso ocorre devido à falta de classificação de riscos para mudar essa realidade, sobrecarregando os profissionais, que se concentram apenas na doença, deixando de lado o aspecto humano. O acolhimento surge como uma das principais ferramentas para transformar a realidade vivenciada na maioria dos serviços de urgência e emergência no Brasil, com a avaliação de riscos para os pacientes não se limitando apenas à dimensão física, mas também considerando o aspecto emocional.

O enfermeiro foi designado como o profissional responsável pela execução da Classificação de Risco, uma vez que, ao considerar a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto 94.406/87, cabe exclusivamente ao enfermeiro a realização da Consulta de Enfermagem e de técnicas de maior complexidade, demandando conhecimentos científicos adequados e a capacidade de tomar decisões imediatas. Esse profissional aprende a fornecer assistência aos pacientes, levando em consideração não apenas a saúde dos indivíduos, mas também a infraestrutura ao seu redor, desenvolvendo uma abordagem abrangente (NISHIO; FRANCO, 2011, p.159).

Segundo Nishio e Franco (2011), o acolhimento envolve atender os pacientes com base na classificação de suas necessidades de saúde, sendo capaz de ouvir, direcionar de maneira responsável e ética, e respeitar as diretrizes do Sistema Único de Saúde, como acessibilidade e equidade. Essa abordagem torna-se parte integrante das rotinas diárias nos serviços de Urgências e Emergências, proporcionando aos pacientes e seus familiares um atendimento marcado pelo respeito, resolubilidade e responsabilização, contribuindo para a melhoria do relacionamento entre profissional e usuário.

De acordo com Brasil (2009), a Classificação de Risco é uma ferramenta que visa organizar a ordem de atendimento em serviços de Urgência e Emergência, não seguindo a ordem de chegada, mas com base no grau de necessidade de

atendimento. Isso reduz o risco de morte e sequelas decorrentes da falta de atendimento rápido, mantendo os pacientes informados sobre o tempo de espera e o grau de risco, proporcionando assistência em um ambiente tranquilo e organizado. Essa abordagem visa promover a satisfação e resolubilidade dos usuários, evitando longos tempos de espera. Para a eficácia da implementação da Classificação de Risco, é essencial a qualificação dos serviços prestados pela assistência.

Conforme Brasil (2004), o Acolhimento com Avaliação da Qualificação de Risco demanda dos profissionais de saúde a sensibilidade para avaliar a vulnerabilidade física e psíquica dos pacientes. Isso requer uma mudança na postura do profissional, o desenvolvimento de uma escuta qualificada e o fortalecimento dos laços de confiança entre profissionais e pacientes, proporcionando maior autonomia para o paciente. O acolhimento com a classificação de risco se materializa por meio de um conjunto de ações com o objetivo de proporcionar saúde com qualidade.

O acolhimento é concebido como uma abordagem nos processos de trabalho em saúde, visando atender a todos os usuários desses serviços. Isso implica em escutar suas preocupações e adotar no serviço uma postura que envolve escuta atenta, acolhimento e fornecimento de explicações mais adequadas. Em outras palavras, requer oferecer atendimento com responsabilidade e eficácia, instruindo, quando necessário, a família e o paciente sobre os demais serviços de saúde para garantir a continuidade da assistência, estabelecendo articulações com esses serviços para assegurar a efetividade dessas demandas (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010).

O acolhimento busca promover a escuta, valorizar as queixas do paciente/família, identificar suas necessidades e respeitar as diferenças. Em suma, é uma tecnologia relacional permeada pelo diálogo. Ao acolher, viabilizamos o encontro, a presença, o relacionamento e a criação de vínculo entre a família/paciente (usuários) e os profissionais da saúde. O acolhimento estabelece relações humanizadas entre quem cuida e quem é cuidado, sendo uma ferramenta tecnológica indispensável no cuidado em saúde (SCHNEIDER, 2008).

Morishita *et al.* (2009) categorizam que essa visão do acolhimento deve ser ampliada como um compromisso com o outro, compartilhando dores e necessidades, de forma a não ser entendido apenas como um meio de seleção de pacientes e encaminhamento para outros serviços, ou simplesmente como uma medida para criar um ambiente mais confortável para o usuário.

Gatti (2008) identificou os fatores que compõem as diversas etapas do acolhimento durante a triagem da seguinte forma: o primeiro momento, conhecido como "A convocação do paciente", refere-se ao momento em que o enfermeiro chama o paciente na recepção, sem observar o andamento da sala e identificar situações de agitação ou urgência; o segundo momento, chamado de "A apresentação", envolve a verificação do nome do profissional que realizará o atendimento, explicando ao paciente o objetivo desse momento; o terceiro momento, intitulado "Agrupamento de informações", compreende as perguntas prováveis que serão feitas ao paciente sobre sua queixa atual, sua duração, histórico relevante, alergias e medicamentos em uso; o quarto momento, denominado "Análise dos sinais vitais", envolve aferição da pressão arterial, frequência cardíaca, níveis de oxigênio e temperatura; e, finalmente, o quinto momento, "Solicitação de exames", que, com base nessa avaliação, permite ao enfermeiro realizar a dosagem da glicemia capilar ou a realização de um eletrocardiograma antes de encaminhar o paciente para a consulta médica.

De acordo com Franco, Bueno e Merhy (1999), no que diz respeito ao acolhimento na área da saúde, é necessário estabelecer uma nova ética, pautada na valorização da diferença e na tolerância em relação aos diversos, com uma abordagem social que combine um olhar clínico solidário e um compromisso fundamentado na construção da cidadania. As relações do procedimento para o atendimento devem seguir após a etapa do acesso, visando promover o encontro entre profissionais e pacientes como uma transação voltada para a compreensão de suas necessidades, buscando estabelecer conexões e estimular a autonomia em relação à saúde (MATUMOTO, 1998).

2.2.2 Protocolo de Manchester

O propósito das urgências e emergências é oferecer atendimento a pacientes que apresentam condições graves com risco de morte ou agravamento da saúde. Dado que a maioria dos pacientes que busca assistência não se enquadra nessa categoria, isso resulta em um aumento no fluxo de pessoas e consequente demora no atendimento. Por isso, torna-se crucial a utilização do protocolo de avaliação com classificação de risco, visando assegurar um atendimento humanizado (HASHIMOTO *et al.*, 2009).

O Protocolo de Manchester, originado na Inglaterra em 1997, foi desenvolvido com o objetivo de classificar a ordem de atendimento dos pacientes que aguardam assistência médica nas Urgências e Emergências. Esse modelo baseia-se na escuta da queixa principal, na adoção de medidas para classificar o tempo de espera de acordo com a gravidade do paciente (ULBRICH *et al.*, 2010).

De acordo com Brasil (2006), considerando que as urgências e emergências recebem um grande volume de atendimentos, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu políticas específicas para esse setor, exemplificadas pela Portaria Ministerial nº 2.048 de 05 de novembro de 2002, e a Portaria GM/MS nº 1.863 de 29 de setembro de 2003. Essas normativas introduziram o Sistema de Triagem de Manchester (STM), visando garantir um atendimento humanizado aos pacientes que procuram esses serviços.

O Ministério da Saúde orienta a adoção de um protocolo com quatro níveis de classificação, organizados da condição mais grave para a menos grave, representados pelas cores: vermelho, amarelo, verde e azul (BRASIL, 2009), conforme demonstrado no quadro 2.

Quadro 2 - Protocolo de Manchester.

Vermelha	O atendimento às emergências é prioritário, ou seja, demanda a prestação de cuidados de forma imediata.
Amarela	O termo "urgente" implica em atendimento dentro de um prazo de dez minutos, abrangendo pacientes críticos e semicríticos.
Verde	Pacientes que não se encontram em estado crítico, mas necessitam de atendimento, podem enfrentar uma espera que varia de duas a três horas.
Azul	Paciente de média e baixa complexidade, encaminhado para rede básica.

Fonte: Ulbrich *et al.* (2010).

Segundo Bellaguarda (2009), o Ministério da Saúde afirma que o Protocolo de Acolhimento com avaliação da classificação de risco serve como uma orientação para o atendimento, dando prioridade à gravidade do risco. Isso não resulta na exclusão do paciente, mas sim na classificação do atendimento com base na gravidade, e não na ordem de chegada.

Pires (2010) reitera a finalidade do protocolo de triagem, que consiste em reorganizar as filas de atendimento, dando prioridade com base na gravidade e não na ordem de chegada. O objetivo é garantir qualidade no atendimento aos pacientes

que procuram o serviço, além de criar um ambiente de trabalho agradável para a equipe.

O Ministério da Saúde, conforme recomendado, destaca a importância de reavaliar o risco do paciente que aguarda atendimento. Além disso, enfatiza a necessidade de uma divulgação clara do protocolo de atendimento, que inclui o acolhimento com classificação de risco para os usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009).

2.3 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)

O atendimento do SAMU é sempre desencadeado por meio de uma chamada gratuita para o número 192 em todo o país, originada por usuários em situações de urgência e emergência ou pelos pontos fixos da rede de atenção à saúde. Essa ligação inicialmente é atendida pelo técnico auxiliar da regulação médica (TARM), que realiza o primeiro atendimento, registrando informações como o nome do solicitante, a localização do chamado com detalhes do endereço e pontos de referência, além da identificação de possíveis trotes. Posteriormente, a ligação é encaminhada ao médico regulador, que explora a situação do usuário por meio de um diálogo com o solicitante, permitindo a formulação do diagnóstico sindrômico. Com base nesse diagnóstico, o médico toma decisões e responde à vítima, seguindo protocolos específicos e considerando a disponibilidade estrutural do SAMU e da rede local de saúde.

O SAMU atua como um componente móvel na rede de atenção, facilitando a integração entre os pontos fixos ao realizar atendimentos pré-hospitalares móveis primários e secundários. O atendimento primário refere-se à assistência a usuários que ainda não estão registrados no sistema e solicitam atendimento diretamente pelo telefone 192. Por outro lado, o atendimento secundário ocorre quando um serviço de saúde já prestou o primeiro atendimento para estabilização clínica do paciente e há a necessidade de transferência para outro ponto mais complexo da rede de saúde, caracterizando o "transporte inter-hospitalar" (BRASIL, 2002).

Segundo Marques (2010), essa prática pode ser realizada por meio de USB, USA e, até mesmo, pela ambulância do transporte sanitário. Esta última, com menor aparato técnico, é estrategicamente distribuída em Hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Assim, o SAMU se configura como um serviço estratégico na atenção integral às urgências e no levantamento de necessidades urgentes, dada sua

natureza de observatório do SUS. A complexidade organizacional do SAMU apresenta um desafio para sua compreensão, associada ao fato de ser um componente relativamente recente no sistema de saúde. Existe uma estrutura central que se refere à organização do serviço, composta por infraestrutura física, recursos humanos e materiais, organizados em função da característica do atendimento de urgência. Além disso, há estruturas móveis descentralizadas que atendem às demandas dos usuários do município.

O SAMU é acionado pelos usuários para lidar com uma multiplicidade de problemas de saúde. Nesse contexto, o enfermeiro do SAMU presta assistência a uma variedade de pacientes, designados pelo serviço como "vítimas", que, na maioria das vezes, são pessoas que sofreram deformidades físicas com repercussões clínicas sistêmicas decorrentes de acidentes, ou seja, resultantes de trauma, e também pessoas que tiveram seus quadros clínicos desestabilizados (MARQUES, 2010).

Conforme a análise de Alves *et al.* (2010), muitos profissionais observam que a população faz uso inadequado do serviço, recorrendo a ele como meio de transporte ou para um acesso mais rápido ao sistema de saúde, além de resolver demandas sociais e de saúde que não configuram urgências ou emergências. Os serviços de urgência são frequentemente escolhidos como a entrada principal no SUS, devido à sua característica de atendimento ágil, equipe completa, incluindo especialistas em unidades fixas de atenção, realização de exames, prescrição de tratamento imediato e acesso a serviços mais complexos, como hospitais, quando necessário.

Segundo a perspectiva dos usuários da UPA, a solicitação do serviço pré-hospitalar está relacionada a condições que ameaçam a vida e a sinais e sintomas sugestivos de gravidade. Outras pesquisas indicam que a dor, o estresse e a ansiedade são fatores que levam os usuários a procurarem os serviços de urgência à medida que os sintomas se intensificam. Dessa forma, os usuários do SAMU relatam que o acionam em situações de imobilidade, atropelamento, quedas, risco de lesão, impossibilidade de locomoção ou na iminência de morte, como em casos de parada cardíaca (ALVES *et al.*, 2010).

Na esfera de urgência e emergência, a Resolução 375 de março de 2011 "dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido" (BRASIL, 2011).

Dessa maneira, observa-se que o enfermeiro está progressivamente incorporado aos programas de saúde, resultando de uma evolução política da

profissão. Ele é reconhecido como peça fundamental em estratégias de atenção à saúde, e, nesse contexto, sua atuação no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) foi ampliada, não se limitando mais apenas às ambulâncias de suporte avançado, mas estendendo-se também às unidades de suporte básico (AVELAR; PAIVA, 2010).

A elevada demanda por serviços de urgência e emergência pré-hospitalar implica em uma carga significativa de trabalho para o enfermeiro, que é chamado para lidar com uma ampla variedade de problemas de saúde, executando um número expressivo de atendimentos. Dessa forma, o enfermeiro do SAMU desempenha suas funções realizando intervenções assistenciais complexas e organizando o cenário de atuação (AVELAR; PAIVA, 2010).

2.4 ATUAÇÃO E COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO

A atuação do enfermeiro no âmbito do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) assume uma importância vital, desde o acolhimento das vítimas até a implementação de técnicas e procedimentos de enfermagem, incluindo práticas complexas no tratamento de indivíduos em estado grave. Além disso, desempenha um papel fundamental no gerenciamento tanto da cena quanto da equipe de enfermagem (Silva, 2018).

Nesse cenário desafiador, o enfermeiro enfrenta diversas situações complexas, que demandam habilidades como uma visão apurada dos acontecimentos, a prestação de cuidados de enfermagem e a coordenação de processos administrativos, entre outras responsabilidades. Adicionalmente, a complexidade dos atendimentos e a pressão para tomada de decisões rápidas e eficientes expõem esses profissionais a situações estressantes (PONTE *et al.*, 2017).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 375/2011 estipula as diretrizes para a presença do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) e Inter-hospitalar, independentemente do tipo de unidade móvel. Destaca-se que a assistência de enfermagem prestada por técnicos ou auxiliares de enfermagem deve ser supervisionada pelo enfermeiro (MATTOS *et al.*, 2018).

As responsabilidades do enfermeiro no âmbito do APH deveriam ser integralmente abordadas durante a formação acadêmica. No entanto, os cursos de graduação em enfermagem muitas vezes tendem a formar profissionais generalistas,

em contraposição ao que a realidade exige: profissionais com conhecimentos específicos em cada área.

Dessa forma, a inclusão de acadêmicos em Estágio Supervisionado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) seria de grande relevância para adquirirem conhecimentos técnicos, científicos e práticos nesse tipo de assistência. Conforme orientações do Brasil (2009), cabe ao enfermeiro proporcionar um atendimento sistemático e deliberado, seguindo as diretrizes da Consulta/Processo de Enfermagem conforme a Resolução COFEN nº 358/2009, conforme demonstrado no quadro 3.

Quadro 3 - Atendimento Sistemático.

ETAPAS	OBJETIVOS
COLETA DE DADOS DE ENFERMAGEM	Processo contínuo, sistemático e deliberado que emprega uma variedade de métodos e técnicas para obter informações sobre indivíduos, famílias ou comunidades relacionadas ao processo de saúde e doença.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Análise e organização dos dados obtidos, visando à tomada de decisões e à escolha de ações ou intervenções necessárias para resolver os problemas identificados.
PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	Estabelecimento das metas e das ações ou intervenções de enfermagem a serem executadas diante das respostas das pessoas, famílias ou coletividade humana, identificadas no diagnóstico de enfermagem.
IMPLEMENTAÇÃO	Implementação das ações ou intervenções determinadas na fase de Planejamento de Enfermagem.
AValiação de Enfermagem	Avaliação do processo de enfermagem, realizado de maneira deliberada, sistemática e contínua, para verificar se as ações ou intervenções de enfermagem atingiram os resultados esperados; e para verificar a necessidade de ajustes ou modificações nas fases do Processo de Enfermagem.

Fonte: Almeida e Álvares (2019).

De acordo com Silveira e Taneda (2015), o Processo de Enfermagem integra a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e é incumbência do enfermeiro aplicá-lo, sendo sua responsabilidade o registro abrangente de todas as informações, protocolos e técnicas empregados pela equipe interdisciplinar.

Além disso, a Portaria nº 2048/GM/2002 estipula que, no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel, o enfermeiro desempenhe o papel de Responsável Técnico e assistencial, supervisando e avaliando a equipe de enfermagem, prestando cuidados de enfermagem de alta complexidade a pacientes em risco de vida, e

oferecendo treinamento e aperfeiçoamento à equipe de enfermagem no contexto de urgência e emergência, entre outras atribuições. Segundo Silva, Calans e Pinheiro (2016), são responsabilidades do enfermeiro a verificação e organização do checklist, que inclui informações sobre a verificação e reposição de materiais padronizados obrigatórios na viatura, assim como a conferência e armazenamento de kits padronizados para acesso venoso, vias aéreas, substâncias de infusão venosa e procedimentos cirúrgicos.

Outra incumbência do enfermeiro inclui a verificação dos equipamentos, como monitor e desfibrilador, ventilador mecânico e oxímetro de pulso, além da supervisão do cilindro de oxigênio, considerando o volume disponível, e a inspeção e reposição da caixa organizadora dos medicamentos, do tipo "multi-box" (SILVA; CALANS; PINHEIRO, 2016).

Conforme Sousa *et al.* (2020), as responsabilidades gerenciais do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) englobam previsão, provisão, organização e controle de todos os recursos materiais. Além de desempenhar o papel de educador e orientador, o enfermeiro necessita possuir habilidades não apenas com conhecimento técnico-científico, mas também com destreza, agilidade e controle emocional. Dado que o atendimento pré-hospitalar envolve diversas situações de risco com pacientes graves, o enfermeiro e demais profissionais devem agir de maneira ágil e tranquila para garantir um atendimento efetivo e de qualidade.

A equipe de APH deve participar de cursos de capacitação regularmente para aprimorar a qualidade gerencial e assistencial. Esses cursos visam contribuir para uma equipe mais produtiva, alcançar os objetivos organizacionais e fomentar um bom relacionamento entre profissionais e pacientes. Dessa forma, as capacitações permitem abordar questões de humanização, formando profissionais com relações interpessoais respeitadas, além de estimular o pensamento crítico e reflexivo (SOUSA *et al.*, 2020).

2.4.1 Vivências Cotidianas do Enfermeiro do SAMU

Os enfermeiros e toda a equipe do SAMU no atendimento às vítimas compartilham não somente conhecimentos e saberes técnicos, mas também, as angústias e tristezas, dentre outras emoções que emergem desta prática. Nesta realidade, os profissionais vivenciam diversas situações e emoções que permeiam os

atendimentos de urgência e emergência. Toda a equipe passa muitas horas juntos entre um atendimento e outro e permanecem juntos nas bases do serviço, à espera de mais um chamado, dividindo suas dúvidas e seus anseios e discutindo sobre a alegria ou sobre a tristeza do atendimento (CRISTINA *et al.*, 2008).

Entretanto, Pereira e Lima (2009) destacam que a rotina dessa equipe no SAMU é notável, ressaltando a ausência de hierarquia, o que proporciona autonomia aos enfermeiros. Essa autonomia é percebida como liberdade e independência dos profissionais na execução dos procedimentos atribuídos a eles, uma vez que não têm uma supervisão imediata durante os atendimentos. O trabalho é caracterizado por uma abordagem coletiva, fundamentada na cooperação, cumplicidade e solidariedade entre os membros da equipe.

É relevante destacar que essa liberdade implica a assunção de direitos, responsabilidades e deveres. O enfermeiro não pode agir com total espontaneidade em suas interações com o paciente ou colegas de profissão, devido aos limites legais que delineiam a esfera de competência de cada profissional. Nesse contexto, os enfermeiros têm se esforçado para desenvolver uma prática profissional autônoma, compreendendo a necessidade de mudanças em sua abordagem profissional. Isso envolve aprofundar o conhecimento científico e utilizá-lo para ampliar suas ações, uma vez que o cuidado não se resume apenas a técnicas e procedimentos em relação ao paciente (PRZENYCZKA *et al.*, 2012).

Fentanes *et al.* (2011) afirmam que a autonomia, embora nunca seja absoluta devido às influências do meio social e a diversas condicionantes, é essencial para o enfermeiro realizar suas funções no SAMU. A sensação de liberdade, mesmo sob pressão para atender às demandas dos usuários, é considerada um aspecto positivo do trabalho nesse ambiente. Assim, é fundamental refletir sobre essa percepção em todos os contextos de trabalho para enfermeiros. Apesar de os profissionais considerarem o trabalho autônomo no cenário do APH, nota-se uma dicotomia nessa realidade. O discurso enfatiza a liberdade e a ausência de hierarquia, mas, na prática, existe uma coordenação presente exercida pelo médico da USA e a distância realizada pelo médico regulador, que determina condutas e fornece orientações via rádio. Portanto, podemos falar em uma pseudoautonomia, já que o enfermeiro não tem contato direto com seu coordenador de enfermagem, que é legalmente responsável pelas ações da equipe, mas está submetido ao coordenador.

A falta de conhecimento por parte de profissionais de outros serviços de saúde sobre o trabalho do SAMU, conforme Velloso (2011), prejudica o relacionamento entre as equipes. Isso não se limita apenas à falta de compreensão dos fluxos e protocolos pré-hospitalares, mas também às demandas diárias impostas às equipes pela supervisão exercida pelo médico regulador. Além disso, há uma pressão social para resolver os problemas da população, destacando-se a falta de comunicação dentro e fora desse processo.

A comunicação é frequentemente associada à qualidade das relações interpessoais, tanto dentro quanto fora das organizações. Essas relações oferecem diversas oportunidades de comunicação, dependendo da clareza, fidedignidade e propriedade das mensagens. Todos reconhecem a importância de uma comunicação clara para a realização eficaz das atividades. No SAMU, o enfermeiro destaca seu papel na sociedade, dedicando-se ao cuidado, fundamentado no conhecimento da importância da gestão do cuidado, onde a comunicação é uma parte essencial desses cuidados básicos (PERES; CIAMPONE, 2006).

No cotidiano de trabalho do enfermeiro e sua equipe no SAMU, é importante mencionar que, em algumas situações, uma alternativa para proteger a equipe é colaborar com a polícia. Isso é feito na tentativa de garantir que a equipe de saúde possa acessar a vítima e fornecer atendimento com segurança. Embora essa prática possa resultar em atrasos na chegada da equipe à vítima, é uma medida necessária para enfrentar a possível violência presente na cena. Portanto, há uma colaboração entre os profissionais de saúde e a polícia. Mesmo assim, a prestação de atendimento em rodovias e a exposição à violência social, especialmente em aglomerados, são considerados aspectos negativos do trabalho no SAMU (ALVES *et al.*, 2013).

Alves *et al.* (2013) destacam outro aspecto relevante, que diz respeito à violência nas vias de trânsito, seja por veículos em alta velocidade ou devido à falta de atenção de motoristas e profissionais quanto à ausência de sinalização no local, o que pode resultar em novos acidentes envolvendo a equipe do SAMU. Adicionalmente, a própria ambulância do SAMU, no transporte do paciente até as unidades fixas de saúde, pode expor a equipe a danos em caso de colisões. Assim, a busca da equipe por corrigir um dano ocorrido na saúde da vítima pode resultar em agravos aos próprios profissionais, que reconhecem essa situação como perigosa.

Nesse contexto, a atuação do enfermeiro no SAMU vai além do atendimento direto a vítimas em estado grave com risco de morte, onde realiza, em conjunto com

o médico, manobras de suporte avançado e de suporte básico de vida. O enfermeiro também desempenha funções administrativas e operacionais, como a elaboração de escalas, realização de checklist da ambulância, supervisão remota dos técnicos de enfermagem lotados nas USB e capacitação destes (ALVES *et al.*, 2013).

Em outras palavras, semelhante a outros serviços de saúde, o enfermeiro do SAMU está envolvido no planejamento, organização e prestação do serviço, desempenhando um papel fundamental na assistência direta, na capacitação das equipes, na elaboração de protocolos de atendimento e material didático, além da supervisão da equipe. Dessa forma, o valor simbólico do trabalho do enfermeiro não está apenas na maneira como é realizado, mas também em como é percebido por todos (ALVES *et al.*, 2013).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O trabalho em pauta consiste em uma pesquisa de revisão bibliográfica fundamentada na análise de artigos científicos. Conforme definido por Vieira (2001), trata-se de um compêndio de literatura especializada sobre o tema a ser abordado e desenvolvido, no qual o pesquisador apresenta suas ideias, sempre abrangendo descobertas significativas do autor principal para enriquecer a discussão. A pesquisa compreende diversos tipos de materiais, como artigos, teses, dissertações, monografias, livros e manuscritos. A partir de todo o material revisado, busca-se promover uma análise comparativa entre os autores, considerando seus aspectos positivos e negativos para alcançar uma conclusão.

A pesquisa de revisão bibliográfica implica uma análise criteriosa da literatura existente, abrangendo artigos científicos e livros já publicados. Esse tipo de pesquisa permite uma cobertura abrangente do fenômeno a ser estudado. O presente estudo seguirá as etapas propostas por Gil (2010), que incluem a escolha do tema, levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema, elaboração do plano provisório de assunto, busca de fontes, leitura do material, fichamento, organização lógica do assunto e redação do texto.

3.2 IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DAS FONTES

Para abordar nossa questão, o primeiro passo foi identificar fontes que pudessem fornecer insights para solucionar o problema em questão. Iniciamos uma busca por artigos, trabalhos acadêmicos, teses e periódicos recentes, visando obter uma ampla base teórica para este trabalho. Os termos de pesquisa utilizados foram "atuação", "enfermeiro" e "SAMU". O processo incluiu uma revisão abrangente da literatura para identificar estudos que discutissem os fatores que impactam negativamente na assistência humanizada de enfermagem aos usuários atendidos nos serviços hospitalares. Para isso, foram consultados artigos em diversas bases de dados, com preferência pelas bases Scielo e Lilacs, por serem as que mais apresentaram temas relevantes para o assunto em foco.

Durante essa fase, foram identificados e selecionados 98 artigos científicos. Excluímos estudos que não se concentravam na temática da qualidade de serviço em questão, buscando assim uma pesquisa mais atualizada e com maior ênfase na atuação da enfermagem, especialmente no contexto do apoio e incentivo para o sucesso da alimentação.

3.3 ANÁLISE DOS TEXTOS

Em uma revisão bibliográfica, é essencial assegurar a confiabilidade das fontes utilizadas. Portanto, é crucial realizar uma avaliação crítica para analisar a qualidade dos artigos e determinar a relevância de seus resultados (GIL, 1999). A leitura crítica do material sugere começar por uma leitura exploratória, seguida por uma leitura seletiva, permitindo, então, uma leitura analítica e, finalmente, uma leitura interpretativa (GIL, 2010).

A análise do material implica, inicialmente, na organização do conteúdo, dividindo-o em partes, estabelecendo relações entre essas partes e identificando tendências e padrões relevantes. Em um segundo momento, essas tendências e padrões são reavaliados, buscando relações e inferências em um nível de abstração mais elevado (GIL, 2010).

As referências bibliográficas de todos os estudos pesquisados, considerados relevantes para o trabalho em questão, foram minuciosamente examinadas. Os autores foram mencionados conforme as informações retiradas dos artigos, sempre que necessário para esclarecimento dos dados. Títulos e resumos, após a seleção, foram avaliados pela orientadora para verificar a pertinência do estudo para esta revisão. Os estudos considerados relevantes foram avaliados em consenso entre orientadora e acadêmica para discutir a inclusão ou exclusão nesta revisão.

Dos 98 artigos científicos identificados, após a leitura, foi realizado um fichamento com a seleção do material, escolhendo aqueles que mais contribuiriam para o trabalho sobre a qualidade na assistência de enfermagem. Uma seleção de 51 artigos foi feita, sendo utilizados ao longo do trabalho de conclusão de curso. Destes, 21 artigos foram empregados na análise e discussão dos resultados.

3.4 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Gil (2010) destaca que, após o fichamento do material selecionado e antes da redação do relatório, é imperativo organizar as principais ideias de forma a atender aos objetivos do estudo. Nesse contexto, durante a leitura minuciosa do material escolhido, foram delineadas as categorias de análise. Foram identificadas as seguintes categorias: Atribuições do Enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel (SAMU), Desafios Enfrentados no Exercício Profissional do Enfermeiro no SAMU, Perfil de Atendimento considerando o tipo de trauma, faixa etária, sexo e local de ocorrência, bem como as Variações Encaradas no Cotidiano de Trabalho dos Enfermeiros no SAMU.

3.5 REDAÇÃO DO RELATÓRIO

Gil (2010) refere que para redigir o relatório é necessária uma reflexão crítica que conecte os achados da literatura as lacunas existentes no problema de pesquisa em questão. Assim, se realizou uma leitura crítica dos achados no intuito de descrever as atribuições, dificuldades e variabilidades obre as particularidades cotidianas do trabalho em Atendimento Pré - Hospitalar.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Com o intuito de cumprir os princípios éticos de uma revisão bibliográfica, todos os autores empregados neste estudo foram devidamente referenciados tanto no texto quanto na lista de referências, em conformidade com a legislação de direitos autorais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo foram analisadas as atividades desempenhadas pelos enfermeiros no SAMU. Para atender tal propósito, os dados foram investigados e analisados e categorizados conforme a discussão dos autores. Cada análise buscou abordar um levantamento bibliográfico sobre o Serviço de Atendimento Móvel (SAMU). Feito leitura analítica, os textos foram ordenados de maneira a contribuir para solucionar os problemas propostos. Essa síntese analítica, segue dividida como se segue no quadro 4, conforme os objetivos propostos nessa pesquisa.

Quadro 4 - Distribuição dos Artigos segundo o Autor, Ano e Título da obra.

Nº	AUTOR (ANO)	TÍTULO DA OBRA
01	Almeida et al., (2016)	Análise dos atendimentos do SAMU 192.
02	Andrade et al., (2000)	Características das vítimas por acidentes de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil.
03	Araújo et al., (2018).	Avaliação da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem do atendimento pré-hospitalar
04	Barbosa, Sousa, Moreira (2014)	A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares.
05	Bernardes et al., (2009)	Supervisão do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel: visão dos auxiliares de enfermagem.
06	Brasil (2003)	Portaria n.º 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003.
07	Cabral e Souza (2008)	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro
08	Carvalho; Bez Júnior, 2004	Caracterização das vítimas de trauma assistidas por um serviço de atendimento pré-hospitalar
09	Cohn (2008)	Os princípios do Sistema Único de Saúde e a atenção básica (Programa Saúde da Família): o perigo mora ao lado.
10	Costa (2007)	Estudo do perfil da demanda do serviço de atendimento móvel de urgência - SAMU da macrorregional de Florianópolis no mês de junho de 2007.
11	Dergani et al., (2019)	Atendimento pré-hospitalar móvel avançado de enfermagem para idosos pós-trauma: revisão integrativa
12	Djour's (2012)	Trabalho Vivo: Sexualidade e Trabalho.
13	Duarte, Lucena e Morita (2011)	Atendimentos prestados pelo serviço móvel de urgência em Cuiabá, MT, Brasil
14	Favorito et al., (2008)	Epidemiologic study on penile cancer in Brazil.
15	Fernandes (2004)	Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria de Saúde do município de Ribeirão Preto
16	Franck et al., (2021)	Trauma em idosos socorridos pelo serviço de atendimento móvel de urgência.

17	Hora <i>et al.</i> , (2019)	Caracterização do atendimento do serviço de atendimento móvel de urgência (Samu) às emergências clínicas.
18	Lopes <i>et al.</i> , (2005)	Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo e um serviço móvel regional de atenção às urgências.
19	Lopes, Leal (2002)	"A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira."
20	Marques (2013)	Condições e organização do trabalho das equipes do SAMU/RMF: riscos e agravos daqueles que trabalham contra o tempo.
21	Marques, Lima e Ciconet (2011)	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre – RS.
22	Marques, Lima, Ciconet (2011)	Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre
23	Mendes (1995)	Deficiência Mental: A construção científica de um conceito e a realidade.
24	Molinier (2013)	O trabalho e a psique: Uma introdução à psicodinâmica do trabalho.
25	Moreira <i>et al.</i> , (2018)	Entraves e desafios na atuação do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência.
26	Moreira <i>et al.</i> , (2022)	Entraves e desafios na atuação do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência.
27	Moreira <i>et al.</i> , (2022),	Entraves e desafios na atuação do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência.
28	Nicolau <i>et al.</i> , (2019),	Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).
29	Oliveria <i>et al.</i> , (2020)	Atendimento móvel às urgências e emergências psiquiátricas: percepção de trabalhadores de enfermagem.
30	Pizzolatto <i>et al.</i> , (2018),	Indicadores empíricos das necessidades humanas afetadas no atendimento pré-hospitalar móvel: pesquisa metodológica
31	Romanizi, Bock (2010)	Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional
32	Romanzine (2010)	Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional.
33	Salgado (2022)	Mulher idosa: a feminização da velhice.
34	Santana, art's, Lopes (2005)	Homicídios entre adolescentes no sul do Brasil: situações de vulnerabilidade segundo seus familiares
35	Silva <i>et al.</i> , (2018)	Ocorrências obstétricas atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência.
36	Silva <i>et al.</i> , (2020)	Access and use of dental services by pregnant women: An integrativeliterature review.
37	Sousa (2020)	Perfil, dificuldades e particularidades no trabalho de profissionais dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa.
38	Tavares <i>et al.</i> , (2017)	O cotidiano dos enfermeiros que atuam no serviço de atendimento móvel de urgência
39	Thomas, Lima (2000)	Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo.

Fonte: Elaborado pelas autoras do trabalho (2024)

4.1 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL (SAMU)

Moreira *et al.* (2022) ressaltam que enfermeiros que atuam em serviços de emergência, como o SAMU, desempenham diversas atribuições, liderando a assistência em situações de baixa, média e alta complexidade, aproveitando sua formação acadêmica que os capacita para tal. A estratégia de empregar enfermeiros emergencistas tem sido adotada em países desenvolvidos, como Estados Unidos e China, visando reduzir a superlotação e o tempo de espera por atendimento por meio da aplicação de protocolos, proporcionando uma assistência de maior qualidade.

Em uma pesquisa conduzida por Pizollato *et al.* (2018), realizada na USA do SAMU de Curitiba/PR, constatou-se que o enfermeiro deve seguir protocolos internacionais, adotar uma tomada de decisão organizada com base na avaliação dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, fundamentada em raciocínio lógico. Além disso, Nicolau *et al.*, (2019), em um estudo realizado em Recife-PE sobre a aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) pelos enfermeiros da USA, revelou que esses profissionais consideram a SAE como uma ferramenta facilitadora da assistência. Entretanto, mais da metade dos profissionais não tem pleno conhecimento da Resolução COFEN nº 358/2009, que trata dessa temática (SAE), evidenciando uma discrepância entre a teoria e a prática.

No estudo conduzido por Tavares *et al.* (2017), é destacado que o enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) desempenha funções tanto na assistência direta ao paciente quanto na gestão do serviço, envolvendo atividades administrativas e de coordenação. Suas responsabilidades englobam a criação de protocolos internos, atividades de ensino, pesquisa, liderança da equipe de enfermagem e de outros profissionais, mediação de conflitos, gestão e assistência. No âmbito da gestão, o enfermeiro assume a responsabilidade pelo controle de estoque, previsão e provisão, gestão de pessoas, planejamento e organização do serviço, demandando um sólido conhecimento técnico-científico.

No campo assistencial, o enfermeiro colabora com a equipe multiprofissional em procedimentos de reanimação e estabilização do estado clínico do paciente. Entretanto, a realização dessas intervenções requer profissionais incentivados pelos gestores, atualizados por meio de cursos e treinamentos regulares, e a valorização da ergonomia entre os gestores, estabelecendo relações profissionais baseadas em

confiança e respeito. Esses fatores contribuem para a estabilidade emocional e satisfação profissional, promovendo uma assistência de qualidade (TAVARES *et al.*, 2017).

No estudo de Hora *et al.* (2019), conduzido em Salvador/BA, foi observado que as unidades de suporte básico eram acionadas predominantemente para atendimentos, já que essas unidades, normalmente mais numerosas, realizam o atendimento inicial. No entanto, a USA utiliza em pequena quantidade os recursos disponíveis, como oxigênio, intubação, drogas e acesso periférico. Isso pode ocorrer por diversos motivos, como um baixo índice de pacientes graves que requerem o uso desses recursos materiais e procedimentos invasivos, pacientes mais graves sendo atendidos por outras unidades, ou ainda a equipe de APH não estando devidamente treinada para executar procedimentos invasivos. Dessa forma, os chamados mais comuns envolviam inicialmente a imobilização das vítimas e o encaminhamento para a unidade conforme regulação médica, minimizando a atuação do enfermeiro da USA, uma vez que a USB, composta por técnico de enfermagem e condutor, tinha uma frequência maior de acionamentos.

Frank *et al.* (2021) reforçam, em seu estudo, o papel do enfermeiro no atendimento de emergências no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) relacionadas a traumas em idosos, destacando a importância da educação em saúde direcionada a esse público. O enfermeiro é apresentado como um protagonista nas políticas de ações e no planejamento para prevenir complicações decorrentes dos traumas e reduzir as sequelas. Apesar disso, o artigo não explora especificamente as estratégias que o enfermeiro pode empregar diante de traumas em idosos. O aumento das taxas de óbito e internações dessa população devido a traumas é apontado, especialmente nas capitais brasileiras de áreas centrais do país, registrando um aumento de 200%. A intervenção rápida torna-se necessária para prevenir doenças e implementar programas direcionados à saúde do idoso.

Degani *et al.* (2019), por sua vez, acrescentam que o enfermeiro desempenha várias atividades no contexto do APH, como monitoramento dos sinais vitais, administração de oxigênio e medicamentos, coleta de informações sobre o mecanismo do trauma, controle de hemorragia, proteção da coluna cervical, avaliação do estado neurológico, análise da respiração e ventilação, e inserção de dispositivos intravenosos. O autor destaca a importância de aprimorar a técnica asséptica, enfatizando que, no ambiente pré-hospitalar, é essencial que o enfermeiro esteja bem

preparado para agir de maneira a minimizar os agravos à saúde e aprimorar a qualidade da assistência.

Outros autores compartilham achados semelhantes, indicando que os enfermeiros desempenham funções como a preparação e administração de medicamentos, punção de acesso venoso periférico, intraósseo e femoral, interpretação e realização de eletrocardiogramas, e habilidades no atendimento ao trabalho de parto (MARTINS, 2003).

É essencial que os enfermeiros estabeleçam padronizações para a caixa de medicamentos e o controle de psicotrópicos, realizem checklist diário dos equipamentos e materiais antes do início do plantão e após cada intercorrência, e verifiquem o funcionamento dos equipamentos disponíveis, como oxímetro, monitor, ventilador, laringoscópio, bem como demonstrem habilidades no manejo de equipamentos básicos e avançados de suporte ventilatório. Além disso, devem estar aptos a realizar medidas de reanimação cardiopulmonar (RCP), assegurar um transporte seguro ao hospital de referência e prestar auxílio em procedimentos médicos exclusivos, como a utilização de marcapasso transcutâneo, intubação orotraqueal e nasotraqueal, drenagem torácica, flebotomia e punção cricóide (ROMANZINI, 2010; THOMAZ; LIMA, 2000).

É importante ressaltar que, em sua maioria, os cursos de graduação em enfermagem não proporcionam uma capacitação adequada para os enfermeiros atuarem no Atendimento Pré-Hospitalar (APH). Geralmente, esses cursos abordam o atendimento móvel de urgência de maneira generalista, não atendendo efetivamente às demandas específicas do APH. Os desafios enfrentados nesse contexto, por vezes, superam os intra-hospitalares (ROMANZINI; BOCK, 2010).

O enfermeiro deve possuir um conhecimento abrangente sobre toda a funcionalidade dos serviços de APH, prevenindo e identificando possíveis falhas. Isso se deve ao fato de que pode ser considerado corresponsável por erros cometidos por profissionais aos quais designou para realizar atividades para as quais não estavam devidamente capacitados (BERNARDES *et al.*, 2009).

Em uma pesquisa conduzida por Romanzini e Bock (2010), enfermeiros afirmaram a ausência de matérias e estágios relacionados ao atendimento pré-hospitalar e ao trauma em suas grades curriculares. Essa lacuna indica uma falta de atenção por parte das instituições de ensino em relação a uma área que difere significativamente do ambiente intra-hospitalar.

No entanto, assim como qualquer outro profissional do Atendimento Pré-Hospitalar (APH), é crucial que o enfermeiro esteja sempre atento aos cursos de aperfeiçoamento. Ao adquirir capacitação, o enfermeiro terá a possibilidade de cobrar de sua equipe e também de auxiliá-la ao compartilhar seu conhecimento, promovendo assim a uniformização das rotinas de atendimento (CICONET, 2009).

4.2 DIFICULDADES ENFRENTADAS NO TRABALHO DO ENFERMEIRO DO SAMU

São diversas as adversidades enfrentadas pelos enfermeiros que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). De acordo com Moreira *et al.* (2022), a atuação desses profissionais é prejudicada por fatores como baixa remuneração, estresse crônico, distúrbios do sono e exaustão laboral, resultando em desmotivação e redução da produtividade, podendo acarretar equívocos, inclusive em prescrições medicamentosas.

Em concordância com as observações de Moreira *et al.* (2022) e Araújo *et al.* (2018) abordam a realidade dos profissionais de enfermagem que trabalham no SAMU no noroeste do estado do Ceará. Esses profissionais, geralmente atuando em setores críticos com jornadas de trabalho extensas, enfrentam desafios como estresse, desgaste físico/emocional, ansiedade e, em casos mais graves, depressão. Esses fatores adversos têm impacto nas relações interpessoais, prejudicando a qualidade de vida e, por conseguinte, a assistência prestada. O estudo também destaca que o trabalho em plantões de 12 horas, principalmente noturnos, afeta a qualidade de vida e as atividades diárias dos profissionais de enfermagem. Portanto, há uma crítica em relação à falta de avaliação contínua por parte dos gestores e órgãos de saúde sobre os trabalhadores do SAMU, considerando seu desempenho e qualidade de vida no trabalho. Sugere-se uma avaliação da carga horária, que muitas vezes ultrapassa os limites estabelecidos pelo COFEN, para desenvolver planejamentos visando mitigar ou resolver esse problema.

Além disso, o autor relata um estudo norte-americano que destaca as dificuldades encontradas no atendimento extra-hospitalar relacionadas a estradas precárias, falta de sinalização, equipamentos, instrumentos e combustível. Esses desafios impactam a atuação do enfermeiro e de toda a equipe no fornecimento de serviços pré-hospitalares resolutivos e de qualidade. Nessa perspectiva, o enfermeiro do pré-hospitalar acaba desempenhando suas funções de maneira precária, afetando

tanto sua saúde física e mental quanto sua capacidade de liderar o serviço (MOREIRA *et al.*, 2022).

Quanto aos atendimentos psiquiátricos, Oliveira *et al.* (2020) reforçam, em seu estudo realizado no SAMU de Mossoró, no Rio Grande do Norte, as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros em sua atuação, principalmente relacionadas à gestão (ausência de integração da rede assistencial) e ao atendimento de urgências e emergências psiquiátricas que demandam intervenções específicas.

Nesse contexto, os autores mencionados destacam que os enfermeiros criticam a falta de articulação e a ausência de um sistema de referência, além da ineficácia do CAPS 24 horas. Entretanto, é notório que a equipe do SAMU não recebe capacitações efetivas em saúde mental, deixando a assistência sem eficácia. Portanto, o enfermeiro precisa atuar com conhecimento técnico-científico sobre abordagem em saúde mental e habilidades de pensamento crítico, agilidade e respeito ao paciente em surto psicótico. No entanto, falta a implementação de políticas públicas e a articulação entre a Rede de Atenção às Urgências e Emergências para abordar essas questões.

Nesse contexto, Oliveira *et al.* (2020) reiteram que os enfermeiros e profissionais de enfermagem que atuam no SAMU precisam de treinamento contínuo para lidar com urgências psiquiátricas. Isso se deve ao fato de que a assistência não deve se basear apenas em contenções, mas também em acolhimento humanizado e práticas específicas. Além disso, os diversos serviços articulados na Rede de Urgência e Emergência (RUE) devem agir de forma integrada, sendo que a responsabilidade pelo atendimento não deve recair exclusivamente sobre o SAMU. A implementação de ações preventivas para crises psicóticas é crucial para evitar acionamentos desnecessários e a superlotação dos hospitais. Adicionalmente, é imperativo desenvolver protocolos que orientem os profissionais a agirem de maneira segura e alinhada com a realidade.

Outro tipo de atendimento realizado no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) diz respeito às ocorrências obstétricas. De acordo com Silva *et al.* (2018), gestantes podem enfrentar diversas intercorrências, como sangramentos, abortos, elevação da pressão arterial e hipoglicemia, além de fatores de risco como idade avançada, histórico de partos cesarianos e doenças crônicas. O estudo indica que a maioria dos atendimentos do SAMU a gestantes está relacionada a sinais de trabalho de parto, incluindo perda de líquido amniótico, perda do tampão mucoso, sangramento vaginal,

queixas de contração uterina e dores abdominais na região inferior. Portanto, a equipe precisa agir com rapidez no transporte.

4.3 PERFIL DE ATENDIMENTO SEGUNDO O TIPO DE TRAUMA, FAIXA ETÁRIA, SEXO E LOCAL DE OCORRÊNCIA

Em um estudo realizado na cidade de Chapecó (SC), feita através de consulta às fichas de regulação, preenchidas pelos enfermeiros e médicos de uma USA/SAMU constatou-se que as ocorrências mais prevalentes foram de pacientes vítimas de intercorrências clínicas, representando 41,9%, seguida dos traumas com 35,4%. Os casos restantes (22,6%) foram de situações de transferências de pacientes graves entre hospitais da região. Estudo semelhante, realizado por Fernandes (2004).

Dados semelhantes são apresentando por Brasil (2003), afirmando que os municípios brasileiros que possuem serviços de atenção pré-hospitalar móvel SAMU demonstram, em média, a relação de seis urgências/emergências clínicas para cada quatro casos de trauma atendidos.

De acordo com as investigações de Andrade *et al.* (2000), é crucial considerar as características socioeconômicas, políticas e culturais de cada região, pois desempenham um papel significativo nas causas de ocorrências de acidentes. O estudo indicou que homens adultos jovens são os mais afetados por agravos traumáticos, com predominância de acidentes de trânsito. Isso resultou na convulsão sendo a principal demanda de natureza clínica. Nos últimos anos, no Brasil, os acidentes de trânsito aumentaram substancialmente devido ao aumento do número de veículos em circulação, à desorganização do trânsito, à deficiência geral na fiscalização das condições dos veículos e ao comportamento dos usuários, além da impunidade dos infratores.

Quanto ao tipo de ocorrências traumáticas, o autor mencionado anteriormente informa que a principal queixa foi queda. Nos atendimentos obstétricos, o trabalho de parto foi mais frequente. Os atendimentos aos usuários de drogas ilícitas foram as principais ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo serviço (Andrade *et al.*, 2000).

Em uma pesquisa conduzida por Almeida *et al.* (2016) na Central de Regulação Médica de Urgência e Emergência do SAMU 192 Regional de Botucatu, por meio da coleta de dados nas Fichas de Atendimento Pré-hospitalares do SAMU 192, os

resultados destacaram que a convulsão foi a principal demanda de natureza clínica. Nas ocorrências traumáticas, a principal queixa foi queda, enquanto nos atendimentos obstétricos, o trabalho de parto foi mais frequente. Os atendimentos aos usuários de drogas ilícitas foram as principais ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelo serviço.

No que se refere aos agravos neurológicos, as pesquisas apresentaram as seguintes estatísticas: 21% dos atendimentos foram relacionados a essa categoria, seguidos pelos cardiovasculares, que representaram 10%, e pelos respiratórios, com 6,8%. Em um estudo conduzido em Porto Alegre (RS) no período de janeiro a junho de 2008, os agravos neurológicos clínicos corresponderam a 20,04% e foram os mais atendidos pelas equipes de suporte avançado, seguidos pelos cardiologistas com 17,42% e respiratórios com 12,97% (MARQUES; LIMA; CICONET, 2011).

No que diz respeito aos problemas respiratórios no Brasil, eles constituem a segunda causa de óbitos nas regiões Sul e Sudeste, e a terceira nas demais regiões. Em São Paulo, a mortalidade causada por infecções respiratórias agudas, como resfriados, otites, sinusites, amigdalites, problemas das vias inferiores, epiglotites, bronquites e pneumonias, é significativa, ocupando o terceiro lugar na população infantil, mesmo sendo o estado com os melhores índices de sobrevivência para a faixa etária de zero a seis anos de idade (COHN, 2008).

Conforme dados estatísticos, no ano de 2008, mais de um milhão de pessoas no Brasil receberam o diagnóstico de trauma. Dessas, 360.000 ficaram com algum tipo de sequela e 120.000 vieram a óbito. O trauma, predominantemente na faixa etária adulta jovem, geralmente saudável e economicamente ativa, pode ser considerado uma doença endêmica na sociedade moderna, caracterizada por vários tipos de lesões diferenciadas em termos de severidade e natureza dos acidentes, causando um impacto significativo nos âmbitos social, econômico e pessoal (CARVALHO; BEZ JÚNIOR, 2004).

No que tange ao sexo, de acordo com a pesquisa conduzida por Duarte, Lucena e Morita (2011), os atendimentos da USA realizados em indivíduos do sexo masculino representaram 62,3% do total. Em outro estudo realizado por Costa (2007) na macrorregião da Grande Florianópolis, a distribuição dos pacientes atendidos pelas USA mostrou que 54,65% eram do sexo masculino e 38,1% do sexo feminino. Assim, os resultados desses estudos são congruentes com os dados encontrados no

município de Chapecó. É notável que a faixa etária de maior incidência variou entre 21 e 30 anos, tanto para o sexo masculino (63,22%) quanto para o feminino (54,36%).

Segundo Cabral e Souza (2008), em um estudo realizado no município de Olinda (PE), a faixa etária de 20 a 39 anos concentrou a maior proporção (33,7%) do total de atendimentos. Costa (2007) apontou a faixa etária de 31 a 40 anos como a mais significativa, correspondendo a 15,65% na macrorregião de Florianópolis (SC). Estes dados diferem dos encontrados neste estudo, pois a faixa etária de 31 a 40 anos ficou em terceiro lugar, sendo precedida pela faixa etária entre 11 e 30 anos.

Na faixa etária acima dos 80 anos, registra-se uma redução de atendimentos do sexo masculino, conforme Salgado (2002), que justifica essa ocorrência pela desigualdade de gênero na expectativa de vida. Permanece uma proporção maior de mulheres do que de homens com idade avançada no grupo populacional, sendo que as mulheres vivem, em média, sete anos a mais que os homens.

Pode-se notar uma relação intrínseca entre o fator sexo e a ocorrência de determinados agravos. As situações clínicas são mais frequentes na população masculina, representando 52,04% dos casos, em comparação com o sexo feminino, que corresponde a 45,15%. Embora a maioria dos atendimentos tenha sido prestada aos homens, a análise por tipo de causa revela que as mulheres foram atendidas em maior número de casos por causas clínicas, enquanto as causas traumáticas afetaram cerca de três vezes mais homens do que mulheres. Esses resultados estão em conformidade com um estudo realizado no Sul do Brasil, que indicou altos índices de morbimortalidade masculina devido a acidentes e violências (SANT'ANA; AERTS; LOPES, 2005).

Conforme Favorito *et al.* (2008), estudos comparativos entre homens e mulheres têm confirmado que os homens são mais suscetíveis a doenças, especialmente as crônicas, e têm uma expectativa de vida mais curta do que as mulheres. Em relação aos agravos traumáticos, houve uma prevalência na população masculina, registrando 41,12% dos atendimentos em comparação com 26,23% na população feminina. Destaca-se o resultado significativo dos atendimentos por trauma na população masculina, sendo que a faixa etária de 21 a 30 anos apresentou predominância com 50%. É relevante ressaltar que a predominância do sexo masculino é uma característica distintiva nos acidentes de trânsito, evidenciada pela análise de 82,8% das entradas em hospitais serem de indivíduos do sexo masculino.

Conforme estatísticas, no ano de 2008, mais de um milhão de pessoas no Brasil receberam o diagnóstico de trauma. Dentre essas, 360.000 apresentaram algum tipo de sequela, enquanto 120.000 não resistiram, resultando em óbito. O trauma, com maior incidência na faixa etária adulta jovem, geralmente saudável e economicamente ativa, pode ser considerado uma doença endêmica na sociedade moderna. Ele é caracterizado por uma variedade de lesões, distintas em termos de gravidade e natureza dos acidentes, o que causa um impacto significativo nos âmbitos social, econômico e pessoal (CARVALHO; BEZ JÚNIOR, 2004).

Com base nos dados da pesquisa de Favorito (2008) referente ao local de ocorrência, 62,4% dos traumas ocorreram em vias públicas, 37,4% em residências, e em 0,2% dos casos, a localização não foi identificada nas fichas de atendimento do SAMU. Em relação ao desfecho dos atendimentos, 84% foram encaminhados ao hospital, 5,1% resultaram em óbito e 10,9% foram liberados no local.

4.4 VARIABILIDADES ENFRENTADAS NO DIA A DIA DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DO SAMU

Numa pesquisa realizada por Lopes e Leal (2005), analisado as atividades desempenhadas pela equipe de enfermagem no SAMU, através de relatos sobre a vivência destes profissionais, pela perspectiva deles. A pesquisa foi feita nas instalações do SAMU de uma capital do Nordeste. As visitas foram acompanhadas pelo coordenador de enfermagem para a coleta de dados, sendo que a equipe é composta por 79 pessoas, 45 são do sexo masculino (56%) e 34 são do sexo feminino (43%).

Apesar da enfermagem ter predominância do sexo feminino ser culturalmente uma profissão feminina, observa-se que o trabalho no SAMU exija ações de contenção e tração, e esses espaços ocupados tradicionalmente por homem, exigindo também locomoção em alta velocidade e socorro as vítimas por violência no trânsito, pacientes psiquiátricos, onde há necessidade de contenção e imobilização de fraturas, necessitando de força física que estariam mais aptos ao desempenho das funções tipicamente masculino.

De acordo com Carvalho e Bez Júnior (2004), é preciso destacar que no dia típico de trabalho do enfermeiro, é sempre respeitado por todos os participantes, enquanto que o horário de saída é sempre incerto, e isso é um fator tanto físico quanto

emocional, até por que esses profissionais carregam o peso da responsabilidade da sobrevivência e alívio da dor do outro,, devido toda a gravidade, precisa ser realizada com agilidade e precisão, pois quanto mais rápido o trabalho melhor será para o paciente que está sendo atendido.

Quanto aos relatos sobre vivências alguns pontos foram destacados da rede a pesquisa por Djours (2012) sobre autocontrole é uma peça chave para o sucesso da atividade, pois ao adquirir autocontrole o profissional será capaz de raciocinar, encontrar soluções e agir com segurança, garantido agilidade e precisão no socorro às vítimas. As tarefas são complexas por natureza, e envolve consideração simultânea de vários fatores, que demanda do profissional atenção diferenciada ao detalhe que só pode ser desenvolvida na prática, ou seja, quanto mais vivenciam novas ocorrências, mais possibilidade de apreender e desenvolver os sentimentos.

Djours (2012), diz que aquilo que implica engajamento, gestos, saber-fazer, pensamentos e sentimentos de possibilidades de criatividade, mobilização de inteligência. Capacidade de refletir e interpretar e agir diante de várias situações de trabalho. Todos esses itens são corroborados por outras pesquisas que afirmam que as circunstâncias do dia a dia do trabalho no AMU, embora as condições desse ofício não sejam ideais, os profissionais se sentem impulsionados a usar todo o potencial, para atingir o sucesso da ação, e através disso exercer a cada atendimento, novas habilidades e competências. Em contrapartida, esses profissionais também vivem situações opostas, quando são chamados para atender algo simples, que ao chegar no local se deparam com um quadro que deveria ter sido feito por outro setor para resolver a situação.

Não se pode afirmar que, diante das ocorrências envolvendo situações psiquiátricas no Atendimento Pré-Hospitalar (APH), o enfermeiro não enfrenta limitações em seu exercício profissional. Ele muitas vezes se vê restrito a observar a cena durante episódios de crise psiquiátrica, intervindo apenas no manejo verbal com o paciente, na aplicação de contenção mecânica, na administração de medicamentos (contenção química) e na aferição dos sinais vitais, quando há indicação médica ou viabilidade para tal. Em determinadas situações, o paciente é encaminhado e transportado para um hospital psiquiátrico.

Além disso, o enfermeiro enfrenta sentimentos de despreparo e insegurança ao ser solicitado para lidar com um surto psicótico, dadas as situações imprevisíveis,

como episódios de violência e agressividade por parte dos pacientes (SILVA *et al.*, 2020).

Os autores também destacam a necessidade de o enfermeiro possuir habilidades de comunicação apropriadas ao lidar com pacientes em surto, visando construir vínculos e estabelecer confiança, o que pode contribuir para acalmar o paciente por meio de uma abordagem humanizada, evitando, sempre que possível, a contenção física. No entanto, ressalta-se a falta de conhecimento teórico-prático e capacitações específicas em saúde mental direcionadas ao enfermeiro que atua no APH (SILVA *et al.*, 2020).

De acordo com Molinier (2013), os enfermeiros enfrentam diversas variabilidades em seu cotidiano de trabalho, experimentando vivências que ora proporcionam prazer, ora geram sofrimento, conforme evidenciado em sua pesquisa. As experiências gratificantes incluem a sensação de exercer uma profissão autônoma com aprendizado contínuo, utilidade e altruísmo, além do reconhecimento por parte dos usuários e da admiração da família.

Em concordância com essa afirmação, Mendes (1995) contribui ao afirmar que o trabalho se configura como um espaço de satisfação sublimatória altruísta, onde os trabalhadores se sentem compensados pelo reconhecimento, experimentando sentimentos de gratidão, os quais são dependentes da satisfação por terem contribuído para o bem-estar dos usuários (BARBOSA; SOUSA; MOREIRA, 2014).

Por outro lado, Molinier (2013) destaca que essa gratidão pode se tornar um problema quando a substituição do reconhecimento leva a uma dedicação excessiva aos usuários, causando ansiedade diante do insucesso das ações, entre outros problemas. Nesse ponto, surgem as situações que geram sofrimento, como a falta de reconhecimento, condições de trabalho inadequadas, limitações da profissão, vivenciar o sofrimento alheio e enfrentar o insucesso das ações.

Nos estudos feitos por Barbosa, Sousa e Moreira (2014), os profissionais que trabalham diretamente com pessoas de risco de morte, doentes ou vítimas de traumas físicos ou psicológicos que podem ser afetados pelo sofrimento dos seus pacientes, com possibilidade de desenvolver transtornos psicológicos denominados por fadiga por compaixão. Essa fadiga tende a diminuir na experiência, alegria e a capacidade de sentir preocupação pelo outro, no esgotamento.

Todos esses fatores são corroborados por Marques (2013), pois o dia a dia no SAMU, é uma atividade cercada de riscos e que a exposição a esses, podem provocar

adoecimento físico e psicológicos, e que muitas vezes a síndrome de burnout é interpretada como depressão, a autora afirma também que o envolvimento emocional do profissional com a morte do paciente, pode ser reprimida e provocar no futuro desse trabalhador uma consequente descompensação.

São inúmeras as variabilidades vivencias pela equipe de enfermagem , e vale mencionar, trazer dos relatos os riscos que estes profissionais enfrentam, e para a maioria dos entrevistados, relatam estão sujeitos a acidentes de transito por andarem em alta velocidade, risco de contaminação biológica e química, exposição de violência ao aprestarem atendimento a vítima de arma de fogo ou branca nas comunidade por traficantes, prestar socorro por condições diversas como chuva, à noite, em altura, medo de trabalhar nas madrugadas.

5 CONCLUSÃO

A descrição das atividades realizadas pelos enfermeiros do SAMU nesta pesquisa oferece uma valiosa exploração do cenário de prática, que é altamente relevante e em expansão no Brasil. Apesar de os resultados se concentrarem na atuação desses profissionais em um contexto específico, eles representam uma contribuição significativa para a compreensão de quem são e quais são as suas atribuições diversificadas, incluindo o papel de líder na assistência em situações de baixa, média e alta complexidade. Esses enfermeiros emergem como protagonistas que coordenam todo o planejamento das ações, visando prevenir complicações decorrentes de traumas e reduzir as sequelas nos pacientes.

A pesquisa também destacou algumas dificuldades enfrentadas por esses profissionais, como a baixa remuneração, que contribui para a desmotivação e a redução da produtividade, além de distúrbios do sono, desgaste físico/emocional, ansiedade e, em casos mais graves, depressão.

De maneira geral, a literatura examinada revela más condições de trabalho, incluindo a falta de sinalização, equipamentos, instrumentos e combustível. Esses fatores impactam a atuação do enfermeiro e de toda a equipe na prestação de serviços pré-hospitalares, buscando resolutividade e qualidade.

Ao resumir as amostras analisadas, observou-se que a maioria dos casos atendidos está relacionada a pacientes vítimas de intercorrências clínicas, traumas, problemas respiratórios e agravos neurológicos.

No que diz respeito ao sexo, de maneira geral, as descobertas indicam que os atendimentos são predominantemente realizados em pessoas do sexo masculino, com uma prevalência na faixa etária jovem. As ocorrências tendem a ocorrer na via pública, e os agravos traumáticos, em sua maioria, resultam de acidentes de trânsito. Este cenário destaca a convulsão como a principal demanda de natureza clínica, e observa-se um aumento substancial nos acidentes de trânsito no Brasil nos últimos anos, relacionado ao aumento da circulação de veículos.

Quanto às variabilidades enfrentadas pelos enfermeiros em seu cotidiano de trabalho, são diversas, alternando entre experiências que proporcionam prazer, como a autonomia profissional contínua, a utilidade e o altruísmo da profissão, o reconhecimento dos usuários e a admiração por parte das famílias, e situações que geram sofrimento, como a falta de reconhecimento, condições inadequadas de

trabalho, limitações da profissão, vivência dos sofrimentos alheios e o insucesso das ações.

Reafirma-se a relevância deste estudo sobre o perfil de urgência e emergência com os atores envolvidos na prevenção, promoção, recuperação e habilitação da saúde, destacando a importância do SAMU na Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

O tema da assistência de enfermagem no SAMU necessita de uma análise mais aprofundada e visibilidade, tanto no meio acadêmico quanto na sociedade. Ao longo dos anos, o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) no Brasil foi objeto de discussões, e com a normatização do APH em todo o país, observa-se que as mudanças foram favoráveis tanto ao enfermeiro quanto ao cliente que recebe a assistência prestada por ele.

A atuação do enfermeiro requer uma expansão, indo além da assistência, para incorporar o serviço técnico de organização e gerenciamento do atendimento, como o Suporte Básico à Vida. Isso propõe uma nova visão aos serviços de APH, com uma distribuição de autoridade e responsabilidade renovada para todos os integrantes desse serviço.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.M.V.; DELL'ACQUA, M.C.Q.; CYRINO, C.M.S.; JULIANI, C.M.C.M.; PALHARES, V.C.; PAVELQUEIRES, S. Análise dos atendimentos do SAMU 192. **Escola Anna Nery** 20(2) Abr-Jun 2016.

ALMEIDA, Rafael Braga; ÁLVARES, Alice da Cunha Morales. Assistência de enfermagem no serviço móvel de urgência (SAMU): revisão de literatura. **Revista De Iniciação Científica e Extensão**, v. 2, n. 4, p. 196-207, 2019.

ALVES, M. *et al.*, Particularidades do trabalho do enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 208-15.

ALVES, M.; SILVA, A. F.; NEIVA, L. C. F. Atendimento de urgência: o transporte sanitário como observatório de saúde de belo horizonte, **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 181-187, abr./jun, 2010.

ANDRADE, Selma M.; MELLO, Jorge; PRADO, Maria Helena de. Características das vítimas por acidentes de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 149-156, 2000.

ARAÚJO, FD.P; BRITO, O.D; LIMA, M.M.S; NETO, N.M.G; CAETANO, L.A; BARROS, L.M. Avaliação da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem do atendimento pré-hospitalar. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 3, p. 312-317, 2018.

AVELAR, V. L. L. M.; PAIVA, K. C. M. Configuração identitária de enfermeiros de um serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 63, n. 6, p. 1010- 1018, nov/dez. 2010.

BARBOSA, S. C.; SOUZA, S.; MOREIRA, J. S. A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 14, n. 3, p. 315-323, 2014.

BELLAGUARDA, M. L. R. **Acolhimento em Urgência e Emergência com Classificação de Risco**. Parecer COREN/SC Nº. 001/CT/2009.

BERNARDES, A.; RAMOS, B. M.; BETELA JÚNIOR, J.; PAIVA, P. N. Supervisão do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel: visão dos auxiliares de enfermagem. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v.8, n.1, p.79-85, Jan/mar, 2009.

BERNARDES, A.; RAMOS, B. M.; BETELA JÚNIOR, J.; PAIVA, P. N. Supervisão do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel: visão dos auxiliares de enfermagem. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v.8, n.1, p.79-85, Jan/mar, 2009.

BRASIL. **Conselho Federal de Enfermagem**. Resolução nº 375, d 24 de março de 2011. Dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido. Brasília, DF; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria GM nº. 2.048, de 05/11/2002**. Dispõe sobre a organização do atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Diário Oficial da União, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048**, de 5 de novembro de 2002. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **O Humaniza SUS na Atenção Básica**. 1ª ed. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**. 1ª ed. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. 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. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acesso em: 03 jan. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. **Portaria n.º 1.863/GM**, de 29 de setembro de 2003.

BRASIL. **Resolução COREN nº 358**, de 15 de outubro de 2009. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html Acesso em: 15 abril. 2022.

BRASIL. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 149-156, 2000.

CABRAL, Amanda Priscila S.; SOUZA, Wayner V. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 530-540, 2008.

CAMPOS, Cláudio Silva. **Análise de uma comissão intergestores regional do estado de Goiás na estruturação das redes de atenção à saúde**. 2018. 145 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

CAMPOS, Rosana Onocko. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 573-583, 2005.

CARVALHO, Amanda de O.; BEZ JÚNIOR, Américo. Caracterização das vítimas de trauma assistidas por um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Rev. Einstein**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 199-205, 2004.

CICONET, R. M. **Atuação e articulação das ações das equipes de suporte básico de um serviço de atendimento móvel de urgência com a central de regulação e as portas de entrada da urgência**. [Dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

COFEN. **Resolução COFEN nº 564, de 6 de dezembro de 2017: Código de ÉTICA dos profissionais de Enfermagem**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 19 de abril de 2022.

COHN, Amélia. **Os princípios do Sistema Único de Saúde e a atenção básica (Programa Saúde da Família): o perigo mora ao lado**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 23-24, 2008.

COSTA, Maikon. **Estudo do perfil da demanda do serviço de atendimento móvel de urgência - SAMU da macrorregional de Florianópolis no mês de junho de 2007**.

CRISTINA, J. A.; *et al.*; Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimento pré-hospitalar móvel em suporte avançado de vida na assistência ao adulto em situação de parada cardiorrespiratória, **Ciencia y Enfermería**, v. XIV, n. 2, p. 97-105, 2008.

DEGANI, G.C.; MENDES, K.D.S.; STORTI, L.B.; MARQUES, S. Atendimento pré-hospitalar móvel avançado de enfermagem para idosos pós-trauma: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 274-283, 2019.

DEJOURS, C. (2012) **Trabalho Vivo: Sexualidade e Trabalho**. Tradução Franck Soudant. Brasília. Paralelo,15)

DIAS, Joana Almeida Medeiros. **Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar de emergência: uma referência bibliográfica**. 2016. 38 f. Monografia – Escola De Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Universidade Federal Fluminense, Niterói.

DUARTE, Sebastião Júnior H.; LUCENA, Bruno B.; MORITA, Lia Hanna M. Atendimentos prestados pelo serviço móvel de urgência em Cuiabá, MT, Brasil. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 13, n. 3, p. 502-507, 2011.

DUARTE, Yasmim Saldanha. **O cotidiano do enfermeiro no Atendimento de Urgência e Emergência**. 2020. 37 f. Monografia – Centro de Formação de Professores. Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras.

FAVORITO, Luciano A. *et al.*; Epidemiologic study on penile cancer in Brazil. **Int. braz. J. urol.** Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 587-593, 2008.

FELIX, Yana Thamires Mendes *et al.*; **Análise da atividade dos técnicos em enfermagem do SAMU**. 2015.

FENTANES, L. R. C.; *et al.*; Autonomia profissional do enfermeiro: revisão integrativa, **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 530-535, jul./set. 2011.

FERNANDES, Rosana J. **Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria de Saúde do município de Ribeirão Preto – SP**. 2004.

FRANCK, D.B.P.; COSTA, Y.C.N.; ALVES, K.R.; MOREIRA, T.R.; SANHUDO, N.F.; ALMEIDA, G.B.S.; PUSCHEL, V.A.A.; CARBOGIM, F.C. Trauma em idosos socorridos pelo serviço de atendimento móvel de urgência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.; MERHY, E. E. O acolhimento nos processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 345- 353, abr./jun. 1999.

FREITAS, C.V.S.; PACHECO, M.A.B.; OLIVEIRA, J.R. **Redes de atenção à saúde: Redes de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde**. São Luís: EDUFMA, 2018.

FREITAS, Paula da Silva *et al.*, Uso de serviços de saúde e de medicamentos por portadores de Hipertensão e Diabetes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2383-2392, 2018.

GATTI, M. F. Z. **Triagem de Enfermagem em Serviço de Emergência**. 2008.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GRAU. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Pré-hospitalar**. 2.ed. São Paulo: Manole, 2015.

HASHIMOTO, P. C.; BRAZ, A. P. F.; SANTOS, R. S.; ASSIS, M. A. **Acolhimento: A Percepção do Enfermeiro dos Serviços de Urgência e Emergência do Alto Tietê Quanto As Esclas de Classificação de Risco**. 2009.

HORA, R.S.; PAIVA, E.F.; SAMPAIO, E.S.; OLIVEIRA, J.A.; SOUZA, V.R.D.; BRANDÃO, P.C. Caracterização do atendimento do serviço de atendimento móvel de

urgência (Samu) às emergências clínicas. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1-9, 2019.

LIMA, MARQUES, Giselda Q.; LIMA, Maria Alice D.S.; CICONET, Rosane M. **Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre – RS**. Acta Paul. Enferm., São Paulo, v. 24, n. 2, p. 185-191, 2011.

LOPES, Marta Júlia Marques; LEAL, Sandra Maria Cezar. **"A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira."** *Cadernos pagu* (2005): 105-125.

MARQUES, Ana Maria Almeida. **Condições e organização do trabalho das equipes do SAMU/RMF: riscos e agravos daqueles que trabalham contra o tempo**. 2013.

MARQUES, G. Q. **Acesso e utilização do serviço de Atendimento Móvel de urgência de Porto Alegre por usuários com demandas clínicas**. 2010. 190f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010.

MARTINS, P. P. S.; PRADO, M. L. Enfermagem e serviço pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.56, n.1, p.71-75, Jan/Fev., 2003.

MARTINS, P. P. S.; PRADO, M. L. Enfermagem e serviço pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.56, n.1, p.71-75, Jan/Fev., 2003.

MATTOS, J.W.; MELO, C.M.; BITTENCOURT, V.L.L.; MENEGHETE, M.C. Atendimento pré-hospitalar móvel de urgência: um serviço essencial para a sociedade. **Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde E Biológicas–Ricsb**, v. 2, n. 2, 2018.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em unidade da rede básica de serviços de saúde (dissertação)**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1998.

MENDES, E. G. **Deficiência Mental: A construção científica de um conceito e a realidade**. Tese de Doutorado - USP: São Paulo, 1995.

MOLINIER, P. (2013). **O trabalho e a psique: Uma introdução à psicodinâmica do trabalho**. Tradução Franck Soudant. Brasília; Paralelo 15.

MOREIRA, W.C.; LIRA, L.R.; LIRA, L.R.; ABREU, M.A.M.; JUNIOR, C.W.M.R.; SOUSA, I.C. Entraves e desafios na atuação do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, v.14, p. e10962, 2022.

MORISHITA, A.; SILVA, E. A.; SOUZA, M. A. M. Concepção de triagem x demanda crescente do atendimento em unidades de urgência e emergência. **Revista Ponto de Encontro**. v. 1. p. 196-209, 2009.

NICOLAU, S.; MONTARROYOS, J.S.; MIRANDA, A.F.; SILVA, W.P.; SANTANA, R.C.F. The Implementation of Nursing Care Systematization in the Mobile Emergency Care Service/Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental. (Online)** , v. 11, n. 2, p. 417-424, 2019.

NISHIO, E. A.; FRANCO, M. T., **Modelo de Gestão em Enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente**. ed. 1, Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

OLIVEIRA, L.C.; MENESES, H.F.; OLIVEIRA, R.L.; LIMA, D.M.; FERNANDES, S.F.; SILVA, R.A.R. Atendimento móvel às urgências e emergências psiquiátricas: percepção de trabalhadores de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

PEREIRA, K. C.; SILVA, C.; FERREIRA, W. F. (2020). Classificação de riscos no atendimento de urgência e emergência: contribuição do enfermeiro. **Revista Jurídica Uniandrade**, 31(1), 43-55.

PEREIRA, M. D. *et al.* A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. **Research, Society and development**, v. 9, n. 7, p. e652974548-e652974548, 2020.

PEREIRA, W. A. P.; LIMA, M. A. D. S. O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito, **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 2, p. 320-327, 2009.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. **Gerência e competências gerais do enfermeiro**, Texto Contexto Enferm. Online, v. 15, n. 3, p. 492-499, jul./set. 2006. Disponível em: Acesso em: 20 de ago. 2011.

PIRES, D. E. P. **Acolhimento com Classificação de Risco em Serviços de Emergência - Posicionamento do COREN/SC**. 2010.

PIZZOLATO, A.C.; SARQUIS, L.M.M.; SILVA, M.J.P.; MANTOVANI, M.F. Indicadores empíricos das necessidades humanas afetadas no atendimento pré-hospitalar móvel: pesquisa metodológica. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 17, n. 1, p. 18-28, 2018.

PONTE, K. M. A; MORAES, M. V. A.; SABÓIA, E. C. M.; FARIAS, M. S. (2017). **Qualidade de vida de enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência com dupla jornada de trabalho**. *J Health Sci*, 19(2), 103-8.

PRZENYCZKA, R. A *et al.* **O paradoxo da liberdade e da autonomia nas ações do enfermeiro**, Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 427-431, abr./jun. 2012.

RAMOS, V. O.; SANNA, M. C. A inserção da enfermagem no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, p. 355-360, 2005.

ROMANZINI, E. M; BOCK, L. F. Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, São Paulo, v.18, n.2, p.240-46, 2010.

RONCALLI, A.A; OLIVEIRA, D.N; SILVA, I.C.M; BRITO, R.F; VIEGAS, S.M.F. Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 2, 2017.

SALGADO, Carmen Delia S. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estud. interdisc. envelhec.**, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SANT'ANNA, Ana; AERTS, Denize; LOPES, Marta Júlia. Homicídios entre adolescentes no sul do Brasil: situações de vulnerabilidade segundo seus familiares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 120-129, 2005.

SANTOS, José Wilson dos; BARROSO, Rusel Marcos B. **Manual de Monografia da AGES: graduação e pós-graduação**. Paripiranga: AGES, 2019.

SANTOS, M.C. **Atuação do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel De Urgência E Emergência**. UniAGES Centro Universitário. Bacharelado em Enfermagem Paripiranga, 2022.

SANTOS, Márcia Pereira Alves dos *et al*; População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos avançados**, v. 34, p. 225-244, 2020.

SANTOS, Mariany Cruz Santos. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência. **Uniages Centro universitário Paripiranga**, 2022.

SANTOS, N.C.M. **Enfermagem em pronto atendimento: urgência e emergência**. 1.ed. São Paulo: Érica, 2014.

SCHNEIDER, D. G. *et al.*, Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto contexto - enfermagem.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, mar. 2008.

SILVA, S.V.; CALANS, I.M.; PINHEIRO, M.B.B.N. A inserção do enfermeiro no atendimento móvel de urgência. **Journal of medicine and Health Promotion**. 1(2):275-289, 2016.

SILVA, A. M. S. M; INVENÇÃO, A. S. (2018). A atuação do enfermeiro no atendimento de urgência e emergência. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, 15(39), 1-9.

SILVA, C. C; SAVIAN, C. M; PREVEDELLO, B. P; ZAMBERLAN, C; DALPIAN, D. M; SANTOS, B. Z. dos. (2020). Access and use of dental services by pregnant women: An integrative literature review. **Ciência e Saúde Coletiva**, 25(3), 827–835.

SILVA, J.G; CHAVAGLIA, S.R.R; RUIZ, M.T; CUNHA, M.C.B; NASCIMENTO, K.G; AMARAL, E.M.S. Ocorrências obstétricas atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, p. 3158-3164, 2018.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da; *et al.* Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, 2017.

SILVEIRA, Sheila Cristina; TANEDA, Marco. Análise do preenchimento das fichas de atendimento sistematizado do SAMU-192 realizados pela equipe de enfermagem de Juína/MT. **Revista da Saúde da AJES**, v. 1, n. 1, 2015.

SOUSA, Brendo Vitor Nogueira; TELES, Juliane Fontes; OLIVEIRA, Elenilda Farias. Perfil, dificuldades e particularidades no trabalho de profissionais dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 38, p. 245-260, 2020.

SOUSA, Bruna Pereira da Silva; SILVA, Ana Paula Machado; BARBOSA, Edilma Fiel. Atuação do Enfermeiro no atendimento pré-Hospitalar móvel: uma revisão integrativa. **Multidebates**, v. 4, n. 6, p. 243-255, 2020.

SZERWIESKI, D.; OLIVERIA, C. Atuação do enfermeiro na gestão do atendimento pré-hospitalar. **Revista Uningá**. V.45, pp.68-74 (Jul - Set 2015)

TAVARES, T.Y; SANTANA, J.C.B; ELOY, M.D; OLIVEIRA, R.D; PAULA, R.F. O cotidiano dos enfermeiros que atuam no serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, e1466, 2017.

TAVEIRA, R.P.C; SILVA, J.L.L; SOUZA, R.D; REGO, V.T.S.M; LIMA, V.F; SOARES, R.S. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar de emergência. **Global Academic Nursing Journal**, v. 2, n. 3, p.156, 2021.

THOMAZ, R. R; LIMA, F. V. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. **Acta. Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.13, n.3, p.59-65, 2000

TOBIAS, Lucia. **Urgência e emergência em enfermagem**. 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

ULBRICHI, E. M; MANTOVANI, M. F; BALDUINO, A. F; REIS, B. K. Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento às vítimas. **Cogitare Enfermagem**. 2010.

VARGAS, D. Atendimento Pré-hospitalar: a formação específica do enfermeiro na área e as dificuldades encontradas no início da carreira. **Revista Paulista de enfermagem**. São Paulo, v.25 n.1, 2006.

VELLOSO, I. S. C. **Configurações das relações de poder no Serviço de Atendimento Móvel de urgência de Belo Horizonte**. 2011. 128f. Tese (Doutorado

em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

VIEIRA, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2001.