

## CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO PRESTADO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA EM DIFERENTES REGIÕES BRASILEIRAS

Characteristics of the service provided by the mobile urgency service in different brazilian regions

Características del atendimento prestado por el servicio de atención móvil de urgencia en diferentes regiones brasileñas

*Paula Buchs Zucatti<sup>1\*</sup>; Maria Alice Dias da Silva Lima<sup>2</sup>; Daiane Dal Pai<sup>3</sup>; Luccas Melo de Souza<sup>4</sup>; Caroline Cezimbra Hoffmann<sup>5</sup>*

### Como citar este artigo:

Zucatti PB, Lima MADS, Pai DD, et al. CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO PRESTADO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA EM DIFERENTES REGIÕES BRASILEIRAS. Rev Fun Care Online.2021. jan./dez.; 13:790-795. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8818>

### ABSTRACT

**Objective:** To characterize the care provided by the Mobile Emergency Care Service to the users' demands in different Brazilian municipalities. **Methods:** a cross-sectional study, using systematic observation of 49 visits performed in different Brazilian regions, between July and August 2015. Descriptive and inferential statistics were used. **Results:** clinical demands (42,9%) and Basic Life Support services (65,3%) were predominant to residences (40,8%); 71,4% of the users were transferred and 51% were referred to emergency units, with 89,8% of the visits. The response time was 12 minutes, with no differences between regions, but it was lower in transfers to Emergency Care Units ( $p < 0,05$ ). Hands' hygiene was non-existent in 54,3% of cases. **Conclusion:** the analysis of the care provided to the users requires reorientation of care planning for quality and safety improvement.

**Descriptors:** Emergency medical services, Prehospital care, Emergency care, Health services needs and demand, Nursing.

<sup>1</sup> Licenciado em Enfermagem pela UFRGS. Especialista em Atenção a Pacientes Críticos para Residência Multiprofissional de Saúde no Grupo Hospitalar Conceição. Assistente de Enfermeira da Unidade de Cuidados Intensivos do Grupo Hospitalar de Conceição. Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

<sup>2</sup> Licenciado em Enfermagem pela UFRGS. Doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professor Titular da Escola de Enfermagem e Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

<sup>3</sup> Licenciado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Doutorado em Enfermagem pela UFRGS. Professor Associado da Escola de Enfermagem e Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS. UFRGS.

<sup>4</sup> Licenciado em Enfermagem pela UFRGS. Doutorado em Enfermagem pela UFRGS. Professor Associado da UFCSA. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA).

<sup>5</sup> Curso de Enfermagem da UFRGS em curso. Bolsa de Iniciação Científica da UFRGS. UFRGS.

## RESUMO

**Objetivo:** Caracterizar o atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência às demandas dos usuários em diferentes municípios brasileiros.

**Métodos:** pesquisa transversal, que utilizou observação sistemática de 49 atendimentos realizados em diferentes regiões brasileiras, entre julho e agosto de 2015. Aplicou-se estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** predominaram demandas clínicas (42,9%) e atendimentos de Suporte Básico de Vida despachado (65,3%) às residências (40,8%); 71,4% dos usuários foram transportados e 51% encaminhados a unidades de emergência, com registro de 89,8% dos atendimentos. O tempo resposta foi de 12 minutos, sem diferenças entre as regiões, mas menor nas transferências para Unidades de Pronto Atendimento ( $p < 0,05$ ). A higienização das mãos pelos profissionais foi inexistente em 54,3% atendimentos. **Conclusão:** a análise dos atendimentos às demandas dos usuários suscita planejamento da assistência para reorientação da atenção e melhoria da qualidade e segurança.

**Descritores:** Serviços médicos de emergência, Assistência pré-hospitalar, Socorro de urgência, Necessidades e demandas de serviços de saúde, Enfermagem.

## RESUMEN

**Objetivo:** Caracterizar la atención del Servicio de Atención Móvil de Urgencia a las demandas de los usuarios en diferentes municipios brasileños.

**Métodos:** investigación transversal, con observación sistemática de 49 atendimientos en diferentes regiones brasileñas, entre julio y agosto de 2015. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** predominaron demandas clínicas (42,9%) y atendimientos de Soporte Básico de Vida despachado (65,3%) a las residencias (40,8%); 71,4% de los usuarios fueron transportados y 51% encaminhados a unidades de emergencia, con registro de 89,8% de los atendimientos. El tiempo de respuesta fue de 12 minutos, sin diferencias entre regiones, inferior en las transferencias a Unidades de Pronto Atención ( $p < 0,05$ ). La higienización de las manos por los profesionales fue inexistente en 54,3% de atendimientos. **Conclusión:** el análisis de las atenciones a las demandas de los usuarios suscita planificación de la asistencia para reorientación de la atención y mejora de calidad y seguridad.

**Descriptorios:** Servicios médicos de urgencia, Atención prehospitalaria, Socorro de urgencia, Necesidades y demandas de servicios de salud, Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), instituído pela Política Nacional de Atenção às Urgências, completa mais de 15 anos como proposta de serviço no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) voltado ao atendimento móvel de urgências e emergências pré-hospitalares. Nos primeiros anos de implantação do SAMU, predominaram serviços de abrangência municipal e, na sequência, de circunscrição regional, sendo que a cobertura estimada alcançou 53,9% da população em 2009, embora a implantação tenha variações entre os estados.<sup>1</sup>

Condições clínicas, vulnerabilidade e risco determinam as ocorrências que são priorizadas pelas Centrais de Regulação de Urgências do SAMU.<sup>2</sup> Estas centrais, por sua vez, somam mais de uma centena e cobrem todos os estados brasileiros.

Pesquisas recentes ressaltam a importância do SAMU

na consolidação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.<sup>3-4</sup> Entretanto, ainda são constatadas fragilidades importantes no que tange ao atendimento de casos graves, mesmo que essa seja a função primeira do SAMU.<sup>4</sup>

No cenário internacional, estudos têm apontado o crescimento do atendimento pré-hospitalar móvel, com aumento de 23% no período de 2007 a 2011 na Austrália.<sup>5</sup> No Reino Unido, o aumento da demanda de pacientes nos serviços de emergência, entre os anos de 2001 a 2011, excedeu o limite dos recursos e convergiu para a superlotação das emergências. Como estratégia para esse problema, foram introduzidos novos profissionais no serviço móvel (*Emergency Care Practitioners* e *Paramedic Practitioners*), os quais se mostraram mais propensos a resolver as ocorrências no ambiente pré-hospitalar em comparação às equipes de ambulância convencionais.<sup>6</sup> Ainda, estudo encontrou que a diminuição do número de encaminhamentos ao serviço de emergência, com manutenção da satisfação e da segurança do paciente, está estatisticamente associada ao tipo de profissional atuante no serviço pré-hospitalar e à resolutividade.<sup>7</sup>

Dentre os estudos brasileiros que analisaram os atendimentos do SAMU, são concordantes os resultados de que as ocorrências clínicas corresponderam à maioria da demanda, seguidas pelas causas externas.<sup>2,8-9</sup> Também são frequentes os achados que apontam incompletude de registros quanto à caracterização dos usuários e às características clínicas e sociais que vão além da queixa principal.<sup>2-3</sup>

Assim, compreende-se que estudos voltados a análises mais abrangentes quanto ao território nacional e as características do atendimento pré-hospitalar móvel, bem como não restritos somente à avaliação de registros, representam lacunas na literatura quanto aos atendimentos realizados pelo SAMU. Ademais, a inexistência de um sistema unificado de informação tanto em nível regional quanto nacional impede uma análise sobre a organização dos serviços no que tange às equipes, às condições de trabalho e, sobretudo, acerca dos atendimentos.<sup>10</sup> Diante do exposto questionou-se: quais as características do atendimento realizado pelo SAMU às demandas dos usuários em diferentes municípios brasileiros? O presente estudo tem por objetivo caracterizar o atendimento do SAMU às demandas dos usuários em diferentes municípios brasileiros.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo que utilizou dados secundários da etapa de observação sistemática não participante da pesquisa “Modelagens technoassistenciais e produção do cuidado em urgências e emergências e ao paciente crítico: estudos integrados sobre Unidade de Terapia Intensiva e SAMU na perspectiva da integralidade”.

A estratégia de investigação adotada foi observacional, transversal e com abordagem quantitativa. A amostra do estudo original foi composta por 43 Centrais de Regulação de Urgências e 79 Bases Descentralizadas. Entre essas, ponderando-se suas particularidades e a fim de rastrear a totalidade da trajetória do usuário no serviço, apenas as primeiras foram consideradas para a etapa da observação sistemática não participante, e, por meio de sorteio, 15 Centrais de Regulação de Urgências foram selecionadas.

Para o presente estudo, foi utilizada a amostra da etapa da observação sistemática não participante do projeto base, definida pela amostragem de tempo: tantas observações sistemáticas não participantes quantas foram possíveis rastrear em um período de oito horas em 15 Centrais de Regulação de Urgências sorteadas.<sup>11</sup>

Com base neste critério, a amostra foi composta por 49 atendimentos de usuários assistidos pelo SAMU em todas as regiões do território nacional, dos quais 13 (26,5%) foram observados no Norte, nos municípios de Altamira, Manaus e Palmas; 13 (26,5%) no Nordeste, nas cidades de Aracaju, Juazeiro, São Luís e Teresina; oito (16,3%) no Sudeste, nos municípios de Embu das Artes, Fernandópolis, Ribeirão Preto e Vitória; oito (16,3%) no Sul, nas cidades de Apucarana e Florianópolis; e sete (14,3%) no Centro-oeste, nos municípios de Goiânia e Cuiabá.

A coleta dos dados primários foi guiada por um roteiro contendo questões abertas e fechadas, elaborado pelos pesquisadores, com o intuito de abordar as variáveis quantitativas de interesse da pesquisa: motivo da demanda; veículo destinado; local da ocorrência; registro do atendimento prestado; desfecho do caso; aspectos que permeiam a interação entre a Central de Regulação de Urgências e a equipe destinada à cena; articulação do SAMU com os serviços para os quais os pacientes foram encaminhados; facilidades e dificuldades vinculadas ao encaminhamento do usuário; uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) pelas equipes do SAMU; metas de segurança do paciente; tempo decorrido entre a chamada por socorro e a chegada do veículo à cena, tempo entre a chegada do veículo à cena e o desfecho do caso e tempo entre a chamada da ambulância e o desfecho do atendimento.

Os pesquisadores dirigiam-se ao campo, em um dia escolhido aleatoriamente, no período entre julho e agosto de 2015, para realizarem o acompanhamento dos atendimentos, iniciados com a identificação de uma chamada, prosseguindo até a cena, observando a assistência e finalizando com o retorno da equipe à base.

Posto isso, para a proposta do presente estudo, após a seleção das variáveis de interesse mencionadas, as informações foram transpostas para um novo banco de dados criado no programa *Microsoft Excel*<sup>®</sup>.

A análise dos dados quantitativos foi fundamentada na estatística descritiva. Variáveis de natureza quantitativa foram descritas por meio de medidas de tendência central

e dispersão, sendo as contínuas assimétricas descritas por mediana e intervalo interquartil. Variáveis categóricas foram descritas com frequência absoluta e relativa. Empregaram-se os testes de *Kruskal-Wallis* e de *Mann-Whitney* ao nível de 5% de significância ( $p < 0,05$ ) por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences* versão 17.0.

O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa em 04 de março de 2015 (parecer nº 973.066) e obteve como Certificado de Apresentação para Apreciação Ética o número 39013314.1.0000.5327. O estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos descritas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.<sup>12</sup>

## RESULTADOS

Entre as 49 solicitações, destacam-se como as formas mais prevalentes de atendimento do serviço as demandas clínicas e por causas externas, sendo, respectivamente, 21 (42,9%) e 18 (36,7%) assistências prestadas. Quanto aos sinais e sintomas, as principais queixas registradas foram apresentadas na **Tabela 1**.

**Tabela 1** – Distribuição dos atendimentos segundo as principais queixas registradas. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

Sinais e sintomas	n	%
<b>Clínicos</b>		
Síncope	7	33,3
Convulsão	3	14,3
Alteração da consciência	2	9,5
Dor torácica	2	9,5
Parada cardiorrespiratória	2	9,5
<b>Por causas externas</b>		
Acidentes de transporte	7	38,9
Intoxicações por exposição intencional a medicamentos	4	22,2
Quedas	3	16,7

Tendo em consideração o recurso enviado à cena, a modalidade de Suporte Básico de Vida (SBV) foi despachada para 32 (65,3%) ocorrências. Em oito (16,3%) situações, um segundo veículo foi encaminhado ao local – seis (75%) pacientes receberam os cuidados iniciais por profissionais de nível técnico ou superior em enfermagem tripulantes das motolâncias, e em dois (25%) atendimentos as equipes de SBV ofertaram a primeira assistência e solicitaram apoio à modalidade de Suporte Avançado de Vida (SAV). Evidenciou-se, ainda, que, na região Nordeste, três (75%) ocorrências assistidas por unidades de SAV contavam também com o profissional técnico de enfermagem, e que no município de Florianópolis os transportes são destinados à modalidade de SAV, independentemente da gravidade do caso.

Encontram-se entre os principais cenários de

atendimento do serviço a residência e a via pública, respectivamente, com 20 (40,8%) e 14 (28,6%) solicitações. O SAMU articulou-se a outros serviços, como a guarda municipal, a polícia militar e/ou o corpo de bombeiros, em cinco (10,2%) ocorrências.

Houve registro do atendimento prestado em 44 (89,8%) ocorrências observadas. A totalidade dos registros foi realizada de forma manual, sendo 38 (86,4%) em ficha/boletim/relatório de ocorrência pré-estabelecido pelo serviço. Constatou-se que não há um padrão acordado entre os serviços do território nacional para a sua elaboração.

Descreve-se o desfecho dos atendimentos quanto ao transporte do usuário na **Tabela 2**.

**Tabela 2** – Distribuição dos atendimentos segundo o desfecho. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

Desfecho	n	%
<b>Paciente transportado</b>		
Serviço hospitalar de emergência	25	51,0
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	7	14,3
Outros	3	6,1
<b>Paciente não transportado</b>		
Usuário estável	5	10,2
Óbito	4	8,2
Atendimento não realizado	4	8,2
Usuário recusa o encaminhamento	1	2,0
TOTAL	49	100

Observa-se que 35 (71,4%) usuários foram transportados e 14 (28,6%) não foram deslocados. Os usuários transportados e encaminhados ao serviço hospitalar de emergência representaram a prevalência dos desfechos. Entre os usuários transportados, identificaram-se pacientes estabilizados, em risco e fora de risco encaminhados às portas de urgência. Destaca-se que seis (17,1%) usuários encontravam-se nessa última condição. Entre os não transportados, evidencia-se que quatro (28,6%) configuraram-se como incidentes no local – usuário removido em momento anterior à chegada do SAMU à cena e chamados cancelados.

Entre os pacientes transportados, em 26 (74,3%) atendimentos o serviço de referência estava pré-determinado – informação confirmada com a Central de Regulação de Urgências previamente ao transporte – e em 12 (34,2%) a consulta sobre a disponibilidade foi realizada. Assim sendo, a equipe do serviço destinado à continuidade da assistência não estava informada da chegada do SAMU e das condições do usuário em 23 (65,7%) ocorrências.

Identificam-se a superlotação do serviço recomendado para a continuidade da assistência, a resistência em acolher o usuário e dificuldades de interação entre as equipes do SAMU e da unidade de referência em, respectivamente, 15 (42,8%), 10 (28,6%) e sete (20,0%) ocorrências. Tais aspectos foram, principalmente, evidenciados quando o

serviço hospitalar de emergência foi o destino escolhido.

Em quatro (11,4%) ocorrências encaminhadas, o serviço de referência sugerido pela Central de Regulação de Urgências não acolheu o usuário, tendo em vista a falta de equipamentos ou profissionais capazes de suprir a demanda apresentada e/ou a dificuldade de acesso imposta, ocasionando nova regulação e atraso da conduta do SAMU.

Observaram-se facilidades relacionadas ao encaminhamento, entre essas o serviço de referência pré-determinado, a receptividade do serviço e a agilidade no transporte, observadas em, respectivamente, 14 (40%), nove (25,7%) e três (8,6%) ocorrências. Contudo, dificuldades também foram apontadas: em 10 (28,6%) atendimentos a não realização de consulta sobre a disponibilidade, em três (8,6%) a superlotação do destino final e em dois (5,7%) o transporte de demandas não urgentes.

Em duas (4,1%) ocorrências identificou-se algum risco à segurança do profissional que retardou o atendimento. Durante o atendimento, os profissionais utilizaram EPIs como luvas, uniformes e máscaras de forma adequada, respectivamente, em 45 (91,8%), 44 (89,8%) e 18 (36,7%) ocorrências. Há ainda a descrição de sinalizadores em 17 (34,7%) atendimentos, de joelheiras em três (6,1%), de óculos em um (2,0%) e de capacete com lanterna em um (2,0%) como EPIs adotados.

As 35 ocorrências encaminhadas foram avaliadas enfatizando-se a segurança do paciente: 32 (91,4%) usuários foram corretamente identificados; a comunicação entre os profissionais de saúde foi efetiva em 30 (85,7%) atendimentos; a prescrição, o uso e a administração de medicamentos foram observados em 17 (48,6%) casos e, de maneira geral, realizados adequadamente; a higienização das mãos não foi empregada em 19 (54,3%) atendimentos e, quando presente, ocorreu de forma precária; a limpeza e assepsia relacionados aos equipamentos e à ambulância não foram realizados em 17 (48,6%) atendimentos; e em 13 (37,1%) ocorrências foi registrado o risco de quedas.

O tempo decorrido entre a chamada da ambulância e a chegada do veículo à cena, isto é, o tempo resposta do SAMU apresentou mediana de 12 minutos (3 – 45 minutos) nos municípios avaliados, e as diferenças entre os tempos de atendimento não foram estatisticamente significativas entre as regiões ( $p > 0,10$ ), todavia, o tempo entre a chamada da ambulância para atendimento e o desfecho do caso e o tempo entre a chegada do veículo à cena e o desfecho do caso foram significativamente menores, respectivamente  $p = 0,024$  e  $p = 0,045$ , quando o serviço destinado à continuidade da assistência ao paciente transportado foi a UPA em detrimento ao serviço hospitalar de emergência.

## DISCUSSÃO

A maior prevalência de ocorrências clínicas também foi identificada em outros estudos, que apresentaram valores entre 41,1% a 56,25%.<sup>13-15</sup> No entanto, em estudo realizado

em Cuiabá, notou-se que o perfil de ocorrências obteve maior índice de causas traumáticas, com 47%.<sup>16</sup>

Dentre as causas externas, a maior incidência dos acidentes de trânsito foi similar a estudo, no qual as colisões entre carro e moto representaram 48,3% e as quedas de moto corresponderam a 17% das causas externas.<sup>16</sup> Os resultados do presente estudo também reforçam a prevalência da modalidade SBV nos transportes, com 87,1% e 90,4% dos atendimentos.<sup>13,15</sup>

Da mesma forma, os achados permitem corroborar o encaminhamento de 70,5% dos atendimentos para uma unidade de referência.<sup>16</sup> No entanto, estudo realizado em Santa Catarina identificou falhas na atualização da informação sobre leitos e veículos disponíveis para o transporte. O mesmo estudo menciona dificuldades de acolhimento do SAMU pelos serviços de emergência devido à superlotação das unidades.<sup>4</sup>

No que tange ao desfecho dos atendimentos, os resultados apontaram que há deslocamento de ambulâncias para situações que não necessitam do SAMU, o que permite questionar o uso do recurso e a necessidade de investimentos na orientação da população quanto à veracidade das informações repassadas no chamado. Frente ao achado de que um pouco mais de um quarto dos atendimentos prestados não foram transportados, estudo na região nordeste encontrou que o apoio de mais de uma viatura no local e orientação sem remoção representaram 18,3% dos casos atendidos.<sup>15</sup> Entraves gerados pelo desconhecimento a respeito da real função do SAMU na saúde pública foram apontados por enfermeiros do serviço no Piauí, muitas vezes, justificados pela procura do indivíduo por um atendimento eficiente e resolutivo, capaz de transportá-lo a uma porta de entrada do sistema de saúde.<sup>17</sup>

Ainda quanto aos desfechos, estudo internacional discute a efetividade do serviço pré-hospitalar móvel em tratar as ocorrências na cena, sem necessidade de transporte para serviços de emergência, pois assim como no presente estudo, o cenário internacional também aponta os serviços hospitalares de emergência como principais receptores dos atendimentos realizados na atenção móvel de urgência.<sup>5</sup>

Tendo em vista a segurança do paciente, a prática de higiene das mãos é uma das principais medidas de cuidado, prevenindo e controlando infecções.<sup>18</sup> No entanto, estudo realizado no noroeste do Paraná observou que 86,52% dos profissionais de enfermagem não possuíam conhecimento efetivo sobre a prática de higiene das mãos, o que no serviço pré-hospitalar pode ser acrescido à menor valorização desta prática em detrimento da preocupação dos profissionais com o tempo.<sup>19</sup>

Pesquisa com as regiões brasileiras demonstrou que algumas regiões apresentam um elevado tempo de resposta, sendo superior a 20 minutos.<sup>4</sup> Ainda, no município de Porto Alegre, um trabalho identificou o tempo médio de 31 minutos.<sup>20</sup> A deficiência de ambulâncias é um dos fatores que aumenta o tempo resposta, tornando-o insatisfatório.<sup>21</sup>

No entanto não há evidências científicas referentes ao tempo padrão para o atendimento pré-hospitalar. Estudos demonstraram a desconstrução de um tempo ouro para o atendimento de traumas, visto a importância de condução cautelosa do paciente diminuindo riscos de acidentes de trânsito.<sup>22</sup>

## CONCLUSÕES

Com base no exposto, o presente estudo viabilizou a caracterização do atendimento prestado pelo SAMU às demandas dos usuários em diferentes municípios brasileiros. O estudo corrobora pesquisas sobre perfil dos atendimentos e utilização das ambulâncias, permitindo acrescentar que as dificuldades de articulação do SAMU com os serviços que farão a continuidade do atendimento representam um problema em todas as regiões, bem como a necessidade de educação permanente dos profissionais envolvidos, uma vez que seu desempenho relaciona-se às deficiências encontradas.

O tempo resposta do SAMU apresentou mediana de 12 minutos nos municípios avaliados e as diferenças entre os tempos de atendimento não foram estatisticamente significativas entre as regiões, todavia, foram significativamente menores quando o serviço destinado à continuidade da assistência ao paciente transportado foi a Unidade de Pronto Atendimento em detrimento ao serviço hospitalar de emergência.

Enfatiza-se atenção especial ao propósito do serviço e às medidas de segurança do paciente. Os achados acerca da segurança do paciente no SAMU apontam a urgência de investimentos em registros, identificação, comunicação, prevenção de quedas e medidas de prevenção de infecções. Estudos específicos sobre a temática são indicados.

Salientam-se as limitações vinculadas à representatividade da amostra, contudo, os achados trazem implicações importantes acerca do planejamento da assistência para reorientação da atenção e melhoria da qualidade e segurança.

## REFERÊNCIAS

1. Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev Saúde Pública*. 2011[citado em 27 Jun 2018];45(3):519-28. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000300010&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300010&lng=pt&tlng=pt).
2. Fernandes FSL, Tanaka OY. Processo de priorização de ocorrências no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Rev Baiana Enferm*. 2018[citado em 27 Jun 2018];32:e24463. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/24463/15971>.
3. Almeida PMV, Dell'Acqua MCQ, Cyrino CMS, Juliani CMCM, Palhares VC, Pavelqueires S. Análise dos atendimentos do SAMU 192: componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. *Esc Anna Nery* [online]. 2016[citado em 27 Jun 2018];20(2):289-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0289.pdf>.
4. Ortega AMB, Lacerda JT, Natal S, Calvo MCM. Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública* [online]. 2016[citado em 21 Jun 2018];32(1):e00111116.

- 2018];32(12)e00176714. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016001205002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001205002&lng=pt&tlng=pt).
5. Finn JC, Fatovich DM, Arendts G, Mountain D, Williams TA, Sprivilis P, et al. Evidence-based paramedic models of care to reduce unnecessary emergency department attendance – feasibility and safety. *BMC Emerg Med*. 2013[citado em 19 Jul 2018];13(1). Disponível em: <https://bmccemgmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-227X-13-13>.
  6. Tohira H, Williams TA, Jacobs I, Bremmer A, Finn J. The impact of new prehospital practitioners on ambulance transportation to the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Emerg Med J*. 2014[citado em 19 Jul 2018];31(1):e88. Disponível em: <https://emj.bmj.com/content/31/e1/e88>.
  7. O’Keeffe C, Mason S, Knowles E. Patient experiences of an extended role in healthcare: comparing emergency care practitioners (ECPs) with usual providers in different emergency and urgent care settings. *Emerg Med J*. 2014[citado em 19 Jul 2018];31(8):673-4. Disponível em: <https://emj.bmj.com/content/31/8/673>.
  8. Gonsaga RAT, Silva EM, Brugugnoli ID, Cabral JL, Thomé Neto O. Padrão e necessidades de atendimento pré-hospitalar a idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [online]. 2015[citado em 27 Jun 2018];18(1):19-28. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232015000100019&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000100019&lng=pt&tlng=pt).
  9. Dantas RAN, Costa IKF, Nóbrega WG, Dantas DV, Costa IKF, Torres GV. Ocorrências realizadas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência metropolitano. *Rev Enferm UFPE on line*. 2014[citado em 27 Jun 2018];8(4)842-9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9751/9867>.
  10. Dal Pai D, Lima MADS, Abreu KP, Zucatti PB, Lautert L. Equipes e condições de trabalho nos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2015[citado em 27 Jun 2018];17(4):1-5. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/31522/20660>.
  11. Flick U. Coleta de dados: abordagens quantitativa e qualitativa. *Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes*. Porto Alegre: Penso; 2012. p. 107-32.
  12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 446, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012[citado em 21 Jun 2018]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html).
  13. Patrício ACFA, Santos JS, Albuquerque KF, Alves KL, Duarte MCS, Pérez VLAB. Atendimento pré-hospitalar móvel: identificando agravos à saúde da pessoa idosa. *Fundam Care Online*. 2016[citado em 21 Jun 2018];8(2):4223-30. Disponível em: [http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4217/pdf\\_1862](http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4217/pdf_1862).
  14. Soares MKP, Dantas RAN, Dantas DV, Nunes HMA, Nascimento RA, Nascimento JCP. Perfil dos usuários atendidos por um serviço pré-hospitalar móvel de urgência no nordeste brasileiro. *Fundam Care Online*. 2018[citado em 21 Jun 2018];10(2):503-9. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6111/pdf>.
  15. Dias JMC, Lima MSM, Dantas RAN, Costa IKF, Leite JEL, Dantas DV. Perfil de atendimento do Serviço Pré-hospitalar Móvel de Urgência Estadual. *Cogitare Enferm*. 2016[citado em 21 Jun 2018];21(1):1-9. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42470/27511>.
  16. Ribeiro AC, Silva YB. Enfermagem pré-hospitalar no Suporte Básico de Vida: postulados ético-legais da profissão. *Cogitare Enferm*. 2016[citado em 21 Jun 2018];21(1):01-8. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42118/27507>.
  17. Mata KSS, Ribeiro IAP, Pereira PSL, Nascimento MVF, Carvalho GCN, Macedo JB, et al. Entraves no atendimento pré-hospitalar do SAMU: percepção dos enfermeiros. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018[citado em 18 Ago 2019];12(8)2137-45. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/236537/29727.18>.
  18. Belela-Anacleto ASC, Peterlini MAS, Pedreira MLG. Higienização das mãos como prática do cuidar: reflexão acerca da responsabilidade profissional. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017[citado em 16 Jul 2018];70(2):442-5. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt\\_0034-7167-reben-70-02-0442.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0442.pdf).
  19. Derhun FM, Souza VS, Costa MAR, Inoue KC, Matsuda LM. Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre higienização das mãos. *Cogitare Enferm*. 2016[citado em 16 Jul 2018];21(3):01-8. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45588/pdf>.
  20. Amaral CS, Reck AZC, Souza DLS, Nuñez ARG, Blatt CR, Weis AH, et al. Situações de urgência e emergência na atenção primária reguladas pelo SAMU. *Journal Health NPEPS*. 2018[citado em 18 Ago 2019];3(1):241-52. Disponível em: <file:///C:/Users/Delcio/Downloads/2881-9997-1-PB.pdf>.
  21. O’Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Macedo C, Lopes MGM. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cad Saúde Pública* [online]. 2017[citado em 21 Jun 2018];33(7):e00043716. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n7/1678-4464-csp-33-07-e00043716.pdf>.
  22. Rogers F, Rittenhouse K, Gross B. The golden hour in trauma: dogma or medical folklore? *Injury*. 2015[citado em 21 Jun 2018];46(4):525-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2014.08.043>.

Recebido em: 01/04/2019

Revisões requeridas: 13/08/2019

Aprovado em: 14/10/2019

Publicado em: 27/04/2021

**\*Autor Correspondente:**

Paula Buchs Zucatti

Rua Manoel Inácio Nunes, 859

Parque Espírito Santo, Rio Grande do Sul, RS, Brasil

E-mail: paulabuchs@hotmail.com

Telefone: +55 (51) 9 9212-9164

CEP: 94.965-340