



Assistência de enfermagem no serviço móvel de urgência (SAMU): revisão de literatura

Nursing assistance in the mobile emergency service (SAMU): literature review

Rafael Braga de Almeida¹, Alice da Cunha Moraes Álvares²

1. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.

2. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil. alicealvares@senaaires.com.br

RESUMO

O objetivo geral deste estudo é abordar as atribuições do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar. Os objetivos específicos são apresentar a evolução histórica do serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) no Brasil; apontar, conforme a legislação pertinente, como deve ser estruturado o APH, com ênfase nas atribuições do enfermeiro; verificar as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Trata-se de pesquisa bibliográfica, com busca Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e livros da Biblioteca do Google, entre os anos de 2008 e março de 2018, em língua portuguesa, disponíveis e completos, diretamente relacionados ao tema. Foram utilizados 41 artigos e livros, além de material institucional. Assim, verificou-se que as atribuições do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar são de assistência, supervisão e gestão, bem como de colaborador da formação continuada das equipes. As dificuldades passam pelo relacionamento interpessoal, falta de formação adequada, estresse ocupacional, comunicação interna e externa, falta de equipamentos e insumos, baixos salários, falta de sedes próprias, dentre outros. É necessário aprofundar os conhecimentos sobre urgência e emergência na graduação e promover a educação continuada das equipes, bem como proporcionar-lhes melhores condições de trabalho, para que a resolutividade seja ainda maior. O Atendimento Pré-Hospitalar, expresso por meio do SAMU, conta com o reconhecimento da sociedade, que nele encontra apoio e conforto.

Descritores: Atendimento Pré-Hospitalar; Enfermeiro; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

ABSTRACT

The general objective of this study is to address the duties of nurses in prehospital care. The specific objectives are to present the historical evolution of the prehospital care service (APH) in Brazil; to indicate, according to the pertinent legislation, how should be organized the APH, with emphasis on the duties of the nurse; to verify the difficulties faced by the nurse in the Mobile Emergency Care Service (SAMU). This is a bibliographical research, with a Virtual Health Library (VHL) search and books from the Google Library, between 2008 and March 2018, in Portuguese, available and complete, directly related to the topic. We used 40 articles and books, as well as institutional material. Thus, it verified that the duties of the nurse in the Pre-Hospital Care are of assistance, supervision and management, as well as collaborating in the ongoing training of the teams. The difficulties are due to the interpersonal relationship, lack of adequate training, occupational stress, internal and external communication, lack of equipment and inputs, low salaries, lack of own headquarters, among others. It's necessary to deepen the knowledge about emergency and emergency in the graduation and to promote the continued education of the teams, as well as to provide them with better working conditions, so that the resolution is even greater. Pre-Hospital Care, expressed through SAMU, counts on the recognition of the society, which finds support and comfort in it.

Descriptors: Pre-Hospital Care; Nurse; Emergency Mobile Care Service.

Como citar: Almeida RB, Álvares ACM. Assistência de enfermagem no serviço móvel de urgência (SAMU): revisão de literatura. Rev Inic Cient Ext. 2019; 2(4):196-207.

INTRODUÇÃO

Até o final do século XVIII não havia atendimento pré-hospitalar no Brasil e os doentes ou acidentados tinham que ser levados aos hospitais, poucos naquela época, no lombo de animais. A partir de 1808, com a chegada da Família Real Portuguesa à cidade do Rio de Janeiro, esse transporte passou a ser feito em carruagens e o Estado assumiu a função de levar os doentes e acidentados aos hospitais. Ao longo do século XX o serviço foi aperfeiçoado, inclusive em termos de profissionais que nele atuam, como o enfermeiro.¹

A Portaria nº 2.048/GM/2002 estabeleceu que no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel os enfermeiros devem realizar as funções de Responsável de Enfermagem e Enfermeiro assistencial, supervisionar e avaliar o serviço da equipe de enfermagem; fazer prescrições médicas por telemedicina; executar cuidados de enfermagem de maior complexidade a pacientes graves e com risco de vida; oferecer treinamentos e aprimoramentos para a equipe de enfermagem em situações de urgência e emergência, dentre outras atribuições.²

O enfermeiro precisa de capacitação específica para trabalhar no APH, tendo, além dos conhecimento técnico-científico, agilidade, destreza e controle emocional, para lidar com diversas situações de risco a que o paciente está exposto, para poder oferecer um atendimento eficiente e de qualidade. A obrigatoriedade da presença do enfermeiro durante a assistência de enfermagem no APH e em situação de risco foi definida na Resolução nº 375 de 22 de março de 2011, do Conselho Federal de Enfermagem.³

A atuação do enfermeiro em urgência e emergência exige diversas habilidades, que devem ser adquiridas por meio de capacitação específica. Assim, é preciso conhecer as condições em que o enfermeiro atua no APH, de forma a se ter uma visão geral do trabalho, suas dificuldades e contradições, para que se possa buscar soluções viáveis que melhorem as condições de atendimento, tanto para o paciente, quanto para o próprio profissional. O tema da assistência de enfermagem no SAMU necessita de maior aprofundamento e visibilidade, tanto no meio acadêmico, quanto na sociedade.

Diante dessa justificativa o objetivo geral do estudo foi abordar a atuação do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar, tendo como problema de pesquisa: Quais são as atribuições do enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e quais barreiras ele enfrenta para cumprir o seu papel?

MÉTODO

O estudo desenvolveu-se através da metodologia da revisão bibliográfica, que se refere ao estudo de obras que já foram publicadas e analisadas anteriormente. Isso permite que o pesquisador tenha acesso tanto aos fenômenos, quanto às análises sobre eles realizadas, podendo exercer sobre elas uma reflexão crítica, que pode servir para a sua prática.⁴

As pesquisas feitas e registradas anteriormente em qualquer meio ou formato constituem o material do investigador nesse tipo de estudo, que adquire, assim, natureza exploratória, ao trabalhar com dados e categorias teóricas já analisadas por outros pesquisadores. As fontes do tema são os textos pesquisados, que já podem ter sido manuseados (fontes secundárias) ou ainda estarem à espera de quem lhes pesquise o conteúdo e os interprete (fontes primárias).⁵

O percurso metodológico desse estudo iniciou-se com uma pesquisa online, com seleção da base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Biblioteca do Google, utilizando os descritores Atendimento Pré-Hospitalar; Enfermeiro; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A busca foi realizada de fevereiro a abril de 2019.

Essa pré-seleção foi feita utilizando-se os seguintes critérios de inclusão: Artigos na língua portuguesa; publicados na íntegra; entre os anos de 2008 e 2018; apresentarem pesquisa de campo; não estarem repetidos (na própria base de dados ou entre as duas fontes de informação) e atenderem aos objetivos do estudo. Os critérios de exclusão foram: material incompleto e não disponível, em idioma que não seja a língua portuguesa, repetidos nas bases de dados e que não atenderam aos objetivos propostos.

As duas fontes de dados foram selecionadas por apresentarem material de relevância científica na validação dos objetivos do estudo. Nelas são indexadas importantes revistas e livros da área de enfermagem, respectivamente, onde os mais renomados pesquisadores apresentam seus trabalhos. Dessa forma, foram selecionados 41 artigos e livros, além de normas pertinentes ao tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a revisão da literatura, o tema foi dividido em três itens. O primeiro item se refere ao atendimento pré-hospitalar no Brasil, sobre aspectos históricos e estrutura física, humana e legal.

O segundo item aborda as ações da enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar, os fundamentos legais da inserção do enfermeiro nessa modalidade de atendimento em saúde, a importância dos registros de enfermagem e questões relacionadas à formação e capacitação para o exercício profissional.

A terceira parte trata dos desafios enfrentados pelo enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), abordando sobre a falta de capacitação, os riscos ocupacionais, o estresse ocupacional e os possíveis conflitos que podem surgir a partir do trabalho em equipe e como se desenvolvem as relações interpessoais, no contexto profissional e com os usuários.

Evolução Histórica do Atendimento Pré-Hospitalar no Brasil, Estrutura Física, Humana e Legal

O atendimento a uma vítima de doença ou acidente antes que ela fosse levada a um hospital não era sistematizado até o século XIX, quando, devido às perdas de vidas na Guerra Civil Americana, foram tomadas providências para que os soldados feridos fossem atendidos no próprio campo de batalha. Foram desenvolvidos os conceitos de segurança da cena, para que médicos e enfermeiros não fossem novas vítimas; realização do exame primário, para evitar a morte; e transporte rápido para um local apropriado à continuidade do atendimento.¹

A ambulância, contudo, foi criada na Europa, durante as guerras napoleônicas (1803-1815), pelo médico Dominique Jean Larrey (1766–1842). Os diferenciais em relação às carruagens usadas na época eram a forma de perfilar os cavalos e o uso de madeira leve, rodas pequenas e teto arredondado, que não retinha água da chuva. Isso tornou o transporte mais leve e rápido. Nas laterais haviam perfurações para ventilação e no interior era acondicionada uma maca, cobertores para aquecimento e local para guardar os instrumentos.¹

A carruagem ambulância era puxada por cavalos até o final do século XIX, no Brasil, com influências do modelo francês e americano. Essa forma de era usada pelo Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro (CBMRJ). No início do século XX as ambulâncias passaram a serem motorizadas e a contar com uma equipe completa para realizar o atendimento. A experiência das guerras mundiais e das Guerras da Coreia e do Vietnã mostraram que era fundamental não só remover rapidamente o paciente, mas também estabilizá-lo durante o transporte, para diminuir os índices de mortalidade.⁶⁻⁷

Até a década de 1990, o atendimento pré-hospitalar era feito pelo Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência (SAMDU), pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e, em seguida, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em cooperação ou convênio com unidades dos Corpos de Bombeiros Estaduais e Secretarias de Saúde.⁶

Na década de 1980, os Corpos de Bombeiros do Rio de Janeiro e São Paulo começaram a fazer o resgate de pacientes feridos, em cooperação com as Secretarias de Saúde. O serviço, experimental, terminou por se estender a vários estados do país, que começaram a organizar seus sistemas de atendimento pré-hospitalar. Em 1986 um treinamento feito por bombeiros paulistas nos Estados Unidos serviu como base para reestruturar o atendimento pré-hospitalar em condições mais adequadas e com base no modelo francês, contando com enfermeiro e Central de Regulação Médica.⁸

Um médico da Secretaria de Saúde regulava as solicitações de socorro enviadas pela linha 193, interligada com a linha 192 do sistema público de saúde. Porém, apesar dos policiais bombeiros terem curso de habilitação em primeiros socorros, haviam obstáculos morais, éticos, penais e civis a esse atendimento, além da questão do conhecimento científico. Diante disso, o Corpo de Bombeiros passou a prestar apenas socorros básicos.⁹

A consequência desse fato, ao longo dos anos, foi a elevação do número de mortes, principalmente nos acidentes envolvendo traumas, que também tiveram aumentados o tempo de recuperação para as vítimas e da ocorrência de sequelas. Diante desse quadro o Ministério da Saúde estendeu o atendimento pré-hospitalar para todo o país, criando o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), por meio da portaria nº 1.863/GM/2003. Foram adquiridas unidades de suporte básico e avançado de vida e equipamentos, construídas centrais de atendimento e criados cursos de formação específica para os profissionais da área.⁸

De acordo com o disposto na portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências foi instituída a partir de componentes fundamentais como adoção de estratégias para promover a qualidade de vida; organização de redes locais e regionais, integradas; componentes pré-

hospitais fixos, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS); componente Pré-Hospitalar Móvel, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU); instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no Sistema Único de Saúde (SUS); capacitação das equipes; e atendimento humanizado.¹⁰

No SAMU, a Central de Regulação é formada por coordenador geral, médico regulador, enfermeiro, operador de frota, telefonista auxiliar de regulação, apoio administrativo, auxiliar de serviços gerais. Além das ambulâncias equipadas o Ministério da Saúde também adquiriu lanchas equipadas para primeiros socorros (ambulanchas), unidades aeromédicas e motolâncias. Cerca de 55 mil profissionais de saúde atuam no SAMU, os quais precisam contar com boa estrutura física, “gestão eficiente, educação permanente e ferramentas modernas de ação e apoio à tomada de decisão”.¹¹

O SAMU conta com um Sistema de Governança, cujas figuras centrais são os Coordenadores Regionais e os Coordenadores Municipais. O Sistema Clínico está centralizado no médico regulador e nas equipes de intervenção. O ponto de partida da regulação é a descrição do usuário sobre o problema enfrentado, que pode ser um pouco diferente quando é abordado a campo. É importante considerar que toda remoção de paciente implica em que deve haver uma vaga hospitalar disponível.¹²

A Central de Regulação conta com um número telefônico nacional, o 192. O médico regulador recebe a queixa do usuário e o orienta, quando o assunto não é muito grave e chama a ambulância apropriada, quando necessita de intervenção profissional. As ambulâncias de suporte básico contam com motorista, técnico de enfermagem e material básico para o primeiro atendimento, quando há risco imediato de vida. A partir da central, o médico orienta o atendimento. As ambulâncias de suporte avançado incluem motorista, enfermeiro, médico e equipamentos para cuidados intensivos, para risco iminente de vida. Os demais meios de transporte seguem essa mesma estrutura.¹³

A gestão e o financiamento do atendimento pré-hospitalar no Brasil estão a cargo do governo federal, com participação das esferas estaduais, do Distrito Federal e municipais. A princípio, foi proposta a estrutura municipal, mas foi uma estratégia falha, visto que os municípios menores não conseguiram organizar o serviço. Optou-se, então, por coordenações regionais, o que aumentou o número de unidades do SAMU, entre 2004 e 2009, abrangendo também os pequenos municípios. No entanto, existem diferenças regionais, quanto à quantidade de municípios atendidos.¹²

Estudos realizados em diversos lugares do Brasil mostram que mais de 75% dos profissionais que compõem essa estrutura são do sexo masculino. Conforme a região do país até recentemente o número de técnicos de enfermagem era maior do que o de enfermeiros, mas essa realidade tem mudado, com o enfermeiro conquistando e preservando seu espaço, a partir da prática e de conhecimentos técnico-científicos. O atendimento pré-hospitalar é uma área onde a rotatividade de profissionais é baixa, com a maioria tendo pelo menos cinco anos de atividade.¹⁴

As equipes de atendimento pré-hospitalar trabalham em regime de plantão de 12 X 36 horas. Os plantões noturnos costumam ser os mais desgastantes, especialmente nas quatro horas finais do trabalho. Isso é especialmente preocupante quando se considera que uma situação de emergência requer do profissional que atue de forma rápida, segura, completo, flexível e objetiva para evitar a morte do paciente. Mas como o desgaste é inevitável, a maioria dos profissionais troca informações com os colegas antes de realizarem os procedimentos, de forma a sempre proceder eticamente.¹³

Os dois principais acessos do atendimento pré-hospitalar são o SAMU e o Corpo de Bombeiros. Em 2017 o SAMU contava com 3.408 bases nos municípios brasileiros, número 6,39% maior do que em 2015, totalizando 61,18% dos municípios do país, sendo que alguns contam com mais de uma base. A Região Nordeste lidera em número de bases (37,29%). O atendimento feito pelo Corpo de Bombeiros cobre 95,04% dos municípios (5.294), com equipes da própria localidade ou de cidades vizinhas. Os postos são militares (5.148) ou voluntários (146).¹⁵

O atendimento às urgências mais variadas, tanto na parte de trauma, quanto clínica, é feito por meio de protocolos clínicos internacionalmente reconhecidos, tanto para o Suporte Básico, como para o Suporte Avançado. Esses protocolos têm como fundamento a legislação brasileira para cada categoria profissional que integra o atendimento pré-hospitalar, associada à formação acadêmica e continuada necessárias ao exercício profissional.¹⁰

O Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Portaria nº 2.048/2002) estabeleceu os princípios e diretrizes do funcionamento do atendimento ao paciente traumatizado ou clínico, incluindo o atendimento móvel pré-hospitalar. Ele é primário quando a chamada parte de um cidadão e é secundário quando a chamada parte de um serviço de saúde, para que o paciente seja conduzido para atendimento em serviços mais complexos.²

A região de cobertura, que pode extrapolar os limites municipais, deve ser definida previamente, em termos de “aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados pela clientela”. Devem ser estabelecidas pactuações com serviços de saúde de retaguarda, devidamente reguladas, de acordo com critérios de hierarquização e regionalização. Quando uma chamada não é feita diretamente para o número 192 cuida-se para seja redirecionada, para a devida regulação e atendimento.²

Para promover a capacitação dos profissionais que fossem trabalhar no atendimento móvel o Regulamento Técnico também criou o Núcleo de Educação em Urgências (NEU) e o Núcleo de Educação Permanente (NEP). Os cursos envolvem atividades práticas e teóricas, destinados a enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares de Enfermagem e ainda bombeiros, auxiliares de regulação, radio-operadores e condutores de veículos de urgência de todos os tipos. O objetivo dos cursos é oferecer atendimento e qualificado ao paciente, de forma a reduzir a morbimortalidade.¹⁴

Os Núcleos de Educação em Urgências seguem os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e destinam-se a todos os profissionais que atuam na área, independentemente de ser atendimento móvel ou fixo. Os Núcleos de Educação Permanente destinam-se ao atendimento móvel. Os NEUs têm como base de funcionamento os princípios da organicidade; promoção integral da saúde; educação continuada; e transformação da realidade e seus determinantes².

Com base nesses princípios as equipes estaduais e municipais do SAMU foram orientadas a criar, durante o Congresso Nacional da Rede SAMU 192, em março de 2006, os Núcleos de Educação Permanente (NEP), com formação específica e atualização permanente para seus profissionais, sempre ligados aos NEUs. Se os profissionais de saúde não contam com formação acadêmica suficiente em urgências, os demais profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel, como os técnicos em diversas atividades e motoristas, não encontram essa formação disponível e esse tem sido o objetivo dessas duas instâncias de educação.¹⁶

A formação de um profissional para o atendimento pré-hospitalar móvel não deve levar em conta apenas os conhecimentos acadêmicos e técnico-científicos, mas também suas experiências profissionais e pessoais, de forma que seja polivalente e orientado para ter visão da realidade a sua volta, agindo de forma criativa quando necessário. Suas aptidões devem ser adequadas à tomada de decisões, comunicação, liderança e gerenciamento, levando-se em conta que irá se deparar com situações as mais diversas e trabalhará sempre em equipe, com seus colegas ou profissionais de outras áreas.¹⁵

Esses são os objetivos dos NEUs e NEPS ao organizarem os cursos destinados aos profissionais de urgências, especialmente do atendimento pré-hospitalar móvel. O modelo pedagógico é o da problematização de situações, para que o profissional conheça as necessidades da sua região e as alternativas viáveis para dar-lhes resolutividade. Pelo menos a cada dois anos os profissionais devem passar por atualizações, para formar equipes com experiência prática em urgência e ainda multiplicar os seus saberes entre os seus pares.²

As equipes do atendimento pré-hospitalar móvel são formadas por um responsável técnico, que é o médico regulador, com atribuições médicas e de gestão; um responsável técnico de Enfermagem, com atribuições assistenciais; auxiliares e técnicos de enfermagem, que atuam sob a chefia do enfermeiro. Essa é a formação básica da equipe da área de saúde. Os demais profissionais não são dessa área e são constituídos por telefonista, que é um auxiliar de regulação; radio-operador, que controla a frota de veículos de emergência; condutor, que pode ser motorista, piloto ou motociclista, conforme o veículo utilizado.²

A Central de Regulação constitui o primeiro sentido do princípio da integralidade proposto pelo SUS, a partir do estabelecimento de uma relação entre o profissional e o paciente. A partir dele, as práticas de saúde para o paciente são organizadas e ocorre uma resposta governamental à demanda solicitada. Essa resposta pode ser bem-sucedida ou não, dependendo dos recursos que a Central de Regulação dispõe, como a ambulância adequada ao caso, presença do enfermeiro e do médico nos casos graves.¹⁷

A Central de Regulação ainda pode funcionar como observatório do sistema, gerando informações sobre o atendimento à demanda, contribuindo para integrar os serviços e propor ações específicas. Nesse aspecto, uma das maiores dificuldades encontradas está na integração com os demais serviços de saúde, principalmente para conseguir vagas, o que significa uma deficiência no princípio da integralidade. Para driblar essa situação a regulação procura construir relações pessoais na rede de atendimento.¹⁶

Nesse aspecto, o médico regulador é o que tem normalmente o maior número de ligações interpessoais na rede de atendimento. Para obter a vaga o médico regulador aciona seus contatos na rede, quando a equipe assistencial não a encontra ou quando é negada. Suas relações podem se estender desde o secretário estadual e municipal de saúde até os assessores do prefeito. Essa comunicação é melhor com

os hospitais municipais de pequeno porte. A integralidade deveria funcionar automaticamente, mas não é isso que acontece na prática dos SAMU municipais e regionais.¹¹

Fundamentos Legais e de Formação Relacionados à Atuação da Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar

O enfermeiro foi inserido no Atendimento Pré-Hospitalar a partir dos anos 1990, mas a criação dos Núcleos de Educação em Urgências (NEUs) só ocorreu com a edição da Portaria nº 2.048/2002, que definiu as atribuições do enfermeiro, como sendo de supervisão e avaliação das ações de enfermagem nas equipes; atendimento ao paciente grave e com risco de vida, bem como à parturiente e recém-nascido; realização de partos sem distócia; subsídios à educação continuada das equipes; cumprimento da legislação profissional; conhecimento dos equipamentos; e extração manual de vítimas, quando necessário.¹⁸

Essas atribuições deveriam ser ensinadas ainda na graduação, mas a tendência dos cursos de enfermagem é de formar enfermeiros generalistas, mas a realidade exige que profissionais com conhecimentos específicos em determinadas áreas de saúde estejam disponíveis no mercado de trabalho. Assim, o Estágio Supervisionado pode ser fundamental para formar um enfermeiro que deseje atuar em Atendimento Pré-Hospitalar. O estágio pode ser feito na rede básica de serviços de saúde, que inclui o SAMU, onde o acadêmico tem a possibilidade de adquirir vivências práticas das condições reais de trabalho.¹⁹

Assim, a Resolução COFEN nº 375/2011 estabeleceu que os serviços de atendimento pré-hospitalar devem contar, obrigatoriamente, com a presença do enfermeiro, independente de que o risco seja conhecido ou desconhecido. O enfermeiro também deve exercer a função de supervisor dos técnicos e auxiliares de enfermagem.²⁰

Este documento indica a Resolução COFEN nº 358/2009 como norteadora do trabalho do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar, que deve ser deliberado e sistemático, qualquer que seja o ambiente de atuação, sendo tratado como Consulta de Enfermagem, a qual é realizada nas etapas mostradas no Quadro 1²¹:

Quadro 1 – Etapas da Consulta de Enfermagem no APH.²¹

Etapas	Definições/Objetivos
Coleta de dados de Enfermagem	Processo deliberado, sistemático e contínuo, por meio de métodos e técnicas variadas, com o objetivo de se obter informações sobre pessoas, famílias ou coletividade, a respeito do processo saúde e doença.
Diagnóstico de Enfermagem	Interpretação e agrupamento dos dados coletados, para a tomada de decisão e seleção de ações ou intervenções necessárias para dar resolutividade aos problemas encontrados.
Planejamento de Enfermagem	Determinação das metas e das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas diante das respostas das pessoas, famílias ou coletividade humana, identificadas no Diagnóstico de Enfermagem.
Implementação	Colocação em prática das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.
Avaliação de Enfermagem	Processo deliberado, sistemático e contínuo, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Essas etapas são interdependentes e essenciais, como guia sistematizado para a tomada de decisões clínicas no Atendimento Pré-Hospitalar, principalmente nos casos que envolvem pacientes vítimas de trauma, que exigem atitudes rápidas, para estabilizar e manter a vida. Nesses momentos, o enfermeiro precisa de sistemas de informação em saúde, que funcionem como bases de conhecimentos e recomendações específicas para cada caso.²²

Também é importante fazer o registro completo e adequado de todas as informações geradas nessas etapas. O registro do Processo de Enfermagem está previsto na Resolução COFEN nº 358/2009, em seu artigo 6º, para avaliar a qualidade do serviço prestado e propor soluções que possam trazer

melhorias. Como o usuário fica pouco tempo em contato com a equipe é o registro que permite essa avaliação e deve mostrar aspectos da atuação interdisciplinar, os protocolos adotados, os conhecimentos específicos utilizados, as habilidades técnicas, as evidências de articulação com o SUS e da existência de uma política de qualidade interna.^{21,23}

Os dados são registrados nas Fichas de Atendimento Sistematizado (FAS), que, por serem documentos, não devem conter erros e serem preenchidas de forma legível e clara. Caso esse erro ocorra a equipe deve ter um procedimento específico para a sua correção, sem prejudicar a lisura da ficha. As FAS proporcionam a geração de dados epidemiológicos para pesquisas e para o planejamento de ações em saúde.²⁴

Conforme os dados epidemiológicos é que são direcionadas as necessidades de formação, com planejamento de ações para capacitar as equipes. O preenchimento adequado das fichas do registro de enfermagem é essencial para que os dados estejam corretos e as ações sejam direcionadas para as reais necessidades da população e dos profissionais que a atende. O público alvo são os graduandos e técnicos de enfermagem, além dos condutores de ambulâncias e outros profissionais da equipe que tiverem necessidade.²⁵

O médico, após aprovação no concurso, também participa de curso com aulas teóricas e práticas e estágio na ambulância, sob supervisão de outro médico. Os cursos destinados aos médicos também podem ser feitos à distância, com aulas práticas presenciais (70%), enquanto para enfermeiros, auxiliares de enfermagem e condutores as aulas são somente presenciais. A elaboração e coordenação dos cursos é dos NEUs, que contam com manequins para o treinamento prático e tablets, para acompanhar se o aluno está realizando as manobras corretamente.²⁶

As unidades do Atendimento Pré-Hospitalar de diversos locais do Brasil também compartilham o treinamento com a população, ensinando noções de suporte básico de vida, como agir em casos de obstrução de via aérea por corpo estranho e manobras de desengasgo, primeiro atendimento ao infarto, ações nos casos de queimaduras, afogamentos, acidentes e traumas, ferimentos e contenção de hemorragias, por meio do uso de simuladores e manequins. O objetivo é que a população saiba como agir no momento em que realiza a chamada e até a chegada da equipe ao local da ocorrência, o que é altamente recomendado pelas entidades internacionais de saúde.²⁷

As equipes do Atendimento Pré-Hospitalar devem fazer cursos periodicamente, como educação permanente, para que haja qualidade na assistência e na gestão. A capacitação torna a equipe mais produtiva; contribui para o alcance dos objetivos organizacionais; e aprimora atitudes diante do trabalho, dos colegas e das vítimas. A capacitação também deve conter uma dimensão humana, formando profissionais que desenvolvam boas relações interpessoais e espírito reflexivo e crítico para avaliar o seu trabalho e desenvolver melhorias.²⁸

O Enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): Desafios

A inadequação na formação dos profissionais de saúde tem sido uma característica do Atendimento Pré-Hospitalar no Brasil. Apesar do SAMU brasileiro ter o modelo francês, que é totalmente medicalizado, ocorre muito improvisado no atendimento. Ao contrário de outros países, onde a formação é destinada a uma categoria denominada “socorrista”, no Brasil a capacitação existente, com lacunas, destina-se a cada categoria que faz parte da equipe, ou seja, médico, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e condutor de ambulância, o que contribui para a segmentação dos saberes necessários ao atendimento de urgência pré-hospitalar.²⁹

As deficiências na educação permanente podem fazer com que diversas necessidades da equipe de Atendimento Pré-Hospitalar não tenham suporte de conhecimentos técnico-científicos. É o caso das ocorrências psiquiátricas, que ainda são encaradas de forma estigmatizada e atendidas como trauma ou disfunção clínica, sendo tratadas com medicação ou contenção física. Geralmente o enfermeiro tem medo da agressividade do paciente e não conta com conhecimentos adequados sobre drogas e psicotrópicos, que podem ter sido utilizados. Também existe uma distância entre os profissionais dos hospitais psiquiátricos e as equipes de Atendimento Pré-Hospitalar.³⁰

O conhecimento do enfermeiro também precisa se estender ao uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), quando necessários, e critérios de segurança, como a Norma Regulamentadora 32 (NR-32), que normatiza o trabalho em saúde. Para isso, é necessário conhecer as Precauções Padrão (PP), conjunto de normas sobre práticas seguras e ações diante de risco biológico, que é significativamente maior no Atendimento Pré-Hospitalar, devido à variedade de ambientes de trabalho.³¹

O uso de EPIs, nem sempre é valorizado e colocado em prática, o que resulta em acidentes. A proteção mais utilizada são as luvas, que não protegem o profissional diante de materiais perfuro-cortantes. Acredita-se que a diversidade curricular nos cursos de graduação seja a principal responsável pelas falhas na segurança do enfermeiro durante o seu trabalho, não havendo sensibilização para a proteção pessoal. Programas de educação continuada são necessários para corrigir essa deficiência na formação.³¹

Essas situações podem provocar estresse ocupacional. A situação de atendimento envolve diversos sentimentos, que podem conflitar com o fazer profissional. A jornada de trabalho, que pode durar de 44 a 60 horas semanais, traz consequências para a alimentação e o ritmo de sono, que, aliadas ao sedentarismo, geram obesidade, doenças cardiovasculares e hipertensão. Podem ocorrer distúrbios digestivos, nervosos e de personalidade, repercutindo no convívio familiar e social, principalmente entre as mulheres.^{32,33,34}

As condições de trabalho podem ser precárias, diante da assistência a ser prestada. O profissional recebe baixos salários e não tem sua atuação valorizada, além de trabalhar sob grande esforço físico, em posições ergonomicamente incômodas e sob a pressão de chefias exigentes. Faltam equipamentos e insumos essenciais. A situação das ruas pode causar acidentes que afetem o paciente e o enfermeiro, que também precisa lidar com a violência das comunidades e agressões dos pacientes e/ou seus familiares.^{35,36}

Esses riscos estão previstos na Portaria nº 3.214/78, do Ministério do Trabalho e Emprego, “sendo potencialmente capazes de prejudicar a produtividade, a qualidade da assistência prestada e a saúde dos trabalhadores”. A prevenção desses fatores de risco e acidentes deve fazer parte de políticas públicas e empresariais, bem como de programas das instituições de ensino que empregam e formam os profissionais do Atendimento Pré-Hospitalar.³⁷

As ações preventivas do estresse ocupacional no Atendimento Pré-Hospitalar podem ser desenvolvidas pelo enfermeiro gestor, mas essa atribuição não está contemplada na Portaria nº 2.048/2002. Ainda que seja considerado importante, é raro que uma equipe do Atendimento Pré-Hospitalar tenha apoio psicológico diante do estresse. Além do atendimento psicológico é interessante que o gestor proponha momentos de atividade física, para prevenir os efeitos do sedentarismo e melhorar a qualidade de vida da equipe, sendo que também pode realizar palestras educativas e remanejar profissionais quando se fizer necessário, para manter a sua saúde física e psicológica.³⁸

O enfermeiro do Atendimento Pré-Hospitalar costuma permanecer na mesma equipe por muito tempo. O exercício profissional e a longa convivência podem trazer conflitos. Muitas equipes de Atendimento Pré-Hospitalar não contam com sede própria e dividem espaço com a Polícia Militar ou com o Corpo de Bombeiros, geralmente em ambientes pequenos, onde a convivência pode não ser fácil, além de dificultar o repouso daqueles que estão de plantão.^{39,40}

A clareza e agilidade nas comunicações, internas ou intersetoriais, são essenciais para o Atendimento Pré-Hospitalar. Nas comunicações via rádio deve ser utilizado o Código “Q”, uma linguagem padronizada, mas por falta de treinamento e de seriedade muitos profissionais não usam, prejudicando a agilidade da informação e o atendimento eficaz ao paciente. Ruídos e defeitos nos equipamentos também prejudicam a comunicação, levando ao uso do celular. O atendimento também é prejudicado pelo não recolhimento de informações importantes pelos operadores de rádio. Assim, a comunicação entre enfermeiros e esses profissionais pode ser bastante difícil.⁴¹

Os profissionais que fazem o plantão noturno e nos finais de semana podem encontrar dificuldades de comunicação com a coordenação de enfermagem da equipe, quando esta trabalha somente no período diurno. Isso dificulta a supervisão de enfermagem, prejudicando a qualidade do trabalho e o desenvolvimento de habilidades e competências, além de colocar em cena, algumas vezes, pessoas que são de outros serviços de saúde, acionadas para ajudar, mas que não contam com os protocolos adequados. A falta de reuniões regulares com a coordenação de enfermagem também pode trazer prejuízos ao trabalho.⁴¹

A relação tem que ser de confiança, principalmente entre o regulador e os profissionais que estão na cena da assistência, o que demanda o conhecimento e obediência aos protocolos. São equipes pequenas, que ocupam espaços pequenos e muitas vezes trabalham em condições adversas, necessitando que as relações sejam harmoniosas, onde cada um executa sua função, mas depende essencialmente do trabalho do outro.⁴²

Apesar das dificuldades, os mecanismos de coordenação de ações no Atendimento Pré-Hospitalar tendem a ser comunicativos, gerando entendimento entre os profissionais e eficácia na assistência. Os conflitos são resolvidos consensualmente e a coesão do grupo é mantida pela solidariedade. Por isso, quando outros serviços não colaboram com o Atendimento Pré-Hospitalar móvel, para resolver situações,

geralmente as atitudes são de mágoa e desapontamento, pois se esperava reciprocidade. Diante das inúmeras dificuldades apresentadas, principalmente em termos de infraestrutura, geralmente quem resolve os problemas deseja receber crédito, o que nem sempre acontece.⁴³

Diante desses desafios, o enfermeiro do Atendimento Pré-Hospitalar não pode tirar o foco do usuário, que necessita da continuidade da assistência, muitas vezes em outras instâncias da rede de saúde. As relações interpessoais com os outros serviços precisam se basear em comunicação autêntica, conhecimento dos protocolos um do outro, respeito, confiança, ética, colaboração, responsabilidade e respeito às diferenças. A comunicação eficiente é que define os juízos a serem feitos e, em última instância, a assistência ao paciente, com diagnóstico correto e intervenções adequadas.⁴²

No outro extremo das relações está o usuário e sua rede familiar e social. A primeira dificuldade se refere aos “troles”, que ficam em torno de 5% das ligações para o telefone 192. Essa atitude da comunidade, além de demonstrar desrespeito ao trabalho, gera custos financeiros e perda de tempo. Se a chamada for verdadeira, o enfermeiro deve usar linguagem clara e acessível com a família, além de atitudes de acolhimento, para gerar confiança e credibilidade. O profissional precisa levar em conta que o familiar pode ter dificuldades para compreender explicações, devido ao nervosismo e não usar linguagem tecnicista.⁴⁴

Os possíveis prejuízos causados pelos “troles” são combatidos com estratégias, como a adoção de identificador de chamadas, campanhas de conscientização na mídia, realização de ações educativas nas escolas e outros locais das comunidades. Essas medidas, aliadas à demonstração de ações de atendimento costumam gerar empatia na população, o que diminui a má-fé nas comunicações, por parte de usuários desrespeitosos.⁴⁰

O Atendimento Pré-Hospitalar tem alta credibilidade junto à população, pela resolutividade. Contudo, grande parte das chamadas se referem a situações que não seriam da pertinência do Atendimento Pré-Hospitalar móvel, pois o usuário não consegue diferenciar o seja “urgência” e “emergência” ou então não consegue descrever adequadamente o problema vivenciado, de forma que o médico regulador possa tomar a decisão correta. Esclarecida a situação e não se tratando de uma emergência o usuário deve ser encaminhado a outro serviço de saúde, que possa atendê-lo adequadamente.⁴⁵

A assistência ética e humanizada prestada pelos profissionais do Atendimento Pré-Hospitalar geralmente resgata a dignidade do usuário, que costuma ser tratado com indiferença nos demais serviços, por causa das condições em que estes se encontram. Apesar da tensão vivenciada no momento da assistência, o enfermeiro busca unir os princípios institucionais com os seus valores pessoais, usando o seu lado humano para realizar um trabalho de qualidade, de forma a preservar a integridade física e moral do paciente, bem como transmitir tranquilidade aos familiares.⁴⁴

Finalmente o profissional do Atendimento Pré-Hospitalar se sente recompensado pela gratidão expressa pelas famílias e pelo paciente. Isso se transforma em fator positivo para o trabalho, gerando satisfação pessoal e profissional. A admiração e o respeito da comunidade começam pelo reconhecimento da identidade, a partir do uniforme, padronizado e tido como sinônimo de qualidade no atendimento, diferente do que geralmente encontra em outros serviços de saúde. Isso é importante para a superação dos desafios mencionados.⁴²

CONCLUSÃO

A literatura consultada mostra que as pesquisas sobre o trabalho do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar têm adquirido importância, principalmente na última década, depois que o trabalho foi regulamentado pelo Conselho Federal de Enfermagem, em 2011. Como se trata de acontecimento recente e o trabalho do enfermeiro nessa área da saúde tem muitas facetas, certamente há muito ainda o que abordar sobre a sua atuação. As atribuições do enfermeiro são assistenciais, de supervisão e de gestão das equipes.

Não é fácil trabalhar em equipe, pois as pessoas são diferentes, com pontos de vista que podem ser conflitantes. Contudo, no Atendimento Pré-Hospitalar os relatos desses conflitos são poucos, pois as equipes são pequenas e os seus membros tendem a se tornarem muito próximos, compartilhando saberes, experiências, dificuldades e soluções. Essa proximidade, no entanto, pode comprometer o registro das informações sobre a assistência ao paciente, com o uso de gíria profissional e lacunas, com prejuízos para a geração de dados epidemiológicos confiáveis.

Diante disso, o enfermeiro precisa estar atento ao uso dos protocolos e de linguagem

especializada com os seus colegas e no registro das informações. A padronização é muito importante, visto que o paciente é encaminhado para outro serviço, que dará continuidade ao atendimento e precisa ter informações claras, precisas e compreensíveis, mediante protocolos comuns. Com o paciente e seus familiares, entretanto, deve utilizar linguagem apropriada ao seu entendimento, para que a assistência se torne humanizada.

Na equipe, as relações entre o enfermeiro e a regulação precisam estar assentadas no uso de protocolos, linguagem especializada, ética, confiança e respeito, de forma que as orientações sejam bem compreendidas e o atendimento tenha eficiência e eficácia. Apesar disso, o enfermeiro pode se encontrar diante de várias dificuldades, como ambulâncias velhas e sem os materiais necessários, mau acondicionamento dos materiais, impossibilidade de acesso ao paciente, seja por situação geográfica ou de segurança, dentre outros.

Dessa forma, a atuação do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar é de grande importância para a efetividade da assistência prestada ao paciente e para o aprimoramento da equipe. Seus saberes teóricos e experiência prática podem constituir um importante requisito para que os demais profissionais, como auxiliares, técnicos de enfermagem e condutores, possam agir conforme os protocolos preconizados, em prol do paciente e da segurança do seu próprio trabalho, garantindo às comunidades a resolutividade das urgências encaminhadas por meio das chamadas telefônicas.

REFERÊNCIAS

- ¹ Silva EAC et al. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. *Rev Eletr Enferm* 2010; 12(3):571-77. [acesso em 9 abr 2019]. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/pdf/v12n3a23.pdf.
- ² Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. [acesso em 9 abr 2019]. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html.
- ³ Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 375, de 22 de março de 2011, dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido. [acesso em 9 abr 2019]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-375-2011_6500.html.
- ⁴ Gil AC. 2010. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo, Atlas.
- ⁵ Severino AJ. 2018. Metodologia do trabalho científico. 24. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez.
- ⁶ Silva RA. 2014. O papel do enfermeiro na educação continuada de bombeiros militares que atuam no atendimento pré-hospitalar. Especialização (Linhas de Cuidado em Enfermagem). 21 p. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- ⁷ Pispico A. Atendimento pré-hospitalar. In: Guimarães HP, Lopes RD, Lopes AC. 2010. Tratado de medicina de urgência e emergência: pronto-socorro e UTI. São Paulo: Atheneu, p. 167-176.
- ⁸ Rocha TB. 2013. Vivências do enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: detalhes de um grande desafio. Dissertação (Saúde e Enfermagem). 91 p. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais.
- ⁹ Machado MAS. Importância da segurança na cena. *SAMU 192, DF Notícias* 2010; 10 jun. [acesso 11 abr 2019]. Disponível em: <http://www.samu192df.com.br/samu/divulgacao.jsp?idA tend=00024>.
- ¹⁰ Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. [acesso 10 abr 2019]. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=7191.
- ¹¹ Ministério da Saúde (BR). 2016. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. [acesso 10 abr 2019]. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-avancado-2016.pdf>.
- ¹² Lima JC, Rivera FJU. Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(2):323-36. [acesso 11 abr 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/11.pdf>.
- ¹³ Machado CV, Salvador FGF, Oliveira GOD. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(3):519-28. [acesso 10 abr 2019]. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rsp/v45n3/2335.pdf>.
- ¹⁴ Carrero I, Veleza CN, Moreschi C. Características da equipe de atendimento pré-hospitalar no interior do Rio Grande do Sul. *REME – Rev Min Enferm* 2015; 19(1):95-100. [acesso 11 abr 2019]. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/988>.
- ¹⁵ Cunha L. A importância e os desafios da implantação dos núcleos de educação no atendimento pré-hospitalar em todo o país. *Rev Emerg* 2016; ed. 4. [acesso 11 abr 2019]. Disponível em: <http://www.revistaemergencia.com.br>.

com.br/noticias/leia_na_edicao_do_mes/a_importancia_e_os_desafios_da_implantacao_dos_nucleos_de_educacao_no_atendimento_pre-hospitalar_em_todo_o_pais/AnjgJ9jg/11258.

¹⁶ Ciconet RM, Marques GQ, Lima MADS. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. *Rev Interface* 2008; 12(26):659-66. [acesso 11 abr 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n26/a16.pdf>.

¹⁷ Oliveira GOD, Mattos RA. Cuidado integral e atenção às urgências: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Soc* 2013; 22(1):199-210. [acesso 11 abr 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/18.pdf>.

¹⁸ Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. [acesso 20 abr 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html.

¹⁹ Sousa WR. 2015. A formação acadêmica na graduação em enfermagem e o atendimento pré-hospitalar. Dissertação (Educação). 122 p. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso.

²⁰ Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 375/2011, dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido. Brasília, 22 mar. 2011. [acesso 20 abr 2019]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3752011_65_00.html.

²¹ Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 358/2009, dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN, 15 out. 2009. [acesso 20 abr 2019]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.

²² Carità EC, Nini RA, Melo AS. Sistemas de auxílio aos diagnósticos de enfermagem para vítimas de trauma no atendimento avançado pré-hospitalar móvel utilizando as Taxonomias NANDA e NIC. *J Health Inform* 2010; 2(4):87-94. [acesso 20 abr 2019]. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/108/36>.

²³ Dantas RAN, Torres GV, Salvetti MG, Dantas DV, Mendonça AEO. Instrumento para avaliação da qualidade da assistência pré-hospitalar móvel de urgência: validação de conteúdo. *Rev Esc Enferm USP* 2015; 49(3):381-387 [acesso 21 abr 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n3/pt_00_80-6234-reeusp-49-03-0381.pdf.

²⁴ Silveira SC, Taneda M. Análise do preenchimento das fichas de atendimento sistematizado do SAMU-192 realizados pela equipe de enfermagem de Juína/MT. *SAJES - Rev Saúde AJES* 2015; 1(1):1-18. [acesso 21 abr 2019]. Disponível em: <http://www.revista.ajes.edu.br/index.php/SAJES/article/view/32/pdf>.

²⁵ 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; 2(1):1-9. [acesso 21 abr 2019]. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42470/27511>.

²⁶ Pasquini P. SAMU aposta em educação e tecnologia para qualificar atendimento. Prefeitura da Cidade de São Paulo, 8 jun. 2015. [acesso 21 abr 2019]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=197102>.

²⁷ Secretaria de Estado da Saúde (DF). Samu oferecerá treinamento em emergência pré-hospitalar à população. Brasília, SES/DF, 6 out. 2017. [acesso 21 abr 2019]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/samu-oferecera-treinamento-em-emergencia-pre-hospitalar-a-populacao/>.

²⁸ Amor Divino E, Pereira QLC, Siqueira HCH. A capacitação da equipe que atua no atendimento pré-hospitalar móvel: necessidade e importância da educação permanente na perspectiva dos trabalhadores. *REME - Rev Min Enferm* 2009; 13(3):365-371. [acesso em 21 abr 2019]. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/201>.

²⁹ Machado CV, Salvador FGF, Oliveira GOD. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(3):519-528. [acesso 22 abr 2019]. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rsp/v45n3/2335.pdf>.

³⁰ Santos MS, Coimbra VCC, Ribeiro JP. O atendimento de urgência psiquiátrica realizado pelo enfermeiro do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Rev Enferm UFPE* 2011; 5(9):2197-2205. [acesso 22 abr 2019]. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/7001/6250>.

³¹ Costa IKF, Farias GM, Gurgel AKC, Rocha KMM, Freitas MCS, Souza AAM. Conhecimento da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento móvel sobre Prevenção Padrão. *Cogitare Enferm* 2012; 17(1):85-90. [acesso 22 abr 2019]. Disponível em: <http://www.revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/26379/17572>.

³² França SPS, De Martino MMF, Aniceto EVS, Silva LL. Preditores da Síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. *Rev Acta Paul Enferm* 2012; 25(1):68-73. [acesso 22 abr 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/v25n1a12.pdf>.

³³ Cavagioni LC. 2010. Influência do plantão de 24 horas sobre a pressão arterial e o perfil de risco cardiovascular em profissionais da área de saúde que atuam em serviços de atendimento pré-hospitalar. Tese (Enfermagem na Saúde do Adulto). 253 p. São Paulo: Universidade de São Paulo.

³⁴ Mendes SS, Ferreira LRC, De Martino MMF. Identificação dos níveis de stress em equipe de atendimento pré-hospitalar móvel. *Rev Est Psicol* 2011; 28(2):199-208. [acesso 22 abr 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n2/07.pdf>.

³⁵ Martins CCF, Pontes AGV, Vieira AN, Santos VEP. Desgaste no serviço de atendimento pré-hospitalar móvel: percepção dos enfermeiros. *Rev Enferm UFSM* 2012; 2(2):282-289. [acesso 23 abr 2019]. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/4687/3752>.

- ³⁶ Maia EC, Miranda MDC, Caetano JA, Carvalho, ZMF, Santos MCL, Caldini LN. Avaliação do nível de estresse de equipe de enfermagem de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Rev Pesq Cuid Fundam* 2012; 4(4):3060-3068. [acesso 23 abr 2019]. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado_fundamental/article/view/1885/pdf_664.
- ³⁷ Soerensen AA, Moriya TM, Hayashida M, Robazzi MLCC. Acidentes com material biológico em profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel. *Rev Enferm UERJ* 2009; 17(2):234-239. [acesso 23 abr 2019]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a17.pdf>.
- ³⁸ Mesquita KL, Gomes GPLA, Silva MJBF, Santos LF. A visão do enfermeiro gestor sobre a necessidade de implementar apoio psicológico aos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Rev Enferm Cent Oeste Min* 2014; 4(1):1019-1028. [acesso 24 abr 2019]. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/453/576>.
- ³⁹ Carrero I, Veleza CN, Moreschi C. Características da equipe de atendimento pré-hospitalar no interior do Rio Grande do Sul. *REME – Rev Min Enferm* 2015; 19(1):95-100. [acesso 24 abr 2019]. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/988>.
- ⁴⁰ Ortiga AMB, Lacerda JT, Natal S, Calvo MCM. Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2016; 32(12). [acesso 24 abr 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00176714.pdf>.
- ⁴¹ Santos MC, Bernardes A, Gabriel CS, Évora YDM, Fernanda Rocha LR. O processo comunicativo no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192). *Rev Gaúcha Enferm* 2012; 33(1):69-76. [acesso 24 abr 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a10v33n1.pdf>.
- ⁴² Rocha TB. 2013. Vivências do enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: detalhes de um grande desafio. Dissertação (Saúde e Enfermagem). 91 p. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais.
- ⁴³ Lima JC, Rivera FJU, Artmann E. Análise do discurso argumentativo na coordenação de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Rev Interface* 2016; 20(56). [acesso 25 abr 2019]; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-1807-576220141367.pdf>.
- ⁴⁴ Santana C.J, Silva M, Oliveira F, Coimbra JAH, Marcon SS, Oliveira MLF. Interação de um serviço de atendimento móvel de urgência com as famílias. *J Health Scienc* 2016; 18(4):235-239. [acesso 25 abr 2019]. Disponível em: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/3497/3440>.
- ⁴⁵ Abreu KP, Pelegrini AHW, Marques GQ, Lima MADS. Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar móvel. *Rev Gaúcha Enferm* 2012; 33():146-152. [acesso 25 abr 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/21.pdf>.

Recebido em:
15/06/2019
Aceito em: 8/08/2019