

## Gravidade presumida e confirmada no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

*Presumed and confirmed severity at the Mobile Emergency Care Service*

*Gravedad presunta y confirmada en el Servicio de Atención Móvil de Urgencias*

### Resumo

Objetivou-se comparar a gravidade presumida e a gravidade confirmada no SAMU 192. Estudo quantitativo, transversal e descritivo, realizado na Central de Regulação das Urgências do SAMU 192 no interior de São Paulo. A amostra constou de dados de 600 pacientes com 18 anos ou mais que foram atendidos pelo SAMU 192. Os dados foram coletados pela própria pesquisadora por meio do sistema de informação da Central de Regulação das Urgências do SAMU 192. Verifica-se que os pacientes classificados como risco alto na primeira avaliação permaneceram com essa caracterização. Houve um aumento dos pacientes classificados como baixo risco e redução dos pacientes classificados como risco indeterminado. Para os pacientes e familiares, este conceito pode estar associado a uma ruptura do curso da vida, sendo que o tempo é o fator primordial para sua recuperação. Identificou-se uma diferença na comparação entre a gravidade presumida e a gravidade confirmada dos pacientes atendidos pelo SAMU 192. O papel dos profissionais, que inicialmente eram para atender demandas de urgência e emergências, agora se deparam com novos problemas de saúde caracterizados como de baixa gravidade.

**Descritores:** Ambulâncias; Assistência Pré-Hospitalar; Enfermagem em Emergência; Gravidade do Paciente; Serviços Médicos de Emergência.

### Abstract

This study aimed to compare the presumed and confirmed severity of patients diagnosed by SAMU 192. This is a quantitative, cross-sectional, descriptive study conducted at the SAMU 192 Emergency Regulation Center in the interior of São Paulo state. The sample consisted of data from 600 patients aged 18 or older who were treated by SAMU 192. The data were collected by the researcher herself through the SAMU 192 Emergency Regulation Center's information system. It was found that patients classified as high risk in the initial assessment remained that way. There was an increase in the number of patients classified as low risk and a decrease in the number of patients classified as undetermined risk. For patients and their families, this concept can be associated with a disruption in the course of life, with time being the primary factor in recovery. A difference was identified when comparing the presumed severity and the confirmed severity of patients treated by SAMU 192. The role of professionals, initially focused on meeting urgent and emergency demands, now confronts new health problems characterized as low severity.

**Descriptors:** Ambulances; Pre-Hospital Care; Emergency Nursing; Patient Acuity; Emergency Medical Services.

### Resumen

El objetivo de este estudio fue comparar la gravedad presunta y confirmada de los pacientes diagnosticados por el SAMU 192. Se trata de un estudio cuantitativo, transversal y descriptivo, realizado en el Centro de Regulación de Emergencias SAMU 192, en el interior del estado de São Paulo. La muestra consistió en datos de 600 pacientes de 18 años o más que fueron atendidos por el SAMU 192. Los datos fueron recopilados por la propia investigadora a través del sistema de información del Centro de Regulación de Emergencias SAMU 192. Se observó que los pacientes clasificados como de alto riesgo en la evaluación inicial permanecieron así. Hubo un aumento en el número de pacientes clasificados como de bajo riesgo y una disminución en el número de pacientes clasificados como de riesgo indeterminado. Para los pacientes y sus familias, este concepto puede asociarse con una interrupción en el curso de la vida, siendo el tiempo el factor principal en la recuperación. Se identificó una diferencia al comparar la gravedad presunta y la gravedad confirmada de los pacientes atendidos por el SAMU 192. El papel de los profesionales, que inicialmente era atender las demandas urgentes y de emergencia, ahora se enfrenta a nuevos problemas de salud caracterizados como de baja gravedad.

**Descriptores:** Ambulancias; Atención Prehospitalaria; Enfermería de Urgencias; Atención a Pacientes Graves; Servicios Médicos de Urgencia.

**Claudia Maria Silva Cyrino<sup>1\*</sup>**

ORCID: 0000-0003-2442-2606

**Tamara Barros Bicudo<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-3587-7972

**Franciele Lopes Nogueira**

**Marchetti<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-8494-6180

**Viviane Cristina de Albuquerque**

**Gimenez<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-0095-2840

**Clarita Terra Rodrigues Serafim<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-3736-1665

**Elisângela Cristina de Campos<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-8529-7637

**Priscila Masqueto Vieira de**

**Almeida<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-8516-9491

**Meire Cristina Novelli e Castro<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-0590-4127

**Hélio Rubens Carvalho Nunes<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-7806-1386

**Magda Cristina Queiroz**

**Dell'Acqua<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-7518-6626

<sup>1</sup>Universidade Estadual Paulista. São Paulo, Brasil.

### Como citar este artigo:

Cyrino CMS, Bicudo TB, Marchetti FLN, Gimenez VCA, Serafim CTR, Campos EC, Almeida PMV, Castro MCN, Nunes HRC, Dell'Acqua MCQ. Gravidade presumida e confirmada no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Glob Acad Nurs. 2023;4(3):e392.

<https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200392>

**\*Autor correspondente:**

[claudia.cyrino@unesp.br](mailto:claudia.cyrino@unesp.br)

**Submissão:** 10-07-2023

**Aprovação:** 18-08-2023



## Introdução

Com o aumento do número de acidentes, da violência urbana, juntamente com uma população em processo rápido de envelhecimento, o que significa um aumento relativo das condições crônicas e de seus fatores de risco, como o tabagismo, o sobrepeso, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada, houve uma sobrecarga dos serviços de saúde em geral, principalmente, dos serviços de urgência e emergência em todo o país<sup>1</sup>.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) desenrola-se em uma cadeia de responsabilidades: telefonistas que acolhem o pedido de socorro e desencadeiam o acesso ao serviço de saúde, médicos que atendem demandas por telefone e buscam a melhor resposta para cada solicitação, profissionais de enfermagem que assistem ao paciente, baseados nas prescrições médicas à distância, condutores de veículos de emergência que, além de dirigirem a ambulância, participam das intervenções de saúde e, operadores de rádio que são decisivos para um ágil e adequado deslocamento da equipe<sup>2</sup>.

Todavia, apenas colocar o serviço à disposição da população não caracteriza sua eficácia e eficiência. O sucesso está baseado nas necessidades focais da comunidade, profissionais adequadamente treinados para o primeiro atendimento das urgências e emergências, recursos materiais imprescindíveis à natureza do tratamento e, educação e consentimento da população e dos demais serviços de saúde quanto ao uso adequado do SAMU 192<sup>3</sup>.

Diante da percepção de quadros de urgência, o paciente, por vezes, utiliza inadequadamente o serviço, aciona o SAMU 192 por insegurança, diante de uma situação que não sabe como agir. Pode usá-lo, também, como meio para facilitar o acesso ao sistema de saúde e não pelo critério técnico do que seja urgência para os profissionais<sup>4</sup>.

Alguns autores citaram que a dor, o estresse e a ansiedade são fatores que contribuem para desencadear a procura da população por serviços de urgência quando os sintomas de determinado evento ficam mais intensos. Por esse motivo, em diversas situações e por não compreenderem as normas do serviço, fazem disso uma queixa, agravada pelo fato de terem que fornecer informações imprescindíveis via telefone naquele momento de ansiedade<sup>4</sup>.

A escolha pelo serviço dar-se-á conforme a percepção do paciente sobre o que é simples ou grave, bem como pela possibilidade de acesso e capacidade resolutiva do seu problema de saúde<sup>5</sup>.

Nos últimos anos, tem-se observado uma demanda de solicitações aos serviços pré-hospitalares móveis, caracterizadas como não urgentes, o que pode causar transtornos, tanto para a gestão quanto para o paciente que precisará encontrar outra porta de entrada ao sistema de saúde, o que nem sempre é uma tarefa fácil<sup>6</sup>.

Estudo realizado na emergência de adultos de um hospital geral do Nordeste brasileiro constatou que 74,5% dos atendimentos realizados eram por queixas típicas da atenção primária, não se caracterizando, portanto, como urgência. Essa demanda prejudica a assistência aos casos graves e agudos, pois acarreta acúmulo de tarefas, contribui

para o aumento dos custos de atendimento e gera sobrecarga para os profissionais da equipe de saúde<sup>7</sup>.

Ressalta-se que o atendimento tem início quando a pessoa aciona o SAMU 192 e a regulação médica busca oferecer resposta a partir de uma triagem prévia, que muitas vezes é vista como desnecessária por parte do solicitante. Com base nas informações, é estabelecido um diagnóstico sintromico que, antes mesmo da hipótese diagnóstica formulada, permite a determinação da gravidade da situação e poderá justificar a resposta que pode ser um conselho, uma orientação ou o deslocamento de uma ambulância até o local<sup>4</sup>. O paciente, então, será atendido e, se necessário, encaminhado para uma unidade de atendimento especializada e com recursos apropriados, conforme decisão do médico regulador.

Assim, as situações que colocam em risco condições hemodinâmicas, ventilatórias ou incapacidade funcional são consideradas uma urgência e, portanto, o paciente necessita de uma intervenção realizada por um profissional da saúde. Nesse sentido, o médico regulador desencadeia a melhor resposta para cada situação, dependendo da gravidade presumida ao telefone<sup>8,9</sup>.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi comparar a gravidade presumida e a gravidade confirmada no SAMU 192.

## Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo, realizado na Central de Regulação das Urgências do SAMU 192 no interior de São Paulo. A amostra constou de dados de 600 pacientes com 18 anos ou mais que foram atendidos pelo SAMU 192. A coleta de dados foi realizada em sequência de 12 transversais, uma a cada mês do ano de 2015, sendo 25 pacientes por mês por tipo de viatura (USA e USB), sendo que a cidade consta, com uma Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA) e uma Unidade de Suporte Básico de Vida (USB).

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora por meio do sistema de informação da Central de Regulação das Urgências do SAMU 192. Os dados foram transferidos para planilha *Excel*<sup>®</sup>, constituindo o banco de dados do pesquisador e reanálise estatística por meio do *software* SPSS 21.0<sup>®</sup>. Como gravidade do paciente, considerou-se a avaliação realizada pelo médico regulador. A gravidade presumida foi a gravidade classificada antes da equipe chegar ao local da ocorrência e a gravidade confirmada foi dada após a avaliação do paciente pela equipe de atendimento pré-hospitalar. Ela pode ser dada pela classificação: baixo risco, indeterminado e alto risco. Os critérios de exclusão foram os pacientes atendidos pelo SAMU 192 e liberados no local, e àqueles que evoluíram ao óbito durante o atendimento pré-hospitalar, ou seja, que não foram encaminhados para outro serviço de saúde. Foi considerado  $p < 0,05$  como nível de significância.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP n.º 857.392 e CAAE: 37496314.4.0000.5411 e desenvolvido de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/2012.

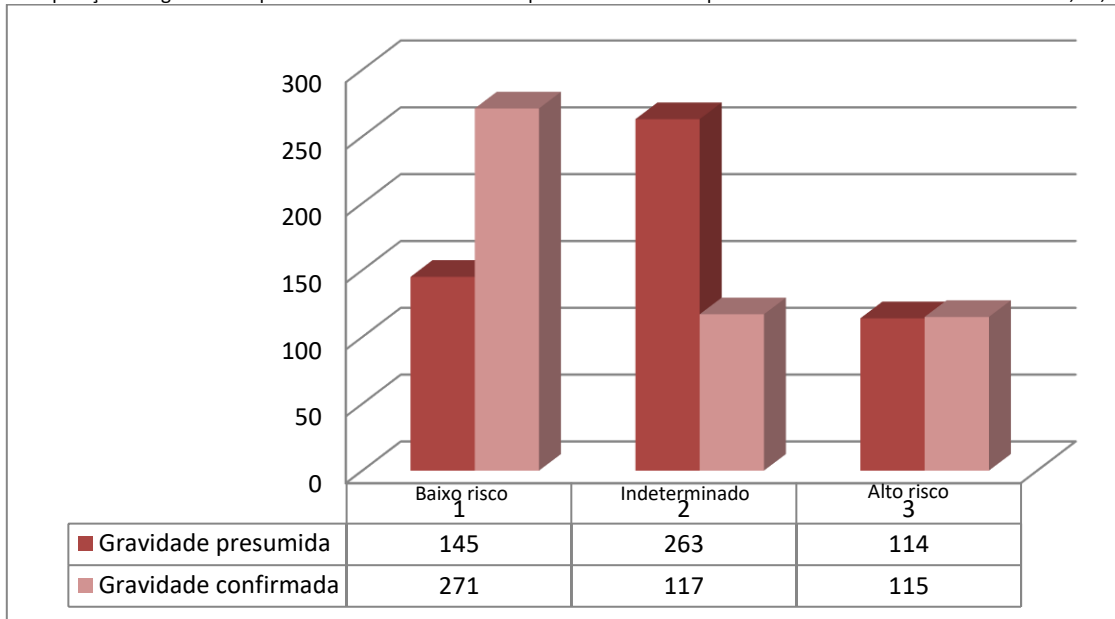


**Resultados**

Esse estudo objetivou analisar a gravidade atribuída para cada paciente durante a avaliação do Médico Regulador, a fim de verificar se o que foi relatado pelo

telefone, condizia com o que a equipe de assistência no local observou e avaliou ao chegar na ocorrência, isso é, a comparação entre a “gravidade presumida” e a “gravidade confirmada”.

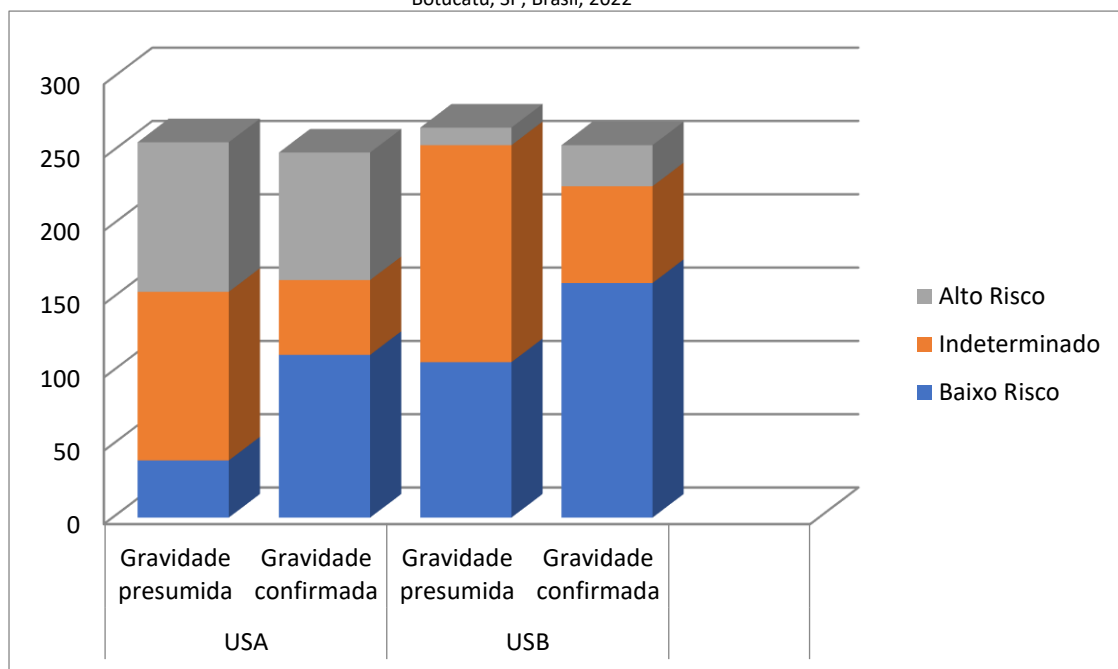
**Gráfico 1.** Comparação das gravidades presumidas e confirmadas nos pacientes atendidos pelo SAMU 192 no ano de 2015. Botucatu, SP, Brasil, 2022



Verifica-se que os pacientes classificados como risco alto na primeira avaliação permaneceram com essa caracterização. Houve um aumento dos pacientes classificados como baixo risco e uma redução dos pacientes classificados como risco indeterminado. No Gráfico 2, a comparação das gravidades presumidas e confirmadas está estratificada pelo tipo de viatura de atendimento. A partir da ilustração observam-se que houve um aumento dos pacientes caracterizados como baixo risco em ambas as

viaturas e uma redução dos pacientes caracterizados como risco indeterminado. Verifica-se também para o aumento dos pacientes caracterizados como alto risco atendidos pela equipe de Suporte Básico de Vida. É importante ressaltar que essa informação não constava no registro do paciente em 14% dos casos. Contudo, a partir do Teste Exato de Fischer, verificou-se que a “gravidade confirmada” como baixo risco foi maior na USB (59%) e a “gravidade confirmada” como alto risco foi maior na USA (76%) com  $p < 0,001$  (Tabela 1).

**Gráfico 2.** Comparação da gravidade presumida e confirmada, nos pacientes atendidos pelo SAMU 192 no ano de 2015, estratificada pelo tipo de viatura. Botucatu, SP, Brasil, 2022



Nota: USA = Unidade de Suporte Avançado de Vida. USB = Unidade de Suporte Básico de Vida.



Tabela 1. Gravidade confirmada nos pacientes atendidos pelo SAMU 192 no ano de 2015, estratificada pelo tipo de viatura. Botucatu, SP, Brasil, 2022

Gravidade	VIATURA		Total
	USB	USA	
0	46 (47%)	51 (53%)	97
Baixo Risco	160 (59%)	111 (41%)	271
Indeterminado	66 (56%)	51 (44%)	117
Alto Risco	28 (24%)	87 (76%)	115

Nota: 0: falta de informação. USB = Unidade de Suporte Básico de Vida. USA = Unidade de Suporte Avançado de Vida. Teste exato de Fisher-  $p < 0.001$ .

## Discussão

A respeito da caracterização da gravidade dos pacientes desse estudo, verificou-se uma diferença quando comparado à gravidade presumida e a gravidade confirmada. Evidenciou-se com esses resultados que todos os pacientes caracterizados como risco alto na primeira avaliação permaneceram com essa caracterização, esses eram os pacientes mais graves. Já nas demais classificações, verificou-se que nem todos os pacientes estavam com um quadro clínico tão grave quanto pareciam na primeira triagem realizada ao telefone pelo médico regulador, evidenciado pelo aumento da classificação como baixo risco e redução da classificação risco indeterminado. Isso pode ser explicado pela diferença de concepção de urgência entre os vários atores envolvidos no atendimento, apresentando de forma diferente em relação ao ambiente e a pessoa que lhe dá o nome.

Para a medicina<sup>10</sup>, urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de morte, cujo paciente necessita de assistência médica imediata. Emergência é a constatação médica de agravo à saúde que implica em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, assim, intervenção médica imediata. Para os pacientes e familiares este conceito pode estar associado a uma ruptura do curso da vida, sendo que o tempo é o fator primordial para sua recuperação, nestes casos, o fator social não pode ser negligenciado. Já para as instituições a urgência corresponde a uma percepção de sua organização quanto ao que não pode ser previsto<sup>11</sup>.

A angústia, a ansiedade e a impotência frente ao sofrimento resultam da necessidade do paciente ou de um familiar em obter ajuda o mais rápido possível, e em tais circunstâncias, conseguir um meio de transporte, que pode ser uma ambulância, acaba se impondo como uma necessidade urgente<sup>12</sup>. Essas questões são de difícil avaliação para o Médico Regulador<sup>13,14</sup>, o que pode justificar as diferenças encontradas durante o diagnóstico dado por ele por meio de um atendimento ao telefone e após o atendimento oferecido por uma equipe especializada junto ao paciente.

Essa demanda “não urgente” no conceito biomédico, não é característica somente da realidade brasileira<sup>3,5,13,15-16</sup>, mas também aparece em estudos em âmbito internacional<sup>6,12,17-18</sup>. Na Suécia, por exemplo, a utilização do serviço pré-hospitalar móvel por pacientes com disfunção vital importante é de 10% a 20% do total de atendimentos<sup>19</sup>.

A maioria dos pacientes é transportada para um serviço de emergência por ambulância totalmente equipada, sem requerer, no entanto, cuidados pré-hospitalares, seja na cena ou no transporte. No entanto, para os pacientes, nenhum veículo é tão bem-preparado ou seguro quanto uma ambulância<sup>5,17,18</sup>.

No SAMU 192 do sul do Brasil, 72,3% dos pacientes atendidos por situações clínicas, foram transportados para um serviço de saúde, sendo que desses atendimentos, apenas 3,7% dos pacientes eram acometidos por urgências de gravidade severa<sup>20</sup>.

Assim como, estudo realizado na Bahia com o objetivo de caracterizar os atendimentos clínicos realizados pelo SAMU identificaram inconsistências na relação entre a demanda de saúde do usuário, após a avaliação da equipe, e os recursos deslocados para o atendimento<sup>21</sup>.

Portanto, vê-se que um percentual menor de pacientes que são atendidos e transportados pelas unidades pré-hospitalares móveis precisa de cuidados de maior complexidade terapêutica e tecnológica, e que a necessidade do paciente recorrer à utilização do serviço deriva da sua percepção do problema de saúde, da segurança e confiabilidade no serviço. Nessa vertente, estudo refere que os atendimentos caracterizados como não urgentes não são um consumo irracional de tecnologias, mas sim o acolhimento de demandas complexas que aparecem como problemas de saúde em um ambiente social desfavorável como é o caso do Brasil, dessa maneira, mantém o princípio da equidade e integralidade por valorizar a demanda individual e por facilitar o acesso à rede<sup>11</sup>.

Os resultados mostraram, também, um aumento do atendimento de pacientes caracterizados como alto risco pela equipe de Suporte Básico de Vida. Os resultados da pesquisa não são atuais, mas ampliam o debate acerca das condições de trabalho e das práticas executadas por Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que atuam nos serviços de urgência e emergência em nosso país. Diante disso, recentemente, o Conselho Federal de Enfermagem, por meio da Resolução n.º 713<sup>22</sup>, de 2022, atualiza a norma de atuação dos profissionais de enfermagem no Atendimento Pré-hospitalar móvel e, por meio da Resolução n.º 718 de 2023<sup>23</sup> reconhece o Suporte Intermediário de Vida em serviços públicos e privados, assim, procura-se garantir uma assistência segura, tanto aos pacientes atendidos nesses serviços quanto aos profissionais envolvidos, compatibilizando as competências, atribuições e



prerrogativas profissionais, às necessidades dos pacientes e à legislação pertinente. A confiança e a legitimidade do SAMU 192 estará estabelecida se os profissionais utilizarem bem os critérios técnicos para atender à demanda, mas não se limitarem a esses critérios ao se depararem com situações menos típicas. É essencial para a qualidade na atenção às urgências acolher o sofrimento, expressão do primeiro sentido de integralidade<sup>24</sup>. Como limites dessa pesquisa ressalta-se o montante de atendimentos o qual a informação sobre a gravidade do paciente não constava no sistema.

## Conclusão

Identificou-se uma diferença na comparação entre a gravidade presumida e a gravidade confirmada dos

pacientes atendidos pelo SAMU 192. O papel dos profissionais, que inicialmente era atender demandas de urgência e emergências, agora se deparam com novos problemas de saúde caracterizados como de baixa gravidade. Esta área do cuidado em saúde tem se adaptado às realidades e demandas atuais. Assim, diante da especificidade da estruturação do atendimento pré-hospitalar móvel e a necessidade de revisão e atualização de parâmetros que subsidiem o planejamento, controle, regulação, atuação e avaliação das atividades assistenciais de enfermagem, este cenário requer continuidade na investigação destas informações, principalmente no período pós pandêmico, onde as demandas de atendimento tornaram-se inéditas.

## Referências

- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(5):2297-305.
- Ciconet RM. 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]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. 145f.
- Cyrino CMS, Queiroz Dell'Acqua MC, Deodato S, Juliani CMC, Almeida PMV, Novelli e Castro MC, Nunes HRC. Profile, evolution and outcome of patients served by the mobile emergency care service. *Cien Cuid Saude*. 2021, 20 <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.58193>
- Alves M, Rocha RL, Rocha TB, Gomes GG. Percepções de usuários sobre o serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. *Cienc Cuid Saude*. 2010;9(3):543-51
- 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(2):146-52.
- Vuilleumier S, Fiorentino A, Dénéréaz S, Spichiger T. Identification of new demands regarding prehospital care based on 35,188 missions in 2018. *BMC Emergency Medicine* (2021) 21:63. <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00456-w>
- Furtado BMASM, Araújo Jr JLC, Cavalcanti P. O perfil da emergência do hospital da restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2004;7(3):279-89
- 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. *Diário Oficial da União*. 12 Nov 2002; Seç. 1:32-54.
- Antunes BCK, Crozeta K, Assis F, Paganini MC. Rede de atenção às urgências: perfil, demanda e itinerário de atendimento de idosos. *Cogitare Enferm*. (23)2: e53766, 2018. <https://doi.org/10.5380/ce.v23i2.53766>
- Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução nº 1451/95. *Diário Oficial da União*. 17 Mar 1995; Sec 1:3666.
- O'Dwyer G. O princípio da Integralidade e o SAMU [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
- Booker MJ, Shaw ARG, Purdy S. Why do patients with "primary care sensitive" problems access ambulance services? A systematic mapping review of the literature. *BMJ Open*. 2015; 18:1–10.
- Ciconet R. Tempo resposta de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência [tese]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
- Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(3):519-28.
- Freitas LCR de, Moraes LSR de, Rodrigues JC, Silva JC, Lima S da S, Silva RGM da. A enfermagem e o perfil dos atendimentos realizados pelo SAMU em uma cidade do sudoeste goiano. *Glob Acad Nurs [Internet]*. 30º de dezembro de 2022 [citado 7º de julho de 2023];3(5):e332. Disponível em: <https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/408>
- Almeida P, Dell'Acqua M, Cyrino C, Juliani C, Palhares V, Pavelqueires S. Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. *Esc Anna Nery*. 2016;20(2):289–95.
- Hja L, Suserud B-O, Herlitz J, Karlberg I. Why are people without medical needs transported by ambulance? A study of indications for pre-hospital care. *Eur J Emerg Med*. 2007;14(3):151–6.
- Ahl C, Nystrom M. To handle the unexpected – the meaning of caring in pre-hospital emergency care. *Int Emerg Nurs*. 2012; 20:33–41
- Barrier G. Les appels d'urgence au Samu. *Life Sci*. 2001; 324:663–6.
- Marques GQ. Acesso e utilização do serviço de atendimento móvel de urgência e Porto Alegre por usuários com demandas clínicas [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
- Hora RS, Paiva EF, Sampaio ES, Oliveira JA, Souza VRS, Brandão PC. Caracterização do atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) às emergências clínicas. *REME – Rev Min Enferm*. 2019; 23:e-1256. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20190104
- Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Atualiza a norma de atuação dos profissionais de enfermagem no Atendimento Pré-hospitalar (APH) móvel Terrestre e Aquaviário, quer seja na assistência direta, no gerenciamento e/ou na Central de Regulação das Urgências (CRU), em serviços públicos e privados, civis e militares. [Internet]. COFEN. Brasília, DF. 2022. [Visualizado 13 jul 2023]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-713-2022\\_104087.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-713-2022_104087.html)



23. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Normatiza a implementação de diretrizes assistenciais e a administração de medicamentos para a equipe de enfermagem que atua na modalidade Suporte Básico de Vida e reconhece o Suporte Intermediário de Vida em serviços públicos e privados. [Internet]. COFEN. Brasília, DF. 2023. [Visualizado 13 jul 2023]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-688-2022\\_95825.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-688-2022_95825.html)
24. O'Dwer G, Mattos RA. Cuidado integral e atenção às urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do Estado do Rio de Janeiro. *Saúde Soc.* 2013;22(1):199-210.

