



## OPERACIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA EM UNIDADES REGIONALIZADAS

### OPERATION OF MOBILE SERVICE OF URGENCY IN REGIONALIZED UNITS

#### FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS MÓVILES DE URGENCIA EN UNIDADES REGIONALIZADAS

Luan da Silva Moraes<sup>1</sup>, Hugo Flávio Freire de Andrade<sup>2</sup>, Fernanda Cláudia Miranda Amorim<sup>3</sup>, Yndiara Kássia da Cunha Soares<sup>4</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** descrever a operacionalização do Componente SAMU 192 em unidades regionalizadas. **Método:** estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa em uma Central de Regulação e Bases de Operação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Piauí/PI, Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, utilizando um questionário aplicado a 17 profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar e os dados foram analisados pela Técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Análise Temática. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 30399614.5.0000.5210. **Resultados:** na análise emergiram quatro categorias temáticas, que evidenciaram que o atendimento pré-hospitalar em unidades regionalizadas segue os parâmetros estabelecidos pelas Portarias que regulamentam o serviço, porém possuem algumas peculiaridades que se adequam à realidade regional e dão resolutividade ao atendimento, embora também existam barreiras. **Conclusão:** apesar de algumas limitações, a operacionalização do Serviço oferece boa resolutividade à demanda do serviço. **Descritores:** Socorro de Urgência; Enfermagem em Emergência; Sistemas de Comunicação entre Serviços de Emergência.

#### ABSTRACT

**Objective:** describing the operation of the SAMU 192 Component in regionalized units. **Methods:** a descriptive and exploratory study with a qualitative approach conducted in a Regulation Center and Bases of Operating Mobile Urgency Care Service in Piauí/PI, Brazil. Data were collected through semi-structured interviews, using a questionnaire applied to 17 professionals working in prehospital care and the data were analyzed using Content Analysis Technique in the mode of Thematic Analysis. The project was approved by the Research Ethics Committee, CAAE: 30399614.5.0000.5210. **Results:** from the analysis four thematic categories emerged, which made evident that pre-hospital care in regionalized units follows the guidelines established by Ordinances regulating the service, but have some peculiarities that suit the regional reality and give resoluteness to the service, although there are also barriers. **Conclusion:** despite some limitations, the operation of the service offers good solving to the demand of the service. **Descriptors:** Emergency Relief; Emergency Nursing; Communication Systems between Emergency Services.

#### RESUMEN

**Objetivo:** describir el funcionamiento del Componente SAMU 192 en unidades regionalizadas. **Métodos:** un estudio descriptivo y exploratorio con enfoque cualitativo realizado en una Central de Reglamento y Bases de Operación de los Servicios Móviles de Urgencia en Piauí/PI, Brasil. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas, utilizando un cuestionario aplicado a 17 profesionales que trabajan en la atención prehospitalaria y los datos fueron analizados utilizando la Técnica de Análisis de Contenido en la modalidad de Análisis Temático. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación, CAAE: 30399614.5.0000.5210. **Resultados:** del análisis surgieron cuatro categorías temáticas, que mostraron que la atención pre-hospitalaria en unidades regionalizadas sigue los lineamientos establecidos por las ordenanzas que regulan el servicio, pero tienen algunas peculiaridades que se adapten a la realidad regional y dan firmeza al servicio, aunque también hay barreras. **Conclusión:** a pesar de algunas limitaciones, la operación del Servicio ofrece una buena resolución a la demanda del servicio. **Descritores:** Ayuda de Urgencias; Enfermería de Emergencias; Los Sistemas de Comunicación entre los Servicios de Emergencia.

<sup>1</sup>Enfermeiro egresso, Curso de Graduação em Enfermagem, Centro Universitário Uninovafapi. Teresina (PI), Brasil. E-mail: [lmorais@live.com](mailto:lmorais@live.com); <sup>2</sup>Enfermeiro egresso, Centro Universitário Uninovafapi. Teresina (PI), Brasil. E-mail: [hugoflavio@live.com](mailto:hugoflavio@live.com); <sup>3</sup>Enfermeira, Professora Mestre, Centro Universitário Uninovafapi, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Engenharia Biomédica, Universidade do Vale do Paraíba/UNIVAP. Teresina (PI), Brasil. E-mail: [famorim@uninovafapi.edu.br](mailto:famorim@uninovafapi.edu.br); <sup>4</sup>Enfermeira egressa, Centro Universitário Uninovafapi. Teresina (PI), Brasil. E-mail: [yndiarakassia@hotmail.com](mailto:yndiarakassia@hotmail.com)

## INTRODUÇÃO

O serviço de atendimento nas urgências e emergências, que já era precário e insuficiente, sofreu uma maior sobrecarga com o aumento exponencial da população e as mudanças no perfil epidemiológico e de morbimortalidade no Brasil. Tais mudanças estão relacionadas a vários fatores, entre eles o desenvolvimento da indústria automobilística que gera consequentemente o aumento do tráfego de veículos nas vias públicas, trazendo consigo maior número de acidentes. Também atrelados a estes fatores estão, a violência, doenças cardiovasculares e demais agravos agudos.<sup>1</sup>

Diante desta problemática vivenciada mundialmente, sistemas distintos foram criados por diversos países devido à necessidade de encontrar soluções efetivas para a melhoria do atendimento nos setores de urgência e emergência, que se encontrava em desordem.<sup>1-2</sup>

No sentido de sanar a deficiência dos setores de urgência e emergência no Brasil, a partir de 1998, se deu a implantação de uma série de políticas de promoção à saúde pública, voltados para esta área, que visavam propor melhores condições de atendimento à população, reduzindo os riscos de doença e de outros agravos, oferecendo acesso universal e igualitário às ações e serviços, assim como rege a Constituição Federal.<sup>3-4</sup>

Entre estas se destaca a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que tem como objetivo principal a promoção da qualidade de vida, organização da rede, operação das centrais de regulação, capacitação e educação continuada das equipes e humanização da atenção.<sup>5</sup>

A PNAU foi reformulada, instituindo a Rede Nacional de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), que vem no intuito de atender aos usuários em situação de urgência, para que sejam atendidos primeiramente nas unidades básicas do SUS possibilitando a resolutividade total do agravo ou a transferência da vítima estabilizada para um serviço de maior complexidade, seguindo uma rede hierarquizada com regulação regional de níveis crescentes de complexidade e responsabilidade.<sup>6</sup>

Os documentos que compõem a PNAU são claros, concisos e projetam uma evolução do programa, exigindo uma interação entre os responsáveis pelo funcionamento adequado do serviço, sendo eles gestores, profissionais e até mesmo os cidadãos. Porém imagina-se que a consolidação dos componentes preestabelecidos por esta política deva ter

produzido experiências diferentes nas diversas regiões do país, por isso a importância de se analisar estas experiências tanto nas grandes metrópoles como nas pequenas cidades cobertas pelo programa. Partindo deste pressuposto a regionalização do atendimento às urgências segue com uma de suas diretrizes que mais tiveram destaque nos últimos anos.<sup>5,7</sup>

O componente SAMU 192 foi espelhado em modelos de atendimento pré-hospitalar internacionais, equivalentes ao que já era adotado e executado pelos militares do corpo de bombeiros desde a década de 1990.<sup>1</sup>

O fluxograma de atendimento do SAMU ocorre mediante o acionamento por meio de uma chamada telefônica ao número 192, quando o técnico de regulação treinado direciona a ligação para o médico regulador que, por sua vez, irá analisar a situação, iniciando o atendimento imediato com orientações direcionadas à vítima ou à pessoa que acionou o serviço. Diante das informações colhidas pelo médico regulador é possível que ele decida se há ou não a necessidade de deslocamento de uma unidade móvel e qual a melhor intervenção a ser adotada, daí então o rádio operador aciona a viatura mais próxima ao ocorrido para a realização do atendimento.<sup>8-9</sup>

Regionalizar o serviço pré-hospitalar consiste em implantar unidades de atendimento em cidades distantes dos grandes centros, que servem de referência para esse tipo de socorro, oferecendo suporte de acordo com o perfil epidemiológico das ocorrências na região, na tentativa de fazer com que tais cidades possam dar resolutividade a sua demanda de urgências ou pelo menos estabilizar o agravo para que a remoção para prontos-socorros de maior porte seja feita adequadamente não oferecendo risco maior às vítimas.<sup>6</sup>

O questionamento com relação à resolutividade dos atendimentos de urgência em unidades regionalizadas, localizadas longe dos grandes centros, nos levou à escolha deste tema, por considerar que as cidades de pequeno e médio porte, que possuem o componente SAMU-192, possam encontrar barreiras para a prestação do atendimento, levando em consideração que a distância e as condições econômicas do município dificultam o acesso à capital que funciona como a principal porta de entrada para estes atendimentos por concentrar a maior parte dos serviços especializados.

Tem-se ainda como justificativa a inexistência de estudos que abordem unidades regionalizadas, que vem sendo altamente

disseminadas pelo interior do país. Com isso o estudo pretende oferecer subsídios aos profissionais de saúde, gestores dos serviços e a população, que possam contribuir com o aprimoramento do serviço nas regiões descentralizadas.

O presente estudo tem como objetivo descrever a operacionalização do Componente SAMU 192 em unidades regionalizadas.

## MÉTODO

Estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa.<sup>10-1</sup> Os Cenários do estudo foram a Central de Regulação do SAMU de Parnaíba, a Base de Operação que funcionam em conjunto. Foram estudadas ainda as Bases descentralizadas reguladas por Parnaíba que são: Buriti dos Lopes, Cocal e Luís Correia.

Participaram dos estudos 17 profissionais que atuam direta ou indiretamente na assistência do SAMU, tanto da Central de Regulação e Base de Operação da cidade de Parnaíba, quanto das Bases descentralizadas reguladas por ela. Dentre eles, dois médicos intervencionistas/reguladores, dois enfermeiros, três técnicos auxiliares de regulação/radio operador, quatro técnicos de enfermagem, seis socorristas. Definiu-se como critérios de inclusão: Profissionais do SAMU com tempo de serviço a partir de um ano que aceitaram participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada no mês de Maio de 2014, por meio de uma entrevista semiestruturada, utilizando um questionário pré-elaborado composto por duas partes: uma com dados de identificação dos participantes e outra com uma pergunta relacionada a operacionalização do Serviço das Unidades regionalizadas.

A entrevista é um encontro entre duas pessoas por meio de uma conversação de característica profissional, para se obter informações quanto a determinado assunto.<sup>12</sup> Na entrevista semiestruturada, o entrevistador tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada, ou seja, de forma que possa explorar mais amplamente a questão e o entrevistado possui a liberdade de manifestar livremente suas opiniões e sentimentos. As entrevistas foram gravadas por meio de aparelho MP3 e tiveram a duração média de 30 minutos. A transcrição foi realizada na íntegra, objetivando melhor manejo das informações.

A análise dos dados foi realizada com o emprego da Técnica de Análise de conteúdo na modalidade Análise temática. Para a

exploração do material, esta técnica consiste na centralidade no tema, por meio da interpretação de uma palavra, frase, um resumo que estabelecem a comunicação, a fim de investigar o assunto abordado.<sup>11</sup>

A elaboração dos resultados estabeleceu-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados/inferência/interpretação. A primeira etapa consistiu na seleção do material escolhido a ser analisado, por meio de uma leitura minuciosa; na segunda etapa explorou-se o material, mediante o colhimento de informações e identificação da problematização do material disponível; na etapa final elaborou-se uma redação, relatando uma conclusão, baseada no entendimento do tema proposto.<sup>11</sup>

Durante a pesquisa os participantes foram devidamente orientados quanto ao teor de todo o estudo e consentiram com a sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, onde foi garantido aos participantes totais anuências nos processamentos dos dados da pesquisa e liberdade de recusa de sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Segundo a Resolução 466/12, todas as pesquisas que envolvam seres humanos possuem riscos. O presente estudo apresenta riscos mínimos como: constrangimento, desconforto e invasão de privacidade por parte dos participantes em compartilhar informações sobre rotinas e procedimento executados no serviço.<sup>13</sup>

Estes riscos foram minimizados, garantindo aos participantes que as informações por ele geradas não serão compartilhadas com pessoas fora do grupo de pesquisa, com a garantia que os dados permanecerão em sigilo sem identificação pessoal relatório final. Os participantes foram identificados por números ordinais e as entrevistas foram agendadas previamente e em local reservado.

O conhecimento gerado é o principal benefício oriundo do estudo, que é de natureza indireta, direcionada a população e aos profissionais de saúde envolvidos no atendimento e a gestão do serviço. Podemos citar ainda, como benefícios a possibilidade de ampliar o olhar para operacionalização do atendimento oferecido e para o fluxograma desse atendimento, possibilitando seu total entendimento e organização.

A pesquisa obedeceu às normas estabelecidas pela Resolução 466/12 que versa sobre as pesquisas envolvendo seres humanos.<sup>13</sup> O projeto foi encaminhado para



apreciação da Coordenação Estadual do Componente SAMU-192 e aprovado por meio de um documento assinado pela Coordenadora geral do serviço, em seguida foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI e aprovado sob o número CAAE: 30399614.5.0000.5210.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos discursos e buscando alcançar os objetivos da pesquisa, emergiram quatro categorias temáticas: Sistema de regulação e rotinas do serviço, Ocorrências atendidas pela Unidade Regionalizada, Estrutura física e recursos humanos, Dificuldades encontradas no SAMU Regionalizado.

### ◆ Sistemas de regulação e Rotinas do Serviço

Nesta categoria foram descritos o sistema de regulação, a demanda e resolutividade do serviço, as rotinas do e atribuições dos profissionais.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência se destaca no contexto da regionalização como o componente pré-hospitalar móvel que dá suporte a rede de atendimento à população, que não teria como se deslocar para os grandes centros em busca de atendimento, esta realidade também é vivenciada nos cenários.<sup>6</sup>

*A demanda é grande não vou dizer que resolvemos 100% [...] mas vou te dizer com segurança que em torno de 80%, 90% da demanda de atendimentos é resolvida aqui mesmo na nossa Macrorregião que é Planície Litorânea. DEP-01*

A Central de Regulação estudada cobre a Macrorregião Planícies Litorâneas do Estado do Piauí, que engloba várias cidades do norte do estado, nas faixas das margens do rio Parnaíba e seus afluentes. É única no Piauí que ainda funciona com regulação própria, independente da Central de Regulação Estadual situada em Teresina e que regula todas as demais bases do Estado. Esta central é responsável por regular a Base de Parnaíba e ainda as Bases das cidades de Luís Correia, Buriti do Lopes e Cocal, as quais possuem apenas Unidades de Suporte Básico. Esta Central tem com o objetivo suprir toda a demanda de quatro cidades do norte do estado do Piauí, que segundo dados demográficos em 2013, somam a uma população de mais de 200 mil habitantes que encontram na região do serviço de saúde de referência.

*Parnaíba é a única cidade do Piauí que se regula sozinha, que não depende da capital [...] DEP-09*

*[...] a gente regula Luís Correia, Buriti dos Lopes e Cocal [...] lá existe uma unidade básica em cada cidade. DEP-01*

Com relação às rotinas dos profissionais participantes do estudo, é unânime em todos os depoimentos, o relato da importância da conferência dos materiais no início de cada plantão, mantendo assim um cuidado das equipes em estar sempre aptos para quando registrarem solicitações de atendimento.

*Quando a gente entra no serviço não sabe o que vai encontrar, então a primeira coisa que eu faço e conferir a minha ambulância, saber o que eu tenho na minha unidade. DP-01*

*[...] logo que se inicia o plantão [...] vou pra ambulância checar esses equipamentos, ver materiais, se há necessidade de reposição[...] DP-17*

*[...] juntamente com o Técnico de Enfermagem, o socorrista e o médico, a gente entra na ambulância pra conferir se tá todo material ok, se tá tudo “funcionante” [...] aí já começa o plantão. DP-04*

*Na nossa rotina eu recebo o plantão, verifico o material, a ambulância, que é chamado de checklist. DP-13*

A verificação de todo o sistema de comunicação, aparelho de rádio transmissão e o telefone, a realização de contato com todas ARs (bases reguladas) é de responsabilidade do Telefonista Auxiliares de Regulação Medica.

*Ao chegarmos na central, primeiro é ver se todos os meios estão tudo ok, telefone funcionando, [...] essa verificação básica. DP-11*

*O contato com as Bases é pelo telefone[...] Luís Correia a gente chama pelo rádio, mas Buriti é por telefone e Cocal às vezes o rádio funciona e as vezes não. DP-10*

Na Central de Regulação as rotinas de atendimento começam com o TARM que ao atender a ligação deve conduzir o diálogo com o usuário visando extrair o maior número de informações sobre o agravo ocorrido, tendo como foco principal obter informações que comprovem a veracidade do chamado, o endereço preciso de onde ocorreu o agravo com pontos de referência que ajudem ao socorrista localizar mais rapidamente o endereço.<sup>9</sup> A experiência deste profissional o permite a identificar, durante a ligação, inconsistências no relato que o levam a constatar solicitações mal intencionadas, os chamados “trotes”.

*A pessoa liga falando da ocorrência, nós pegamos todos os dados, endereço e tudo, e passamos pro pessoal da equipe. DP-10*

*[...] tem que saber arrancar alguma informação do quadro clínico e eles já arrancam muita coisa de quem está do outro lado da linha e já suspeitam pela experiência deles se é um trote. DP-02*

Quando são colhidas informações suficientes e há a concepção de que agravo necessita realmente de atendimento o TARM transfere a ligação para o médico regulador que decide o destino do caso. Após a saída da ambulância o TARM mantém contato com a mesma com intuito de monitorizar a ocorrência até a entrega do paciente a um serviço adequado para sua necessidade.

*Em todas as ocorrências nós preenchemos uma ficha com as informações do paciente e depois passamos a ligação pro médico regulador. DP-02*

*Depois que a médica libera, eu preencho a ficha pra saber qual a ambulância ela vai mandar. DP-09*

O SAMU de Parnaíba adotou uma lista de códigos padronizados especialmente para a sua unidade regionalizada. O CÓDIGO “C”, que serve como meio de comunicação entre a central e os profissionais das Bases Reguladas. Este código funciona para diferenciar a comunicação o SAMU, do CÓDIGO “Q” que é utilizado mundialmente por uma variedade de serviços. A mudança ocorre na substituição da letra “Q” pela letra “C” e ao invés de seguidas por letras de “A” a “Z” são seguidas por números de “1” a “35”.

*Aqui nós temos um grupo de códigos são 35 códigos que vai do C1 ao C35, padronizado para o SAMU Parnaíba. DP-02*

A operacionalização das Bases de Operação do SAMU Regionalizado consiste em articular as equipes separadas de acordo com o suporte a ser oferecido à população. A Base deve oferecer um ambiente adequado para o acondicionamento de matérias, estacionamento e limpeza dos veículos bem com dependências para acomodação da equipe.<sup>9</sup>

A equipe das Bases do SAMU, são divididas em Equipes de Suporte Avançado, composta pelo Médico intervencionista, Enfermeiro, Tec. de Enfermagem e o Socorrista, e Equipes de Suporte Básico composta pelo Tec. de Enfermagem e pelo Socorrista.

*[...] os componentes da unidade avançada é o médico, enfermeiro, técnico de Enfermagem e o socorrista e na unidade básica nós temos um técnico de enfermagem e um socorrista [...] DP-03*

O médico intervencionista e o enfermeiro trabalham apenas na ambulância de suporte avançado e sempre no início de seus plantões, como atividade comum a todos os funcionários que atuam na intervenção, verificam os

materiais e equipamentos da viatura para constatar se funcionam adequadamente ou precisam de reparo e realizam a reposição do que se fizer necessário. A verificação periódica do material é de grande importância, pois falhas nos equipamentos podem acarretar no comprometimento do atendimento, conforme depoente 01.

*O que diferencia a unidade de suporte avançado da unidade básica é a presença do médico e do enfermeiro no avançado, enquanto na básica só tem o técnico e o socorrista. DP-16*

Caso seja deslocado a ambulância de suporte básico o Médico Regulador já determina para qual serviço de saúde será referenciada a vítima. Se for deslocada a ambulância de suporte avançado o Médico Intervencionista que irá tomar esta decisão.

*Nós recebemos os chamados e nos deslocamos até a urgência, atendemos o paciente, prestamos todo o suporte necessário e encaminhamos o mesmo para referência maior. DP-09*

Na prática, depois de estabilizar o paciente ele é conduzido ao serviço de saúde e fica sob responsabilidade da equipe do SAMU até que seja devidamente recebido e estabelecido no leito do hospital.

O Componente SAMU 192 também conta com a ajuda de profissionais de outras áreas para o melhor desempenho de suas funções, como o corpo de bombeiros, quando ocorre, por exemplo, acidentes com vítimas presas entre ferragens ou sobre escombros. A polícia militar em casos de suspeita de vítimas de algum tipo de violência.

*[...] sempre que o SAMU vai pra uma ocorrência, principalmente relacionada a violência, é feita a solicitação pra polícia dá um apoio pra que a gente não se coloque em risco. DP-17*

*Algumas ocorrências, principalmente a noite, quando há ferimento por arma branca ou arma de fogo, a gente pede ajuda a polícia. DP-09*

*[...] dependendo da quantidade de vítimas ou também da situação da vítima, se ela tiver presa em ferragens. Então os bombeiros têm ajudado bastante nessas situações. DP-17*

*[...] os bombeiros também nos auxiliam muito nos acidentes, a gente tem uma parceria muito boa. DP-09*

O técnico de enfermagem trabalha sob supervisão do enfermeiro na Unidade de Suporte Avançado. Já na Unidade de Suporte Básico, onde não há presença ativa do enfermeiro, o técnico trabalha somente sob as orientações médicas durante a regulação, passando para o médico regulador e ao TARM

por meio do rádio, todas as informações do atendimento e sobre estado em que se encontra a vítima, bem como recebe por meio deste as orientações sobre como deve proceder.

*[...]no caminho, às vezes [...] a gente pede pra ligar e fala com a médica e confirma se pode fazer aquela medicação [...] DP-12*

*Os Enfermeiros participantes do estudo, trabalham em regime de plantões de 24 horas semanais. Apesar de que o recomendado é que sejam divididos em dois plantões de 12 horas. DP-13*

*[...] a recomendação e que esse plantão não seja corrido [...] acaba sendo mais conveniente que a gente faça essa carga horária toda de uma vez [...] DP-17*

*[...] a gente tem uma carga horária de 24 horas semanais, seria no caso dois plantões de 12 hora [...] a gente faz os acordos, faz as trocas de uns plantões e cada um fica 24 horas. DP-04*

Este profissional trabalha apenas na ambulância de suporte avançado porém, atualmente há discussões acerca da inclusão do profissional Enfermeiro na ambulância de suporte básico, com o objetivo de qualificar o serviço e otimizar o atendimento, principalmente partindo do pressuposto de que em cidades onde há somente unidades de suporte básico do SAMU Regionalizado, ocorrem também intercorrência de maior complexidade que necessita de um suporte, que alguns profissionais do SAMU o referem como “semi-avançado”. Nesses casos somente o Técnico de Enfermagem e o Socorrista não teriam como dar maior resolutividade a ocorrência, confirmando ainda mais a importância da presença do Enfermeiro nestas unidades.

*Inclusive em alguns estados as ambulâncias já funcionam assim com o Enfermeira na unidade de básica, o que eles estão chamando de semi-avançada [...] mas já estão discutindo isso há um bom tempo. DP-17*

*Ultimamente estamos vendo com os gestores a possibilidade de incluir um enfermeiro dentro da ambulância de suporte básico. Por que tem situações em que só um técnico e um socorrista não dão conta. E a presença de mais um profissional melhoraria muito a situação. DP-01*

De acordo com Resolução 375/11 do COFEN14, é indispensável a presença direta ou não do Enfermeiro no atendimento pré ou intra-hospitalar. No atendimento pré-hospitalar ele se faz necessário tanto em unidades móveis terrestres aéreas e marítimas onde há presença de risco conhecido ou desconhecido.

*Isso na verdade é uma exigência que é do COFEN [...] o técnico tem que ser supervisionado pelo enfermeiro, só que como eu sou a única enfermeira do plantão [...] E também por conta de que o enfermeiro o enfermeiro que tá no plantão que fica responsável pela avançada, ele pode ser penalizado por tá respondendo por um profissional que não tem como ele tá supervisionando de perto. DP-17*

Estas considerações reforçam a ideia da importância da presença de um profissional Enfermeiro dentro da equipe de suporte básico, principalmente em Unidades do SAMU regionalizado, que em sua maioria são compostas somente por Unidades de Suporte Básico que consequentemente atendem intercorrências de todas natureza. Este profissional tem o papel de supervisionar e educar a equipe que realiza serviços de enfermagem, com base nos protocolos atuais, sem falar que a maioria dos Coordenadores regionais e estaduais do SAMU são Enfermeiros.<sup>6</sup>

#### ♦ Ocorrências atendidas pela Unidade Regionalizada

No Piauí funcionam 57 bases do SAMU reguladas pela Central de Regulação Estadual, quatro bases reguladas pela Central de Regulação de Parnaíba e duas bases reguladas pela Central de Regulação municipal de Teresina, totalizando assim mais de 60 bases distribuídas em todo o seu território, em sua grande maioria Unidades de Suporte Básico que atendem ocorrências de toda natureza, sejam elas traumáticas, obstétricas, psiquiátricas ou clínicas.

Com a Disseminação da Política Nacional de Atenção às Urgências e os incentivos do Governo Federal para regionalizar ainda mais o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, muitos projetos estão em andamento na Coordenação Estadual do Serviço onde devem ser submetidos à apreciação do Colegiado de Gestão Regional - CGR, quando houver, e ser aprovados e priorizados nas Comissões Intergestores Bipartite CIB de cada Estado para a aprovação de novas Bases.

Esta Central de Regulação é responsável por regular a Base de Parnaíba que fica localizada no mesmo prédio, a base possui uma Unidade de Suporte Básico, uma Unidade de Suporte Avançada, uma motolância e uma Unidade de Apoio. Regula ainda as Bases das cidades de Buriti do Lopes, Cocal e Luís Correia, ambas com uma Unidade de Suporte Básico.

Mesmo sendo uma Unidade Regionalizada situada distante polo de referência em saúde regional, que é a cidade Teresina, o Serviço

de atendimento móvel de urgência de Parnaíba dispõe, em sua macrorregião, de uma cadeia de serviços de saúde de média a alta complexidade que atende a grande parte dos agravos atendidos, não havendo necessidade de transferência para outros locais.

Junto ao crescente aumento do tráfego de veículos nas ruas e somadas as variáveis negativas no trânsito como estresse, consumo de bebida alcoólica e pessoas não habilitadas em posse de veículos há, como resultado, um número constante de acidentes. Assim como na maioria das localidades do nosso país o perfil das vítimas atendidas pela unidade de suporte avançado do SAMU 192 na região de Parnaíba são provenientes, em sua maioria, de traumas sofridos por acidentes de trânsito, seguidos por incidentes agudos como, infartos, AVCs e crises convulsivas, complicações gestacionais. Já o Suporte básico atende em sua maioria, contenção de pacientes com transtornos psiquiátricos e traumas menos complexos de diversas naturezas, emergências hipertensivas e outros agravos mais simples.

É comum que tenhamos a ideia de que a quantidade de acidentes graves seja maior, em uma região populosa, porém constata-se que a ambulância de suporte básico se torna a mais solicitada pela ocorrência de um número maior de pequenos incidentes como, mal-estar, dispneia, taquicardia, aumento súbito da PA, síncope, pequenas quedas, dentre outros.

Ainda presente neste meio existe uma ambulância de apoio, regulada pelo SAMU que em sua maioria atua no transporte de pacientes que apresentam alguma impossibilidade de se deslocar para uma unidade de saúde.

*A ambulância de apoio, atende pacientes que não são graves. Onde vai somente o paciente e o socorrista. DP-04*

Embora cada ambulância seja sistematicamente dividida e restrita ao seu perfil de atendimento, sempre que ocorre um acidente grave de grande escala com múltiplas vítimas, necessitando de um atendimento de amplo espectro e com presença de um número maior de profissionais, as ambulâncias disponíveis serão encaminhadas ao local.

O Componente SAMU 192 também conta com a ajuda de profissionais de outras áreas para o melhor desempenho de suas funções, como o corpo de bombeiros, quando ocorre, por exemplo, acidentes com vítimas presas entre ferragens ou sob escombros. A polícia

militar em casos de suspeita de vítimas de algum tipo de violência.

Uma das dificuldades encontradas nesse âmbito é a eficiência da regulação médica em identificar o perfil do acidente e autorizar o deslocamento do suporte adequado, no caso, suporte básico ou avançado.

*Essa questão de gravidade só se sabe realmente na hora, pois durante a ligação a pessoa passa uma gravidade, e quando se chega no local é algo bem mais simples, assim como tem gente que passa uma 'coisa' mais simples e na hora é algo mais grave, isso vai depender da regulação do médico e da conversa que ele tem com a pessoa pelo telefone. DP-04*

O intuito é de que não se perca tempo no deslocamento de uma unidade de suporte básico para um acidente grave ou a ocupação da ambulância de suporte avançado enviada para um caso de atendimento mais simples.

Temos também a problemática de remoção da vítima por meios próprios mesmo após o acionamento do SAMU 192.

*Ocorre muito de ligarem solicitando uma ambulância e ao chegarmos no local o paciente já ter sido removido por meios próprios e ninguém retorna a ligação avisando que o paciente já foi removido e que não precisa mais da viatura. DP-04*

Com um perfil amplo, variável e crescente de atendimentos o SAMU Regional de Parnaíba vem sempre se adequando da melhor maneira possível, apesar das dificuldades e de ainda contarem com apenas duas ambulâncias, uma de suporte básico e outra de suporte avançado.

#### ♦ Estruturação física e recursos humanos

De acordo com a portaria do Ministério da Saúde que dispõe sobre as Centrais de Regulação do SAMU em Unidades regionalizadas com população de até 350 mil que se enquadra no perfil da Unidade estudada, estas deverão seguir os quantitativos mínimos de profissionais com 1 Médico Regulador com plantão de 12h diurno e outro com carga-horária de 12 noturnas, 2 Telefonista Auxiliares de Regulação Médica com plantão de 12h diurno e 1 com carga-horária de 12 noturnas e com 1 Rádio-Operador com plantão de 12h.<sup>9</sup>

No entanto constatou-se na equipe que compõe a Central de Regulação a presença de dois Médicos que revezam entre si nas funções de regulador e intervencionista a cada 4 ou 6 horas. Existe como rotina interna a troca de função a cada quatro ou seis horas entre regulação e assistência, por meio de um acordo informal entre as partes que não

consta em nenhuma portaria ou atribuição médica do serviço.

*Ficamos divididos, um na regulação e outro na intervenção, podendo trocar de função a cada 4 horas ou a cada 6 horas, dependendo do que foi combinado. DP-01*

Na Unidade Regionalizada estudada a carga horária do TARM é de 6 horas corridas durante o dia e de 12 horas no período noturno, com dois profissionais por plantão. Com relação ao TARM e RO, que exercem a função técnica da Central de Regulação, devem ser dois profissionais exercendo funções distintas, porém na Unidade Regionalizada em estudo o TARM exerce concomitantemente também a função de um RO o que não apresentou prejuízo à operacionalização da regulação, visto que se trata de uma central de regulação de pequeno porte, o que não poderia acontecer em Unidades maiores com um fluxo de chamados mais constante.

*[...] nós somos dois TARMs trabalhando no telefone 192 e operando rádio, jogando as ambulâncias nos endereços onde ocorre a solicitação. DP-02*

Segundo a Portaria 2048/02, o profissional médico exerce além da regulação médica do sistema, onde há necessidade de uma visão global e atualizada sobre os recursos disponíveis, também atua na recepção dos chamados de auxílio, análise da demanda, classificação em prioridades de atendimento, orientação telefônica, assistência direta aos pacientes nas ambulâncias e na determinação do local de destino do paciente.<sup>15</sup>

*[...] a gente faz tanto a parte de urgência e emergência traumática quanto clínica, então atendemos o paciente, damos todo o suporte praquele paciente e encaminhamos para unidade de referência após o atendimento[...]. DP-08*

As atribuições do profissional Enfermeiro no componente SAMU são: Supervisionar e avaliar as ações da equipe de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, na execução de prescrições médicas, prestando cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica voltados a pacientes graves e de maior risco de vida.

Além da Unidade de Suporte Avançado, outras unidades de Suporte Básico também já contam com a presença do Enfermeiro, direta ou indiretamente, tanto dando plantão na base como dando suporte quando houver necessidade se tratando de ocorrências de maior complexidade.

*[...] aqui é o técnico e o socorrista. O Enfermeiro tira plantão uma vez por semana[...]. sempre que a gente precisa ele tá sempre pronto pra ajudar a gente. DP-11*

*[...]o coordenador do SAMU daqui é o Enfermeiro que dá suporte quando a gente precisa, até o próprio médico do pronto socorro quando precisa, se é um caso mais grave, ele acompanha. DP-14*

Como principais atribuições do profissional Técnico de Enfermagem estão prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes estáveis ou em estado grave, sob supervisão direta ou à distância do profissional enfermeiro. Executam plantões de 12 horas, sob a supervisão direta ou indireta do enfermeiro auxiliando o mesmo e desenvolvendo as atividades inerentes a equipe de Enfermagem dentro de sua formação técnica. O serviço conta com dois técnicos de enfermagem, sendo um para cada ambulância.

O profissional Socorrista (Motorista) tem como suas competências e atribuições, além de conduzir, conhecer integralmente o veículo e os componentes da ambulância que são de sua responsabilidade e realizar manutenção básica do mesmo. É inerente ao socorrista ainda auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida, como nas imobilizações e transporte de vítimas.

O Socorrista da Unidade Regionalizada em discussão trabalha com regime de plantões de 12 horas. Assim como os demais profissionais da equipe começa seu plantão com o *checklist* dos materiais da ambulância, mas com o diferencial de verificar a estrutura física e mecânica do veículo, se o mesmo está funcionando adequadamente ou se necessita de manutenção. Deve conhecer a cidade, as principais vias de acesso de todo o território abrangido pelo serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.

*Claro que a parte da ambulância em si, o condutor é quem fica a cargo dele, pra tá checando o oxigênio e a funcionalidade da ambulância em si DP-17*

*[...] fazendo o checklist da viatura [...] pra saber se teve algum problema com o material ou com a viatura e se tiver faltando algum material, combustível, oxigênio agente providencia logo, nossa função é essa no primeiro momento. DP-01*

Os recursos materiais são previstos desde o projeto inicial da implantação das Bases do SAMU e devem ser minuciosamente calculados e distribuídos, visto que estes são critérios analisados para o serviço seja devidamente habilitado.

Com relação a recursos materiais, sempre vão haver pequenos entraves, porém o Ministério da Saúde, ciente dos problemas existentes desta natureza, em parceria com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios, buscam reverter este quadro que



se mostra desfavorável à assistência da população. Para isso são realizados investimentos relativos ao custeio e adequação física e de equipamentos dos serviços integrantes destas redes assistenciais na área de assistência pré-hospitalar, nas Centrais de Regulação e de promover a capacitação de recursos humanos.<sup>15</sup>

Na concepção de algumas equipes estes recursos mostraram-se pertinentes para um bom desenvolvimento do serviço, porém foram constatadas pequenas falhas, fato que foi confirmado quando indagado às equipes. Apesar de considerarem os recursos materiais suficientes para o desenvolvimento de suas atividades, contudo, surgiram queixas com relação a aquisição de materiais novos e atualizados, apresentados às equipes nos treinamentos e cursos de atualização. Queixas com relação aos veículos também surgiram, no entanto tais problemas são resolvidos sem causar grandes prejuízos a dinâmica do serviço.

*[...] materiais novos que a gente já solicitou, como prancha que ainda é a antiga de madeira e agora é usado de outro material. DP-14*

*A coordenação sempre tem a preocupação de tá fornecendo material suficiente, então nós não temos problemas[...] DP-17*

A unidade regional do SAMU de Parnaíba está inserida no complexo junto ao Pronto Socorro Municipal, Secretaria de Saúde e Base de Estabilização. Nas delimitações do SAMU 192, em sua infraestrutura, é composta por recepção, sala de espera, central de regulação, repouso dos profissionais separados por gênero e cargo, sala da gerência, almoxarifado, toaletes, refeitório, cozinha, depósito de material de limpeza e estacionamento duplo para as ambulâncias e espaço para condução das mesmas. Todas estas estruturas.

Toda a unidade encontra-se devidamente mobiliada, garantindo o abrigo e conforto dos profissionais. A sala da central de regulação contém computadores com acesso à internet, rádio transmissor, walkie talkies e telefone. O almoxarifado contém todo material necessário para o serviço assistencial dos profissionais.

A portaria define que o SAMU deve dispor de um programa de capacitação permanente direta, fornecida pela própria unidade. É previsto pela PNAU o repasse de recursos e materiais para o funcionamento de Laboratório de Ensino em Procedimentos de Saúde. Embora o núcleo de ensino não conste no espaço físico da unidade.

As alocações da Central de Regulação e das Bases reguladas mostraram-se adequadas à

realidade local, na medida do possível, principalmente por se tratar de unidades pequenas, porém a demanda aumenta cada vez mais e os quantitativos mostram que reformulações em suas estruturas se fazem necessárias para oferecer uma melhor assistência à população, tanto no componente pré-hospitalar como hospitalar que deve estar apto a receber e acomodar dignamente a demanda gerada.

### ◆ Dificuldades encontrada do SAMU Regionalizado

A análise do cenário da pesquisa revela pequenos entraves, que podem ser destacados como barreiras para o bom funcionamento do serviço, dentre os quais a queixa por diversas partes, com relação ao mal funcionamento dos equipamentos de rádio de comunicação que apresentam baixa cobertura de sinal em vários pontos da região, chegando a não haver cobertura nenhuma em locais mais isolados.

A Central de Regulação precisa dispor impreterivelmente destes equipamentos para desenvolver suas atividades, visto que não há possibilidade de se fazer Regulação médica sem uma comunicação adequada entre a equipe. Nesse sentido é importante ressaltar que o profissional precisa de ferramentas para oferecer um serviço de qualidade e nem sempre ele dispõe de todo o aparato necessário e, por ser um serviço que lida com vidas, a situação se torna mais crítica.

*A maior parte do tempo os rádios estão funcionando de maneira precária, temos muita dificuldade de copiar, muitas vezes a gente tem que passar por telefone ligando pro 192. DP-05*

*A comunicação com a Base de Parnaíba é via celular, não tem rádio, aí quando acontece alguma ocorrência a gente só faz o C14 quando chega aqui [...] a não ser que por onde a gente passe tenha alguém com antena rural de celular a gente liga pra central. DP-15*

Outra problemática expressa nos depoimentos foi a dificuldade da população em informar de forma correta a situação da vítima e do agravo, causando dificuldade na regulação médica em identificar o perfil do acidente e autorizar o deslocamento do suporte adequado, no caso, suporte básico ou avançado, mesmo com toda experiência do TARM e do médico regulador muitas vezes só se sabe a gravidade do caso quando chegam na ocorrência.

*Essa questão de gravidade só se sabe realmente na hora, pois durante a ligação a pessoa passa uma gravidade, e quando se chega no local é algo bem mais simples, assim como tem gente que passa uma ‘coisa’ mais simples e na hora é algo mais grave,*

*isso vai depender da regulação do médico e da conversa que ele tem com a pessoa pelo telefone. DP-04*

O intuito é de que não se perca tempo no deslocamento de uma unidade de suporte básico para um acidente grave ou a ocupação da ambulância de suporte avançado enviada para um caso de atendimento mais simples. Nessa perspectiva é fundamental que a população que solicita o atendimento do SAMU deve estar orientada com relação aos tipos de atendimentos que são realizados pelo serviço, fato que faria com que as viaturas não fossem ocupadas com ocorrências desnecessárias, otimizando o serviço.

Outra barreira pontada nos discursos foi em relação a remoção da vítima por meios próprios, mesmo após o acionamento do SAMU.

*Ocorre muito de ligarem solicitando uma ambulância e ao chegarmos no local o paciente já ter sido removido por meios próprios e ninguém retorna a ligação avisando que o paciente já foi removido e que não precisa mais da viatura. DP-07*

É importante considerar que essa atitude da população pode repercutir em atraso na operacionalização do serviço e na evolução e prognóstico do paciente visto que o manuseio inadequado nas manobras de transporte traz agravos irreversíveis.

A regionalização, apesar de permitir uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas. Nem sempre o acesso aos serviços de referência quando o paciente precisa de um atendimento mais complexo é fácil para Bases descentralizadas devido estar geograficamente distante dos grandes centros de saúde e isso incorre muitas vezes em complicações no traslado das vítimas, embora sejam mantidos esforço pelas partes envolvidas para desenvolver da melhor maneira possível um bom funcionamento da rede.

*Como nos interiores tudo é longe e como o nosso hospital de referência é Parnaíba então se acontecer qualquer coisa grave ou algum trauma mais sério a gente tem que estar preparado [...] até chegar na unidade de referência. DP-12*

As bases reguladas pela Central de Regulação em estudo, que possuem somente uma Unidade de Suporte Básico ficam geograficamente distantes até cerca de 90km dos Serviço de referência, repercutindo em pouco mais de 1 hora para realizar este percurso. Isso impõe riscos às equipes e as vítimas, pois como se sabe Unidades Básicas do SAMU não atendem somente ocorrências de baixa complexidade nestes casos. Com o

aumento das estimativas de acidentes de trânsito com trauma, esses são os principais atendimentos feitos pelas equipes do SAMU em toda região havendo sempre a possibilidade de se deparar com casos mais graves não dispondo do suporte adequado.

*[...] tem ocorrências em localidades mais distantes[...] no interior[...] Se eu sair 7 horas da manhã nos só chegamos 10h da manhã, se tiver que morrer, morre, [...] não tem orelhão, rádio não pega [...] não tem como entrar em contato com a gente. [...] quando vem as gestantes, coitadinhas, parem no meio do caminho. DP-08*

Os diferentes níveis de atenção devem complementar-se por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contra referência, para isso é de fundamental importância que cada serviço acolha e atenda adequadamente a parcela da demanda que lhe é referenciado e se responsabilize pelo encaminhamento desta.<sup>15</sup>

E de total responsabilidade da equipe de atendimento pré-hospitalar a estabilização e condução da vítima até a instituição hospitalar referenciada para que seja adequadamente recepcionada e estabelecida, porém nem sempre isso pode ser realizado com rapidez, devido a entaves na rede de atendimento que com a superlotação nos Hospitais interfere diretamente na rotina dos profissionais dificultando a liberação dos equipamentos e macas para que possam seguir para uma próxima ocorrência.

Essa dificuldade na operacionalização do serviço em relação a liberação de equipamentos e macas é vivenciada por profissionais de atendimento pré hospitalar em todo Brasil, visto que

*Agora mesmo esse paciente que a gente levou do acidente, a gente deixou ele na sala de raio x por que não tinha uma vaga de enfermaria [...] e tinha que desocupar nossa maca [...] e é a realidade de praticamente todos os dias. DP-04*

*Em Parnaíba tem um grande problema, o Hospital de referência [...] atende toda a região, então muitas vezes a gente tem uma certa resistência dos profissionais [...] só que a gente sabe que o SAMU trabalha como o conceito de vaga zero [...] então ou que tenha vaga ou que não tenha ele tem que receber esse paciente. DP-17*

Outra questão a ser considerada é o insuficiente número de ambulâncias no SAMU regionalizado conforme depoimentos das equipes. As Portarias de regimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, define como critério de implantação de 1 USB, população de até 100mil habitantes e de 1 USA para cada 400mil, porém na prática esses

quantitativos não são suficientes, visto que o perfil de morbimortalidade é crescente e esse tipo de serviço de saúde se torna cada vez mais essencial e solicitado.

*Eu acho que deveríamos ter mais uma básica e uma avançada por que a população é grande e só temos uma básica e uma avançada só. DP-06*

## CONCLUSÃO

Em relação a rotinas do serviço, os participantes do estudo expressaram de forma unânime, a importância da conferência de materiais usados nos atendimentos sempre no início do plantão. Essa rotina começa desde a central de regulação, com o TARM e o médico regulador conferindo o sistema de comunicação e entrando em com as bases reguladas, quanto nas bases de operação onde há uma preocupação de todos os profissionais que atuam na assistência em conferir a viatura e materiais usados nos atendimentos no intuito de não serem pegos de surpresa com falta de algum equipamento durante o socorro.

O perfil de atendimento do SAMU regionalizado em estudo se igualou a maioria dos atendimentos realizados em outras regiões do país, visto que com o crescente desenvolvimento também de pequenas cidades, há um aumento de agravos como acidentes de trânsito e ainda incidentes agudos, que em sua maioria, são atendidos pela USA. No entanto a USB atende prioritariamente casos menos complexos, porém quando não há USA na cidade e surge a necessidade de atendimentos mais graves a USB é usada.

Os recursos materiais disponíveis no serviço são suficientes para o desenvolvimento das atividades, no entanto surgem queixas com relação a aquisição de alguns materiais novos e atualizados. As equipes são estruturadas de acordo com as portarias do MS. A presença do enfermeiro em algumas Unidades Básicas e do técnico de enfermagem na Unidade Avançada, fatos que não estão preconizados nas portarias, mas que contribuem para a otimização do serviço.

Tanto na Central de Regulação quanto das quatro bases de operação do SAMU reguladas em estudo, funcionam com o mínimo necessário apesar de enfrentarem algumas barreiras na sua operacionalização. Partindo deste pressuposto, recomenda-se que coordenadores do serviço junto a equipe e a gestão estadual, discutam sobre a reestruturação da rede de atendimento pré-hospitalar, objetivando melhorias do serviço e a otimização do atendimento à população.

As principais barreiras que afetam o funcionamento do serviço na Unidade do SAMU Regionalizado são a baixa cobertura de sinal para os equipamentos de radiocomunicação, remoção das vítimas por meios próprios pelo usuário, mesmo após o acionamento do SAMU, a distância geográfica das Bases Reguladas em relação aos serviços hospitalares de referência, o número insuficiente de ambulâncias para a população da área e como realidade vivenciada por serviços de atendimento pré-hospitalar de outras regiões, que é a superlotação de leitos hospitalares, interfere diretamente na operacionalização do SAMU em qualquer instância, ocasionando a retenção macas e materiais da viatura atrasando, assim, o descolamento para outras ocorrências.

Espera-se que este estudo possibilite novas reflexões acerca do funcionamento dos Serviços de Urgência regionalizados localizados em cidades do interior do país, para que possam funcionar de maneira adequada, possibilitando a diminuição de taxas e agravos por atendimentos inadequados no âmbito pré-hospitalar e ainda um novo olhar do enfermeiro que se mostra ser indispensável para o bom funcionamento de todos os serviços de saúde, sobretudo na Urgência e Emergência.

## REFERÊNCIAS

1. O'Dwyer G, Mattos RA. The SAMU, the regulation in the State of Rio de Janeiro and integral care according to managers of the three government levels. *Physis* [Internet]. 2012 [cited 2014 May 12]; 22(1):141-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a08.pdf>
2. Machado CV, Salvador FG, O'DWYER G. Mobile Emergency Care Service: analysis of Brazilian policy. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2014 May 08];45(3):519-528. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2335.pdf>
3. Cabral APS, Souza WV. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2008 [cited 2014 Mar 14];11(4):530-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n4/01.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1864, de 20 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por

intermédio da implantação do serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. Diário Oficial da União, Brasília, 2003 [cited 2014 May 02]. Available from:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1864.htm>

5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília 10 Jul. 2011 [cited 2014 May 02]. Available from:

[http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaudef/programas/samu/legisla/portaria\\_20110707\\_1600.pdf](http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaudef/programas/samu/legisla/portaria_20110707_1600.pdf)

6. Soares FRR, Moura LMS, Soares JD'AD, Miranda FAN. Regionalização dos serviços móveis de urgência a partir da política nacional de atenção às urgências. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2014 May 02];7(5):4332-4339. Available from:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/.../6358>

7. Lima JC, Rivera FJU. Networks for dialogue and coordination of health activities: a study on a regional mobile emergency care service. Cad. Saúde Pública [Internet] 2010 [cited 2014 Mar 03];26(2):323-336. Available from:

[www.scielo.org/pdf/csp/v26n2/11.pdf](http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n2/11.pdf)

8. Pitteri JSM, Monteiro PS. Caracterização do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) em Palmas-Tocantins, Brasil, em 2009. Com. Ciências Saúde [Internet] 2010 [cited 2014 May 22]; 21(3):227-236. Available from:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/caracterizacao\\_servico\\_atendimento\\_movel.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/caracterizacao_servico_atendimento_movel.pdf)

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.010, DE 21 DE MAIO DE 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União. Brasília, 2012 [cited 2014 Feb 22]. Available from:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010\\_21\\_05\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html)

10. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

11. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 27. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

12. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 6th. Reimpr. São Paulo: Atlas; 2009.

13. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012

(B). Diário Oficial da União. Brasília, 2013. Available from:

<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

14. Resolução COFEN 375/2011 - Dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar. Available from:

[http://www.cofen.gov.br/resolucofen-n-3752011\\_6500.html](http://www.cofen.gov.br/resolucofen-n-3752011_6500.html).

15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União. Brasília, 2002. Available from:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>

Submissão: 03/09/2015

Aceito: 04/10/2015

Publicado: 15/11/2015

### Correspondência

Luan da Silva Moraes  
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ  
Programa de Pós Graduação Mestrado  
Profissional em Saúde da Família  
Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123  
Bairro Uruguai  
CEP 64073-505 – Teresina (PI), Brasil