



Características clínicas e diagnósticos de enfermagem de pessoas atendidas pelo Suporte Avançado de Vida

Clinical characteristics and nursing diagnoses of people receiving Advanced Life Support

Características clínicas y diagnósticos de enfermería de las personas tratadas mediante Soporte Vital Avanzado

Diulia Rech Eichner¹, Eliane Raquel Rieth Benetti¹, Flavia Bressan¹, Gabrieli Beck Weide¹, Bruno Leonardo Winter¹, Luisa Fontella Barroso¹, Jaqueline Arboit¹, Silomar Ilha¹, Mariana Koprovski Suzano².

RESUMO

Objetivo: Descrever características sociodemográficas e clínicas e os Diagnósticos de Enfermagem de pessoas atendidas pelo Suporte Avançado de Vida. **Métodos:** Estudo transversal descritivo, quantitativo e coleta de dados retrospectiva, realizado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de um município do Rio Grande do Sul. A amostra constituiu-se por 225 prontuários de atendimentos do Suporte Avançado de Vida de 01/10/2022 a 30/09/2023. Dados coletados por meio de instrumento de avaliação sistemática, de dezembro/2023 a janeiro/2024. **Resultados:** Predomínio do sexo masculino (63,11%), na faixa etária de 18 a 39 anos, prevaleceram agravos por causas externas (9,33%), presença de uma ou mais comorbidades (30,22%). O maior número de ocorrências foi na segunda-feira e quarta-feira, respectivamente (17,33%; 16,89%). Identificou-se predomínio de pessoas atendidas em domicílio (20,80%) nos atendimentos clínicos, enquanto que no trauma em via pública (7,56%). Os Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes foram: Padrão respiratório ineficaz, Risco de pressão arterial instável, Proteção ineficaz e Dor aguda. **Conclusão:** Os diagnósticos de enfermagem quando integrados aos conhecimentos científicos e clínicos com abordagens baseadas em evidências, podem facilitar a prática dos cuidados, contribuindo em resultados positivos tanto para o paciente quanto para os serviços de saúde.

Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem, Emergências, Enfermagem em emergência, Assistência pré-hospitalar.

ABSTRACT

Objective: To describe the sociodemographic and clinical characteristics and Nursing Diagnoses of people receiving Advanced Life Support. **Methods:** Descriptive, quantitative, cross-sectional study with retrospective data collection, carried out at the Mobile Emergency Care Service of a city in Rio Grande do Sul. The sample consisted of 225 medical records of Advanced Life Support care from October 1, 2022 to September 30, 2023. Data were collected using a systematic assessment instrument from December 2023 to January 2024. **Results:** There was a predominance of males (63.11%), aged 18 to 39 years, with a prevalence of injuries due to external causes (9.33%), and the presence of one or more comorbidities (30.22%). The highest number of occurrences was on Monday and Wednesday, respectively (17.33%; 16.89%). There was a predominance of people treated at home (20.80%) in clinical care, while in trauma care in public spaces (7.56%). The most frequent Nursing Diagnoses were: Ineffective breathing pattern, Risk for unstable blood pressure, Ineffective protection and Acute pain. **Conclusion:** Nursing diagnoses, when integrated with scientific and clinical knowledge with evidence-based approaches, can facilitate the practice of care, contributing to positive results for both the patient and the health services.

Keywords: Nursing diagnosis, Emergency, Emergency medical services, Prehospital care, Emergency nursing.

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Palmeira das Missões - RS.

RESUMEN

Objetivo: Describir las características sociodemográficas, clínicas y Diagnósticos de Enfermería de personas atendidas por Soporte Vital Avanzado. **Métodos:** Estudio descriptivo, cuantitativo transversal y recolección de datos retrospectivos, realizado en el Servicio Móvil de Atención de Emergencia de un municipio de Rio Grande do Sul. La muestra está compuesta por 225 registros del servicio de Soporte Vital Avanzado del 01/10/2022 al 09/ 30/2023. Datos recopilados a través de un instrumento de evaluación sistemático, desde diciembre/2023 a enero/2024. **Resultados:** Predominio del sexo masculino (63,11%), edad entre 18 y 39 años, predominaron las lesiones por causas externas (9,33%), presencia de una o más comorbilidades (30,22%). El mayor número de ocurrencias se registró el lunes y miércoles, respectivamente (17,33%; 16,89%). Se identificó un predominio de personas atendidas en el domicilio (20,80%) en la atención clínica, mientras que en traumatología en la vía pública (7,56%). Los Diagnósticos de Enfermería más frecuentes fueron: Patrón respiratorio ineficaz, Riesgo de presión arterial inestable, Protección ineficaz y Dolor agudo. **Conclusión:** Los diagnósticos de enfermería, cuando se integran con el conocimiento científico y clínico con enfoques basados en la evidencia, pueden facilitar la práctica del cuidado, contribuyendo a resultados positivos tanto para el paciente como para los servicios de salud.

Palabras clave: Diagnóstico de enfermería, Emergencia, Servicios médicos de emergencia, Atención prehospitalaria, Enfermería de emergencia.

INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem como objetivo ampliar o acesso a serviços de saúde de maior qualidade e resolutividade, além de otimizar recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (QUICK DOLL SC, et al., 2022). A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) é uma das redes temáticas que foi condicionada para cumprir com os objetivos da RAS (BRASIL, 2011). Dentre os serviços integrantes da RUE, destaca-se o Atendimento Pré-Hospitalar (APH), que é caracterizado pela assistência desempenhada fora do ambiente hospitalar a pessoas que apresentam alterações agudas de saúde, sejam de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica (HORBACH PR, et al., 2021).

O APH móvel de Urgência é o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à saúde que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS (BRASIL, 2011; BRASIL, 2018). O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) destina-se ao atendimento de urgência e emergência em residências, locais de trabalho e vias públicas (BRASIL, 2023), com propósito de garantir o atendimento, transporte adequado e encaminhamento das pessoas a um serviço do SUS (BRASIL, 2022; PIZZOLATO AC, et al., 2023).

No Suporte Básico de Vida (SBV), a assistência é realizada por, no mínimo, um técnico de Enfermagem e um condutor. No Suporte Avançado de Vida (SAV), a assistência é privativa do enfermeiro, na composição com médico e condutor. Essa modalidade possibilita procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório, com veículo destinado ao atendimento/transporte de pacientes em emergências pré-hospitalares e/ou transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados intensivos (BRASIL, 2002; BRASIL, 2022). Sabe-se que a atuação do enfermeiro em ambientes pré-hospitalares é desafiadora, caracterizada pela complexidade dos atendimentos e pela exigência de raciocínio clínico destes profissionais (PIZZOLATO AC, et al., 2023).

A presença do enfermeiro no APH é prevista tanto pela Portaria 2048/2003 (BRASIL, 2003) quanto pela Lei 7498/1986 (BRASIL, 1986), a qual garante o direito ao Enfermeiro, privativamente: consulta e prescrição de enfermagem, cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida (morte) e cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas, entre outros.

Ademais, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 736/2024 (BRASIL, 2024) dispõe sobre a implantação do Processo de Enfermagem (PE) em ambientes públicos ou privados, onde ocorre o cuidado de enfermagem. A utilização do PE na prática clínica permite identificar respostas humanas que o enfermeiro é responsável por tratar (MANTOVANI VM, et al., 2020) e, seu uso melhora os resultados dos pacientes e a precisão da documentação (D'AGOSTINO F, et al., 2019).

O PE é organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas: Avaliação de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem (DE), Planejamento de Enfermagem, Implementação de Enfermagem e Evolução de Enfermagem (BRASIL, 2024). O DE é o julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos da vida, ou uma suscetibilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade (HERDMAN TH; KAMITSURU S; LOPES CT, 2021). Auxilia na identificação das necessidades específicas de saúde de cada pessoa e ao mesmo tempo norteia os profissionais no planejamento e na implementação das intervenções de forma adequada e eficaz (MOREIRA LDH, et al., 2021).

A taxonomia II da Nort American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I), adotada neste estudo, apresenta cada DE com sua definição teórica, Características Definidoras (CD), constituídas pelos sinais e sintomas que fundamentam a sua presença; Fatores Relacionados ou de Risco (FR); Condições Associadas (CA), isto é, condições que não são modificáveis pelo enfermeiro de forma independente, mas contribuem para a ocorrência do DE e Populações em Risco (HERDMAN TH et al, 2021).

Embora se verifique avanços na implementação do PE nos serviços de saúde, após a publicação da Resolução 358/2009 e da 736/2024, o APH constitui-se uma exceção, uma vez que a natureza dos atendimentos, a demanda, a rapidez e a agilidade constituem fatores dificultadores para que o PE seja realizado de forma sistemática. Infere-se que a implantação do PE no APH móvel, associado aos protocolos universais de atendimento na urgência e emergência tem potencial para qualificar, humanizar e garantir a continuidade do cuidado ao considerar os dados e as informações registradas pelo enfermeiro no APH.

Diante do exposto, sinaliza-se a relevância da realização deste estudo, visto que a identificação das características clínicas e dos DE designados para pessoas atendidas pelo SAV de um SAMU de um município do noroeste do Rio Grande do Sul, possibilita conhecer o perfil dos atendimentos. O tema é pertinente e relevante, tendo em vista que a utilização do PE em APH, especialmente dos DE, favorece o atendimento à pessoa de forma individualizada, humanizada e com cientificidade. Assim, o estudo tem potencial para adensar a produção do conhecimento e vislumbra-se subsidiar a implementação do PE no APH, especialmente no SAV. Assim, objetiva-se descrever características sociodemográficas e clínicas e os Diagnósticos de Enfermagem de pessoas atendidas pelo SAV.

MÉTODOS

O estudo integra o Projeto de Pesquisa “Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes em pessoas atendidas no serviço pré-hospitalar móvel e na emergência de um hospital de médio porte de um município do noroeste do Rio Grande do Sul”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino sob Parecer nº 6.531.507, CAAE: 75532923.2.0000.5346, atendendo aos aspectos explicitados pela Resolução 466/12 (BRASIL, 2012) e 510/16 (BRASIL, 2016). Para construção do relatório foi seguido o Check-list Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) (CUSCHIERI S, 2019, p. 31). Trata-se de um estudo transversal descritivo, quantitativo com coleta de dados retrospectiva, realizado no SAMU de um município do Rio Grande do Sul (RS).

A população do estudo foi constituída pelos prontuários de pessoas atendidas pelo SAV, no período de 01/10/2022 a 30/09/2023, independente da idade. Excluíram-se prontuários de atendimentos de óbitos e aqueles com incompletude de dados ou rasurados. Para seleção dos participantes seguiu-se a amostragem probabilística para assegurar que cada unidade da população tenha uma probabilidade especificada de seleção (HULLEY SB, et al., 2015). No SAMU, foram considerados os boletins de atendimento de pessoas atendidas pelo SAV, tanto de situações clínicas, de trauma ou de transporte.

Para o cálculo amostral foi considerado um erro amostral de 5%, proporção significativa de 50% e nível de significância de 5%, dado pela expressão numérica:

Figura 1 – Fórmula do cálculo amostral.

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{e^2 (N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

Legenda: n = amostra; N = população; $Z(\alpha/2) = 1,96$ (Valor tabelado – Distribuição normal padrão); p = percentual estimado; q = 1 – p (complemento de p); e = erro amostral; $\alpha = 0,05$ (nível de significância).

Fonte: Lopes LFD, 2018.

No período de um ano o SAMU atendeu um total de 1.558 chamados, sendo destes 1.003 do SBV e 555 do SAV. A população do estudo compõe-se de 555 atendimentos do SAV, dos quais foram excluídos 38 boletins referentes aos casos de atendimentos de óbitos, totalizando 517 elegíveis. Pelo cálculo amostral chegou-se a uma amostra de 225 prontuários, distribuídos em 12 meses, proporcionalmente, por sorteio.

Antes de iniciar as coletas dos dados realizou-se teste piloto do instrumento, e com base na avaliação preliminar, foram feitos ajustes no layout do instrumento, mantendo as variáveis coletadas intactas. Após essas adaptações, o instrumento com os dados coletados no teste piloto foi integrado à amostra principal. A coleta de dados foi realizada nos arquivos do SAMU pelos integrantes da equipe de pesquisa, no período de dezembro/2023 a janeiro/2024, em sala disponibilizada pelo serviço.

Para coleta foi utilizado um instrumento de avaliação sistemática construído pelos pesquisadores, o qual integra variáveis sociodemográficas e clínicas, tipo do atendimento, exame primário, fatores relacionados ou de risco (causas), características definidoras (sinais e sintomas) e condições associadas aos DE. A partir desses dados, os pesquisadores designaram DE para as pessoas atendidas pelo SAV, processo acompanhado e validado pela docente orientadora do estudo. Os dados foram digitados em uma planilha do programa Microsoft Excel® 2019. Para as análises foi utilizado o software estatístico R. As variáveis qualitativas foram descritas por frequências absolutas e relativas.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi constituída por 225 prontuários de pessoas atendidas pelo SAV do SAMU, distribuídas em três tipos de atendimentos: Clínico (71-31,56%), trauma (35-15,56%) e transporte (119-52,89%). As características sociodemográficas e clínicas da amostra estão apresentadas na **(Tabela 1)**.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas de pessoas atendidas pelo Suporte Avançado de Vida do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência conforme tipo de atendimento.

Atendimento - Variável	Clínico n (%)	Trauma n (%)	Transporte n (%)	Total n (%)
Sexo				
Feminino	28 (12,44)	8 (3,56)	47 (20,89)	83 (36,89)
Masculino	43 (19,11)	27 (12,00)	72 (32,00)	142 (63,11)
Faixa etária				
Neonato	2 (0,89)	-	18 (8,00)	20 (8,89)
De 29 dias a 1a11m29d	-	-	5 (2,22)	5 (2,22)
De 2 a 11 anos	-	2 (0,89)	2 (0,89)	4 (1,78)
De 12 a 17 anos	2 (0,89)	-	3 (1,33)	5 (2,22)
De 18 a 39 anos	9 (4,00)	21 (9,33)	17 (7,56)	47 (20,89)
De 40 a 59 anos	16 (7,11)	6 (2,67)	21 (9,33)	43 (19,11)
De 60 a 79 anos	30 (13,33)	5 (2,22)	42 (18,67)	77 (34,22)
80 anos ou mais	12 (5,33)	1 (0,44)	11 (4,89)	24 (10,67)

Presença de comorbidades				
Sim	33 (14,67)	1 (0,44)	34 (15,11)	68 (30,22)
Não	11 (4,89)	11 (4,89)	26 (11,56)	48 (21,33)
Não informado	27 (12,00)	23 (10,22)	59 (26,22)	109 (48,44)
Comorbidades				
HAS ⁽¹⁾	13 (5,78)	1 (0,44)	13 (5,78)	27 (12,00)
DM ⁽²⁾	10 (4,44)		10 (4,44)	20 (8,89)
Cardiopatia	8 (3,56)		12 (5,33)	20 (8,89)
Renal	-	-	4 (1,78)	4 (1,78)
Neuropatia	10 (4,44)		8 (3,56)	18 (8,00)
Outras	6 (2,76)		4 (1,78)	10 (4,44)

Legenda: ⁽¹⁾ HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; ⁽²⁾ DM: Diabetes Mellitus.

Fonte: Eichner DR, et al., 2025.

Verificou-se que 68 (30,22%) pessoas possuíam alguma comorbidades, sendo que algumas delas possuíam duas ou mais comorbidades. As variáveis relacionadas aos atendimentos realizados pelo SAV estão descritas na (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Distribuição das variáveis relacionadas ao tipos de atendimento do Suporte Avançado de Vida.

Atendimento - Variáveis	Clínico n (%)	Trauma n (%)	Transporte n (%)	Total n (%)
Dia da semana				
Domingo	14 (6,22)	5 (2,22)	15 (6,67)	34 (15,11)
Segunda-feira	15 (6,67)	5 (2,22)	19 (8,44)	39 (17,33)
Terça-feira	11 (4,89)	3 (1,33)	21 (9,33)	35 (15,56)
Quarta-feira	12 (5,33)	9 (4,00)	17 (7,56)	38 (16,89)
Quinta-feira	10 (4,44)	2 (0,89)	13 (5,78)	25 (11,11)
Sexta-feira	3 (1,33)	8 (3,56)	20 (8,89)	31 (13,78)
Sábado	6 (2,67)	3 (1,33)	14 (6,22)	23 (10,22)
Local de atendimento				
Domicílio	49 (21,78)	8 (3,56)		57 (25,33)
Local de trabalho	3 (1,33)	1 (0,44)		4 (1,78)
Via pública – cidade	5 (2,22)	12 (5,33)		17 (7,56)
Via pública - rodovia	2 (0,89)	8 (3,56)		10 (4,44)
Hospital Ronda Alta			15 (6,67)	15 (6,67)
Hospital Jaboticaba			4 (1,78)	4 (1,78)
HCPM ⁽¹⁾			51 (22,67)	51 (22,67)
Hospital Sarandi	4 (1,78)	-	47 (20,89)	51 (22,67)
Não informado	8 (3,56)	6 (2,67)	2 (0,89)	16 (7,11)

Legenda: ⁽¹⁾ HCPM: Hospital de Caridade de Palmeira das Missões.

Fonte: Eichner DR, et al., 2025.

Na **Tabela 3** estão apresentadas as especificações dos atendimentos realizados pelo SAV de acordo com a faixa etária das pessoas. Na **Tabela 4** estão apresentados os procedimentos executados no SAV conforme tipo de atendimento.

Tabela 3 – Especificações dos tipos de atendimentos do Suporte Avançado de Vida conforme faixa etária.

Faixa etária - Variável	Até 28 dias n (%)	28 dias - 2 anos n (%)	2-12 anos n (%)	13-17 anos n (%)	18-39 anos n (%)	40-59 anos n (%)	60-79 anos n (%)	> 80 anos n (%)	Total n (%)
Atendimento Clínico									
Respiratório				1 (0,44)	-	2 (0,89)	9 (4,00)	6 (2,67)	18 (8,00)
Cardiovascular					2 (0,89)	3 (1,33)	8 (3,56)	3 (1,33)	16 (7,11)
Neurológico					3 (1,33)	6 (2,67)	8 (3,56)	1 (0,44)	18 (8,00)
Psiquiátrico		-			2 (0,89)				2 (0,89)
Intoxicação exógena				-	1 (0,44)		-		1 (0,44)
Metabólico						1 (0,44)	2 (0,89)	2 (0,89)	5 (2,22)
Gastrointestinal					-	1 (0,44)	1 (0,44)		2 (0,89)
Outros	2 (0,89)	-		1 (0,44)	1 (0,44)	3 (1,33)	2 (0,89)	-	9 (4,00)
Atendimento Trauma									
Acidente de trânsito não especificado			1 (0,44)		10 (4,44)	1 (0,44)	2 (0,89)		14 (6,22)
Queda			1 (0,44)	-	5 (2,22)	4 (1,78)	3 (1,33)	-	13 (5,78)
Agressão física					1 (0,44)	1 (0,44)	-		2 (0,89)
FAF ⁽¹⁾		-			2 (0,89)				2 (0,89)
FAB ⁽²⁾				-	1 (0,44)		-		1 (0,44)
Outros					3 (1,33)				3 (1,33)
Transporte									
Respiratório	10 (4,44)	1 (0,44)	2 (0,89)		1 (0,44)	2 (0,89)	4 (1,78)	1 (0,44)	21 (9,33)
Cardiovascular			-		-	9 (4,00)	17 (7,56)	6 (2,67)	32 (14,22)
Neurológico			1 (0,44)		1 (0,44)	2 (0,89)	12 (5,33)	1 (0,44)	17 (7,56)
Gastrointestinal	-	1 (0,44)			1 (0,44)	2 (0,89)	2 (0,89)		6 (2,67)
Metabólico	1 (0,44)				1 (0,44)	1 (0,44)	1 (0,44)	-	4 (1,78)
Intoxicação exógena	-				1 (0,44)		-		1 (0,44)
Sepse	2 (0,89)				1 (0,44)	-	2 (0,89)	2 (0,89)	7 (3,11)
Outros	6 (2,67)	1 (0,44)			6 (2,67)	1 (0,44)	1 (0,44)	-	15 (6,67)
Atropelamento					1 (0,44)		-		1 (0,44)
Queda					2 (0,89)	1 (0,44)	1 (0,44)	1 (0,44)	6 (2,67)
FAF ⁽¹⁾						-	1 (0,44)		1 (0,44)
FAB ⁽²⁾					1 (0,44)	-			1 (0,44)
Acidente trânsito não especificado					1 (0,44)	2 (0,89)	2 (0,89)	2 (0,89)	7 (3,11)

Legenda: ⁽¹⁾FAF = Ferimento Arma de Fogo; ⁽²⁾FAB = Ferimento Arma Branca.

Fonte: Eichner DR, et al., 2025.

Tabela 4 – Procedimentos executados no Suporte Avançado de Vida conforme tipo de atendimento.

Atendimento - Procedimento	Clinico n (%)	Trauma n (%)	Transporte n (%)	Total n (%)
Punção venosa	27(12,00)	13 (5,78)	47 (20,89)	87(38,67)
Sondagem vesical	4 (1,78)	-	16 (7,11)	20 (8,89)
Desfibrilação	1 (0,44)		1 (0,44)	1 (0,44)
Guedel	-	1 (0,44)	-	1 (0,44)
Sondagem nasogástrica/nasoentérica		-	7 (3,11)	7 (3,11)
Imobilização		10 (4,44)	4 (1,78)	14 (6,22)
Prancha		7 (3,11)	2 (0,89)	9 (4,00)
Oxigenioterapia	15 (6,67)	9 (4,00)	35 (15,56)	59(26,22)
Punção tórax	-	-	1 (0,44)	1 (0,44)
Intubação endotraqueal	2 (0,89)	1 (0,44)	8 (3,56)	11 (4,89)
Reanimação cardiopulmonar	2 (0,89)	-	-	2 (0,89)
Colar Cervical	-	8 (3,56)	2 (0,89)	11 (4,89)
Curativo		1 (0,44)	1 (0,44)	2 (0,89)
Fluidoterapia	3 (1,33)	2 (0,89)	12 (5,33)	17 (7,56)

Fonte: Eichner DR, et al., 2025.

Foram inferidos pelos pesquisadores um total de 978 DE para as pessoas atendidas pelo SAV. Os mais frequentes estão apresentados na (Tabela 5).

Tabela 5 – Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes designados para pessoas atendidas pelo SAV conforme tipo de atendimento.

Atendimento DE	Clínico n (%)	Trauma n (%)	Transporte n (%)	Total n (%)
Padrão respiratório ineficaz (00032) ⁽⁴⁾	31(13,78)	6 (2,67)	44 (19,56)	81 (36,00)
Risco de pressão arterial instável (00267) ⁽⁴⁾	21 (9,33)	5 (2,22)	27 (12,00)	53 (23,56)
Proteção ineficaz (00043) ⁽¹⁾	18 (8,00)	4 (1,78)	39 (17,33)	61 (27,11)
Dor aguda (00132) ⁽¹²⁾	14 (6,22)	17 (7,56)	23 (10,22)	54 (24,00)
Controle de impulsos ineficaz (00222) ⁽⁵⁾	14 (6,22)	-	-	14 (6,22)
Risco de débito cardíaco diminuído (00240) ⁽⁴⁾	13 (5,78)	1 (0,44)	19 (8,44)	23 (10,22)
Débito cardíaco diminuído (00029) ⁽⁴⁾	12 (5,33)	-	22 (9,78)	34 (15,11)
Risco de glicemia instável (00179) ⁽²⁾	11 (4,89)		11 (4,89)	22 (9,78)
Conforto prejudicado (00214) ⁽¹²⁾	11 (4,89)	6 (2,67)	37 (16,44)	54 (24,00)
Confusão aguda (00128) ⁽⁵⁾	10 (4,44)	2 (0,89)	-	12 (5,33)
Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída (00200) ⁽⁴⁾	10 (4,44)	-	19 (8,44)	29 (12,89)
Risco de função cardiovascular prejudicada (00311) ⁽⁴⁾	10 (4,44)	1 (0,44)	32 (14,22)	43 (19,11)
Integridade tissular prejudicada (00044) ⁽¹¹⁾	2 (0,89)	15 (6,67)	20 (8,89)	37 (16,44)
Risco de sangramento (00206) ⁽¹¹⁾	-	10 (4,44)	17 (7,56)	27 (12,00)
Risco de trauma físico (00038) ⁽¹¹⁾	1 (0,44)	9 (4,00)	-	10 (4,44)
Comportamento de saúde propenso a risco (00188) ⁽¹⁾	6 (2,67)	9 (4,00)		15 (6,67)
Integridade da pele prejudicada (00046) ⁽¹¹⁾	1 (0,44)	8 (3,56)		9 (4,00)
Risco de infecção (00004) ⁽¹¹⁾	6 (2,67)	3 (1,33)		27 (12,00)
Ventilação espontânea prejudicada (00033) ⁽⁴⁾	3 (1,33)	1 (0,44)	21 (9,33)	25 (11,11)
Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz (00201) ⁽⁴⁾	4 (1,78)	-	18 (3,56)	22 (9,78)
Risco de choque (00205) ⁽¹¹⁾	4 (1,78)		13 (5,78)	17 (7,56)
Troca de gases prejudicada (00030) ⁽³⁾	1 (0,44)		11 (4,89)	12 (5,33)
Risco de lesão por pressão neonatal (00288) ⁽¹¹⁾	1 (0,44)		11 (4,89)	12 (5,33)

Legenda: Domínios da NANDA-I: ⁽¹⁾Promoção da saúde; ⁽²⁾Nutrição; ⁽³⁾Eliminação e troca; ⁽⁴⁾Atividade e repouso; ⁽⁵⁾Percepção/cognição; ⁽¹¹⁾Segurança e proteção; ⁽¹²⁾Conforto.

Fonte: Eichner DR, et al., 2025.

DISCUSSÃO

Os serviços de atendimento às emergências têm sido compreendidos como componentes essenciais da cobertura em saúde. Esses pontos da RAS englobam recursos para a assistência desde o local do agravo, no caso de APH, até o ambiente intra-hospitalar. Serviços organizados e bem distribuídos, apresentam resultados relevantes e são custo-eficientes na abordagem das urgências e emergências, principalmente em agravos sensíveis ao tempo (MALVESTIO MAA; SOUSA RMC, 2022).

Estudo que objetivou analisar a evolução e o cenário de cobertura do APH no Brasil entre 2015 e 2019, revelou que o serviço atendia a 100% das pessoas das capitais brasileiras (79,7% de SBV e 20,3% de SAV), enquanto nas cidades do interior, alcançou 75,5% (82,1% de SBV e 17,9% de SAV). Na região Sul do Brasil, 94,6% da população tinha cobertura em 78,4% dos municípios, sendo que a cobertura no interior alcançou 93,3%, diferentemente do cenário nacional. Ainda, a região Sul, menor em extensão, possuía o modelo com maior participação de SAV no atendimento terrestre (18,3%), com cobertura de 9,2 cidades por cada unidade (MALVESTIO MAA; SOUSA RMC, 2022).

Na presente pesquisa prevaleceram os atendimentos exclusivos para transporte (52,89%), seguidos de atendimentos clínicos (31,56%) e traumáticos (15,56%). Estudo realizado na capital do RS, identificou que 60,4% dos atendimentos das SAV no primeiro trimestre de 2016 foram clínicos, 34,8% traumáticos e, somente 1,8% atendimentos para transporte (BATTISTI GR, et al., 2019).

Discorre-se que essa diferença se deve às características e organização da RAS em cidades interioranas, que tem a assistência de média e alta complexidade referenciadas para hospitais de grande porte. Isso demanda a transferência de pessoas e, a viatura do SAV é um meio de transporte ideal para isso, adaptada com equipamentos, materiais e recursos humanos (SILVA JBC, et al., 2022).

Ao analisar o perfil sociodemográfico dos atendimentos do SAV, constatou-se que 63,11% eram do sexo masculino. Resultados convergentes foram encontrados na literatura, em diferentes regiões do país (CAVALHEIRO BE, et al., 2023; VIZENTAINER DFP, et al., 2022; TIBÃES HBB, et al., 2018). Da mesma forma, observou-se que nos atendimentos de trauma a maior parte era do sexo masculino. Essa maior frequência de pessoas do sexo masculino pode estar relacionada a aspectos comportamentais comuns nos homens, como ingestão de álcool, imprudência no trânsito e desuso de equipamentos de proteção.

Ainda, sobre a faixa etária destaca-se teve-se um grande número de transportes de recém-nascido a 17 anos, para serviços especializados (12,44%). Já, em estudo transversal quantitativo, realizado no SAMU no noroeste do Paraná, somente 3,37% foram transferidos para municípios circunvizinhos (SHIBUKAWA BMC, et al., 2020). Os resultados do estudo em tela se devem ao fato de que os hospitais da sede e das cidades vizinhas não possuem unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica. Assim, frequentemente existe a necessidade de transferir recém-nascidos e adolescentes para outras instituições que ofereçam esses cuidados especializados.

Observa-se que, em diferentes cenários, as transferências, caracterizadas pelo transporte inter-hospitalar, ocupam uma grande porcentagem dos atendimentos realizados pelo SAMU. Nesse contexto, salienta-se a importância da comunicação adequada entre os serviços da RAS, bem como a organização na referência e contra referência, com intuito de evitar sobrecarga dos serviços (DE CASTRO RF, et al., 2020). Essa modalidade de atendimento executada pelo SAV garante a integralidade e a resolutividade, tendo em vista que o transporte qualificado em viaturas do SAMU para uma unidade de saúde indicada a sua necessidade, complementa o tratamento (BRASIL, 2003).

No presente estudo, o atendimento de pessoas acima de 60 anos totalizou 44,89% dos chamados, sendo mais frequentes atendimento de transporte (23,56%) e clínicos (18,66%). Na realidade investigada, esse resultado pode estar associado a maior expectativa de vida no Sul do país, o que consequentemente aumenta o período de exposições e a predisposição às condições crônicas de saúde, justificando maiores prevalências de multimorbidade na região Sul (CAMARGOS MCS, et al., 2019). Salienta-se que com o envelhecimento as pessoas são incapazes de responder ao aumento nas demandas fisiológicas. Além disso, a existência de comorbidades predispõem as pessoas idosas a agudizações e novos agravos clínicos (BARBOSA KTF, et

al., 2021; OLIVEIRA-FIGUEIREDO DST, et al., 2024). Os resultados do presente estudo corroboram com a literatura, inclusive no que concerne às pessoas idosas acima de 80 anos de idade (10,67%) atendidas pelo SAV, com 5,33% de atendimentos clínicos.

Em análise dos atendimentos realizados na Central de Regulação de Urgência/SAMU do RS no período de 2016 e 2017, foi identificado que 16,30% dos atendimentos eram de pessoas idosas com mais de 80 anos (DORR MR, et al., 2020). Cita-se que dentre as condições de vulnerabilidade e risco levadas em consideração pelos médicos reguladores no momento do chamado, está a faixa etária. No que diz a respeito às comorbidades, 30,22% das pessoas atendidas pelo SAV tinham uma ou mais comorbidades referidas, sendo a mais frequente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (12,00%).

Esses resultados podem estar associados a deficiências na capacidade da APS, de coordenar e organizar o cuidado, o que contribui para a fragmentação da assistência e acaba apresentando desafios em toda a RAS, isso acaba impactando diretamente nos serviços de urgência e emergência, sobrecarregando o acúmulo de demandas (SCOLARI GAS, et al., 2021).

Por conta disso, esses resultados são fundamentais para a criação e adequação de políticas públicas, que possam responder às necessidades da população, além de embasar a implementação de iniciativas de promoção da saúde e prevenção de agravos. Ainda, salienta-se a importância do envolvimento de toda a equipe de saúde em ações de educação em saúde, especialmente com as pessoas que têm uma doença crônica. Sabe-se que a HAS é sensível ao tratamento farmacológico e não farmacológico, e que a adesão a eles é essencial para uma menor incidência de agravos.

No que diz a respeito na distribuição dos atendimentos, conforme o dia da semana, 17,33% foram realizados na segunda-feira e 16,89%, na quarta-feira. Infere-se que o maior número de atendimentos em dias úteis da semana se justifica pelo tipo de atendimento mais frequente (transporte), relacionado às transferências para hospitais de referência na região. Quanto ao local de atendimento verificou-se predomínio de pessoas atendidas no domicílio no atendimento clínico (20,80%); no trauma, o maior número de pessoas foi atendido na via pública e, no transporte, a origem de maior parte das pessoas transferidas foram dos hospitais.

No que diz a respeito aos tipos de atendimentos clínicos e de trauma, o destino com maior abrangência foi o hospital, que é porta de entrada para o SUS das pessoas atendidas pelo SAMU. Em relação as queixas mais frequentes das pessoas atendidas pelo SAV, verificou-se similaridade com resultados de estudo realizado no interior de São Paulo na Central de Regulação das Urgências do SAMU e no Pronto Socorro da região (CYRINO CMS, et al., 2021).

De forma geral, independentemente da localização geográfica, pode-se afirmar que as principais queixas apresentadas nas ocorrências clínicas sinalizaram agravos dos sistemas respiratório, cardiovascular e neurológico. No que se refere aos procedimentos realizados durante o APH no SAV o mais frequente foi a punção venosa periférica (38,67%) seguido da instalação de oxigenoterapia (26,22%). A alta frequência de punção venosa periférica no APH pode ser atribuída à necessidade de manter uma via permeável para a infusão de volumes ou até mesmo para a infusão de medicamentos, especialmente durante o transporte e ou transferência prolongada dos pacientes.

Quanto a assistência respiratória ela é indispensável, porque mantém a oxigenação das pessoas para corrigir as trocas gasosas e assim prevenir a hipoxemia e a acidose respiratória, aliviar o trabalho da musculatura respiratória, diminuir o desconforto e permitir execução de medidas terapêuticas específicas (BARBOSA KTF, et al., 2021). Ao analisar as queixas e os sinais e sintomas, bem como as características clínicas das pessoas atendidas pelo SAV, foram identificadas características definidoras e fatores relacionados ou de risco que embasaram o julgamento clínico e a designação dos DE pelos pesquisadores. Destaca-se que a designação dos DE pelos pesquisadores conferiu inovação ao estudo em tela, visto que a utilização de sistemas de linguagem padronizada potencializa a disseminação e a divulgação dos conhecimentos produzidos.

Defende-se a utilização do PE com a utilização de DE no APH, especialmente no SAV, a fim de aprimorar a organização e os cuidados da equipe de saúde, especialmente da enfermagem. Entende-se que os DE constituem a base para o enfermeiro planejar seus resultados e intervenções de enfermagem, utilizando-se do julgamento e raciocínio clínico embasados em evidências científicas sobre as respostas humanas alteradas (HERDMAN TH et al, 2021).

Ademais, eles colaboram para a visibilidade da identidade profissional e tem potencial de garantir um cuidado individualizado, seguro e eficaz alinhado ao quadro clínico específico de cada pessoa. É importante ressaltar, que no ambiente do APH, é crucial que os enfermeiros atendem com rapidez e agilidade, priorizando os diagnósticos que orientam as intervenções imediatas, que são viáveis dentro do contexto inserido (PIZZOLATO AC, et al., 2023; VIZENTAINER DFP, et al., 2022).

Para a amostra do estudo em tela foram designados um total de 978 DE, sendo os mais frequentes “Padrão respiratório ineficaz”, “Risco de pressão arterial instável”, “Proteção ineficaz” e “Dor aguda”. Esses DE, quando integrados aos conhecimentos científicos e clínicos com abordagens baseadas em evidências, podem facilitar a prática dos cuidados, contribuindo em resultados positivos tanto para o paciente quanto para os serviços de saúde e para a RAS, como um todo.

Nesse sentido, por fornecerem uma perspectiva para nomear, entender e pensar sobre esse conjunto de observações clínicas, os DE se tornam essenciais no cenário do APH, isso porque as pessoas estão sob cuidados de enfermagem por algum tempo antes que um diagnóstico médico seja determinado. É notável a relevância do estudo em tela, o qual descreveu as características clínicas e DE designados para pessoas atendidas pelo SAV de um SAMU do interior do RS, estruturado em 2011.

Este estudo apresenta o ineditismo de incluir a designação dos DE pelos pesquisadores a partir das características definidoras e fatores de risco apresentados pelas pessoas atendidas pelo SAV. Dessa forma, tem potencial para delimitar o perfil dos atendimentos e DE mais frequentes para a população assistida e, assim permitir o planejamento e reorganização da assistência, ações de prevenção de acidentes e educação sobre as atribuições do SAMU. Como limitações, aponta-se que este estudo descreve o perfil de atendimentos do SAV de um SAMU de um município com características interioranas.

Além disso, a coleta de dados em boletins de atendimentos com registros manuais pode ter restringido o acesso a informações importantes, visto que os registros também eram reduzidos. Outro aspecto limitante, é que no cenário do estudo não estão implementados o PE e os DE. No entanto, apesar dessas limitações notabiliza-se a potencialidade dos resultados acerca das características clínicas e DE em pessoas atendidas pelo SAV, distribuídas conforme tipo de atendimento, seja clínico, trauma ou transporte. Além do mais, o SAMU corresponde a um serviço qualificado de APH, implementado no país há duas décadas e por isso, é um celeiro de possibilidades para novos estudos.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou a descrição das características sociodemográficas e clínicas, bem como dos DE designados para as pessoas atendidas pelo SAV. Verificou-se predomínio do sexo masculino (63,11%), na faixa etária de 18 a 39 anos, prevaleceram os agravos por causas externas (9,33%), presença de uma ou mais comorbidades (30,22%). Quanto aos Diagnósticos de Enfermagem, foram designados um total de 978 títulos diagnósticos, sendo mais frequentes “Padrão respiratório ineficaz”, “Risco de pressão arterial instável”, “Proteção ineficaz” e “Dor aguda”. Os DE quando integrados aos conhecimentos científicos e clínicos com abordagens baseadas em evidências, podem facilitar a prática dos cuidados, contribuindo em resultados positivos tanto para o paciente quanto para os serviços de saúde e para a Rede de Atenção à Saúde, como um todo.

FINANCIAMENTO

Pró-Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria - Bolsas de Iniciação Científica e/ou Auxílio à Pesquisa do Fundo de Incentivo à Pesquisa (FIPE), Edital 002/2024.

REFERÊNCIAS

1. BARBOSA KTF, et al. Profile of occurrence in the service to elderly people by the mobile pre-hospital care service. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 2021; 13: 1053-1059.
2. BATTISTI GR, et al. Perfil de atendimento e satisfação dos usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2019, 40: 20180431.
3. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Decreto N 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. 1986. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687/>. Acessado em: 30 de outubro de 2023.
4. BRASIL. Conselho Federal de enfermagem (COFEN). Resolução COFEN 713/2022. Atualiza a norma de atuação dos profissionais de enfermagem no APH móvel Terrestre e Aquaviário, quer seja na assistência direta, no gerenciamento e/ou na Central de Regulação das Urgências, em serviços públicos e privados, civis e militares. 2022. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-713-2022_104087.html. Acessado em: 04 de novembro de 2023.
5. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). RESOLUÇÃO COFEN 736/2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 18 mar. 2024. Acesso em: 4 jul. 2024.
6. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria N° 1600, de 07 de julho 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acessado em: 22 de outubro de 2023.
7. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html. Acessado em: 02 de fevereiro de 2024.
8. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria N° 2048, de 05 de novembro de 2002. Estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acessado em: 22 de outubro de 2023.
9. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 288, de 12 de março de 2018. Redefine a operacionalização do cadastramento de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e o elenco de profissionais que compõem as equipes do SAMU 192 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2018/prt0288_29_03_2018.html. Acessado em: 24 de outubro de 2023.
10. BRASIL. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). 18 jul. 2022 [atualizado, 2023]. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/samu-192>. Acessado em: 22 de outubro de 2023.
11. CAMARGOS MCS, et al. Disability-free life expectancy estimates for Brazil and Major Regions, 1998 and 2013. *Ciência Saúde Coletiva*, 2019; 24(3): 737-47.
12. CAVALHEIRO BE, et al. Perfil das Ocorrências Realizadas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Município de Porto Velho/RO. *Revista Ft Ciências da Saúde*, 2023; 27(120): 1.
13. CUSCHIERI S. The STROBE guidelines. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 2019; 13(1): 31–34.
14. CYRINO CMS, et al. Perfil, evolução e desfecho dos pacientes atendidos pelo serviço de atendimento móvel de urgência. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2021; 20(2): 58193.
15. D'AGOSTINO F. et al. Impact of an electronic nursing documentation system on the nursing process accuracy. *Advances in Intelligent Systems and Computing*, 2019; 804: 247–252.

16. DE CASTRO RF, et al. Caracterização das ocorrências do serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 2020; 7: 5625.
17. DORR MR, et al. Serviço de atendimento móvel de urgência do Rio Grande do Sul. *Enfermagem em Foco*, 2020; 11(2): 78-84.
18. HERDMAN TH, et al (Orgs.). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2021-2023*. Porto Alegre: Artmed, 2021; 12.
19. HORBACH PR, et al. Percepções de enfermeiros acerca da atuação profissional no contexto do atendimento pré-hospitalar móvel. *Enfermagem em Foco*, 2021; 11(6): 6471.
20. HULLEY SB, et al. *Delineando a Pesquisa Clínica*. Porto Alegre: Grupo A, 2015.
21. LOPES LFD. *Métodos quantitativos aplicados ao comportamento organizacional*. Santa Maria: Voix, 2018.
22. MALVESTIO MAA, SOUSA RMC de. Desigualdade na atenção pré-hospitalar no Brasil: análise da eficiência e suficiência da cobertura do SAMU 192. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2022, 27(7): 2921-34.
23. MANTOVANI VM, et al. NANDA-I, NOC, and NIC Linkages for Nutritional Problems. *International Journal of Nursing Knowledge*, 2020; 31(4): 246–52.
24. MOREIRA LDH, et al. A importância do diagnóstico de enfermagem: visão do enfermeiro. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 2021; 2: 24510212508.
25. OLIVEIRA-FIGUEIREDO DST, et al. Qual é a carga de multimorbidade e os fatores associados à sua ocorrência em pessoas idosas brasileiras? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2024; 77(1): 20220809.
26. PIZZOLATO AC, et al. Validação de instrumento para Registro do Processo de Enfermagem no atendimento pré-hospitalar móvel de urgência. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2023; 13: 11.
27. QUICK DOLL SC, et al. Qualidade dos componentes pré-hospitalares fixos da Rede de Urgência e Emergência no Brasil: um estudo a partir de dados do PMAQ-AB e PNASS. *Cadernos de Saúde Pública*, 2022; 38(8): 9922.
28. SCOLARI GAS, et al. Fatores relacionados ao acolhimento com classificação de risco a idosos em unidades de pronto atendimento. *Revista Enfermagem UERJ*, 2021; 29: 52999.
29. SHIBUKAWA BMC, et al. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: perfil dos atendimentos de crianças e adolescentes. *Research, Society and Development*, 2020; 9(7): 505974666.
30. SILVA JBC, et al. Perfil dos atendimentos pré-hospitalares em serviço de atendimento móvel de urgência no Nordeste do Brasil. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2022; 21: 56830.
31. TIBÃES HBB, et al. Service Profile of the Mobile Emergency Care Service in The North of Minas Gerais State. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 2018; 10(3): 675-82.
32. VIZENTAINER DFP, et al. Perfil dos atendimentos em um serviço móvel de urgência em Passo Fundo – RS. *Revista Ciência & Humanização do Hospital de Clínicas de Passo Fundo*, 2022; 2(2): 138–50.