

ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE EMERGÊNCIA: UMA QUESTÃO DE GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

PREHOSPITAL MOBILE EMERGENCY SERVICE'S ORGANIZATION: A MATTER OF HEALTH SERVICES MANAGEMENT

ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO PRE-HOSPITAL MÓVIL DE EMERGENCIAS: UNA CUESTIÓN DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Luiz Anildo Anacleto da Silva¹, Grazieli Cardos da Silva²

RESUMO

O objetivo foi de compreender as reais funções dos Bombeiros Militares no atendimento de urgências e emergências em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul e, especificamente, entender a relação de bombeiros militares na intersecção com outras instituições no atendimento de emergência. Metodologicamente, o estudo pode ser classificado como pesquisa qualitativa com abordagem descritiva e exploratória. Os sujeitos do estudo foram bombeiros militares atuantes no serviço de atendimento pré-hospitalar móvel do município. Os resultados indicam que embora os bombeiros saibam identificar as suas atribuições durante o atendimento de emergência, há necessidade de ampliar

a inter-relação entre as equipes de atendimento de emergência. Considerações finais: sugere-se a elaboração de um núcleo de educação em urgências, com vistas a incluir todas as instituições, objetivando além da formação profissional, a capacitação permanente para o atendimento pré-hospitalar especificamente, habilitando continuamente esses recursos humanos para tal atendimento, proporcionando então, coesão e entrosamento entre as equipes.

Descritores- Serviço Hospitalar de Emergência; Planos de Emergência; Centro de Operações de Emergência; Meios Mobilizáveis em Casos de Emergência.

ABSTRACT

The goal of understanding the actual functions of the military firefighters in urgent and emergency care in the municipality in the state of Rio Grande

¹ Enfermeiro. Mestre em Assistência de Enfermagem, Doutor em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - Campus de Palmeira das Missões. E-mail: luiz.anildo@yahoo.com.br

² Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência em Saúde. Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde. Soldado da Escola de Bombeiros. E-mail: grazieli-silva@bm.rs.gov.br

do Sul, and spherically to understand the relationship of firefighters at the intersection with other institutions in the emergency care. Methodologically, the study can be as definite qualitative research, descriptive and exploratory. The study subjects were firefighters working in the military service of pre-hospital care in the city. The results indicate that although firefighters know how to identify their tasks during emergency care, there is need to expand the interrelationship between emergency. Final thoughts: it is suggest the development an education center for emergency, with a view to including al institutions, aiming beyond vocational training, and ongoing training for pre-hospital care specifically, continuously enabling these human resources for such services, providing then, cohesion and integration between the teams.

Descriptors: Emergency Service, Hospital; Emergence Plans; Emergency Operations Center; Mobile Media in Emergency Cases.

RESUMEN

El objetivo de lo estudio está en comprender las funciones reales de los bomberos militares en atención de urgencia y de emergencia en un municipio en el estado do Rio Grande

do Sul, y también comprender la relación de los bomberos en la intersección con otras instituciones en la atención de emergencia. Metodología investigación cualitativa con descriptivo y exploratorio. Los sujetos de estudio fueron los bomberos que trabajan en el servicio militar de la atención pre hospitalario en la ciudad. Los resultados indican aunque los bomberos saben identificar sus tareas durante la atención de emergencia, existe la necesidad de ampliar la interrelación entre los equipos de emergencia. Consideraciones finales: se sugiere el desarrollo de un centro de educación para la emergencia, con la finalidad de incluir todas las instituciones, con el objetivo más allá de la formación profesional, la formación continua para la atención pre hospitalaria en concreto, lo que permite continuamente estos recursos para tal servicio, proporcionando a continuación, la cohesión y la integración entres los equipos.

Descriptores. Servicio de Urgencia en Hospital; Planes de Emergencia; Centro de Operaciones de Emergencia; Medios Movilizables en Casos de Emergencia.

INTRODUÇÃO

O atendimento pré-hospitalar (APH) móvel envolve uma série de atividades, e necessita principalmente da inter-relação entre duas importantes instituições públicas que realizam este serviço, ou seja, o atendimento realizado por Bombeiros Militares e, pelo Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A questão em si está na definição das atribuições de ambos os serviços, para tanto, insurge-se a necessidade de reorganizar tal atendimento com vista à diminuição de gastos públicos e, principalmente, ofertar a população um atendimento qualificado e humanizado. Esta questão está embasada fundamentalmente na gestão/administração e assistência em saúde. Na situação ora vivida, observa-se que esses serviços estão sendo prestados de forma compartimentada, distanciando-se da atenção holística das necessidades da população, ratifica-se o entendimento da necessidade de que estes sejam desenvolvidos de forma articulada, entre os Bombeiros Militares e os serviços de resgate, compreendido pelo SAMU. Neste estudo, busca-se entender quais as reais atribuições de Bombeiros Militares no APH, na intersecção entre a legislação e as

práticas que são observadas no cenário da pesquisa.

Considera-se APH a assistência realizada sem discriminação de gravidade, por meio de orientações ou atuação direta, fora do âmbito hospitalar, utilizando-se meios e métodos disponíveis com objetivo de minimizar sequelas e manutenção da vida. ⁽¹⁾ A concepção de atendimento pré-hospitalar teve início no período das guerras napoleônicas e, posteriormente, com a formação da Cruz Vermelha internacional em 1863, que teve atuação destacada no atendimento e remoção dos feridos, nas duas últimas guerras mundiais. Especificamente no Brasil, o atendimento extra-hospitalar, que era estruturado de maneira diferente do atual APH, teve início em 1949 no governo de Getúlio Vargas com a implantação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), dando o primeiro passo para o atendimento universal ainda que limitado. ⁽²⁾

O modelo de assistência pré-hospitalar adotado no Brasil é de origem francesa, na qual o médico é o responsável pelo atendimento, sendo necessário o atendimento dos bombeiros apenas para a retirada das vítimas em difícil acesso. Diferente do

modelo americano, cujos profissionais da saúde são paramédicos, os quais são técnicos, que podem administrar medicações (conforme previsto na legislação americana) e em alguns países realizam atividades pertinentes ao suporte avançado de vida como intubação endotraqueal, aplicação de medicamentos por via intravenosa e desfibrilação.⁽¹⁾

Assim, o Corpo de Bombeiros na década de 80 iniciou, entre tantas atribuições, também o transporte de feridos com o Grupo de Emergência do Corpo de Bombeiros e o Projeto Resgate, respectivamente na cidade do Rio de Janeiro e São Paulo.⁽³⁾ Desde então, outros estados sucessivamente criaram seus serviços independentes de alguma regulamentação ou uma normalização de planejamento, instalação e operacionalização, surgindo diferentes modelos, a maioria deles tanto no setor público quanto no privado, ainda possuem deficiências técnicas importantes.⁽⁴⁾

No Brasil, atualmente existem dois sistemas de APH em nível público: o do telefone n.º 192, desenvolvido e executado pelo governo municipal com o nome de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, do sistema 193, de caráter estadual, a cargo dos

Corpos de Bombeiros. Em algumas cidades, principalmente nas capitais, ambos têm a presença do profissional médico.⁽⁴⁾ Entretanto essa não é a realidade no interior do estado do Rio Grande do Sul e também em algumas capitais do Brasil.⁽¹⁾

No município em estudo, o médico faz-se presente apenas na Unidade Avançada do SAMU. As duas instituições funcionam a partir de central de chamadas diferentes que recebem as solicitações e enviam as equipes para o atendimento. No entanto, a central que recebe as solicitações para o SAMU está localizada na capital do estado, Porto Alegre. Nessa central são coletadas todas as informações do solicitante sobre o estado e localização da vítima pelo atendente, depois a ligação é transferida ao município de origem, na qual novamente é realizada uma triagem, mas agora com o médico regulador, para aí então emanar as ordens e apoio às diferentes ações.⁽⁴⁾

Contudo, a carência de informação da população sobre as competências de cada instituição e a dificuldade na implantação de uma central regionalizada fazem com que ambos os serviços SAMU e Bombeiros sejam solicitados para uma mesma ocorrência, gerando um custo duas

vezes maior para o estado, demora no atendimento e até mesmo um atendimento deficitário. Problemas frequentemente discutidos pelos meios de comunicação local.

Um dos fatores críticos que interfere no prognóstico das vítimas de trauma é o tempo gasto até que o tratamento definitivo possa ser efetivado. O *Committee on Trauma of American College of Surgeons*, dos Estados Unidos, estabelece o tempo de vinte minutos como intervalo máximo ideal para execução dos primeiros procedimentos, em casos graves.⁽¹⁾

Esta pesquisa tem significativa relevância ao observar os elevados índices de morbimortalidade no trânsito acarretando na diminuição da qualidade e expectativa de vida,^(1,5) evidenciando a necessidade de um serviço de emergência pré-hospitalar organizado e qualificado. No que tange a necessidade do conhecimento sobre as competências de cada instituição prestadora do serviço pré-hospitalar móvel para assim, elaborar uma proposta de reorganização do atendimento pré-hospitalar no referido município.

O Ministério da Saúde com vistas a atender a crescente demanda de vítimas dos acidentes e violências instituiu algumas Políticas de Saúde

como, por exemplo, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, Portaria GM/MS Nº 737 de 16/05/01, a qual inclui como diretrizes a sistematização, ampliação e consolidação do APH. Esta Política previa dentre outras ações a articulação entre os órgãos que já prestavam o atendimento pré-hospitalar com o novo modelo estruturado, devido à implantação de centrais de regulação médica nos estados e municípios que, por consequência, proporcionaria um estímulo para atuar de maneira compartilhada.⁽⁴⁾

Outra Política importante desenvolvida pelo Ministério da Saúde, a qual faz referência à implantação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU, além de sistematizar todos os serviços de atendimento às Urgências, é a Política Nacional de Atenção às Urgências. Esta Política é um conjunto de portarias que regulamentam os serviços de emergência fixa e móvel, estruturação, financiamento, capacitação dos profissionais, além de prever a necessidade de haver uma ação compactuada complementar nos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel com outros profissionais não oriundos da saúde, como, por exemplo,

o Corpo de Bombeiros. ⁽⁵⁾ Cabe salientar que consta ao Serviço de Atendimento Móvel às Urgências o atendimento das urgências/emergências clínicas e traumáticas.

As competências do Corpo de Bombeiros da Brigada Militar do Estado do Rio Grande do Sul, são descritas pela sua Constituição Estadual de 1989, no art. 130: 'À Brigada Militar, através do Corpo de Bombeiros, que a integra, compete a prevenção e combate de incêndios, as buscas e salvamento, e a execução de atividades de defesa civil'. Também descrita pela Lei Estadual nº 10.991 de 1997, a qual dispõe sobre a Organização Básica da Brigada Militar do Estado em seu artigo 3º, inciso VIII: 'realizar os serviços de busca e resgate aéreo, aquático e terrestre no Estado'. Não foi encontrado na legislação estadual algo que regulamente a utilização do 'Resgate' do Corpo de Bombeiros, como ambulância, no estado do Rio Grande do Sul. ⁽⁶⁾

Na Política Nacional de Atenção às Urgências, Portaria GM nº 2048, capítulo IV, está descrito que o Corpo de Bombeiros deve atuar na: identificação de situações de risco e comando das ações de proteção ambiental; da vítima e dos profissionais

envolvidos no seu atendimento; fazer o resgate de vítimas de locais ou situações que impossibilitam o acesso da equipe de saúde. Podendo realizar suporte básico de vida, com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento. ⁽⁵⁾

Quanto à definição dos veículos para atendimento pré-hospitalar móvel entende-se por ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos. A viatura utilizada pelo Corpo de Bombeiros para tal função é denominada Ambulância de Resgate – Tipo C: veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre aquático e em alturas). A ambulância de Suporte Básico de Vida (SBV) é Tipo B, destinada ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino. E, por fim, a Ambulância de

Suporte Avançado – Tipo D: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.⁽⁵⁾

O estudo em evidência tem como questão de pesquisa: ‘qual o papel dos Bombeiros Militares no atendimento de emergências pré-hospitalares em um município no estado do Rio Grande do Sul’. O objetivo foi de ‘compreender as reais funções dos Bombeiros Militares no atendimento de urgências e emergências em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul’ e, especificamente, ‘entender a relação de bombeiros militares na intersecção com outras instituições no atendimento de emergência’.

MÉTODOS

O estudo realizado pode ser caracterizado como uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória,⁽⁷⁾ O estudo foi desenvolvido em uma unidade do Corpo de Bombeiros da Brigada Militar de um município do interior do estado do Rio Grande do

Sul. Os sujeitos do estudo foram bombeiros militares que atuaram no serviço de atendimento pré-hospitalar durante a semana do dia 15 de agosto ao dia 22 de agosto do ano de 2012. A data foi escolhida aleatoriamente, tendo em vista a escala de serviço dos socorristas manter-se geralmente a mesma. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada.⁽⁸⁾ Na apreciação dos dados utilizou-se o sistema de análise temática.⁽⁷⁾

Os aspectos éticos foram rigorosamente observados, conforme estabelecido na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.⁽⁹⁾ O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, conforme consta no termo substanciado n° 41945 de 25/06/2012.

RESULTADOS

Foram entrevistados seis bombeiros militares. O número de sujeitos foi considerado suficiente, quando esteve em consonância com o objetivo do estudo. Os respondentes são identificados no texto como (BM1, BM2 e assim sucessivamente). O tempo médio de atuação destes militares no

serviço de resgate e salvamento é de aproximadamente quatorze anos e seis meses. Os dados advindos da pesquisa permitiram construir três categorias: a primeira refere-se ao ‘papel dos bombeiros militares no atendimento às emergências clínicas e traumáticas’; a segunda categoria aborda a ‘interface entre o trabalho dos bombeiros militares e o Serviço Móvel de Urgência’; e a terceira e última categoria as ‘Ações de organização de um serviço de atendimento pré-hospitalar’.

O papel dos bombeiros militares no atendimento às emergências clínicas e traumáticas.

A Política Nacional de Atenção às Urgências, portaria GM nº 2048 capítulo II especifica o atendimento dos Bombeiros Militares em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais de Regulação. Esta portaria prevê sua atuação na segurança do local, identificando riscos e facilitando o acesso da equipe de saúde, bem como realizando ações como o suporte básico de vida e procedimentos não invasivos sob supervisão médica direta ou à distância.⁽⁵⁾ Com a criação do SAMU, o Corpo de Bombeiros de todas as regiões do Brasil tiveram de passar por um

período de transição e adaptação de suas funções, pois anteriormente era a única instituição que prestava o serviço de APH móvel pela linha 193, sem ter necessariamente regulação médica.⁽¹⁻¹⁰⁻¹¹⁾

A partir dessa nova legislação o Ministério da Saúde passou a assumir o referido serviço como de responsabilidade da área da saúde com uma equipe composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, ficando os bombeiros militares como coadjuvantes juntamente com os demais profissionais não oriundos da saúde como os policiais militares e agentes municipais de trânsito.¹² Assim, como o atendimento passa a ter diferentes atores envolvidos há a necessidade de cada um entender qual é a sua função na prestação do socorro, além de uma sistematização de toda a equipe multiprofissional envolvida.

O Corpo de Bombeiros no município em estudo realiza os serviços de segurança da cena, isolamento de riscos, estabilização de veículos acidentados, facilitando o acesso da equipe de saúde até a vítima e quando necessário presta o SBV, os quais são entendidos pelos entrevistados como seu verdadeiro papel, entendendo também a importância da atuação da

equipe do SAMU. Porém, mesmo que não sejam atribuições concernentes a sua área de atenção, continuam a atender emergências clínicas sem regulação médica, não conseguindo realizar um suporte adequado para esse tipo de ocorrência. Realizando apenas uma remoção ao hospital mais próximo, tanto pela falta de equipamentos quanto pela inexistência de profissionais de saúde integrantes no Corpo de Bombeiros, observado nos relatos de todos os participantes:

No meu ver as urgências clínicas deveriam ser feitas pelo atendimento dos SAMUs, que tem duas ambulâncias na nossa cidade e as traumáticas que no meu entendimento seria assim Corpo de Bombeiros, atende esfaqueado, baleado, acidente de trânsito. (BM1)

Eu acho que a função do Corpo de Bombeiros é dar suporte de atendimento de urgência no local da ocorrência e posteriormente conduzir ao hospital para ter um atendimento clínico. Simplesmente como a gente é socorrista e não técnicos, e não temos o suporte pra emergências clínicas, infelizmente só conduzir a vítima até o hospital. (BM2)

As respostas dos sujeitos evidenciam que estes, se sentem despreparados para ao atendimento dos casos clínicos, carecem de organização e conhecimentos para esse tipo de assistência. O Serviço Móvel de Urgência tem a sua disposição uma infraestrutura de materiais, equipamentos e de pessoal melhor qualificado para o atendimento dos eventos clínicos.

No atendimento pré-hospitalar de vítimas em acidentes e casos clínicos. (BM3)

A meu ver, caso clínico teria que ser com o pessoal responsável, que tem um médico junto na equipe. Nós seríamos mais para questão traumática: acidente veicular, preso em ferragem. (BM4)

Eu acho que o corpo de bombeiros não, na verdade emergência clínica não contribui muito pela falta de um curso preparatório, de ter alguém especializado nessa área pra fazer esse atendimento (BM5)

Bom, eu vejo que o corpo de bombeiros pela própria atividade fim, seria atuar mais direto na parte de emergência com trauma. Parte de emergência, caso clínico nós pouco

podemos fazer. Preso em ferragem, aquela situação assim que, que o se tu não socorrer o cara até chegar ao hospital ali, não dá um, não tiver um conhecimento básico ali pra dá os o suporte básico de vida, o cara vai morrer? (BM 6)

Pode-se observar que há divergências entre os profissionais, como acontece em algumas localidades onde o Corpo de Bombeiros era a única instituição a prestar o atendimento, ⁽¹⁻¹²⁾ evidenciando a não estruturação e a definição de atribuições nos respectivos serviços, no que se refere ao cuidado do usuário em situação de urgência. Entre tantos fatores salientam-se a falta de comunicação e a efetiva definição dos papéis a serem executados, ora sejam, os bombeiros militares, ora seja, a equipe do SAMU, ou ainda, as duas equipes, assumindo papéis distintos, mas que no ato das emergências traumáticas, a integração das ações das duas equipes, é preponderante para a efetividade da assistência.

A eficácia do APH influencia diretamente nas chances de sobrevivência da vítima. Tendo em vista que os óbitos por trauma ocorrem em três picos distintos: o primeiro em segundos ou minutos após a lesão, o

segundo algumas horas após o trauma e o terceiro após 24 horas devido à falência múltipla dos órgãos ou por infecção. Essa situação ainda pode ser agravada quando há o envolvimento de mais de cinco vítimas no local, conhecido como ocorrência com múltiplas vítimas, a qual gera um desequilíbrio entre os recursos disponíveis e a capacidade de atendimento.⁽¹³⁾

A organização deste serviço deve observar a normalização existente devido ao envolvimento de diferentes atores e a realização de várias ações antes da chegada do paciente ao ambiente hospitalar, incluindo o atendimento no local do acidente, no transporte e na chegada ao hospital. Com o desígnio de resolver o problema de saúde ou restabelecer a vítima nos casos clínicos, e no caso dos acidentes de trânsito, ou trauma, além de salvar suas vidas, mantê-las vivas até a chegada a um hospital, diminuir sequelas e por consequência proporcionar melhor qualidade de vida a essas pessoas. Embora o tratamento definitivo não seja realizado no pré-hospitalar, algumas intervenções críticas são realizadas no local da ocorrência, principalmente nas situações mais graves, pela equipe composta de

profissionais técnicos em enfermagem, enfermeiros e médicos.⁽¹⁴⁾

Algumas técnicas no atendimento pré-hospitalar devem ser de domínio de todos os socorristas envolvidos, são entendidas como o Suporte Básico de Vida, o qual pode ser realizado não apenas pelos bombeiros, mas também pela Brigada Militar e pelos agentes de trânsito. Essas técnicas correspondem a uma sequência de ações protocoladas (modelo norte americano) que visam evitar sequelas decorrentes de um atendimento inadequado além de manter a vítima com vida, como a desobstrução das vias aéreas, imobilização da coluna cervical, a rolagem da vítima, colocação do *KED* (*Kendrick Extrication Dispositive*) que é uma maca para retirada da vítima do interior de automóveis, imobilização em maca rígida, imobilização de fraturas e contenção de sangramentos.⁽¹²⁾

Para os sujeitos do estudo, a atuação dos bombeiros militares nas emergências está clara e concernente com as formas de organização previstas em lei. A legislação da forma como está descrita, estabelece de forma adequada a questão das atribuições dos respectivos serviços, contudo, as respostas dos sujeitos do estudo evidenciam que a mesma não é seguida,

sendo que essas questões mereceriam a atenção dos gestores de ambas as instituições, para a elucidação das reais atribuições de cada serviço, não com o intento de compartimentar, mas, principalmente, de organizar a assistência de acordo com as especificidades de cada área e, prever, formas de assistência paralela e complementar.

A pesquisa permite entender que há carência na convergência de ação em ambos os serviços, principalmente no que se refere à comunicação e o desvelamento das reais atribuições na sua especificidade, conforme está preconizado na legislação. Essa questão de gestão fomenta um impasse, pois os entrevistados atuantes do Corpo de Bombeiros reconhecem que há um serviço pré-hospitalar móvel melhor equipado para o atendimento dos casos clínicos, podendo oferecer melhor resolatividade às necessidades dos pacientes enquanto continuam a atender os mesmos casos em condições inadequadas.

A interface entre o trabalho do Corpo de Bombeiros e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Nos últimos anos a necessidade de reestruturação do APH cresceu

muito, por consequência do aumento no número de acidentes e violência urbana contribuindo para a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência e consequentemente para o surgimento de vários serviços de atendimento pré-hospitalar, tanto público quanto privado.⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ O capítulo IV da Política Nacional de Atenção às Urgências considera como nível pré-hospitalar móvel o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, tendo como motivo algum sofrimento de natureza clínica, cirúrgica, traumática e inclusive psiquiátrica, sendo necessário realizar atendimento e transporte adequado. E o divide em primário quando a solicitação for oriunda de um cidadão e secundário quando depois de realizado o primeiro atendimento, um serviço de saúde necessitar de remoção a outro de maior complexidade.⁽¹⁵⁾ Pode-se observar que mesmo sendo previsto tal atendimento, no município em estudo o Corpo de Bombeiros continua realizando este tipo de serviço, como evidencia a fala abaixo:

O SAMU, com certeza poderia atender também as ocorrências que nós atendemos que eu citei as anteriores. Só, no caso, se tivesse mais de uma ocorrência, porque nós temos só uma ambulância, então eles fariam o papel

dos transportes que o pessoal não consegue ir de carro, necessitando de uma ambulância, um acamado que caiu, quebrou a perna, ele não consegue se levantar ele não vai morrer!
(BMI)

Esse relato confirma a necessidade de uma regulação médica, neste município, que inclua a todas as instituições envolvidas neste serviço, com profissionais habilitados a discernir a instituição adequada para cada atendimento, como prevê a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Nesse sistema, o APH agora entendido como atribuição da área da saúde é vinculado a uma Central de Regulação Médica e todas as chamadas por socorro médico de outras centrais devem ser imediatamente retransmitidas à Central de Regulação, sendo que os serviços de segurança e salvamento devem ser orientados pelo Médico Regulador. E ainda nas situações relacionadas às causas externas ou vítimas em locais de difícil acesso, deverá haver uma ação pactuada, complementar e integrada de outros profissionais não oriundos da saúde, reconhecidos formalmente pelo gestor público.⁽¹¹⁾

A política supracitada orienta a regulação médica para todas as equipes

de APH, incluindo a atuação do Corpo de Bombeiros e demais profissionais oriundos da área da saúde.⁽¹⁵⁾ É preciso entender que em uma ocorrência de acidente de trânsito, por exemplo, há mobilização de vários agentes além da equipe de saúde, como policiais militares, bombeiros militares, polícia rodoviária, guardas municipais de trânsito ou até mesmo técnicos do serviço de energia elétrica. Para a efetividade da assistência necessita-se que esses agentes estejam bem preparados e trabalhar em conjunto para assim reduzir o tempo de atendimento melhorando a qualidade do serviço prestado.⁽¹²⁾

No município em estudo essa forma de organização, ainda é incipiente e sem perspectivas imediatas de resolução. O fato é decorrente do distanciamento entre os gestores, os quais não inter-relacionam as equipes em um treinamento conjunto, na qual os profissionais dos Serviços de APH Móvel, oriundos dos serviços da área da Saúde e, outros profissionais (agentes de trânsito, defesa civil, polícia rodoviárias federais e estaduais...), devem ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e

Emergência.⁽¹⁵⁾ Essas ações permitem que se transcenda ao atendimento isolado, sem interação da coletividade. Os entrevistados reconhecem a necessidade e a importância do estreitamento desta relação como demonstram os relatos abaixo:

Pois além de experiência e aprendizado pode-se também trocar informações importantes a respeito de atendimentos de ocorrências clínicas e traumáticas. (BM2)

Na verdade assim, poderia haver mais troca de informações, de técnicas e táticas pra poder agregar valores as duas das instituições no caso. (BM3)

A interatividade e reciprocidade na prestação dos serviços seriam essenciais para o bom andamento do trabalho e a qualificação dos serviços.

Pelo pouco tempo que eu to no GAE (Grupo de Atendimento de Emergência), pelo que deu pra ver que há um relacionamento bom entre o SAMU e os bombeiros, mas poderia ser melhor. (BM4)

O trabalho do SAMU junto com o corpo de bombeiros deveria ser primordial. O atendimento deveria ter um vínculo maior, como os dois possam

trabalhar de uma forma mais ligada.
(BM5)

Bom, eu particularmente eu nunca enfrentei problemas com, com o pessoal que atua na área do SAMU.
(BM6)

Essa troca de valores, de informação, de técnicas e táticas deve ser priorizada para haver um bom trabalho em equipe. Pois, para que o cuidado prestado seja realizado de maneira qualificada é necessário que haja espaço para o diálogo, até mesmo porque a tomada de decisão deve ser uma ação conjunta e quanto mais coesa a equipe, de melhor qualidade é o cuidado. O trabalho em equipe é uma parte do trabalho coletivo estruturada na relação entre as intervenções técnicas e a interação dos profissionais, gerando consensos para elaboração de um projeto assistencial comum.⁽¹²⁾

Ao observar que no Brasil o APH é uma área emergente, constata-se a escassez de cursos de capacitação específica neste campo, pois este serviço ainda encontra-se recebendo influência dos modelos norte-americano e francês, sem estabelecer um modelo próprio de atendimento.^{12,15} Para os profissionais de saúde (modelo francês) a qualificação se faz através de cursos

de especialização (lato sensu) em emergência ou atendimento pré-hospitalar, atendendo as diretrizes do Ministério da Educação.¹⁷ Para todos os profissionais atuantes no APH, utiliza-se a sistemática de atendimento com base no método mnemônico ABCDE do *ATLS (Advanced Trauma Life Support)*, adaptado na década de 80 ao atendimento pré-hospitalar pelo *PHTLS (Prehospital Trauma Life Support)*, o qual foi trazido dos EUA em 1991 inicialmente pelo Distrito Federal (DF), e adotado por todo o Brasil. Essa sistemática foi traduzida e utilizada pelos então denominados ‘Socorristas’.⁽¹¹⁾

Destarte, verifica-se se a necessidade de elaboração de um Núcleo de Educação em Urgências o qual deve objetivar ser um espaço de saber interinstitucional,¹⁶ onde além de formar profissionais capacitados para o APH especificamente, capacita e habilita continuamente esses recursos humanos para tal atendimento, proporcionando coesão e entrosamento entre as equipes. Essas, por consequência, prestarão um serviço mais dinâmico e melhor qualificado tendo em vista que as ocorrências traumáticas são cada vez mais

frequentes diante do crescente aumento da violência.⁽¹⁶⁾

Ações de organização de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.

Ao discorrer sobre organização do serviço pré-hospitalar móvel, deve-se observar que as diretrizes para sua implementação, estruturação e financiamento encontram-se na Política Nacional de Atenção às Urgências. Ficando a cargo do estado e município a responsabilidade de coordenar e reestruturar os serviços já existentes de maneira à melhor atender a população.¹⁵ Uma vez que no Brasil ainda existem dificuldades no processo de transição entre os modelos norte americano e francês.⁽¹⁴⁾

No Rio Grande do Sul, o modelo vigente é o francês, estruturado nas equipes com profissionais de saúde os quais seguem regulação médica, embora o respaldo teórico para a prática deste atendimento é americano, utilizando os protocolos (*ATLS e PHTLS*) elaborados pelo Colégio Americano de Cirurgiões e pela *National Association of Emergency Medical Technicians*.^{12,15} Portanto, além de protocolar e uniformizar o atendimento das diferentes instituições que realizam o serviço, observa-se a

necessidade de submetê-las a uma mesma regulação.

Para dinamizar o envolvimento de toda a rede assistencial, tanto a rede pré-hospitalar móvel (SAMU, Resgate, ambulâncias do setor privado) quanto a fixa (unidades básicas de saúde, ambulatórios...) de maneira a complementarem-se é necessário que haja uma regulação médica, gerenciando e organizando os sistemas de referência e contra-referência.⁽¹⁸⁾ Esta regulação médica está baseada na implantação de suas centrais de regulação, as quais estão estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, proporcionando agilidade durante o processo de comunicação com o público, o qual é atendido e redirecionado conforme necessário.⁽¹⁵⁾

O sistema deve integrar as centrais de regulação médica com as demais Centrais de Regulação como, por exemplo, de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares, assistência social e outros serviços e instituições como as policiais militares e defesas civil. Porém, a falta de uma regulação médica que envolva a todas as instituições é a maior dificuldade

enfrentada no município em estudo, como o observado nos relatos abaixo:

Eu sugiro que faça uma reunião com o Comando dos Bombeiros e profissionais diretores da equipe do SAMU e realmente defina essa regulação, ou seja, atendimentos clínicos com o SAMU e atendimentos de emergência urgência com os bombeiros e SAMU. (BM2)

Eu acho que os dois deveriam trabalhar juntos assim como acontece nas grandes metrópoles assim, que sai SAMU e os bombeiros saem juntos. Por diversas vezes a gente chega é um caso clínico e a gente não podem fazer nada. (BM4)

Em se tratando da organização da atenção as urgências e emergências na cena de acidentes com vítimas, a ação compartilhada entre o corpo de bombeiros e o SAMU, complementam-se, gerando mais rapidez e efetividade. A aproximação e ação conjunta dos gestores dos serviços é imprescindível para a qualificação do serviço e, em especial, para a segurança do pessoal.

No corpo de bombeiros fica difícil uma regulação de chamadas, porque criou-se uma cultura com o povo em função do atendimento do corpo de bombeiros ser mais rápido e nem sempre ser o mais eficaz, mas por

consequência da rapidez, agilidade no atendimento, essa cultura ao longo do tempo ficou muito grande. (BM5)

Eu acho que a comunicação tem que ser integrada. Mas estou falando mais em relação a área de atendimento hospitalar, juntamente com a saúde, mas principalmente no tocante a acidentes e a atendimento pré-hospitalar, acho que deveria ser integrado junto com o SAMU. (BM6)

É através da Central de Regulação que a regulação médica deve orientar tanto as pessoas, via telefone, quando o deslocamento de uma viatura for desnecessário, quanto as ações de todas as equipes envolvidas no APH. Para isso, utiliza unicamente a leitura criteriosa que o socorrista faz da cena do acidente e da avaliação da vítima, verificando a necessidade ou não da presença de um médico, ou de outras equipes de apoio no local da ocorrência.⁽¹⁴⁾

Portanto, o APH deve estar vinculado a uma central de regulação de urgências e emergências de fácil acesso ao público, por via telefônica em sistema gratuito. E inclusive a normatização prevê a utilização de outro número exclusivo para saúde caso o número nacional de urgências médicas 192 não for tecnicamente

possível.⁽¹⁶⁾ Ratificando as sugestões dos entrevistados abaixo:

Eu acho que deveria ser criado um telefone, um 0800 com o ramal, no caso dos n.ºs telefônicos xxxx, yyyy, zzzz, que abrange a cidade de, pra caí aqui as chamadas e não em Porto Alegre, o caso que demora. (BM1)

Teria que cair num, a chamada teria que cair dentro da própria cidade, teria que haver uma regulação na própria cidade, com um número específico pra cidade. A ligação teria que cair na cidade e não na capital, que todas as chamadas vão até a capital. (BM3)

Observando a situação ora vivenciada pelos profissionais atuantes no serviço de APH móvel do município em estudo, constata-se a necessidade urgente de uma reorganização deste serviço, pois mesmo com a existência de recursos e com uma legislação vigente, a população está sendo prejudicada devido à dificuldade de articulação entre os agentes disponíveis. Causando a impressão de falta de gestão do setor saúde no município em estudo, pois a central de regulação existente é utilizada apenas pela instituição do SAMU, não incluindo as demais instituições atuantes no referido serviço.

As centrais de rRegulação podem atuar em todas as áreas assistenciais inter-relacionadas como a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência, incluindo marcação de consultas, exames, internação, atendimento pré-hospitalar, urgência e emergência, gestante de alto risco, etc.⁽¹²⁾ Seu aporte físico, tecnológico, estrutural e logístico dependerá, entre outros, de sua área de abrangência.⁽¹⁸⁾ As internações, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade são classificadas em central de regulação de urgência,⁽¹⁵⁾ Central de regulação de internações, central de regulação de consultas e exames. Abrangendo a área geográfica de cobertura assistencial, podendo ser: nacional, estadual, regional, municipal ou distrital.⁽¹⁷⁾ Cabe ao gestor público a elaboração de projetos que envolvam todas as unidades de trabalho e recursos assistenciais disponíveis.

Ressalta-se, para fins desta pesquisa, que as Corporações de Bombeiros independentes ou vinculadas às Polícias Militares, as Polícias Rodoviárias e outras organizações da área de Segurança Pública deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do

SUS, conforme Regulamento Técnico já mencionado.⁽¹⁵⁾ Estes setores, de Saúde e de Segurança Pública, devem proceder de maneira a favorecer ações integradas. Pois, ao decorrer das emergências por causas violentas e outras que necessitem de Resgate verifica-se que o APH depende da Segurança Pública como o contrário, tanto no sentido de apurar os fatos e realizar atividades de prevenção dos eventos, quanto para dar continuidade de assistência à vítima.⁽¹⁴⁾ Comprovando a importância da coesão desse sistema, do trabalho em equipe e da participação fundamental do gestor, neste processo de adaptação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que o atendimento pré-hospitalar móvel no município em estudo encontra-se em processo de transição, assim como aconteceu inicialmente nas principais capitais do Brasil, onde o referido serviço era realizado há muitos anos unicamente pelos Corpos de Bombeiros Militares. Para os profissionais participantes, atuantes no serviço de APH da instituição supracitada, a realização dos serviços de segurança da cena, isolamento de riscos, estabilização de veículos acidentados e prestação do Suporte Básico de Vida, caracterizam as

ações ideais incumbidas ao Corpo de Bombeiros, o qual está descrito nas portarias que regem o modelo de assistência atual, a qual define tal serviço como responsabilidade do Setor Saúde.

Porém, verificou-se que a inter-relação entre as instituições que realizam o APH não está acontecendo de maneira satisfatória, faltando entrosamento e coordenação entre os referidos atores. Essa falta de comunicação prejudica diretamente a sociedade que, por falta de gerenciamento dos recursos humanos e materiais, acaba por não obter resolatividade do seu problema de saúde e nem continuidade da assistência.

Assim sugere-se a elaboração de um núcleo de educação em urgências, com vistas a incluir todas as instituições, objetivando além da formação profissional, a capacitação permanente para o atendimento pré-hospitalar especificamente, habilitando continuamente esses recursos humanos para tal atendimento, proporcionando então, coesão e entrosamento entre as equipes. Evidenciando também, a necessidade de incluir a área de Segurança Pública junto a Central de Regulação, com base no Regulamento

Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Organizando, conforme os recursos humanos e materiais disponíveis, a demanda das chamadas de urgência e emergência do referido município.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, Ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid. Acesso em 05/02/2012.>
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800016>.
2. Mercadante AO, Schechtman A, Cortes BA *et al.* Evolução Das Políticas E Do Sistema De Saúde No Brasil. Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Capítulo 3, pág 236-313. Editora Fiocruz. 2002.
3. Ramos VO, Sanna MC. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. Rev. bras. Enferm., Brasília, v. 58, n. 3, Jun 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00341672005000300020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 Feb. 2012.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000300020>.
4. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União, Brasília, 2001.
5. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção às Urgências. – 3. Edição ampliada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p.
6. Rio Grande Do Sul (Estado). Texto constitucional de 3 de outubro de 1989, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de nº 1, de 1991, a 63, de 2011.
7. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRAMO, 2007.
8. Triviños AN. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas, 1987.
9. Ministério da Saúde (BR) Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde (BR). Portaria 466/2012. Brasília (DF), 2012.
10. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Decreto nº. 5.055. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 27 de Abril de 2004.
11. Martins PPS, Prado ML. Enfermagem e serviço de

atendimento pré-hospitalar:
descaminhos e perspectivas. Rev.
bras. enferm., Brasília, v. 56, n. 1,
Fevereiro; 2003.

12. Pereira WAP, Lima MADS. O
trabalho em equipe no atendimento
pré-hospitalar à vítima de acidente
de trânsito. Rev. esc. enferm. USP,
São Paulo, v. 43, n. 2, Junho; 2009.

13. Simões RL. Atendimento pré-
hospitalar à múltiplas vítimas com
trauma simulado. Rev. Col. Bras.
Cir., Rio de Janeiro, v. 39, n. 3,
Junho; 2012.

14. Pereira WAP, Lima MADS. A
organização tecnológica do trabalho
no atendimento pré-hospitalar à
vítima de acidente de trânsito.
Ciência Cuidado Saúde. 2006;5
(2):127-34.

15. Brasil. Ministério da Saúde (BR).
Portaria n. 2048/GM de 5 de
novembro de 2002.

16. Gentil RC, Ramos LH, Whitaker IY.
Capacitação de enfermeiros em
atendimento pré-hospitalar. Revista
Latino-americana Enfermagem.
2008; 16(2).

17. Brasil. Conselho Nacional de Saúde
(BR). Manual de implantação de
complexos reguladores / Ministério
da Saúde, Secretaria de Atenção à
Saúde, Departamento de Regulação,
Avaliação e Controle de Sistemas. –
Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2015-01-07
Last received: 2015-03-19
Accepted: 2015-03-23
Publishing: 2015-05-29