

**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA**  
**Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás**  
**Comando de Ensino Bombeiro Militar**  
**Academia Bombeiro Militar**

**CURSO SUPERIOR DE BOMBEIRO**  
**(CSBM)**

Júlio Neto Gomes de Figueiredo

Atribuições e responsabilidades no atendimento pré-hospitalar: uma reflexão crítica a partir do serviço do Corpo de Bombeiros Militar

Goiânia (GO)  
2012

Júlio Neto Gomes de Figueiredo

Atribuições e responsabilidades no atendimento pré-hospitalar: uma reflexão crítica a partir do serviço do Corpo de Bombeiros Militar

Artigo Monográfico apresentado em cumprimento as exigências para término do Curso Superior de Bombeiro sob orientação do Prof. Cel. Divino Aparecido Melo.

Goiânia (GO)  
2012

**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA**  
**Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás**  
**Comando de Ensino Bombeiro Militar**  
**Academia Bombeiro Militar**

Júlio Neto Gomes de Figueiredo

Atribuições e responsabilidades no atendimento pré-hospitalar: uma reflexão crítica a partir do serviço do Corpo de Bombeiros Militar

Artigo Monográfico apresentado em cumprimento as exigências para término do Curso Superior de Bombeiro sob orientação do Prof. Cel. Divino Aparecido Melo.

Avaliado em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nota Final: (      ) \_\_\_\_\_

---

Professor-Orientador Cel. Divino Aparecido Melo

Goiânia (GO)  
2012

# ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: UMA REFLEXÃO CRÍTICA A PARTIR DO SERVIÇO DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR

Júlio Neto Gomes de Figueiredo<sup>1</sup>  
Cel. Divino Aparecido Melo<sup>2</sup>

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi desvelar as atribuições e responsabilidades no atendimento pré-hospitalar (APH) e como estes se aplicam aos serviços prestados pelo Corpo de Bombeiros Militar (CBM), além de investigar na literatura que faz alusão a esta temática, os possíveis agravos ao paciente de trauma em função do tempo resposta do APH. Para isso, adotou-se metodologia de pesquisa do tipo exploratória, desenvolvida através de pesquisas bibliográficas, de forma não sistematizada, considerando a relevância do tema e buscando conhecer sob a ótica de alguns autores, os aspectos inerentes à prática profissional do Corpo de Bombeiros no que tange o atendimento pré-hospitalar e o tempo resposta em relação aos agravos. O que se observa é que após a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as atividades de APH ficaram teoricamente divididas no que diz respeito ao que compete ao Corpo de Bombeiros e ao SAMU. Na prática ainda há divergência nas atribuições quando o SAMU recusa-se a prestar algum atendimento e que acaba sendo realizado pelo CBM. No cenário nacional a literatura revela realidades distintas em algumas cidades brasileiras no que tange à transição do resgate clínico, antes realizado pelo CBM, e agora pelo SAMU, o que resultou na insatisfação do CBM em algumas capitais frente à política de implantação do SAMU.

**Palavras-chave:** Atendimento pré-hospitalar. Serviço móvel de urgência. Corpo de Bombeiros Militar.

---

<sup>1</sup> Acadêmico do Curso Superior de Bombeiros.

<sup>2</sup> Professor do Curso Superior de Bombeiros.

## ABSTRACT

The objectives of this study was unveiling the roles and responsibilities in the prehospital care and how these apply to services provided by the Military Fire Brigade, in addition to investigate in the literature that alludes to this issue, the possible trauma patient grievances against time response of prehospital care. To do this, it took exploratory type search methodology, developed through bibliographic searches, so systematized not, considering the relevance of the issue and seeking to know under the optics of some authors, the aspects of professional practice of fire in the prehospital and the response time for grievances. Wherever after deploying Mobile Emergency Care Service – SAMU (*original acronym in Portuguese standing for Serviço de Atendimento Móvel de Urgência*), prehospital care activities were theoretically divided with regard to what the Military Fire Brigade and the SAMU. In practice there is still divergence on assignments when the SAMU refuses to provide some care and that ends up being conducted by the fire department. On the national scene literature reveals distinct realities in some Brazilian cities regarding the transition from medical rescue before performed by Military Fire Brigade, which resulted in dissatisfaction of firemen's in some capitals forward deployment policy of SAMU.

**Keywords:** Prehospital care. Mobile emergency. Military Fire Brigade.

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo desvelar as atribuições e responsabilidades no atendimento pré-hospitalar (APH) e como estes se aplicam aos serviços prestados pelo Corpo de Bombeiros Militar (CBM), além de investigar na literatura que faz alusão a esta temática, os possíveis agravos ao paciente de trauma em função do tempo resposta do APH.

É importante definir que o APH, em consonância com Lopes e Fernandes (1999), consiste em toda e qualquer assistência realizada direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, através dos diversos meios e métodos disponíveis. Esse atendimento tem por objetivo a manutenção da vida e/ou a minimização de sequelas

e requer uma resposta adequada à solicitação, o que pode ser um simples conselho ou orientação médica ao envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência.

Atualmente, o modelo normatizado para o emprego de viaturas no APH se dá por uma triagem minuciosa, através da coleta de dados do solicitante com endereço do local do evento; ponto de referência; possíveis condições da vítima, etc. Considerando que o tempo de resposta ao atendimento emergencial é crucial para que não haja agravo ou até mesmo o óbito dos acidentados uma vez que, de acordo com o Período de Ouro, o tempo resposta não deve ser superior a 60 minutos após o ocorrido (PHTLS, 2007).

Nesse sentido, é indiscutível a importância de conhecer a rotina de APH com base em suas competências e atribuições, os quais inferem na dinâmica do atendimento, enfocando, dentre outras coisas, nas condutas dos agravos imediatos do paciente. Este conhecimento reflete na qualidade do atendimento e nas condições do tratamento.

Dessa forma, pesquisar sobre as atribuições e responsabilidades no atendimento pré-hospitalar, a partir do olhar e da vivência dos serviços prestados pelo CBM, representa uma importante ferramenta para a conduta e o amadurecimento profissional. Além disso, esta pesquisa se faz relevante enquanto forma de chamar a atenção destes profissionais à importância do desempenho dessa função no que tange a assistência à vida.

Ao se indagar qual a correlação entre o tempo resposta e o agravamento de traumas no atendimento às solicitações, imagina-se, a princípio, que exista forte correlação entre o tempo resposta do APH e os agravos.

Para isso, adotou-se metodologia de pesquisa do tipo exploratória, desenvolvida através de pesquisas bibliográficas, de forma não sistematizada, considerando a relevância do tema e buscando conhecer sob a ótica de alguns autores, os aspectos inerentes a prática profissional do CBM no que tange o atendimento pré-hospitalar e o tempo resposta em relação aos agravos.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (APH)

No Brasil, o serviço de atendimento pré-hospitalar começou a se desenvolver efetivamente no início dos anos 90, voltado principalmente para o atendimento de vítimas de lesões traumáticas. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) considera o APH móvel, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo a sua saúde, (de natureza traumática ou não traumática ou, ainda, psiquiátrica), que possa levar ao sofrimento ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O atendimento pré-hospitalar é definido por alguns autores como toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, utilizando-se meios e métodos disponíveis (LOPES, FERNANDES, 1999; MINAYO, DESLANDES, 2008). No Brasil, o sistema está dividido entre serviços móveis e fixos. O sistema pré-hospitalar móvel, que será enfatizado neste artigo, tem como missão o socorro imediato das vítimas que são encaminhadas para o atendimento pré-hospitalar fixo ou para o atendimento hospitalar (BRASIL, 2004).

De acordo com Fernandes (2004), o APH móvel pode ser definido como o atendimento que procura chegar precocemente à vítima após ter ocorrido o agravo à sua saúde (clínico, cirúrgico, traumático, ou psiquiátrico), com risco de sofrimento, sequelas ou morte, necessitando, portanto, de socorro ou transporte adequado para um serviço de saúde. Ou seja, é a assistência prestada à vítima no local do evento.

O APH móvel divide-se ainda em primário e secundário, e são, definidos respectivamente, pelo socorro fornecido diretamente a pedido de um cidadão, e quando a solicitação vem de um serviço de saúde, no qual o paciente esteja recebendo o primeiro atendimento, necessitando de transferência a outro serviço de maior complexidade (BRASIL, 2001).

Em relação ao APH móvel primário, Pavelqueires (1997) destaca as três etapas que competem a esse tipo de atendimento, todas de igual importância. A primeira corresponde ao atendimento realizado na cena do ocorrido, seguida pela assistência durante o transporte até o hospital de referência, e finalmente a chegada

ao hospital. Dessa forma, o objetivo do APH móvel consiste em estabilizar as condições vitais, evitando a morbimortalidade, por meio de condutas adequadas durante a fase de estabilização e transporte da vítima (PAVELQUEIRES, 1997). Esse atendimento pode influenciar sobremaneira possíveis agravos à saúde da vítima, quando não realizado em tempo hábil e de forma adequada.

Com o objetivo de regulamentar esse tipo de atendimento, foi instituído no Brasil a Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da Portaria nº 1.863/GM, em 29 de setembro de 2003, que rege a implantação dos serviços de atendimento móvel de urgências nos municípios brasileiros (FORTES et al., 2010).

Há que se considerar ainda que existem diferenças entre urgências e emergências, e segundo o Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM nº 1.451, de 10 de março de 1995, urgência significa a ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Já a emergência consiste na constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (FORTES et al. 2010).

Nota-se que esses conceitos estão relacionados com o fator tempo enquanto determinante do prognóstico vital, e como apresentam definições muito parecidas, e para efeito, neste estudo, será utilizado o termo urgência como forma de adotar uma terminologia padrão.

### **2.1.1 Atendimento pré-hospitalar móvel: atribuições e responsabilidade dos profissionais bombeiros militares**

A regulação das atividades dos profissionais Bombeiros Militares, preconizada pelo Ministério da Saúde, para o APH, estabelece formação com nível médio, reconhecidos pelo gestor público da saúde para o desempenho destas atividades, em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais de Regulação (BRASIL, 2002).

Cabe a estes profissionais, 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. Podem realizar suporte básico de vida, com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, obedecendo



aos padrões de capacitação e atuação previstos na Portaria 2.048/GM de 5 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002).

Quanto aos requisitos exigidos têm-se: ser maior de dezoito anos; disposição pessoal e capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacitação específica por meio dos Núcleos de Educação em Urgências, conforme conteúdo estabelecido por pela Portaria 2.048/GM; capacidade de trabalhar em equipe; bem como para a re-certificação periódica (BRASIL, 2012).

Aos profissionais Bombeiros Militares competem as seguintes atribuições: comunicar imediatamente a existência de ocorrência com potencial de vítimas ou demandas de saúde à Central de Regulação Médica de Urgências; avaliar a cena do evento, identificando as circunstâncias da ocorrência e reportando-as ao médico regulador ou à equipe de saúde por ele designada; identificar e gerenciar situações de risco na cena do acidente, estabelecer a área de operação e orientar a movimentação da equipe de saúde; realizar manobras de suporte básico de vida, sob orientação do médico regulador; obter acesso e remover as vítimas para local seguro onde possam receber o atendimento adequado pela equipe de saúde e se solicitado pela mesma ou designado pelo médico regulador, transportar as vítimas ao serviço de saúde determinado pela regulação médica; estabilizar veículos acidentados; realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos especializados de bombeiro; avaliar as condições da vítima, identificando e informando ao médico regulador as condições de respiração, pulso e consciência, assim como uma descrição geral da sua situação e das circunstâncias da ocorrência, incluindo informações de testemunhas; transmitir, ao médico regulador a correta descrição da cena da urgência e do paciente; conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado; manter vias aéreas pérvias com manobras manuais e não invasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial; realizar circulação artificial por meio da técnica de compressão torácica externa; controlar sangramento externo, por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens; mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando colares cervicais, pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte; aplicar curativos e bandagens; imobilizar fraturas utilizando os equipamentos disponíveis; prestar o primeiro atendimento à intoxicações, de acordo com protocolos acordados ou por orientação

do médico regulador; dar assistência ao parto normal em período expulsivo e realizar manobras básicas ao recém nato e parturiente; manter-se em contato com a central de regulação médica repassando os informes iniciais e subsequentes sobre a situação da cena e do(s) paciente(s) para decisão e monitoramento do atendimento pelo médico regulador; conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes a veículo de atendimento; repassar as informações do atendimento à equipe de saúde designada pelo médico regulador para atuar no local do evento; conhecer e usar equipamentos de bioproteção individual; preencher os formulários e registros obrigatórios do sistema de atenção às urgências e do serviço; realizar triagem de múltiplas vítimas, quando necessário ou quando solicitado pela equipe de saúde; participar dos programas de treinamento e educação continuada, conforme os termos preconizados pela Portaria (BRASIL, 2012).

Além disso, a atuação do CBM segue um Protocolo para o Suporte Básico de Vida, que é um ato normatizador, constituindo um conjunto de ações a serem desenvolvidas pelas equipes de Resgate, e tem como objetivo melhorar a qualidade e agilizar a operacionalização do serviço prestado a comunidade (CBMGO, 2011).

Os protocolos devem ser incorporados às práticas profissionais do CBM de forma a garantir um tratamento adequado às vítimas, contribuindo para otimização do tempo resposta e minimizando possíveis agravos.

## 2.2 TEMPO RESPOSTA E AGRAVOS

Em um contexto contemporâneo, onde as cidades cada vez mais concentram elevados índices populacionais e que trazem com elas problemas decorrentes, tais como: a grande utilização de automóveis como meio de transporte e a conseqüente sobrecarga das vias, diminuindo a agilidade do deslocamento e em alguns casos, até restringindo os mesmos; aumento da violência urbana; doenças provenientes de uma população essencialmente sedentária e com hábitos alimentares pouco adequados (NOGUEIRA JUNIOR, 2011), o que implica, dentre outras coisas, no aumento da necessidade de serviços móveis de urgências médicas com maior frequência, de forma ágil e específica, já que o atendimento médico inicial tem que ocorrer, quando há uma solicitação primária ou secundária, onde o paciente está, seja no seu trabalho, na sua residência, nas ruas ou quaisquer outros lugares.

Nessa perspectiva o que se evidencia é que o fator “tempo” tem papel

fundamental, já que o atendimento e o tempo decorrido entre o acidente e a admissão hospitalar é um fator crucial para reduzir a mortalidade das vítimas por acidentes e violências. Em consonância com Ladeira & Barreto (2008), a primeira hora (*golden hour*) logo após a ocorrência de uma lesão traumática, é considerada o tempo crítico para a instituição do tratamento que modificará o prognóstico, uma vez que até 40% dos óbitos ocorrem no período pré-hospitalar do cuidado.

Em média, o serviço de resgate urbano em países referências no APH, tem um tempo resposta de 6 a 8 minutos e o tempo de transporte até um centro de referência é de 8 a 10 minutos adicionais, totalizando ao fim do processo um período entre 15 a 20 minutos da hora de ouro e restando cerca de 40 minutos para uma intervenção cirúrgica, se necessário (PHTLS, 2007).

Corroborando com essa premissa, Rodrigues & Miller (2001) reafirmam que esse atendimento, com base no trabalho das equipes de suporte básico, cumpre a finalidade da assistência pré-hospitalar que é de fundamental importância na prevenção das lesões secundárias, e sugerem que este deve ser realizado no menor tempo e de forma que mantenha a estabilidade clínica da vítima até a chegada ao hospital.

Como enfatizado por Minayo & Deslandes (2008) 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, uma vez que a necessidade de presteza do atendimento se deve ao fato de que as primeiras horas pós-evento traumático têm sido apontadas por vários autores como o período de maior índice de mortalidade.

Nesse sentido é pertinente considerar que vários fatores podem interferir e causar um aumento do tempo resposta, como é o caso da demora das anotações dos dados, a regulação médica, a falta de ambulâncias ou indisponibilidade por estar atendendo outras ocorrências ou ainda o congestionamento no trânsito (PITTERI, MONTEIRO, 2010). Em contrapartida, outros fatores podem diminuir o tempo, como é o caso da descentralização das bases e o georeferenciamento dos atendimentos (OLIVEIRA, 2008).

Alguns estudos revelam o tempo resposta dos atendimentos móveis em algumas cidades brasileiras, como é o caso de Palmas onde a média de tempo resposta às ocorrências foi 8,6 minutos e a mediana 7 minutos (PITTERI, MONTEIRO, 2010). Em Florianópolis predominou o tempo resposta de 0-15 minutos

com 51%, seguido de 16-30 minutos com 28,7% (AQUINO, 2007), em Ribeirão Preto - SP constatou-se a média de tempo resposta de 31,11 minutos e mediana de 14 minutos (FERNANDES, 2004). De acordo com Oliveira (2008), o tempo resposta em São Paulo, que era de 40 minutos em média, caiu para 12 minutos pela distribuição das ambulâncias em bases descentralizadas. Aquino (2007) considerou que o tempo máximo ideal para que as equipes cheguem ao local da ocorrência seja de 15 minutos.

Minayo & Deslandes (2008) indicam que o modelo pré-hospitalar móvel vigente em quase todas as partes da sociedade ocidental tem sido inspirado na organização de origem americana e francesa. A primeira prioriza o atendimento feito por paramédicos (técnicos), enquanto a segunda adota a presença de médicos nas ambulâncias. O Brasil oficialmente adotou o modelo francês, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), adequando-o às peculiaridades nacionais.

Contudo, inicialmente, o modelo norte-americano foi o de maior predominância no Brasil para realizar somente medidas de Suporte Básico de Vida (SBV), pelo Corpo de Bombeiros (CB), pioneiros no APH (FIGUEIREDO, COSTA, 2009). A influência do serviço francês, como esclarece os autores, cujas equipes são compostas exclusivamente por profissionais de saúde, é observada posteriormente em algumas cidades brasileiras para realizar, também, o Suporte Avançado de Vida (SAV) no local do evento.

Para Thomas & Lima (2000), no SAV é incluída a realização de procedimentos invasivos e o uso de equipamentos e materiais específicos destinados à assistência dos casos de maior gravidade e complexidade, só podendo, portanto, ser realizado por médicos e enfermeiros. Já no SBV, a não realização de procedimentos invasivos permite a atuação de bombeiros ou técnicos de enfermagem, capacitados previamente.

### 2.3 CORPO DE BOMBEIROS MILITAR *VERSUS* SAMU: ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

O Corpo de Bombeiros teve uma atuação histórica de grande importância no sistema pré-hospitalar no Brasil, sendo o Grupamento de Socorro e Emergência (GSE), criado em 1981, o pioneiro no resgate de vítimas feridas (PEPULIM, 2007).

Os estudos desenvolvidos por Cabral & Souza (2009) apontam que este serviço atua desprovido de regulação médica e sem integração com o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que em alguns municípios, o Corpo de Bombeiros continua como o único órgão responsável pelo atendimento móvel às pessoas envolvidas em acidentes e violências (DESLANDES; MINAYO; OLIVEIRA, 2007; PEPULIM, 2007; SANTOS, 2005; CABRAL, SOUZA 2009).

Historicamente, o Corpo de Bombeiros tem atuado em todo o país, com atendimento em linha própria (193), sem ter necessariamente uma regulação médica (MINAYO, DESLANDES, 2008). Após décadas sem padronização de normas e rotinas na área de urgência, principalmente em sua fase pré-hospitalar, o Brasil iniciou, no ano de 2001, um processo de organização e qualificação da atenção às urgências e emergências relacionadas ao trauma e à violência, com a publicação da Política Nacional da Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001b). Em 2002 essa política foi instrumentalizada por meio da Portaria nº 2.048, a qual institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, que estabelece princípios e diretrizes, normas e os critérios de funcionamento, classificação e o cadastramento dos serviços de urgências e emergências (BRASIL, 2002).

Contudo, em muitas cidades já vigora o SAMU (192), que constitui uma política de governo, oficializado pela Portaria nº 1.864 de 29 de setembro de 2003, que institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003). A estrutura do SAMU, no que se refere às ambulâncias, é composta de seis tipos: A (transporte); B (suporte básico); C (resgate); D (suporte avançado); E (aeronave de transporte médico) e F (embarcação de transporte médico). As mais comuns, as unidades de suporte básico, são tripuladas por um condutor e um técnico de enfermagem, e as unidades avançadas, a tripulação é composta por condutor, médico e um enfermeiro (BRASIL, 2003).

A função básica do SAMU é responder de forma organizada, a fim de evitar o uso excessivo de recursos, a toda situação de urgência que necessite de meios médicos, desde o primeiro contato telefônico até a liberação das vítimas ou seus encaminhamentos hospitalares. O sistema deve determinar e desencadear a resposta mais adequada para o caso, assegurar a disponibilidade dos meios hospitalares, determinar o tipo de transporte exigido e preparar o acolhimento dos pacientes (TAKEDA et al., 2001). Entre as responsabilidades do Corpo de

Bombeiros estão às funções de coordenar e executar as ações de defesa civil, proteção e socorros públicos, prevenção e combate a incêndio e explosão em locais de risco, buscas e salvamentos, além de coordenar a elaboração de normas relativas à segurança das pessoas e dos seus bens contra incêndios e pânico e outras previstas em lei. Há que se considerar que assim como a atividade do médico e do enfermeiro possuem codificações próprias, o bombeiro militar também tem sua conduta pesada em Código próprio, que o obriga a prestar seu serviço de atendimento pré-hospitalar calcado em valores e deveres militares, não menos importantes, que o dos códigos dos profissionais de saúde.

No momento de transição até a efetivação do SAMU, os estudos realizados por Minayo & Deslandes (2008) sobre a implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras, evidenciam que onde o Corpo de Bombeiros já atuava com atendimento médico, houve perda de espaço político e de financiamento da corporação. O mesmo estudo revelou ainda realidades distintas nas capitais analisadas: em Manaus, com a chegada do SAMU, coube ao Corpo de Bombeiros apenas o resgate de vítimas nas chamadas “zonas quentes”, ou seja, onde e quando há risco de desmoronamento ou incêndio e em situações com pessoas presas a ferragens. Essa nova divisão do trabalho está ocorrendo com o ônus da insatisfação dos bombeiros. Eles se ressentem por não contarem com apoio e suporte financeiro do setor saúde ao programa já existente e pela desvalorização de tanta experiência acumulada.

No Rio de Janeiro, o quadro de transição mostrou-se mais conflituoso. Desde 1986, o Grupamento de Socorro de Emergência do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (GSE/CBMERJ) vinha sendo responsável pela assistência pré-hospitalar, que incluía equipes médicas para regulação e para atendimento. Durante a implementação do Programa Nacional de Enfrentamento de Emergências e Traumas, em 1992, o GSE colaborou, formando bombeiros para a atenção pré-hospitalar móvel em diversos estados. Com a implantação do SAMU e o redimensionamento das funções entre instituições, a experiência dos bombeiros foi pouco considerada. Já na cidade de Curitiba, os gestores consideram que conseguiram uma boa articulação entre bombeiros e SAMU (MINAYO, DESLANDES, 2008).

Outro estudo, desenvolvido em Porto Alegre, que analisou o acesso e a utilização do SAMU por usuários com demandas clínicas, demonstrou que

dependendo do tipo de agravo e da gravidade da situação, o usuário, muitas vezes, é forçado a procurar, novamente, as unidades de urgência para resolver um mesmo problema. Os resultados evidenciaram ainda lacunas de atendimento com base no perfil epidemiológico das demandas (MARQUES, 2010).

Há ainda, entre alguns profissionais, a concepção de que o SAMU gera demandas, e, ao gerá-las, onera ainda mais os superlotados serviços de urgência (DESLANDES, MINAYO, OLIVEIRA, 2007; CICONET, MARQUES, LIMA 2009). Esse estigma deixa evidente a fragilidade nos fluxos e as lacunas na organização da urgência (MARQUES, 2010).

Outra lacuna apontada por Machado, Salvador, O'Dwyer (2011) relaciona-se à qualificação dos profissionais que atuam nas centrais e nas ambulâncias, dada a especificidade desse tipo de atendimento. Apesar de previstas no desenho da política, como enfatizam os autores, as iniciativas de formação ainda têm alcance limitado.

Diante do exposto, o que se percebe, é que embora exista uma política para regular as competências e responsabilidades dos serviços de atendimento móvel, sejam elas do Corpo de Bombeiros ou do SAMU parece não haver, na prática, linhas claras que delineiam as atuações dessas duas instituições. Esse desalinhamento de ações tem gerado conflitos, não apenas no que diz respeito à prestação dos serviços que a cada qual compete, mas por parte da sociedade que muitas vezes não sabe diferenciar a demanda e acaba solicitando atendimento de um em detrimento daquele que seria mais adequado, ou seja, a incerteza de quando chamar o Corpo de Bombeiros e de quando chamar o SAMU.

O enfrentamento dessas lacunas é fundamental para que tanto o Corpo de Bombeiros quanto o SAMU possam alinhar suas estratégias, através de uma política integrada de atenção às urgências e não somente como um programa de alta visibilidade com risco de limitada efetividade na resolução dos problemas de saúde da população.

## **CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

O APH, criado em virtude da necessidade de se reduzirem as sequelas e óbitos no campo pré-hospitalar, veio evoluindo lentamente, e o que se percebe é a importante contribuição histórica do CBM no suporte básico à vida. Embora a criação

do SAMU tenha sido orientada por princípios do suporte avançado à vida, como forma de organizar e regulamentar o uso de recursos para o atendimento de toda situação de urgência que necessite de meios médicos, o que a literatura revelou, através dos estudos de diversos autores, foi um descompasso nas práticas cotidianas, gerando conflitos em algumas localidades.

Na prática o que se testemunha é que nem sempre o SAMU atende aos chamados que, em tese, seriam de sua responsabilidade, porém, em contrapartida, o CBM atende a toda e qualquer solicitação da população, mesmo que desta resulte a necessidade de acionar a equipe do SAMU. Dessa forma o que se evidencia é a existência de um programa de alta visibilidade, como o SAMU, porém com risco de limitada efetividade na resolução dos problemas de saúde da população.

Outro resultado que este estudo revelou foi à importância do “tempo” na assistência pré-hospitalar e, dessa forma, a hipótese de que existe forte correlação entre o tempo resposta do APH e os agravos foi positivamente verificada, uma vez que a necessidade de prestação do atendimento se deve ao fato de que as primeiras horas pós-evento traumático foram apontadas por vários autores como o período de maior índice de mortalidade.

Em que pese à relevância deste estudo e diante do que foi exposto, o que se sugere, é a adoção do paramédico à equipe de APH do CBM, a exemplo do que ocorre no modelo americano, para que, dentre as atribuições que lhe competem, fosse possível incrementar sua atuação e dessa forma contribuir com o suporte à vida da população de forma ampliada. Para tanto, sugere-se então, a criação do Curso de Paramédico para formação específica dos profissionais bombeiros, de forma que possibilite, a esta instituição, adotar integralmente o modelo americano e alinhar suas estratégias com a política nacional de saúde em prol da população.

## REFERÊNCIAS

AQUINO, D. I. **Caracterização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), do Município de Florianópolis-SC.** Dissertação. 2007. Universidade do Vale de Itajaí, Santa Catarina, 2007. 84f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 814 de 1 de junho de 2001.** Institui as diretrizes de regulação das urgências e normatiza os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel. Brasília: Diário Oficial da União, 2001.



BRASIL. **Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001.** Aprovar, na forma do anexo desta portaria, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade de Acidentes e Violências. Diário [Oficial da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 18 maio 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.** Portaria nº 2.048/GM de 05 de novembro de 2002. BRASÍLIA, p. 32-54, Nov. 2002. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 12 jun. 2012.

BRASIL. **Portaria nº 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003.** Instituir o componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU-192, suas Centrais de Regulação (Central SAMU-192) e seus Núcleos de Educação em Urgência, em municípios e regiões de todo o território brasileiro. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CABRAL, A. P. S.; SOUZA, W. V. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU):** análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. Revista Brasileira Epidemiologia. v.11, n.4; 2008 p. 530-40.

CICONET, R. M.; MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. **Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU):** relato da experiência de Porto Alegre-RS. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 12, n. 26, Set. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000300016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000300016&script=sci_arttext)> Acesso em: 3 jun. 2012.

CBMGO. Corpo de Bombeiros Militar de Goiás. **Protocolo para o suporte básico de vida do CBMGO.** Estado de Goiás. Secretaria da Segurança Pública e Justiça. 2011.

DESLANDES, S.; MINAYO, M. C. S.; OLIVEIRA, A. F. Análise da implementação do atendimento pré-hospitalar. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Avaliação diagnóstica da política nacional de redução de acidentes e violências.** 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. v. 1, p. 139-158.

FERNANDES, R. J. **Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da**

**Secretaria da Saúde do município de Ribeirão Preto – SP.** 2004. 116f. Dissertação. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2004.

FIGUEIREDO, D. L. B.; COSTA, A. L. R. C. da. **Serviço de Atendimento Móvel às Urgências Cuiabá:** desafios e possibilidades para profissionais de enfermagem. Acta paul. enferm. São Paulo, v. 22, n. 5, Out. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000500018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000500018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jun. 2012.

FORTES, et al. **Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem - livro do aluno:** urgência e emergência. Coordenação técnica pedagógica Julia Ikeda Fortes [et al.]. São Paulo: FUNDAP, 2010.

LADEIRA, R. M.; BARRETO, S. M. **Fatores associados ao uso de serviço de atenção pré-hospitalar por vítimas de acidentes de trânsito.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(2):287-294, fev, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n2/06.pdf>> Acesso em: 8 jun. 2012

LOPES, S. L. B; FERNANDES, R. J. **Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar.** Medicina, Ribeirão Preto, 32:381-387:out./dez.1999. Disponível em: <[http://pedro2.pmrp.com.br/ssauade/programas/samu/neu-pdf/revisao\\_atendimento.pdf](http://pedro2.pmrp.com.br/ssauade/programas/samu/neu-pdf/revisao_atendimento.pdf)> Acesso em: 2 jun. 2012.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G.; O'DWYER, G. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência:** análise da política brasileira. Rev Saúde Pública 2011;45(3):519-28.

MARQUES, G. Q. **Acesso e utilização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre por usuários com demandas clínicas.** Tese. 2010. Escola de Enfermagem. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010. 190f.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. **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.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000800016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 11 jun. 2012.

NOGUEIRA JUNIOR, L. C. **Um estudo para redução do tempo de resposta do SAMU de Belo Horizonte através da realocação das bases de operação.** Dissertação. 2011. Departamento de Pós-Graduação em Engenharia de Produção.

Belo Horizonte: UFMG, 2011. 87f.

OLIVEIRA, E. A. **Otimização da localização das bases de operação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU/BH através do uso de técnicas de geoprocessamento.** Caminhos de Geografia - revista online. v. 9, n. 26 jun/2008. p. 133-145. Disponível em: <<http://www.ig.ufu.br/revista/caminhos.html>> Acesso em: 10 jun. 2012.

PAVELQUEIRES, S. **Educação continuada de enfermeiros no atendimento inicial à vítima de traumatismos.** 1997. 149f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 1997.

PEPULIM, P. **Atendimento pré-hospitalar no mundo.** 2007. Disponível em: <<http://notrauma.blogspot.com/2007/11/atendimento-pr-hospitalar.html>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

PHTLS. **Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado:** Comitê do PHTLS da *National Association of Emergency Medical Technicians* (NAEMT) em Cooperação com Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões. 6. ed. Rio de Janeiro: Mosby Jems Elsevier, 2007.

PITTERI, J. S. M.; MONTEIRO, P. S. **Caracterização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Palmas-Tocantins, Brasil, em 2009.** Com. Ciências Saúde. 2010;21(3):227-236.

RODRIGUES, L. A.; MILLER, E. L. C. Trauma por acidentes de veículos em rodovias. In: Freire, E. **Trauma: a doença dos séculos.** São Paulo: Atheneu; 2001. v.1. cap. 21. p. 349-72.

SANTOS, M. L. **Serviço público de atendimento pré-hospitalar móvel na cidade de João Pessoa-PB: integrar para melhor salvar.** 2005. Monografia (Especialização em Segurança Pública). João Pessoa: Polícia Militar da Paraíba, 2005.

TAKEDA, R. A. **Uma contribuição para avaliar o desempenho de sistemas de transporte emergencial de saúde.** 2000. Tese (Doutorado em Transportes). Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. 210 f.

THOMAZ, R. R.; LIMA, F. V. **Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo.** Acta Paul Enferm. 2000;13(3):59-65.