

**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA - CBMSC
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - UDESC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO E SOCIOECONÔMICAS - ESAG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA:
ESTUDOS ESTRATÉGICOS NO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR**

JOÃO BATISTA CORDEIRO JUNIOR

**NOVAS PERSPECTIVAS PARA O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DO
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA**

FLORIANÓPOLIS

2014

NOVAS PERSPECTIVAS PARA O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Estudos Estratégicos em Gestão Pública com Ênfase à Atividade de Bombeiro Militar do Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas, da Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Estudos Estratégicos em Gestão Pública com Ênfase à Atividade de Bombeiro Militar.

Orientador: Giovanni Fernando Kemper, Msc.

FLORIANÓPOLIS

2014

CIP – Dados Internacionais de Catalogação na fonte

C811n Cordeiro Junior, João Batista

Novas perspectivas para o Atendimento Pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina. / João Batista Cordeiro Junior. - Florianópolis : UDESC, 2014.

56 f. : il.

Monografia (Especialização em Gestão Pública com Ênfase à Atividade de Bombeiro Militar) – Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas, Programa de Pós-Graduação em Administração, 2014.

Orientador : Giovanni Fernando Kemper, Msc.

1. Atendimento Pré-hospitalar. 2. Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina. 3. Políticas Públicas de Atenção à Urgências. I. Kemper, Giovanni Fernando. II. Título.

CDD 616.0252

JOÃO BATISTA CORDEIRO JUNIOR

NOVAS PERSPECTIVAS PARA O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Estudos Estratégicos em Gestão Pública com Ênfase à Atividade de Bombeiro Militar do Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas, da Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Estudos Estratégicos em Gestão Pública com Ênfase à Atividade de Bombeiro Militar.

Banca Examinadora:

Orientador:

Maj BM, Msc. Giovanni Fernando Kemper
Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina

Membro:

Ten Cel BM, Esp. Aldo Baptista Neto
Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina

Membro:

Prof. Dr. Marcello B. Zappellini
Universidade do Estado de Santa Catarina

Florianópolis, SC, 25 de Setembro de 2014

AULA DE VOO

O conhecimento
caminha lento feito lagarta.
Primeiro não sabe que sabe
e voraz contenta-se com cotidiano orvalho
deixando nas folhas vividas das manhãs

**Depois pensa que sabe
e se fecha em si mesmo:
faz muralhas,
cava trincheiras,
ergue barricadas.
Defendendo o que pensa saber levanta certeza na forma de muro
orgulha-se de seu casulo.**

Até que maduro
explode em voos
rindo do tempo que imaginava saber
ou guardava preso o que sabia.
Voa alto sua ousadia
reconhecendo o suor dos séculos
no orvalho de cada dia.

**Mesmo o vôo mais belo
descobre um dia não ser eterno.
É tempo de acasalar
voltar à terra com seus ovos
à espera de novas e prosaicas lagartas.**

O conhecimento é assim
ri de si mesmo
e de suas certezas.
É meta da forma
metamorfose
movimento
fluir do tempo
que tanto cria como arrasa
a nos mostrar que para o vôo
é preciso tanto o casulo
como a asa.

Mauro Iasi

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, João Batista e Hangaci, pelo amor a mim ofertado na longa caminhada da vida, sempre me encorajando a seguir em frente com perseverança, dedicação e respeito às pessoas.

À minha esposa Sinara, meu porto seguro, que sempre me apóia em todos os desafios da vida, sendo forte para suportar os momentos de minhas ausências em virtude do trabalho, sempre zelando pela harmonia de nossa linda família.

Aos meus filhos João Neto, João Henrique e Kauany, tesouros de valor imensurável, que com suas alegria e jovialidade me motivam a prosseguir na busca do autodesenvolvimento.

Aos meus amigos e colegas de especialização do CAEE, pelo apoio nas horas difíceis e pela tolerância durante a empreitada.

Ao meu amigo e colega de especialização, Ten Cel BM Cesar de Assumpção Nunes, que não mediu esforços para me auxiliar com seu conhecimento na área pesquisada e acima de tudo, pelo apoio e pelas boas conversas nos momentos de reflexão.

Aos meus amigos Willian, André e Adriana, médico e enfermeiros do GRAU/SAMU, que me auxiliaram bastante durante a realização do trabalho, com opiniões, dicas e muitas sugestões.

Aos integrantes do BOA e GRAU/SAMU, que comigo vivenciam as atividades estudadas nessa pesquisa e que serviram de mentores para a escolha do tema, muitas vezes me orientando na troca de ideias.

Ao meu orientador, Maj. BM Giovanni Fernando Kemper, que mais que o orientador nessa pesquisa, é meu amigo pessoal e também um de meus mestres na arte de voar pela vida.

Ao professor Marcello Zappellini que de pronto se mostrou solícito em me auxiliar no direcionamento da pesquisa, pois acreditou em mim e em meu potencial, pelo carinho, dedicação e compartilhar comigo seus conhecimentos em todos os passos desta construção, sendo seu apoio de fundamental importância nos resultados alcançados.

Aos professores da UDESC pelos ensinamentos transmitidos e acima de tudo pela dedicação durante essa transmissão de conhecimentos.

Aos instrutores do CBMSC, que propiciaram o *link* entre a aplicação dos conhecimentos científicos e a vivência nas atividades bombeiros.

Ao Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, corporação a qual dediquei minha

força criativa, meu labor e toda a minha juventude e que me forjou princípios de cidadania, responsabilidade e zelo pelo próximo.

E, principalmente, a DEUS, que me propiciou chegar nessa fase da vida, com vontade e com força para estudar, aprender e materializar algumas de minhas impressões sobre o tema hora abordado, que espero sejam úteis para que muitas vidas sejam salvas.

“Uma vez que você tenha experimentado voar, você andará pela terra com seus olhos voltados para o céu, pois lá você esteve e para lá você desejará voltar.”

Leonardo da Vinci

RESUMO

CORDEIRO JUNIOR, João Batista. **Novas Perspectivas para o Atendimento Pré Hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina**. 2014. 58 f. TCC (Especialização em Estudos Estratégicos em Gestão Pública com Ênfase à Atividade de Bombeiro Militar) – Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas, da Universidade do Estado de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Administração, Florianópolis, 2014.

O Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC) foi o precursor dos serviços de atendimento pré-hospitalar (APH) no Estado no final da década de 1980, pela necessidade de que as vítimas de trauma atendidas pelas guarnições de serviço recebessem um atendimento especializado no local das ocorrências e principalmente um transporte adequado. No início da década de 1990 houve um direcionamento do Ministério da Saúde, à nível nacional, para que os Corpos de Bombeiros Militares realizassem o APH móvel, com a implementação do Programa de Enfrentamento às Emergências e ao Trauma (PEET). Pela vocação institucional do atendimento às pessoas em urgências/emergências o serviço se especializou e se expandiu para todas as unidades da corporação na modalidade de suporte básico à vida. Com a implementação da Política Nacional de Atenção à Urgências, através da Portaria nº Portaria nº 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003, que criou o SAMU e a regulação médica, bem como com a aprovação da Emenda Constitucional nº 033 de 2003, que inseriu na Constituição Estadual de Santa Catarina o artigo 108, que definiu o Atendimento Pré-hospitalar como uma das competências do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, infere-se a realização do Suporte Avançado à Vida e da regulação médica no Atendimento Pré-hospitalar realizado por esta corporação, através da integração dos serviços de APH realizados pelo CBMSC e SAMU.

Palavras-chave: Atendimento Pré Hospitalar (APH). Urgências e Emergências. Gestão de Serviços de Atendimento Pré Hospitalar. Políticas Públicas de Atenção à Urgências.

ABSTRACT

CORDEIRO JUNIOR, João Batista. **New perspectives for the Pre-hospital Treatment from the Firefighting Department of Santa Catarina.** 2014. 58 f. Coursework (Specialization in Strategies in Public Management Studies with Emphasis to the Activities of the Military Department of Firefighters) – Management Science and Socioeconomic Centre, of the University of the State of Santa Catarina. Post-graduate in Management program, Florianópolis, 2014.

The Firefighting Department of Santa Catarina (CBMSC) was the precursor in services of Pre-hospital Treatment in the State in the final of the decade of 1980, by the need of the victims of trauma that are being attended by the trims of service have the chance to receive a specialized treatment at the local of the occurrences and principally by an appropriate transport. In the beginning of the decade of 1990 there occurred a directionally of the Ministry of Health, at a national level, with the purpose of allowing the Military Department of Firefighters to do the Pre-hospital Treatment in motion, with the implementation of the Confronting Emergencies and Trauma Program. By the institutional vocation of the treatment to people in urgencies/emergencies the service specialized and expanded itself for all unities of the corporation in the modality to support the basic life support. With the implementation of the National Policies of Care to Urgencies, through of the Ordinance Number 1.864/GM of 29 of September of 2003, that creates the SAMU and instituted the regulation of medical urgencies, as well as the approval of the Constitutional Amendment number 033 of 2003, that inserted in the State Constitution of Santa Catarina the clause 108 and defined the prehospital treatment as one of the competencies of the Firefighting Department of Santa Catarina, the research proposes the implementation of The Advanced Support and the medical regulation in the Pre-hospital Treatment realized by this corporation, through the integration of the services of Pre-hospital Treatment done by the CBMSC and SAMU.

Keywords: Pre-hospital Treatment. Urgencies and Emergencies. Management of Services of Pre Hospital Care. Public policies of attention to Urgencies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Número Geral de Atendimentos dos Arcanjos de 20 jan. 2010 a 30 jun. 2014..	42
Figura 2 – Percentual Geral de Atendimentos dos Arcanjos de 20 jan. 2010 a 30 jun. 2014.....	43
Figura 3 – Mapa de Projeção da Atividade Aérea do CBMSC.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS

APH – Atendimento pré-hospitalar
BOA – Batalhão de Operações Aéreas
CAEE – Curso de Altos Estudos Estratégicos
CBM – Corpo de Bombeiros Militar
CBMDF – Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal
CBMRJ – Corpo de Bombeiros Militar do Rio de Janeiro
CBMSC – Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina
CBPMSP - Corpo de Bombeiros da Polícia Militar de São Paulo
CE – Constituição Estadual
CESC – Constituição Estadual de Santa Catarina
CF – Constituição Federal
DF – Distrito Federal
DPRF – Departamento de Polícia Rodoviária Federal
EUA – Estados Unidos da América
MS – Ministério da Saúde
NEU – Núcleo de Educação de Urgência
PAPH – Programa de Atendimento Pré-hospitalar
PEET – Programa de Enfrentamento à Emergência e ao Trauma
PCR – Parada Cardiorrespiratória
PMSC – Polícia Militar de Santa Catarina
PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências
QOSBM - Quadro de Oficiais de Saúde Bombeiro Militar
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAV – Suporte Avançado à Vida
SBV – Suporte Básico à Vida
SEM – Serviço de Emergências Médicas
SES – Secretaria de Estado da Saúde
SES/SC – Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
7º BBM – Sétimo Batalhão de Bombeiro Militar
SIATE – Sistema de Integração de Atendimento ao Trauma e Emergência
SSP – Secretaria de Segurança Pública
SUS – Sistema Único de Saúde

TEM – Técnico de Emergências Médicas

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UR – Unidade de Resgate

USA – Unidade de Suporte Avançado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 OBJETIVOS.....	20
1.1.1 Objetivo Geral	20
1.1.2 Objetivos Específicos	20
1.2 CONTRIBUIÇÃO DO TRABALHO.....	20
1.3 METODOLOGIA.....	21
2 O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (APH)	22
2.1 A ESCOLA NORTE AMERICANA.....	22
2.2 A ESCOLA FRANCESA.....	24
2.3 O APH NO BRASIL.....	25
2.4 O APH EM SANTA CATARINA.....	26
2.5 A IMPLANTAÇÃO DO SAMU E A REGULAÇÃO MÉDICA.....	26
2.6 AS ATIVIDADES AÉREAS E O APH.....	29
3 O APH BRASILEIRO – UMA POLÍTICA PÚBLICA EM CONSTRUÇÃO	32
4 UM NOVO MODELO DE APH CATARINENSE	37
4.1 UMA PROPOSTA DE ESTRUTURAÇÃO DO APH EM SANTA CATARINA.....	40
5 CONCLUSÕES	45
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICE	51
APÊNDICE A	52

1 INTRODUÇÃO

O acelerado crescimento da população mundial, aliado aos constantes avanços tecnológicos conquistados nas últimas décadas, gerou um crescimento desordenado dos centros urbanos, um crescente afluxo populacional através de diversos meios de transportes e conseqüentemente muitas demandas por qualidade de vida.

Com essa evolução advieram também problemas sociais relacionados à falta de moradia para todos, de infraestrutura, de mobilidade urbana, de saúde pública, a violência crescente nas ruas e aos acidentes das mais variadas causas como os no trânsito, no trabalho e no lar.

O Estado como provedor de infraestrutura e no papel de fomentador do desenvolvimento econômico e social busca atender as demandas emergentes, se estruturando e promovendo políticas públicas que devem ser norteadas para a sustentabilidade dos sistemas e para uma prestação de serviços de qualidade.

Neste contexto as demandas da sociedade por serviços de atendimento pré-hospitalar (APH) emergem, como todas as demais demandas sociais e o Estado se estrutura para atendê-las, ao longo de processos de negociação, conforme os grupos de pressão se articulam na arena política, buscando por formatos de políticas que contemplem seus interesses ou, minimamente, criem ou mantenham abertas janelas de oportunidade para ganhos futuros (GERSCHMAN; SANTOS, 2006).

No Estado de Santa Catarina o APH teve seu marco inicial em 1987, com a ativação do primeiro veículo específico para o atendimento a emergências e urgências, denominado Auto Socorro de Urgência 01, na cidade de Blumenau. Tratou-se de uma necessidade premente das guarnições de serviço do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC), que se deparavam com os acidentes envolvendo vítimas de traumas diversos, que indubitavelmente necessitavam de um suporte inicial e do encaminhamento ao ambiente intra hospitalar.

No Corpo de Bombeiros Militar (CBM), a consciência da necessidade de um serviço de atendimento pré-hospitalar surgiu com base na vivência cotidiana dos integrantes do Serviço de Salvamento, que tinha como atribuição específica remover vítimas dos locais de acidente onde estavam presas ou com o acesso dificultado. Entretanto, o que se constatava era que, em várias situações, essa remoção se estendia por longo período, estando a vítima necessitada de cuidados sem que houvesse a presença de um médico ou da equipe de saúde no local. Mesmo após a remoção das vítimas, as ambulâncias costumavam demorar e às viaturas

do CBM, sem condições de acomodação para o transporte a um hospital, restava aguardar ou efetuar um transporte de maneira precária (VELLOSO et al., 2008).

No ano de 2003, através da Portaria nº 1.864/MS, o Ministério da Saúde implantou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que representa o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). A implantação dessa política inicia por esse componente, pois parte do pressuposto de que as centrais de regulação de urgência se constituem em elemento-chave para organização do sistema de urgência, uma espécie de eixo organizador da rede de saúde. As Centrais de Regulação de Urgência são observatórios privilegiados do sistema de saúde e elementos potenciais de organização dos fluxos da atenção às urgências. Além disso, são ferramentas importantes de inclusão e garantia de acesso universal e equânime aos acometidos por agravos urgentes, de qualquer natureza (BRASIL, 2006).

Quanto ao CBMSC, foi também em 2003 que a corporação obteve suas atribuições constitucionais, previstas no artigo 108 da Constituição do Estado de Santa Catarina, alteradas pela Emenda Constitucional Nº 33 (DOE Nº 17.176) que emancipou o CBMSC da Polícia Militar de Santa Catarina (PMSC), tornando-a assim uma corporação autônoma. A referida emenda constitucional inclui expressamente no rol de atribuições do CBMSC descritas no artigo 108 da Constituição Estadual (CE), o atendimento pré-hospitalar, atividade em que os bombeiros catarinenses foram pioneiros e exercem até hoje, conforme já exposto, contando com o apoio incondicional da população catarinense (SILVA, 2012). Assim prevê o artigo 108:

O Corpo de Bombeiros Militar, órgão permanente, força auxiliar, reserva do Exército, organizado com base na hierarquia e disciplina, subordinado ao Governador do Estado, cabe, nos limites de sua competência, além de outras atribuições estabelecidas em lei:

I - realizar os serviços de prevenção de sinistros ou catástrofes, de combate a incêndio e de busca e salvamento de pessoas e bens e o **atendimento pré-hospitalar**;

II - estabelecer normas relativas à segurança das pessoas e de seus bens contra incêndio, catástrofe ou produtos perigosos;

III - analisar, previamente, os projetos de segurança contra incêndio em edificações, contra sinistros em áreas de risco e de armazenagem, manipulação e transporte de produtos perigosos, acompanhar e fiscalizar sua execução, e impor sanções administrativas estabelecidas em lei;

IV - realizar perícias de incêndio e de áreas sinistradas no limite de sua competência;

V - colaborar com os órgãos da defesa civil;

VI - exercer a polícia judiciária militar, nos termos de lei federal;

VII - estabelecer a prevenção balneária por salva-vidas; e

VIII - prevenir acidentes e incêndios na orla marítima e fluvial. (SANTA CATARINA, 2003, p.128, grifos nosso).

Denota-se então a coexistência em Santa Catarina, a partir de 2003, de dois serviços de APH, um realizado pelo CBMSC e outro pela Secretaria de Estado da Saúde (SES), ambos independentes, mas em vias de construção de um processo de integração.

O modelo de APH integrado vigente no Distrito Federal poderia servir de referência para Santa Catarina e para as demais unidades da federação, pois através da Portaria Conjunta Bombeiros/SAMU 04/2011, houve a integração dos serviços do SAMU e do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF), através da especificação de atribuições referentes ao CBMDF e a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Quanto ao Corpo de Bombeiros Militar a referida norma regulamenta as seguintes atribuições:

- a) Estar em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, no atendimento pré-hospitalar de suporte básico ou avançado de vida nas emergências médicas oriundas de ordem clínicas, traumáticas, pediátricas, obstétricas e psiquiátricas, em condições de atuar interligado ao SAMU, no âmbito do Distrito Federal, por meio da Central de Regulação Médica Integrada, com acesso gratuito, em consonância com as diretrizes contidas no Regulamento Técnico de Urgências, através dos chamados via 192 ou 193;
- b) Repassar para Central Conjunta de Regulação Médica todos os chamados de socorro com vítima que entrarem via 193, para devida regulação;
- c) Disponibilizar equipe de saúde 24 horas por dia na Central de Regulação Médica Integrada para participar da regulação médica das chamadas via 192 e 193;
- d) Disponibilizar profissional especializado para administração e gestão das áreas afins junto ao SAMU, como controle das viaturas, estoque da farmácia e nos Postos de Apoio Pré-hospitalar fixo nos hospitais da SES;
- e) Realizar as atividades de atendimento de suporte avançado ou transporte inter-hospitalar, por intermédio do uso de ambulância ou helicóptero, com equipe de suporte avançado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências;
- f) Comunicar para a Central Conjunta de Regulação Médica as ocorrências típicas de bombeiros quando se fizer necessário à ambulância, motolância ou helicóptero no trem de socorro;
- g) Trabalhar em conjunto com a SES no pré-hospitalar fixo, através da UPA- Unidade de Pronto Atendimento;
- h) Intercambiar com o NEU - Núcleo de Educação em Urgências / SAMU – DF ações na área de ensino por meio do Centro de Treinamento e Qualificação de Recursos Humanos do GAEPH e da Seção de Instrução do GAvOp, com criação de protocolos pactuados entre as partes na padronização de ensino e instrução, incluindo proposta pedagógica de capacitação dos profissionais de nível superior, técnico e condutor de viatura de emergência, através de educação permanente com adequação curricular das instituições;
- i) Compor a guarnição de ambulância e tripulação das aeronaves, com bombeiros qualificados em atendimento pré-hospitalar, integrado com a equipe do SAMU e mantendo-a com cobertura de 24 horas por dia;
- j) Participar junto a SES do Comitê Gestor do Sistema de Atenção às Urgências, no âmbito Estadual;
- k) Disponibilizar instalações prediais para o aquartelamento e guarda das ambulâncias do SAMU/ DF, de acordo com as necessidades e capacidades operacionais do CBMDF;
- l) Atuar, junto ao Banco de Leite no Projeto Amamentação da SES, auxiliando na coleta e transporte do leite materno, bem como participar de outras ações relacionadas ao Banco de Leite Humano da SES, podendo colocar em outras regionais de saúde, conforme disponibilidade de pessoal e entendimento entre as

partes;

- m) Encaminhar à SES/DF, mensalmente, o relatório referente aos atendimentos relativos ao objeto desta Portaria;
- n) Utilizar protocolo pactuado e ficha de atendimento para suporte básico e avançado de vida conjunto entre as partes, bem como as formas de registros;
- o) Movimentar os recursos financeiros liberados pela SES/DF em conta específica vinculada à Portaria, empregar os recursos financeiros oriundos da presente Portaria, conforme descrito no plano de trabalho, na aquisição de material permanente ou de consumo a ser utilizado no pré-hospitalar;
- p) Disponibilizar e empregar ambulâncias de suporte avançado, aviões e/ou helicópteros em apoio direto às ações do Sistema de transplante de órgãos da SES, conforme o protocolo específico para esse fim;
- q) Prover a atualização técnica anual das tripulações das aeronaves do CBMDF, nas áreas da medicina aeroespacial, emergências em voo, coordenação de recursos de cabine, gerenciamento de riscos e de segurança de voo;
- r) Planejar e executar o plano de manutenção preventiva e corretiva de sistemas e equipamentos permanentes das ambulâncias e do Kit Aero Médico das aeronaves do CBMDF;
- s) Apresentar relatórios de execução físico-financeira e prestar contas dos recursos recebidos ao final de cada exercício financeiro, na forma prevista no Decreto 16.098/94, de 29 de novembro de 1994. Nada obsta que a administração defina período menor para a prestação de contas, como medida preventiva e mais favorável à fiscalização e controle, já que o ajuste tem vigência de 05 (cinco) anos;
- t) Trabalhar em conjunto nos eventos operacionais de grande vulto com a SES/SAMU, utilizando o sistema de comando de incidente, as viaturas de múltiplas vítimas e hospital de campanha;
- u) Executar treinamentos periódicos em conjunto com o SAMU no atendimento a múltipla vítima e produtos perigosos, com pelo menos um por ano;
- v) Disponibilizar a lavagem terminal e concorrente das viaturas do CBMDF e do SAMU, conforme escala previamente publicada;
- w) Trabalhar em conjunto com o SAMU, com padronização de divulgação para imprensa, conforme normas internas do CBMDF e SES;
- x) Arcar com quaisquer ônus de natureza trabalhista, previdenciária ou social de seus militares, acaso decorrente da execução desta Portaria. (DISTRITO FEDERAL, 2011, p. 13).

No Distrito Federal (DF) houve uma efetiva integração dos serviços de APH do SAMU e do CBMDF, sendo realizada conjuntamente a execução e a gestão do serviço, desde a regulação médica, passando pelos atendimentos, os treinamentos e a execução de funções administrativas com a participação de integrantes dos dois órgãos (DISTRITO FEDERAL, 2011).

Em São Paulo os bombeiros e SAMU trabalham de forma integrada desde 2007 através das centrais de regulação do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar de São Paulo (CBPMSP).

No Rio de Janeiro a integração ocorreu num momento político em que o Corpo de Bombeiros Militar do Rio de Janeiro (CBMRJ) estava administrativamente subordinado a Secretaria de Estado da Saúde. Em 2008 o CBMRJ assumiu a direção do SAMU naquele Estado através do Decreto Estadual N° 41.308 de 15 de maio de 2008 que assim dispõe:

Art. 1º - As atividades administrativas e operacionais das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) serão executadas pela Subsecretaria de Estado de Defesa Civil, Superintendência de Urgência e Emergência Pré-Hospitalar, através do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro.

Art. 2º - Caberá a Subsecretaria de Estado de Defesa Civil, através da Superintendência de Urgência e Emergência Pré-hospitalar a gestão e fiscalização dos serviços prestados no âmbito das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). (RIO DE JANEIRO, 2008, p. 01).

Em Minas Gerais o 7º Batalhão de Bombeiros Militar (7º BBM), o batalhão com maior cobertura no Estado, juntamente com o SAMU Macro Norte assinaram um acordo de cooperação técnica em abril deste de 2012 a fim de integrar os serviços de APH, principalmente quanto aos sistemas de recebimento de solicitações de emergência 192 e 193. Desde o dia 14 de maio de 2012 o 7º BBM mantém um bombeiro militar 24 horas na regulação do SAMU e uma unidade de salvamento dos bombeiros no complexo macrorregional do SAMU. Já o SAMU mantém uma unidade de suporte básico na sede do 7º BBM (SILVA, 2012).

Ainda em Minas Gerais antes mesmo deste projeto de integração ser implantado, várias cidades firmaram convênios municipais com os bombeiros militares a fim de integrar os serviços entre bombeiros militares e regionais do SAMU. O município de Contagem, em outubro de 2011 através da assinatura com um convênio de parceria com os bombeiros, também passou a contar com militares trabalhando 24 horas por dia na regulação do SAMU-192 (TROTТА, 2011). Em dezembro daquele ano outro convênio de cooperação técnica foi firmado entre CBMMG e a prefeitura da capital Belo Horizonte (SILVA, 2012). Dentre outras disposições o referido convênio prevê:

- 1 - Previsão da confecção de um Protocolo Operacional de Urgência e Emergência Pré-Hospitalar, a ser finalizado em 180 (cento e oitenta) dias e que será utilizado pelas duas organizações;
- 2 - Realização de seminários e treinamentos de capacitação conjuntos;
- 3 - Realização mensal para avaliação e acompanhamento do funcionamento do sistema por parte dos integrantes do grupo gestor do CBMMG e SAMU;
- 4 - Padronização de equipamentos e acessórios utilizados nos atendimentos de acordo com a característica de cada unidade;
- 5 - Elaboração de projeto visando a implantação de estruturas compartilhadas de higienização para viaturas e equipamentos, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias;
- 6 - Elaborar, de forma conjunta, plano de contingências para atendimento coordenado a múltiplas vítimas;
- 7 - Compartilhar equipamentos disponíveis nos casos de necessidade, observando as diretrizes contidas no Protocolo Operacional de Urgências e Emergências Pré-Hospitalar;
- 8 - Ligação telefônica entre a Central de Regulação e o CBMMG, para comunicação exclusiva do atendimento pré-hospitalar;
- 9 - Ligação on-line do sistema informatizado do SAMU e do CBMMG para acesso

exclusivo à consulta pelos mesmos dos dados operacionais básicos das ambulâncias e ocorrências de atendimento pré-hospitalar;
10 - Permissão para comunicação entre os rádios, possibilitando operar nas frequências do SAMU e do CBMMG. (ASCOBOM, 2011, p. 01).

Na Constituição do Estado de Santa Catarina (CESC) não há a definição de que o Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina deva exercer apenas o suporte básico da vida (SBV) no APH, como ocorre de fato desde sua implantação. Na realidade a partir de 2003, houve a formalização das atribuições do CBMSC e uma autorização para que o mesmo possa expandir suas atividades de APH.

O suporte avançado à vida (SAV) já é realizado pelo CBMSC desde o ano de 2010 na Grande Florianópolis-SC, por meio de parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), e com a utilização de uma aeronave de asa rotativa denominada “Arcanjo 01”, sendo suas equipes compostas por um comandante de aeronave, um copiloto e dois tripulantes operacionais, integrantes do CBMSC, um médico e um enfermeiro do SAMU/SES.

No dia 26 de setembro de 2012, foi firmado entre a SES/SC e o CBMSC através do Batalhão de Operações Aéreas (BOA), o Termo de Cooperação Técnica nº 13.052/2012-4, que visa a realização dos serviços de suporte avançado de vida em atendimento pré-hospitalar, transportes inter-hospitalares de pacientes devidamente regulados, bem como a realização de traslados de equipes para captação e transporte de órgãos e tecidos para transplantes, para a otimização de meios já disponíveis e a expansão das atividades, na busca pela eficiência e eficácia na gestão de recursos e a diminuição de tempo resposta. Essa parceria poderia ser implementada nas demais regiões do território catarinense, principalmente nos grandes centros de concentração populacional.

Outra forma de implementação das atividades de SAV e de regulação médica no CBMSC seria através da contratação de profissionais da área da saúde para a implementação de tais serviços diretamente pelo CBMSC, com a parceria e o aporte de recursos da SES/SC, ao molde do modelo vigente no Distrito Federal.

Para avaliar este tema relevante e as alternativas supracitadas, buscando-se uma abordagem sistemática, contudo com a abrangência que a discussão requer, elegeu-se uma bibliografia que privilegia um enfoque técnico e ao mesmo tempo crítico sobre Políticas Públicas de Atenção Pré-hospitalar, seus modelos de aplicação, sua história, as influências da economia, da política e dos anseios de uma sociedade que clama por serviços públicos de qualidade.

Então, após a aprovação da Emenda Constitucional nº 033 de 2003, que inseriu na Constituição Estadual de Santa Catarina o artigo 108 e que definiu o Atendimento Pré-hospitalar como uma das competências do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, infere-se a realização do Suporte Avançado à Vida e da regulação médica no Atendimento Pré-hospitalar realizado por esta corporação.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Elaborar proposta de implementação da modalidade de Suporte Avançado à Vida no APH do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina através de regulação médica e a integração dos serviços com a SES/SAMU.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Apontar formas de implementação da modalidade de Suporte Avançado à Vida e da regulação médica no Atendimento Pré-Hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina;
- b) Estudar a parceria realizada entre o CBMSC e a SES na capital catarinense, pertinente ao SAV e a regulação médica, com a utilização da aeronave Arcanjo 01;
- c) Avaliar a implementação, nas demais regiões do Estado de Santa Catarina, da parceria realizada entre o CBMSC e a SES, pertinente ao SAV e a regulação médica, com a utilização da aeronave Arcanjo 01.

1.2 CONTRIBUIÇÃO DO TRABALHO

Uma corporação como o CBMSC, que tem como lema “Vida Alheia e Riquezas a Salvar”, necessita estar constantemente aprimorando suas atividades de socorro público.

O clamor da sociedade por serviços públicos de qualidade, com resolutividade e efetividade, também justificam tal pesquisa, visto que a possibilidade da realização do SAV e da regulação médica no CBMSC viria a ofertar serviços diferenciados àquela, no tocante a

redução dos índices de morbimortalidade em decorrência de traumas e emergências médicas.

A pesquisa assume relevância científica, porquanto servirá para trazer mais informações ao conhecimento já produzido relativo ao tema “Atendimento Pré-hospitalar”, com um enfoque voltado ao estudo de políticas públicas de atenção à urgências sendo implementadas no Brasil. Atada à relevância científica, vem a relevância social, num conceito expandido, com tópicos que versam sobre o CBM como organização de saúde e segurança pública, quando aborda seu papel de mantenedor da incolumidade pública, no sentido de fundamentar conceitos e termos, elencamos alguns temas relativos aos objetivos deste trabalho.

1.3 METODOLOGIA

Nesta pesquisa foi utilizado o raciocínio indutivo. Este método foi adequado, pois o estudo é sobre um serviço específico - o serviço de atendimento pré-hospitalar realizado pelo Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina e pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - que serviu de subsídio para as conclusões e para a apresentação da proposta de uma nova forma de gestão e execução dos serviços, de forma integrada.

Quanto à abordagem, trata-se de uma pesquisa qualitativa, sendo analisado diretamente o tema pesquisado e a solução do seu problema, visando a efetiva aplicação de uma proposta de gestão.

Utilizou-se uma abordagem direta, empregando-se como estratégia uma pesquisa bibliográfica, elaborada com base em material publicado como Portarias do Ministério da Saúde, legislações em vigor atinentes ao assunto, livros, dissertações e artigos, bem como informações disponibilizadas pela Internet.

2 O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (APH)

Define-se como atendimento pré-hospitalar toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do ambiente hospitalar. Compreende todo atendimento desde um parecer ou orientação médica por meio do telefone até o atendimento no local da ocorrência, prestado por uma viatura de suporte básico ou avançado de vida. É o atendimento inicial às vítimas que se encontram em quadros agudos tanto clínicos quanto traumáticos, psiquiátricos, cirúrgicos e/ou obstétricos, a nível pediátrico e adulto, com a intenção de reduzir o sofrimento, sequelas ou até mesmo a morte (BRASIL, 2002).

Conforme a Portaria GM/MS 2048, de novembro de 2002, que estabeleceu os princípios e diretrizes dos sistemas estaduais de urgência e emergência em todos os níveis de atenção do sistema de saúde, classificou-se o APH como móvel ou fixo. No atendimento móvel são utilizadas ambulâncias, carros de resgate, lanchas, helicópteros, entre outros meios que permitem uma locomoção da vítima e/ou equipe para prestação do serviço de atendimento primário. O atendimento fixo compreende uma unidade com suporte também para atenção primária e estabilização da vítima, até a circunstância na qual a mesma possa ser transportada para um nível mais complexo de prestação de atendimento, como a atenção hospitalar (BRASIL, 2004).

No APH são realizadas manobras de suporte básico, que consistem em manobras de manutenção à vida sem o uso de manobras invasivas de suporte ventilatório e respiratório, que no Brasil são consideradas suporte avançado à vida (LIMA *et al.*, 2009).

Segundo Martins (2004), basicamente duas escolas internacionais influenciaram o surgimento do APH no Brasil, a norte-americana (*load and go* - estabilizar e conduzir) e a francesa (*stay to treat* – ficar para tratar), com abordagens distintas às vítimas, o Sistema de Ajuda Médica de Urgência e o Serviço de Emergências Médicas (SEM), respectivamente continuam influenciando tais atividades no cenário brasileiro.

2.1 A ESCOLA NORTE-AMERICANA

A escola Norte Americana serviu de base e inspiração para a criação do APH brasileiro no final da década de 1980, através do PEET/PAPH/MS e o treinamento de multiplicadores de conhecimentos dos CBMs.

O SEM surgiu nos Estados Unidos da América (EUA), na década de 1960, após a Guerra do Vietnã, com o aproveitamento da mão de obra especializada de militares (não

médicos) que foram treinados e utilizados para o atendimento e assistência a vítimas feridas na guerra, adquirindo experiência na atividade. Dessa iniciativa para suprir uma demanda no campo de batalhas, surgiu a categoria profissional dos paramédicos, como poderá ser conferido abaixo.

Em 1966, após a publicação de uma pesquisa intitulada “Morte e Deficiência por acidentes: uma doença negligenciada pela sociedade moderna”, o governo americano determinou que as entidades governamentais de segurança rodoviária desenvolvessem um sistema de atendimento a emergências que fosse realmente eficiente, caso contrário o governo reduziria um percentual dos fundos para manutenção das rodovias federais (FERREIRA, 1999 apud GALLETTI JR., 2010).

Segundo Azevedo (apud GALLETTI JR., 2010), em 1970 a Academia Nacional de Ciências dos EUA realizou um estudo comparativo entre vítimas da guerra do Vietnã e vítimas de trauma nas grandes cidades americanas, constatando que houve uma maior sobrevivência dos soldados feridos em batalha, que receberam um atendimento imediato após a lesão, em relação as vítimas de traumas nas grandes cidades, que eram apenas transportadas aos hospitais, sem qualquer atendimento inicial. Este estudo demonstrou a importância do atendimento no local da cena, impulsionando a implantação de sistemas de emergência nas grandes cidades americanas.

O Departamento de Transporte Americano realizou em 1982, estudos que demonstraram a diminuição dos índices de mortalidade pré-hospitalar de vítimas de acidente de trânsito, após a implantação do serviço de APH, entre 1966 e 1981 (AZEVEDO, 2002 apud GALLETTI JR., 2010).

Em 1969, o *Miami Fire Department* criou o programa de formação de paramédicos e, em 1970, o primeiro programa de paramédicos voluntários americanos foi iniciado pelo *Charlottesville-Albermale Rescue Squad*, na cidade de Charlottesville, conforme Galletti Jr. (2010).

O autor mencionado afirma que, com a regulamentação definitiva do SEM, os serviços de ambulância ligados aos hospitais foram extintos nos EUA e as novas exigências legais direcionaram o cuidado pré-hospitalar para os Corpos de Bombeiros.

As estatísticas mostraram que em 1965 morreram mais pessoas nas estradas norte-americanas do que em oito anos da guerra do Vietnã, o que despertou para os índices alarmantes de mortalidade por traumas, assim como a péssima qualidade de sobrevivência e recuperação das vítimas atendidas de forma inadequadas. Com o passar do tempo, os Técnicos em Emergências Médicas (TEM) passaram a ser treinados também para atender as

emergências clínicas, particularmente aquelas relacionadas às doenças cardiovasculares que também estavam se tornando alarmantes (GALLETTI JR., 2010).

Por tal motivo, em 1975, os paramédicos são reconhecidos pelo Departamento de Saúde, Educação e Bem Estar, como pessoal treinado para serviços de SAV, com sofisticação para o trauma, cuidados cardíacos e outros problemas críticos que precisam de tratamento interventivo.

A assistência às emergências, nos EUA, é exercida por quatro categorias de profissionais distintas, com grandes variações regionais, que são:

- socorrista ou “*first-responder*”, representados pelos bombeiros, policiais ou mesmo cidadãos comuns, treinados nas técnicas de reanimação cardiopulmonar básica;
- técnico de emergência de ambulância ou técnico de emergência básica;
- técnico de emergência intermediário;
- técnico de emergência paramédico.

Suas ações variam de acordo com a capacidade e o grau de conhecimento dos profissionais, os quais são autorizados a realizar diferentes atividades e procedimentos, conforme a categoria a que pertencem e a protocolos previamente estabelecidos. A integração desses diferentes níveis de assistência depende da organização e dos recursos locais de cada região. Nas áreas rurais, os serviços dispõem somente de técnicos que realizam o suporte básico. Nas áreas urbanas, além do suporte básico, dispõem do suporte avançado realizados por paramédicos. (FERREIRA apud GALLETTI JR., 2010).

2.2 A ESCOLA FRANCESA

A escola francesa também influenciou o sistema de atendimento no Brasil.

De acordo com Fontanella; Carli; Lareng (apud GALLETTI JR., 2010),

O sistema francês, também chamado de Sistema de Ajuda Médica de Urgência, se iniciou nos anos 60, com um enfoque voltado para os recursos hospitalares e inter-hospitalares, pois naquela época, os médicos começaram a constatar a desproporção entre os meios modernos, colocados à disposição de feridos no hospital, e os meios arcaicos utilizados na fase pré e inter-hospitalares. Foi proposto, então, que a equipe médica se deslocasse ao local da ocorrência para iniciar a assistência o mais rápido possível.

O sistema Francês é financiado pela seguridade social, obrigatória a todo cidadão. O setor público oferece hospitais com diferentes graus de complexidade. E a assistência realizada nos ambulatórios, muitas vezes, é oferecida pelo setor privado através de médicos generalistas, também conhecidos como clínicos gerais. Estes atendem em consultórios particulares ou em associações médicas atendendo diretamente no domicílio do paciente.

“Quando há necessidade de transporte rápido para o hospital, acionam, de acordo com a gravidade do caso, uma ambulância privada ou uma Unidade Móvel Hospitalar.” (FERREIRA

apud GALLETTI JR., 2010).

Na França, para agilizar e racionalizar o serviço de urgência, as solicitações de ajuda médica são diretamente atendidas por um Centro de Controle de Operações. O solicitante, através de um telefone específico para emergências, sempre recebe o auxílio médico. O que deu origem ao sistema foi aumentar a agilidade no atendimento de pessoas envolvidas em acidentes de trânsito, objetivando o início do tratamento imediato. Articulado, dessa forma, a rede pública hospitalar (FONTANELLA; CARLI; LARENG apud GALLETTI JR., 2010).

Este sistema é baseado em seis princípios, a saber:

- o auxílio médico urgente;
- as intervenções no local devem ser rápidas, eficazes e com meios adaptados;
- a abordagem de cada caso deve ser simultaneamente médica, operacional e humana;
- as atribuições são definidas por profissionais e a coordenação da equipe deve ser estabelecida de forma clara;
- a qualidade dos resultados depende, em grande parte, do nível de competência dos profissionais; e,
- a ação preventiva deve ser um complemento da ação de urgência (REZENDE apud GALLETTI JR., 2010).

O modelo francês é centralizado numa rede de comunicações e baseado na regulação e no atendimento médico às urgências. Todas as chamadas são analisadas por médico, que define a resposta, o gerenciamento da demanda e através da hierarquização dos nosocômios realiza o encaminhamento dos pacientes (GALLETTI JR., 2010).

2.3 O APH NO BRASIL

A escola precursora do APH no Brasil foi a norte-americana adotada pelos CBM, a partir do início da década de 90, com o incentivo do Governo Federal, através do Programa de Enfrentamento às Emergências e Trauma (PEET) do Ministério da Saúde (MS), cujo objetivo era redução da incidência e da morbimortalidade por agravos externos por meio de intervenção nos níveis de prevenção, APH, atendimento hospitalar e reabilitação. O Programa de Atendimento Pré-hospitalar (PAPH) foi delegado aos CBM que, a partir de então, tornaram-se responsáveis pelo atendimento às emergências e traumas no âmbito público, através dos profissionais socorristas, realizando o SBV (BRASIL, 2011; BRASIL, 1999).

No CBM de São Paulo criou-se um modelo misto de APH em que o SBV é realizado através de unidades de resgate (UR) tripuladas por bombeiros “socorristas” e o SAV é

realizado em conjunto com o SAMU, através de Unidades de Suporte Avançado (USA) tripuladas por médico, enfermeiro do SAMU e um motorista do CBM (GALLETTI JR., 2010).

Outro modelo misto de APH, denominado Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências (SIATE) foi implantado a partir de 1990 na cidade de Curitiba-PR, numa parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES) e Secretaria de Segurança Pública (SSP), onde o atendimento é realizado pelos “socorristas” do CBM, contando com médicos reguladores, que ficam nas centrais de operações e podem ser deslocados para o local da emergência, quando necessário.

Em 2002, o governo federal brasileiro criou o SAMU, baseado na escola francesa, que está sendo implantado em todo o território nacional e coexiste com os serviços já executados desde a década de 90 pelos CBM. O serviço é oferecido pelo governo federal em parceria com os governos estaduais e prefeituras municipais, com a finalidade de prover o APH à população, nas modalidades de SBV e SAV.

2.4 O APH EM SANTA CATARINA

O APH em Santa Catarina iniciou-se na cidade de Blumenau, em 1987, através de iniciativa do CBMSC e da doação pela Associação Comercial e Industrial daquela cidade, de um veículo ambulância marca Chevrolet, Modelo Caravan, denominado na época de “Auto-Emergência”. O serviço foi aperfeiçoado com o advento do PEET/PAPH/MS e a partir de 1990, várias cidades do Estado o implantaram.

O serviço de APH em Santa Catarina conta atualmente com duas estruturas de atendimento, a do CBMSC, realizando o SBV e recentemente o SAV através de parceria com a SES e a utilização do atendimento aéreo prestado pelo BOA e a do SAMU, implantado a partir de 2003 através da Portaria nº 1.864 do Ministério da Saúde e que representa o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, realizando o SBV e o SAV.

2.5 A IMPLANTAÇÃO DO SAMU E A REGULÇÃO MÉDICA

Com o advento da implantação da Política Nacional de Atenção às urgências(PNAU), através da Portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, tendo como base os princípios doutrinários da universalidade, da integralidade e da equidade, que regem o Sistema Único de

Saúde (SUS), houveram grandes avanços na evolução do APH brasileiro (BRASIL, 2003).

O SAMU e seus Núcleos de Educação em Urgência (NEU) foram criados à seguir, através da Portaria nº 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003, sendo o componente pré-hospitalar móvel da PNAU nos municípios do território brasileiro no âmbito do SUS (BRASIL, 2003a).

Para a estruturação dos serviços foram propostos parâmetros, com a disponibilização de um veículo de SBV para cada 100 a 150 mil habitantes e um veículo de SAV para cada 400 a 450 mil habitantes. As despesas de custeio com a implantação e a estruturação da área física das centrais de regulação do SAMU foram definidas como de responsabilidade compartilhada entre a união, estados e municípios. Os demais recursos necessários para o custeio das equipes como de responsabilidade dos Estados e Municípios de acordo com a pactuação estabelecida na Comissão Intergestores Bipartite (VELLOSO et al., 2008).

Certamente, a instituição da PNAU pode ser considerada um marco na história das políticas públicas de saúde no Brasil. Ressalte-se, ainda, que essa política se desenvolveu em sincronia com as diretrizes gerais do modelo assistencial brasileiro, inserindo-se no contexto das políticas públicas de saúde, o que demonstra a proposta do SUS de abranger, em sua estrutura organizacional, os diversos níveis de atendimento à saúde (VELLOSO et al., 2008).

No ano de 2002, já havia sido aprovada a Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro, que instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, que estabeleceu os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolveu temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área (BRASIL, 2002).

Atualmente, em nível nacional, a rede assistencial do SAMU conta com 146 serviços de atendimento móvel de urgência, prestando atendimento a 1.269 municípios, o que corresponde a 101.794.573 milhões de pessoas assistidas. Entre as capitais brasileiras, o SAMU está presente em Aracaju, Belém, Belo Horizonte, Brasília, Campo Grande, Cuiabá, Curitiba, Florianópolis, Fortaleza, Goiânia, João Pessoa, Maceió, Manaus, Macapá, Natal, Palmas, Porto Alegre, Porto Velho, Recife, Rio Branco, Rio de Janeiro, Salvador, São Luís, São Paulo, Teresina e Vitória. Contudo, o MS ainda possui como meta implantar, por meio da Política Nacional de Atenção às Urgências e respeitando as competências de cada uma das

três esferas de gestão (governos federal, estaduais e municipais), o serviço em todos os municípios brasileiros (VELLOSO et al., 2008).

A Portaria nº 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003, que criou o SAMU, também criou a regulação médica, por meio de centrais de regulação médica, tendo o médico regulador através da escuta telefônica a função de dar orientações médicas, realizar o encaminhamento para a procura de recurso por meio próprio ou liberação de uma unidade móvel de resgate, conforme o manual de regulação médica das urgências do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a).

A Regulação Médica das Urgências, operacionalizada pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências, é um processo de trabalho por meio do qual se garante escuta permanente pelo médico regulador, com acolhimento de todos os pedidos de ajuda que ocorrem à central, bem como o estabelecimento de uma estimativa inicial do grau da urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada e equânime a cada solicitação, monitorando continuamente a estimativa inicial do grau de urgência até a finalização do caso e assegurando a disponibilidade dos meios necessários para a efetivação da resposta definitiva, de acordo com grades de serviços previamente pactuadas, pautadas nos preceitos de regionalização e hierarquização do sistema. (BRASIL, 2006a, p. 61).

Tem-se como conceituação de médico regulador:

Profissional que, com base nas informações colhidas dos usuários que acionam a Central de Regulação Médica, é responsável pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder às solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente. (BRASIL, 2006a, p. 53).

A competência do médico regulador é assim descrita:

Exercer a regulação médica do sistema; conhecer a rede de serviços da região; manter uma visão global e permanentemente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento pré-hospitalar e das portas de urgência, checando periodicamente sua capacidade operacional; recepção dos chamados de auxílio, análise da demanda, classificação em prioridades de atendimento, seleção de meios para atendimento (melhor resposta), acompanhamento do atendimento local, determinação do local de destino do paciente, orientação telefônica; manter contato diário com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema; prestar assistência direta aos pacientes nas ambulâncias, quando indicado, realizando os atos médicos possíveis e necessários ao nível pré-hospitalar; exercer o controle operacional da equipe assistencial; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; avaliar o desempenho da equipe e subsidiar os responsáveis pelo programa de educação continuada do serviço; obedecer às normas técnicas vigentes no serviço; preencher os documentos inerentes à atividade do médico regulador e de assistência pré-hospitalar; garantir a continuidade da atenção médica ao paciente grave, até a sua recepção por outro médico nos serviços de urgência; obedecer ao código de ética médica. (BRASIL, 2006a, p. 54).

Ainda no texto da Portaria Nº 2.048/02, pode-se ler que cabe ao médico regulador:

[...] decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (a chamada “vaga zero” para internação).
Deverá decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência. (BRASIL, 2002, p. 55).

Para dirimir uma série de conflitos de poder observados na atenção pré-hospitalar móvel entre médicos reguladores e comandos de bombeiros, a Portaria GM/MS Nº 2.048/02 deixou claro ainda que:

[...] Corpos de Bombeiros Militares (incluídas as Corporações de Bombeiros Independentes e as vinculadas às Polícias Militares), Polícias Rodoviárias e outras organizações da área da Segurança Pública deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS, conforme os termos desta portaria. (BRASIL, 2002).

O Plano Estadual de Atenção às Urgências, editado pelo Governo de Santa Catarina em 2003 trouxe a orientação para que os bombeiros militares ou voluntários sejam regulados pelas centrais de regulação médica do SAMU. As centrais dos corpos de bombeiros deverão remeter para a regulação todas as ocorrências que necessitem atenção urgente de saúde, inclusive as que necessitem de SBV no atendimento a traumas, cabendo ao médico regulador do SAMU analisar o caso e ativar os meios necessários para atender a situação. Em determinados casos a central do corpo de bombeiros pode realizar o despacho imediato de acordo com protocolos já existentes, porém em nenhuma situação o despacho poderá ser realizado sem a comunicação simultânea com a regulação do SAMU (SANTA CATARINA, 2004).

“Nota-se, assim, uma fremente necessidade de interação entre o serviço de APH realizado pelo CBMSC e as centrais de regulação médica do SAMU, procurando uma forma colaborativa de atuação conjunta, visando sempre o melhor para a população.” (SILVA, 2012, p. 33).

2.6 AS ATIVIDADES AÉREAS E O APH

No APH são utilizados diversos meios de transportes, tanto terrestres como aéreos

para os deslocamentos de equipes, equipamentos, materiais e das vítimas/pacientes.

A escolha do tipo de transporte vai depender da gravidade do caso, urgência na transferência, necessidade de intervenções de suporte durante o percurso, distância/tempo, disponibilidade transporte/pessoal, condições climáticas de acesso e de trânsito, geografia, segurança e custo (TRAIBER; ANDREOLIO; LUCHESE, 2006 apud MOREIRA, 2012).

Segundo Pratts (2007), para a solução de problemas de maior complexidade no atendimento emergencial faz-se necessário o emprego de aeronaves, que constituem-se em um complemento importante do transporte terrestre. Todavia as aeronaves não substituem o modal terrestre, sendo estas indicadas em situações distintas, levando-se em consideração o tempo resposta, os custos, a gravidade e as características das lesões sofridas pelo paciente, condições meteorológicas, distância a percorrer, acessibilidade do local da ocorrência, entre outros.

Para o atendimento das urgências/emergências de suporte avançado à vida, se houver a indicação de uso, as aeronaves de asa rotativa, classificadas nas normas de atividade médica em nível pré-hospitalar como Tipo E - Aeronave de Transporte Médico de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte de pacientes por via aérea, dotada de equipamentos médicos homologados pelos órgãos competentes – são os meios de transporte mais efetivos a serem utilizados (BRASIL, 2006a).

No APH, as aeronaves de asa rotativa são, visto a possibilidade de serem rapidamente alcançadas áreas difíceis ou inacessíveis, a melhor escolha para a realização do suporte avançado à vida.

Segundo Lopes (2007), pela sua versatilidade e características operacionais, como o “vôo pairado”, e facilidades de pousos e decolagens em pequenos espaços, o helicóptero tem-se mostrado um equipamento de alta capacidade em operações aéreas emergenciais, potencializando as ações das equipes de emergenciais, na medida em que estas aproveitem suas características e potencial.

Leventhal (apud MOREIRA, 2012) afirma que os helicópteros devem ser considerados como ambulâncias rápidas, sendo que as missões que podem ser executadas por eles incluem o atendimento pré-hospitalar na cena, o transporte inter-hospitalar, a evacuação de vítimas e o reconhecimento aéreo do local de grandes acidentes. Os transportes aéreos possibilitam a redução do tempo de deslocamento para a metade ou um terço do gasto pelas ambulâncias terrestres, com conseqüente diminuição da mortalidade dos pacientes críticos removidos rapidamente para o hospital. Os helicópteros devem dispor de equipamentos similares aos das unidades de suporte avançado terrestre, porém os mesmos são homologados

para ambientes hipobáricos, conforme legislação aeronáutica de cada país.

De acordo com Kemper (2012) no Brasil várias instituições públicas utilizam aeronaves de asa rotativa para a realização do APH e outras atividades, os modelos de aeronaves empregados na atividade de transporte de pacientes no ambiente aeroespacial também são os mais variados.

Para o resgate aéreo e para o transporte aeromédico de pacientes o CBMDF utiliza-se de aeronaves monoturbina modelo Helicóptero AS 350 B-2 (Esquilo) e biturbina modelo Helicóptero EC-135, o Departamento de Polícia Rodoviária Federal (DPRF) utiliza-se do Helicóptero BELL 407. O modelo de aeronave de asa rotativa mais utilizado pelas instituições de segurança pública é o Helicóptero AS 350 B, BA e B-2 (Esquilo), também utilizado pelo CBMSC em parceria com a SES (SILVA, 2012).

Segundo Kemper (2012), a diferença entre o atendimento realizado pelas ambulâncias do CBMSC e pelo helicóptero reside no fato de que esse último realiza o atendimento pré-hospitalar de suporte avançado, utilizando-se de equipe mista de socorristas do Corpo de Bombeiros Militar e de médicos e enfermeiros do SAMU. No SAMU de Santa Catarina, para o APH com o SAV, são utilizados meios de transporte terrestres e aéreos.

A partir de 2010, após a implementação da parceria entre o SAMU e o CBMSC, para a realização do SAV no APH, com a utilização da aeronave Arcanjo-01, houve por parte do CBMSC a confirmação da importância da utilização de aeronaves na realização dos serviços de resgate, salvamento em locais de difícil acesso, atendimentos a situações envolvendo eventos climáticos adversos, buscas em grandes áreas com vegetação e no mar e nas operações veraneio, bem como a oportunidade de ser avaliada e constatada a efetividade do suporte avançado à vida e sua realização com o uso de aeronaves.

3 O APH BRASILEIRO – UMA POLÍTICA PÚBLICA EM CONSTRUÇÃO

Segundo Contandriopoulos (1996), a regulação do sistema de saúde é uma consequência da tensão que existe entre as quatro lógicas de regulação: mercado, tecnocrática, profissional e política. Estas lógicas correspondem respectivamente aos quatro grupos de atores: população; organismos pagadores e o aparelho governamental; profissionais e as organizações em que trabalham e o Estado, estas relações delimitam e estruturam o sistema de saúde.

A construção desta realidade passa pela evolução das demandas sociais por serviços públicos, pelas pressões exercidas pelas categorias profissionais e empresariais prestadoras desses serviços, pois o mercado de serviços de saúde tem características específicas que o singularizam, e tornam imprescindível a intervenção estatal na sua regulação. Diversos autores discutem e demonstram a sua especificidade (FRANÇA, 1998).

A atuação do Estado na saúde configura-se, tanto no Brasil quanto na maioria dos países, basicamente por três formas: primeiramente, na prestação direta de serviços; em segundo, no financiamento da provisão por meio da compra de serviços privados e, por último, na regulação do mercado de saúde, estabelecendo normas, preços e padrões de qualidade (COSTA et al., 2013).

As políticas públicas de saúde no Brasil são o reflexo das pressões dos sujeitos sociais e das instituições que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados, conforme explicitou Velloso et al. (2008), no tocante a construção de políticas públicas de saúde:

As políticas públicas são conjuntos de disposições, medidas e procedimentos com a finalidade de orientar a política do Estado e regular as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. Podem ser entendidas como todas as ações de governo, atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado ou atividades de regulação de outros agentes econômicos. No campo da saúde, essas políticas integram o campo das ações sociais, vislumbrando a melhoria das condições de saúde da população. Quanto às outras políticas públicas da área social, sua tarefa específica consiste na organização das funções públicas governamentais para promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. Para que as políticas públicas se materializem, é imprescindível a ação concreta dos sujeitos sociais e das instituições que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados. Assim, deve ser permanente o acompanhamento dos processos pelos quais elas são implementadas, bem como a avaliação de seu impacto sobre a situação existente. (VELLOSO et al., 2008, p. 04).

De acordo com Velloso et al. (2008), até o ano de 2003, não havia no Brasil uma organização do sistema de saúde, com políticas públicas bem definidas para o atendimento às urgências e emergências, o que gerou a proliferação de uma série de iniciativas que

redundaram em projetos e programas muitas vezes desconexos para o enfrentamento dos problemas relativos ao tema, quase sempre com boas intenções dos proponentes, contudo sem um direcionamento focal do sistema nacional.

Referente ao que foi abordado nos parágrafos acima, é possível afirmar que ocorreu num primeiro momento um direcionamento da evolução do APH para um modelo baseado na Escola Americana, em que se preconizava a prestação de serviços pelos Corpos de Bombeiros Militares, iniciando-se um processo de construção de um sistema baseado no PEET/PAPH/MS em 1990, que foi descontinuado, com a falta de investimentos e regulamentação. A partir de 2003, com a implementação da PNAU, através da Portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, evoluiu-se para um modelo de APH brasileiro, agora baseado na Escola Francesa, com a implementação de políticas públicas voltadas a integralidade e universalidade da saúde e ao exercício das funções do APH, tendo o SAMU como o componente pré-hospitalar móvel.

Os Corpos de Bombeiros brasileiros, neste contexto de evolução das políticas públicas de saúde, talvez pela inércia das próprias corporações, foram, de certa forma relegados a segundo plano pelo Governo Federal quanto ao APH, conforme pode-se evidenciar no texto de Velloso et al. (2008), intitulado Atendimento Móvel de Urgência como Política Pública de Saúde, realizado através de vasta pesquisa bibliográfica de dez anos de publicações sobre o assunto, entre 1998 e 2008:

Até a década de 1980, não havia, no Brasil, APH vinculado à rede de serviços de saúde, **ficando esse atendimento a cargo do Corpo de Bombeiros**, o qual **ainda não se desvinculou completamente dessa função**.

O **serviço do Corpo de Bombeiros ainda existe em alguns municípios**, mas, aos poucos, **vem cedendo lugar ao SAMU**, com uma orientação específica e quadro formado por profissionais de saúde, principalmente para o atendimento em grandes centros urbanos (grifos nosso). (VELLOSO et al., 2008, p. 04 - 05).

Contudo, a afirmação de que tais corporações estão se desvinculando das atividades de APH no Brasil não é confirmada de fato, pois estas vêm aprimorando seus serviços e na maioria dos casos têm tais atividades como missões constitucionais, como ocorre com o CBMSC.

O único Estado da federação em que o SAMU assumiu o APH, que antes era realizado pelo CBM, foi o Acre, a partir de 2004, porém um efetivo de bombeiros militares foi disponibilizado ao SAMU para integrar as guarnições de atendimento. Segundo a enfermeira Lúcia de Fátima Carlos Paiva, coordenadora estadual do SAMU no Acre, as unidades de SBV atuam com um bombeiro e um técnico em enfermagem, e as unidades de SAV possuem

equipes compostas por dois bombeiros, um médico e um enfermeiro (GEYGER, 2012).

Pode-se deduzir que a tendência nacional que se vivencia na atualidade é a de integração entre os serviços de APH prestados pelo SAMU e CBMs.

Os Corpos de Bombeiros, como integrantes da Segurança Pública, têm como competência a preservação da incolumidade pública, conforme preceitua a Constituição Federal do Brasil (CF):

Art. 144. A **segurança pública**, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida para a **preservação** da ordem pública e **da incolumidade das pessoas** e do patrimônio, através dos seguintes órgãos:
 I - polícia federal;
 II - polícia rodoviária federal;
 III - polícia ferroviária federal;
 IV - polícias civis;
 V - polícias militares e **corpos de bombeiros militares**. (BRASIL, 1988, grifos nosso).

Avaliando tal competência constitucional e o significado desta, percebe-se que a palavra *preservação* (substantivo feminino) é o “ato ou efeito de preservar (-se) [...] ação que visa garantir a integridade e a perenidade de algo [...]”. É um “verbo transitivo direto” (“livrar de algum mal; manter livre de corrupção, perigo ou dano; conservar”); “verbo transitivo direto e indireto” (“livrar, defender, resguardar”) e “verbo pronominal” (“defender-se, proteger-se, resguardar-se”). Incolumidade (do Latim *incolumitate*) é um substantivo feminino e significa “qualidade ou estado de incólume”. Para o dicionarista, *incólume* (do Latim *incolume*) é um adjetivo de dois gêneros, significando “1. Livre de perigo; são e salvo; intato, ileso [...] 2. Bem conservado.” (FERREIRA, 2010).

Conforme o texto da Constituição (1988) e as definições dos verbetes por Ferreira (2010), pode-se afirmar o seguinte: como os Corpos de Bombeiros, integrantes da Segurança Pública, tem a atribuição constitucional da preservação da incolumidade das pessoas, que é um dever do Estado, todos os esforços devem ser envidados para que esta condição seja preservada, em prol da integridade das pessoas e da redução dos índices de morbimortalidade decorrentes de traumas e outras causas no ambiente extra-hospitalar.

Por conseguinte, numa visão abrangente, as situações envolvendo o trauma, os atendimentos a urgências e emergências e todo o tipo de perigo ou dano à pessoa, potencial ou real, que remetem ao exercício do APH, não são de competência exclusiva da área da saúde, mas sim de competência concorrente com os órgãos de segurança pública.

O estudo de casos concretos de atendimentos à vítimas envolvidas em acidentes, dos mais diversos possíveis, evidenciam que as equipes que fazem a primeira resposta e realizam

o salvamento e o resgate das vítimas, devem realizar também o APH, pois tais medidas devem ser realizadas simultaneamente, em benefício do paciente. Caso ocorra a realização de tais medidas de maneira não simultânea, a probabilidade de sucesso na recuperação da vítima/paciente seria relegada a segundo plano, pelo aumento do tempo resposta (PHTLS, 2010).

Em um atendimento emergencial é de suma importância que o APH seja realizado o mais rapidamente possível, para que ocorra a manutenção dos sinais vitais e a condução desse paciente estabilizado ao ambiente hospitalar, no menor espaço de tempo possível, para que este receba um tratamento definitivo, conforme o preconizado pelo PHTLS (2010, p. 05):

As mortes imediatas podem ser evitadas somente com a educação sobre a prevenção de traumas, porque a única chance de sobrevivência de alguns doentes seria evitar que o incidente tivesse ocorrido. As mortes nos primeiros momentos podem ser evitadas mediante assistência pré-hospitalar adequada, em tempo hábil, para redução da mortalidade e da morbidade. As mortes tardias podem ser evitadas somente por meio de transporte imediato até um hospital com equipe adequada para o atendimento de traumas.

Nessa evolução da construção de um novo APH brasileiro, com a integralidade dos serviços da assistência a saúde e o comprometimento de que haja um ciclo completo de procedimentos voltados a uma visão sistêmica do processo, não havendo solução de continuidade de ações, ainda há a necessidade de ajustes, para que se possa atingir a envergadura e dinamicidade propostas e que o papel dos Corpos de Bombeiros brasileiros seja melhor definido:

Consolidar uma política pública de atendimento às urgências em um país de dimensões continentais como o Brasil é um desafio tanto para os gestores quanto para os profissionais. Nesse sentido, considera-se que o projeto do atendimento móvel de urgência é ousado e de grande envergadura para gestores e trabalhadores da saúde, **pois o atendimento às urgências não se define como um trabalho de ações independentes e autolimitadas**. Ao contrário, há direta relação entre as urgências atendidas e os demais níveis da assistência à saúde. (VELLOSO et al., 2008, p. 02, grifos nosso).

Deve-se buscar uma convergência de forças em prol do atendimento das necessidades dos usuários, ou seja, a população que necessita de serviços de atendimento as urgências e emergências, conforme propõe-se o novo modelo:

Torna-se relevante, ainda, que se garanta a referência e a contra-referência, a resolução do problema que originou a busca por serviço de urgência e emergência, provendo acesso ao hospital e transferência segura, **de acordo com a necessidade dos usuários**. (VELLOSO et al., 2008, p. 02, grifos nosso).

Por conseguinte, é fundamental que a construção de um novo modelo de APH no Brasil se consolide estruturado em pilares sólidos, capazes de garantir à população o atendimento de suas necessidades, bem como corresponder às suas expectativas em relação à qualidade da assistência. Assim, é importante que a trajetória dos serviços de atendimento pré-hospitalar seja acompanhada por estudos que permitam compreender seu real papel social como política de saúde e direcionar a organização e a reorganização das ações.

Em síntese, o fato dos serviços de APH serem uma das portas de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), não exclui a participação dos Corpos de Bombeiros brasileiros do processo como executores e gestores do mesmo que são, muitos exemplos no mundo corroboram com tal afirmação, nos EUA e em diversos países da América Latina assim ocorre, pela vocação destas instituições no APH. Portanto devem ser repensadas as possibilidades de atuação das equipes responsáveis pela primeira resposta e o transporte de pacientes, com a promoção da saúde, a prevenção de doenças e minimização de agravos permanentes decorrentes.

4 UM NOVO MODELO DE APH CATARINENSE

Através da implementação da PNAU, o SUS apresentou uma das propostas de maior envergadura entre as políticas públicas na área da saúde no tocante ao atendimento de urgências no ambiente extra-hospitalar, contudo a implementação dessa política constitui-se num importante desafio a ser enfrentado, pois carece de ajustes fundamentais (BRASIL, 2006).

Essa proposta de atenção integral, que não envolve apenas o sistema de saúde e o conjunto de seus trabalhadores, mas extrapola seus muros, engajando outros atores sociais, vem ao encontro das necessidades de uma sociedade que clama por serviços públicos de qualidade.

A partir da realidade posta, verifica-se a necessidade dos CBMs brasileiros e do CBMSC, em particular, em se adequar a legislação vigente, integrando-se ao novo modelo de APH brasileiro.

A implementação do SAV e da regulação médica no APH do CBMSC devem ser perseguidos como forma da corporação participar dessa construção do novo APH móvel brasileiro, na busca de um atendimento integral à saúde, conforme preconizado na Constituição Federal, nos conceitos e princípios expressos nos artigos 196 a 200:

- o conceito de saúde entendido numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais;
- a saúde como direito social universal derivado do exercício da cidadania plena e não mais como direito previdenciário;
- a caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública;
- a criação de um Sistema Único de Saúde (descentralizado, com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade);
- a integração da Saúde à Seguridade Social. (BRASIL, 2006).

Outra mudança a se buscar no APH é a adoção de um novo enfoque para o treinamento e atuação dos socorristas, que preconize o pensamento crítico em detrimento do uso de protocolos de atendimento, pois conforme orienta o PHTLS (2010), adotando-se uma abordagem de treinamento e uma nova filosofia de trabalho que permita, e também requeira, que o socorrista raciocine de forma crítica, tomando decisões e agindo de modo a aumentar a sobrevivência do doente que sofreu um trauma. Os socorristas não devem ser treinados apenas para usar protocolos durante o atendimento do doente. Protocolos são considerados abordagens robóticas, que não permitem a consideração propícia e as alternativas mais adequadas. Em vez disso o treinamento dos socorristas deve propiciar a compreensão do atendimento médico e o raciocínio crítico para a obtenção desses objetivos. Cada contato

entre o socorrista e o doente envolve um conjunto único de circunstâncias. Se o socorrista entender as bases do atendimento médico e as necessidades de cada doente, decisões únicas podem ser tomadas, que deem a este indivíduo a maior chance de sobrevivência.

Tal necessidade de mudança de enfoque na formação de profissionais de APH é assim evidenciada:

Em tempos de políticas públicas de redução da participação do Estado e de diminuição de investimento nos setores sociais, os serviços públicos na área da saúde estão sendo ampliados, crescendo o número de trabalhadores no setor, sendo indispensável à produção de conhecimento e a formação profissional. No entanto, para suavizar essa problemática quanto à formação profissional em Atendimento Pré-Hospitalar (APH), necessita-se de mudança, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional. (KEMPER, 2012, p. 55).

Nas diretrizes da PNAU, quando são abordados os papéis e responsabilidades dos gestores do SUS no âmbito dos Comitês Gestores, recomenda-se que nos Estaduais do Sistema de Atenção às Urgências e sugere-se que nos dos Sistemas Regionais de Atenção às Urgências e nos dos Sistemas Municipais de Atenção às Urgências, haja um representante do CBM. O CBMSC deve buscar tal espaço, para exercer seu papel de indutor e fomentador das políticas públicas de atendimentos à urgência. No Plano Estadual de Atenção às Urgências de Santa Catarina, além de tais papéis, o Centro de Ensino do CBMSC tem papel na estruturação e composição dos Núcleos de Educação em Urgências (NEU), que constituem-se nas estruturas formalizadas para executar a capacitação, a habilitação e a educação continuada dos recursos humanos do APH (BRASIL, 2006).

No Plano Estadual de Atenção às Urgências de Santa Catarina, a Central de Chamadas do CBMSC é citada como o componente de salvamento e resgate, responsável apenas pelos aspectos de resgate e segurança à vítima, uma visão no mínimo distorcida da realidade mundial, nacional e catarinense no tocante ao APH e aos ensinamentos do PHTLS (2010), que caso fossem aplicadas, repercutiriam negativamente no tempo resposta e na efetividade das manobras de primeira resposta, omitindo-se a real atuação do CBMSC no APH, todavia replicando as diretrizes nacionais. Quanto à regulação médica, assim foi definido:

Os critérios mínimos para o acesso a cada central seguirá os parâmetros a seguir, sendo que toda a regulação pública de urgência sanitária será realizada pelo médico regulador do SAMU. As centrais da(s) Polícia(s), dos Corpos de Bombeiros remeterão para regulação médica pelo SAMU-192 toda a necessidade de atenção urgente de saúde, onde se inclui a necessidade de suporte básico de vida nas situações traumáticas, cabendo somente ao médico regulador do SAMU-192 dar a resposta adaptada ao caso e ativar os meios necessários para o atendimento da situação. Conforme Portaria Ministerial MS 2048/02, os serviços de segurança e

salvamento, sempre que houver demanda de atendimento de eventos com vítimas ou doentes, devem orientar-se pela decisão do médico regulador de urgências. Podem ser estabelecidos protocolos de despacho imediato de seus recursos de atenção às urgências em situações excepcionais, mas, em nenhum caso, estes despachos podem ser feitos sem comunicação simultânea com o regulador e transferência do chamado de socorro para exercício da regulação médica. (SANTA CATARINA, 2004, p. 53).

Quanto ao planejamento organizacional, os objetivos do SAMU em relação ao CBMSC e demais órgãos de Segurança assim são definidos no referido Plano Estadual: “V - promover a união dos meios médicos próprios do SAMU ao dos serviços de salvamento e resgate do Corpo de Bombeiros, da Polícia Militar, da Polícia Rodoviária, da Defesa Civil ou das Forças Armadas quando se fizer necessário.” (SANTA CATARINA, 2004, p. 58).

O APH não pode ser concebido num contexto distinto da área da saúde, mesmo que realizado pelos CBM, pois os impactos de seu exercício afetam diretamente suas estatísticas e seu planejamento, conforme informações constantes na PNAU :

O aumento dos casos de acidentes e violência tem forte impacto sobre o SUS e o conjunto da sociedade. Na assistência, este impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, assistência em UTI e a alta taxa de permanência hospitalar deste perfil de pacientes. Na questão social, pode ser verificado pelo aumento de 30% no índice APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos) em relação a acidentes e violências nos últimos anos, enquanto que por causas naturais este dado encontra-se em queda. (BRASIL, 2006, p. 44).

O papel dos Corpos de Bombeiros Militares no APH não se limita a profissionais apenas da área da saúde:

O atendimento pré-hospitalar constitui um tipo de serviço de saúde ainda recente no Brasil, e que deve contar com equipe de profissionais oriundas da área da saúde e também às não oriundas desta área. Essa premissa vem de encontro ao que preconiza o ministério da saúde nos programas de educação em urgências, dizendo não ser uma especialidade exclusiva de médicos e enfermeiros, sendo os profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar móvel, além dos integrantes da saúde, compostos também por outros profissionais não provenientes desta área, como os bombeiros militares, complementando e integrando os serviços nos diferentes momentos do atendimento. (KEMPER, 2012, p. 55).

Denota-se daí a importância e a necessidade dos CBM brasileiros e em especial do CBMSC, em buscar um diálogo com os demais atores responsáveis pelas políticas públicas de saúde para atenção emergencial, com vistas a redefinição de seus papéis no APH, pois o que hoje ocorre de fato, não é o que está escrito há mais de dez anos nos Planos Nacional e Estadual de Atenção às Urgências de Santa Catarina.

O cenário atual vem demonstrando que a tendência, no tocante ao papel do CBMSC

no APH é contrária a proposta destes planos, pois o próprio Governo do Estado, quando através de investimentos do Pacto por Santa Catarina, adquire 50 (cinquenta) viaturas de APH para o CBMSC em 2014, assim o demonstra.

Neste sentido, as instituições responsáveis pelo atendimento a urgências e emergências devem interagir na busca da melhor fórmula para a prestação destes serviços:

Os agentes de implementação lidam, em sua prática, em processos de interação que envolvem diferentes valores, referenciais e identidades. Nesses processos de interação, portanto, entram no contexto as mais variadas identidades, demandas, necessidades e referenciais, além de constrangimentos e normas institucionais, que devem ser negociados para a construção das práticas de implementação. Esses processos requerem conciliação entre os diversos fatores que aparecem na interação para que se possa, efetivamente, implementar as políticas públicas. Ao mesmo tempo, esses processos de interação e conciliação acabam gerando diferentes formas de atuação por parte dos atores de implementação, que devem lidar com os ambientes particulares que encontram – e é onde exercem a discricionariedade. Assim, os agentes implementadores de políticas públicas trabalham no campo da negociação, a partir da interação, elaborando ações em consonância com os diversos valores, referências, desejos e necessidades que há no campo, bem como buscando resolver problemas e implementar as ações a eles designadas. (LOTTA, 2008, p. 04).

Para Hill (apud SILVA; MELO, 2000), uma nova análise da implementação deveria olhar para o desenvolvimento do entendimento dos implementadores sobre a prática e não focar apenas nas organizações responsáveis pelas políticas. Essa afirmação corrobora com a visão de que políticas públicas de saúde não devem focar apenas as instituições de saúde.

A ideia de redes de implementação, de estruturas de implementação é particularmente apropriada para capturar o fato de que as políticas públicas são implementadas fundamentalmente através de redes de agentes públicos e, cada vez mais frequentemente, também por agentes não-governamentais. A implementação quase nunca está a cargo de um agente apenas e não ocorre no âmbito de uma organização apenas, mas de um campo interorganizacional. (SILVA; MELO, 2000, p. 12).

4.1 UMA PROPOSTA DE ESTRUTURAÇÃO DO APH EM SANTA CATARINA

A experiência do CBMDF no tocante ao APH, com a integração das estruturas de prestação de serviços com as do SAMU, através da Portaria Conjunta Bombeiros/SAMU 04/2011 e a forma como esta foi construída fornece um caminho que poderia ser trilhado em Santa Catarina.

A proposta ora apresentada de implementação de um novo modelo de execução e gestão do APH catarinense, contemplaria a gestão e administração compartilhada deste pela SES/SAMU e pelo CBMSC, que disponibilizaria profissionais habilitados para o exercício de

atividades como aquisição e controle de estoque de materiais, controle das viaturas, administração de pessoal, entre outros. Haveria o compartilhamento de estruturas físicas do CBMSC e da SES para a realização das atividades conjuntas e seria realizado o atendimento pré-hospitalar de suporte básico e/ou avançado de vida nas emergências médicas oriundas de ordens clínicas, traumáticas, pediátricas, obstétricas e psiquiátricas, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. O CBMSC disponibilizaria equipe de saúde 24 horas por dia na Central de Regulação Médica Integrada para a regulação médica das chamadas via 192 e 193, através de concurso público para o preenchimento das 09 (nove) vagas de oficiais médicos constantes do Quadro de Oficiais de Saúde Bombeiro Militar (QOSBM) – médicos, criadas no artigo sexto da Lei Complementar nº 582, de 30 de novembro de 2012, conforme segue:

Art. 2º O efetivo máximo previsto fixado nesta Lei Complementar fica distribuído em Quadros de Bombeiros Militares na forma especificada no Anexo I desta Lei Complementar.

§ 1º O ingresso para o **Quadro de Oficiais de Saúde Bombeiros Militar (QOSBM)** ocorrerá mediante concurso público, nos termos da legislação em vigor.

§ 2º A jornada de trabalho dos integrantes do QOSBM será igual à dos integrantes do Quadro de Oficiais Bombeiros Militar (QOBM). (SANTA CATARINA, 2012, grifos nosso).

Tal sistema de APH catarinense seria financiado por recursos do SUS/SES e do CBMSC e propiciaria uma união de esforços entre a Saúde e a Segurança Pública na busca da prestação de um serviço público de excelência, na atenção às vítimas de urgências e emergências.

Os Núcleos de Educação em Urgências do SAMU/SC também se beneficiariam do uso compartilhado das estruturas físicas do Centro de Ensino do CBMSC e das demais unidades operacionais do CBMSC e as ações na área de ensino poderiam ser integradas, com criação de protocolos pactuados entre as partes na padronização de ensino e instrução, incluindo proposta pedagógica de capacitação dos profissionais de nível superior, técnico e condutor de viatura de emergência, através de educação permanente com adequação curricular das instituições.

Segundo Silva (2012), nesse contexto os socorristas do CBMSC poderiam ser capacitados como técnicos em enfermagem, possibilitando que as unidades de SBV do CBMSC utilizassem a regulação médica do SAMU, estando aptos a realizarem todos os procedimentos que hoje são executados pelos integrantes das unidades de SBV do SAMU. Isso traria um acréscimo de qualidade no serviço prestado pelo CBMSC e não resultaria em

despesas adicionais ao erário, pois seria uma adequação de um serviço que já existe (APH do CBMSC) a um sistema de regulação médica unificado.

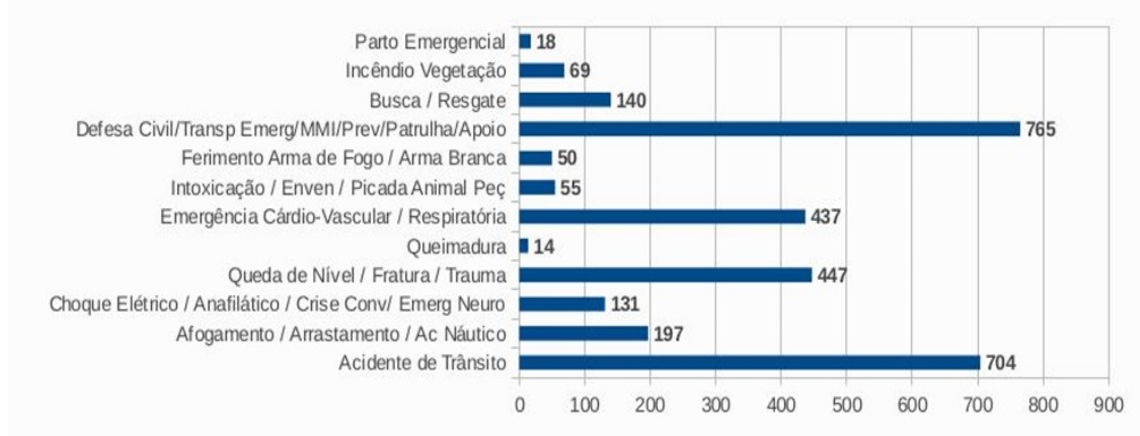
Nas diretrizes de instruções e ensino do CBMSC e dos Núcleos de Educação em Urgências do SAMU/SC, seriam adotados um novo enfoque para o treinamento e atuação dos profissionais de APH, que preconize o pensamento crítico em detrimento do uso de protocolos de atendimento, conforme preconiza a 7ª Edição do PHTLS .

Todo o serviço de APH catarinense, tanto o realizado pelo SAMU, quanto o realizado pelo CBMSC teriam regulação médica única e o novo modelo proposto seria uma solução criativa para o enfrentamento de um problema, que se transforma em uma grande oportunidade de se ofertar a sociedade catarinense um serviço de excelência.

A experiência bem sucedida do uso de aeronaves de asa rotativa para a realização do APH e do suporte avançado à vida, através da integração de equipes e meios do CBMSC e do SAMU poderia ser implementada nas demais regiões do Estado de Santa Catarina.

Desde a ativação do BOA, nos últimos quatro anos e meio, 3.027 (três mil e vinte e sete) ocorrências foram atendidas com o uso de aeronaves, sendo diretamente socorridas/resgatadas um total de 2600 (dois mil seiscentos) pessoas, o que confirma a efetividade do uso de aeronave de asa rotativa para o APH e o suporte avançado da vida, conforme discriminado na figura 1:

Figura 1 – Número Geral de Atendimentos dos Arcanjos de 20 jan. 2010 a 30 jun. 2014



Fonte: Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC) / Batalhão de Operações Aéreas (BOA) Secretaria de Estado da Saúde (SES) / Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (2014).

Em um contexto mais amplo de efetividade na gestão pública, toda a experiência de serem utilizadas aeronaves de asa rotativa e fixa para a realização não só do APH, mas também de transportes inter-hospitalares de pacientes devidamente regulados e da realização

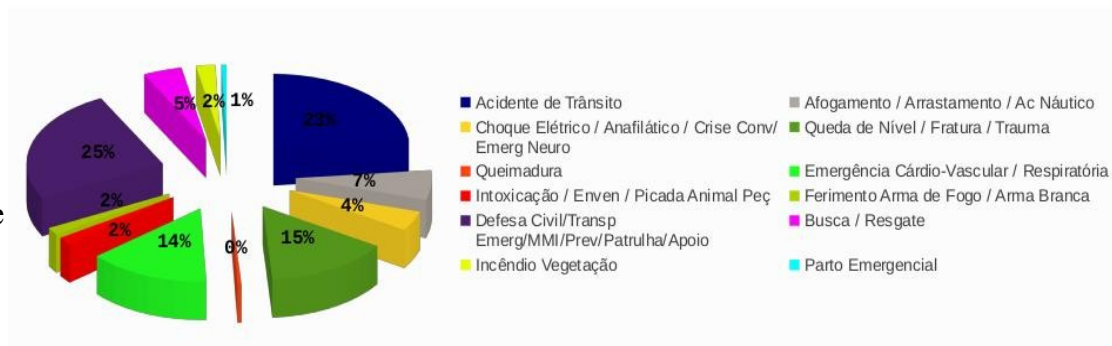
de translados de equipes para captação e transporte de órgãos e tecidos para transplantes, também poderiam ser estendidos as demais regiões catarinenses, pois tais serviços correspondem cerca de 25% dos serviços já prestados, conforme figura 2:

Figura 2 –
Percentual
Geral de
Atendimentos
dos Arcanjos de
20 jan. 2010 a
30 jun. 2014

Fonte: Corpo de
Bombeiros Militar

de Santa Catarina (CBMSC) / Batalhão de Operações Aéreas (BOA)

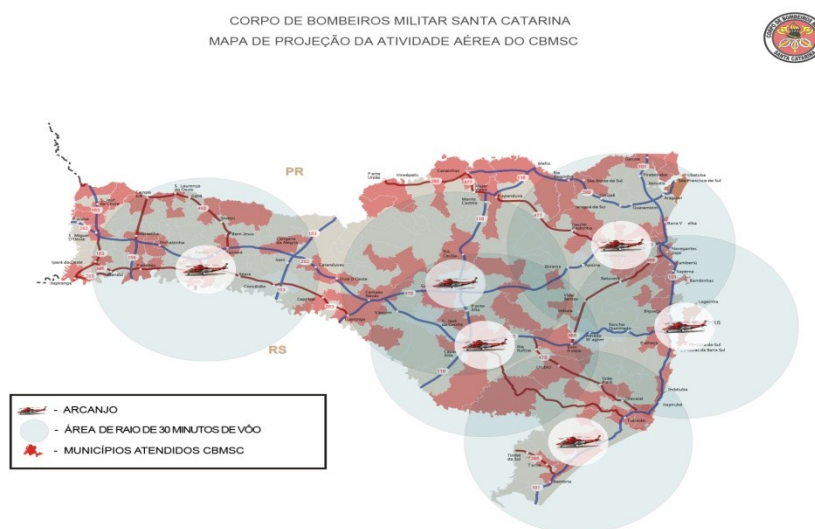
Secretaria de Estado da Saúde (SES) / Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (2014).



Adotando-se como parâmetro um raio de atuação de 30 (trinta) minutos de voo, como tempo resposta máximo de deslocamento por aeronave de asa rotativa, para atendermos todo o Estado de Santa Catarina, seriam necessárias 06 (seis) aeronaves em atividade. Para o estabelecimento deste raio de atuação deveriam ser utilizadas aeronaves com velocidade média de cruzeiro de 100 nós, caso das aeronaves monoturbinas modelo Esquilo, Long Ranger, B-4 e outras, disponíveis no mercado e que atendem requisitos de espaço interno e autonomia necessários para a realização dos serviços.

Com tais parâmetros atendidos e a conforme a necessidade atual de recursos, poderiam ser ativadas novas bases operacionais do BOA nas cidades de Criciúma (sul do Estado), Lages (planalto serrano), Blumenau (vale do Rio Itajaí e norte catarinense), Curitibanos (região central) e Chapecó (oeste catarinense), com uma cobertura integral do território catarinense e a colocação de bases nas maiores cidades e de maior concentração populacional, conforme a figura 3 localizada na página seguinte:

Figura 3 – Mapa de Projeção da Atividade Aérea do CBMSC



Fonte: Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC)/BM-6 (2014).

No tocante à formação de recursos humanos, o BOA comprovou já possuir *know how* para tal, pois desde sua ativação já realizou a capacitação 38 (trinta e oito) tripulantes operacionais, inclusive com integrantes de outros Estados e de 7 (sete) pilotos de helicóptero e 7 (sete) de avião, além de treinamentos e cheques de pilotos de outras unidades da federação, conforme informações colhidas no B-3/BOA.

5 CONCLUSÕES

As políticas públicas referentes a atenção ao atendimento às urgências no ambiente extra-hospitalar, como as demais políticas sociais alteram-se no tempo de acordo com os anseios da população, a vontade política, e a realidade de cada época.

Os Planos Nacional e Estadual de Atenção às Urgências, baseados nos princípios doutrinários da universalidade, da integralidade e da equidade que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) devem pressupor a integração e a melhor versação dos recursos, fomentando o diálogo entre os atores relacionados, para a construção de uma realidade que atenda os anseios e necessidades de uma sociedade ávida por serviços públicos de qualidade.

A criação de um sistema nacional de atendimento pré-hospitalar móvel, sem o efetivo aproveitamento de toda a estrutura e do conhecimento gerado pela experiência dos Corpos de Bombeiros Militares no Brasil, no mínimo seria um desperdício de recursos públicos e de conhecimento humano.

O serviço de APH dos CBMs brasileiros e em particular do CBMSC deve evoluir para a prestação do suporte avançado a vida e a forma mais efetiva de implementação desta modalidade de atendimento, passa pela integração com os serviços do SAMU e pela regulação médica.

A dinamicidade da evolução dos processos de consolidação e implementação de políticas públicas faz com que as organizações tenham que revisar constantemente suas estratégias e ações como forma de continuar existindo e garantindo sua sustentabilidade.

Um dos fatores que indicam um alto grau de sustentabilidade das corporações de bombeiros são os índices de confiança da população em seus profissionais, que segundo o instituto alemão *GfK Verein (2014)*, são os que possuem o maior índice de confiança da população brasileira, com 92% de aprovação em 2014, conquistando o primeiro lugar nos últimos dez anos consecutivos deste *ranking*.

O Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina vivencia atualmente o dilema de continuar realizando o APH através do modelo originário, apenas com o suporte básico à vida, sem a regulação médica e sem vínculo com o SAMU ou expandir os seus serviços, com a implementação do suporte avançado à vida, de maneira regulada e integrada com o SAMU.

Esse contínuo processo de crescimento e expansão de serviços e atividades da instituição, na busca de ofertar serviços de qualidade e de atender os anseios da sociedade, coloca os gestores da área organizacional diante de grandes desafios.

O caminho para se chegar a uma realidade mais próxima possível de uma situação

ideal, passa pelo diálogo entre as partes, para a construção de mecanismos de coordenação interinstitucional para a implementação de tais políticas públicas.

As teorias abordadas mostraram-se suficientes para dar suporte a construção de uma proposta factível, alinhada aos princípios doutrinários que regem o SUS, as missões constitucionais de cada uma das instituições participantes e a melhor prestação de serviços de atenção às urgências e emergenciais pré-hospitalares.

O modelo proposto de uma nova gestão para os serviços de APH em Santa Catarina, baseado na experiência realizada no DF, com a construção de uma futura portaria conjunta entre o CBMSC e a SES/SAMU, mostrou-se uma forma efetiva de serem alinhadas as atividades de APH do CBMSC no contexto das políticas nacionais de atenção às urgências e emergências, de se implementar o suporte avançado à vida no APH do CBMSC, de serem reguladas todas às urgências e emergências atendidas no Estado e de se realizar a integração total dos serviços.

Com tais medidas, toda a população usuária dos serviços de APH em Santa Catarina seria beneficiada com serviços de melhor qualidade, evitando-se a duplicidade de despachos a ocorrências e o desperdício de recursos públicos, o que traria reflexos ao Estado no aumento da capacidade de prestação de tais serviços e na redução de tempo resposta aos chamados.

O trabalho ora apresentado não teve a intenção de esgotar o assunto estudado, mesmo porque a dinamicidade das relações humanas e sociais não o permitiria, mas sim de trazer uma visão atual a respeito do tema, complementando estudos científicos já realizados, buscando-se trazer o enfoque no aprimoramento da implementação de políticas públicas de saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988. Disponível em:

<http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988/_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 20 maio 2014.

_____. **Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)**. Brasília, 2006. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?client=ubuntu&channel=fs&q=Plano+Nacional+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+Urg%C3%A2ncias&ie=utf-8&oe=utf-8&gfe_rd=cr&ei=gX3IU-b6JYbg8gapxYHgAw>. Acesso em: 20 maio 2014.

_____. **Portaria do Ministério da Saúde nº 2048**, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>>. Acesso em: 21 maio 2014.

_____. **Portaria do Ministério da Saúde nº 1.863**, de 29 de setembro de 2003. Institui a política nacional de atenção às urgências. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1863htm>>. Acesso em: 24 maio 2014.

_____. **Portaria do Ministério da Saúde nº 1.864**, 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 nacional. Brasília, 2003a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1864.htm>>. Acesso em: 01 jun. 2014.

_____. **Portaria do Ministério da Saúde nº 2.026**, de 24 de agosto de 2011. Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às 53 Urgências. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2026_24_08_2011.html>. Acesso em: 03 jun. 2014.

_____. **Portaria do Ministério da Saúde nº 824/GM**, de 24 de junho de 1999. Normatiza o atendimento pré-hospitalar e transporte inter-hospitalar no Brasil. Brasília, 1999. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0824.html>>. Acesso em: 07 jun. 2014.

_____. **Manual de Regulação Médica das Urgências do Ministério da Saúde**. Brasília, 2006a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf>. Acesso em: 12 maio 2014.

CICONET, R. M. **Atuação e articulação das ações das equipes de suporte básico de um serviço de atendimento móvel de urgência com a central de regulação e as portas de entrada da urgência**. 2009.145 f. Dissertação (Curso de Enfermagem) – Universidade

Federal do Estado do Rio Grande do sul, Porto Alegre.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Reformar o sistema de saúde: uma utopia para sair de um status quo inaceitável. **Revista Saúde em Debate**, Londrina, n. 49/50, p.53-64, 1996.

COSTA, L. S. et al. O complexo produtivo da saúde e sua articulação com o desenvolvimento socioeconômico nacional. **Revista do Serviço Público**, Brasília, ano 64, n. 02, p. 177-199, 2013.

DISTRITO FEDERAL. **Portaria conjunta 04/2011**. Dispõe sobre o serviço de atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2011/09_Setembro/DODF%20N%C2%BA20173%2005-09-2011/Se%C3%A7%C3%A3o01-%20173.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2014.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário eletrônico Aurélio versão 7.0**. 5. ed. 2010. Disponível em: <<http://www.abcdaseguranca.com/2012/03/preservacao-da-incolumidade-das-pessoas.html>>. Acesso em: 04 jun. 2014.

FRANÇA, S. B. A presença do Estado no setor da saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, ano 49, n. 3, p. 88, 1998.

GALLETTI JÚNIOR, C. A. **Modelos de atendimento às urgências/emergências**. São Paulo: 2010. Disponível em: <<http://www.pilotopolicial.com.br/modelos-de-atendimento-as-urgenciasemergencias/>>. Acesso em: 04 jun. 2014.

GEYGER, R. Cooperação que salva vidas. **Revista Emergência**, Novo Hamburgo, n.41, p. 18-25, ago./set. 2012.

GERSCHMAN, S.; SANTOS M. A. B. O sistema único de saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 177-227, jun. 2006.

LIMA, S. G. de; MACEDO, L. A.; VIDAL, M. L. V.; SÁ, M. P. B. O. Educação permanente em SBV e SAVC: impacto no conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 93, n. 6, p. 630-636, dez. 2009.

LOPES, E. **A Relevância da segurança de voo nas operações aéreas emergenciais de Bombeiro Militar**. 2007. 95 f. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Especialização *Latu Sensu* em Gestão de Serviços de Bombeiro) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Santa Catarina, Florianópolis.

LOTTA, G. S. **Estilos de Implementação**: ampliando o olhar para análise de políticas públicas. Salvador: Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração, 2008.

MARTINS, P. P. S. **Atendimento pré-hospitalar**: atribuição e responsabilidade de quem? 2004. 264 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MOREIRA, A. R. **Avaliação da temperatura timpânica do paciente aerotransportado em helicóptero de suporte avançado de vida**. 2012. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

PHTLS - PRE HOSPITAL TRAUMA LIFE SUPPORT. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

PRATTS, E. **Estudo para implantação do programa de ascensão técnica dos pilotos do grupamento de operações aéreas do CBMSC**. 2009. 136f. Monografia (Especialização em Gestão Estratégica dos Serviços de Bombeiro Militar). Universidade do Sul de Santa Catarina. Florianópolis.

KEMPER, G. F. **O uso do helicóptero como recurso estratégico do CBMSC nas operações de resgate às vítimas de trauma**. 2012. 81 f. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Decreto Estadual no 41.308**, de 15 de maio de 2008. Regula o funcionamento do serviço de atendimento móvel no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2008. Disponível em: <http://www.cbmerj.rj.gov.br/legislacoes/Decretos_Estaduais/Dec_Est_N_41308.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2014

ROMANI, H. M. et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Boética**, São Paulo, n. 17, p. 41-53, 2009.

SANTA CATARINA. **Plano estadual de atenção às urgências**. Florianópolis, 2004. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?client=ubuntu&channel=fs&q=Plano+estadual+de+aten%C3%A7%C3%A3o+%C3%A0+urg%C3%A2ncias+SC&ie=utf-8&oe=utf-8&gfe_rd=cr&ei=6HfIU6y3G8qj8Abn-oDwCg>. Acesso em: 06 jun. 2014

_____. **Lei Complementar Nº 582, de 30 de novembro de 2012. Fixa o efetivo máximo do Corpo de Bombeiros Militar do Estado e estabelece outras providências**. Disponível em: <<https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=lei%20complementar%20no%20582%20de%2030%20de%20novembro%20de%202012>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

SCHWEITZER, G. **Protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial à adultos vítimas de trauma: uma pesquisa convergente assistencial**. 2010. 155f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos**. Universidade Estadual de Campinas: Campinas, 2000. Caderno 48, p. 17.

SILVA, R. S. B. **Aspectos práticos e jurídicos dos serviços de atendimento pré-hospitalar prestados pelo CBMSC e SAMU à população**. 2012. 58f. Monografia (Especialização em gestão de serviços de bombeiros). UNISUL, Florianópolis.

TROTTA, Vanessa. SAMU de Contagem firma convênio pioneiro com Corpo de Bombeiros. **Diário Oficial de Contagem**, Contagem, 2011. Disponível em: <<http://www.contagem.mg.gov.br/arquivos/doc/2765doc-e.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2014.

VELLOSO, I. S. C. et al. Atendimento móvel de urgência como política pública de saúde.

Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, p. 557-563, 1998.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Proposta de Portaria Conjunta entre CBMSC/SES

PROPOSTA DE PORTARIA CONJUNTA Nº XXX/2014/CBMSC/SES

Dispõe sobre o serviço de atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA e o COMANDANTE-GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA, no uso de suas atribuições, RESOLVEM:

Art. 1º Instituir a Cooperação Técnica e de apoio na realização de Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar em Emergência, dentre outras ações utilizando recursos humanos, materiais e financeiros dos partícipes, com o uso de veículos terrestres, náuticos e aéreos nos atendimentos de vítimas dos mais diversos sinistros, a ser efetivado pelo Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina.

Art. 2º Ficam conveniadas as seguintes denominações simplificadas, a serem observadas neste instrumento:

- a) SES/SC - Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina;
- b) CBMSC - Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina;
- c) BOA - Batalhão de Operações Aéreas do CBMSC;
- d) SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;
- e) UPA - Unidade de Pronto Atendimento;
- f) NEU - Núcleo de Educação em Urgências;

Art. 3º Cada órgão, conforme abaixo especificado, terá as seguintes atribuições, dentre suas competências institucionais:

I - CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA:

- a) Estar em conformidade com a Política Nacional de Atenção as Urgências, no atendimento pré-hospitalar de suporte básico ou avançado de vida nas emergências médicas oriundas de ordem clínicas, traumáticas, pediátricas, obstétricas e psiquiátricas, em condições de atuar interligado ao SAMU, no âmbito de Santa Catarina, por meio da Central de Regulação Médica Integrada, com acesso gratuito, em consonância com as diretrizes contidas no Regulamento Técnico de Urgências, através dos chamados via 192 ou 193;
- b) Repassar para Central Conjunta de Regulação Médica todos os chamados de socorro com vítima que entrarem via 193, para devida regulação;
- c) Disponibilizar equipe de saúde 24 horas por dia na Central de Regulação Médica Integrada

para participar da regulação médica das chamadas via 192 e 193;

d) Disponibilizar profissionais especializados para administração e gestão das áreas afins junto ao SAMU;

e) Realizar as atividades de atendimento de suporte avançado ou transporte inter hospitalar, por meio terrestre, náutico ou aéreo, com equipe de suporte avançado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências;

f) Comunicar para a Central Conjunta de Regulação Médica as ocorrências típicas de bombeiros quando se fizer necessário viaturas de atendimento pré-hospitalar no trem de socorro;

g) Trabalhar em conjunto com a SES no pré-hospitalar fixo, através das UPA-Unidade de Pronto Atendimento;

h) Intercambiar com o NEU - Núcleo de Educação em Urgências / SAMU – SC ações na área de ensino por meio da Diretoria de Ensino do CBMSC e do BOA, com criação de protocolos pactuados entre as partes na padronização de ensino e instrução, incluindo proposta pedagógica de capacitação dos profissionais de nível superior, técnico e condutor de viatura de emergência, através de educação permanente com adequação curricular das instituições;

i) Compor a guarnição de viaturas terrestres e tripulação das aeronaves, com bombeiros qualificados em atendimento pré-hospitalar, integrado com a equipe do SAMU e mantendo-a com cobertura de 24 horas por dia;

j) Participar junto a SES do Comitê Gestor do Sistema de Atenção às Urgências, no âmbito Estadual;

k) Disponibilizar instalações prediais para o aquartelamento e guarda das ambulâncias do SAMU/ SC, de acordo com as necessidades e capacidades operacionais do CBMSC;

l) Encaminhar à SES/SC, mensalmente, o relatório referente aos atendimentos relativos ao objeto desta Portaria;

m) Utilizar protocolo pactuado e ficha de atendimento para suporte básico e avançado de vida conjunto entre as partes, bem como as formas de registros;

n) Movimentar os recursos financeiros liberados pela SES/SC em conta específica do Fundo de Melhorias do CBMSC (FUMCBM) vinculada à Portaria, empregar os recursos financeiros oriundos da presente, na aquisição de material permanente ou de consumo a ser utilizado no pré-hospitalar;

o) Disponibilizar e empregar viaturas de suporte avançado, aviões e/ou helicópteros em apoio direto às ações do Sistema de transplante de órgãos da SC Transplantes, conforme o protocolo específico para esse fim;

- p) Prover a atualização técnica anual das tripulações das aeronaves do CBMSC, nas áreas da medicina aeroespacial, emergências em voo, coordenação de recursos de cabine, gerenciamento de riscos e de segurança de voo;
- q) Planejar e executar o plano de manutenção preventiva e corretiva de sistemas e equipamentos permanentes das ambulâncias e do Kit aeromédico das aeronaves do CBMSC;
- r) Apresentar relatórios de execução físico-financeira e prestar contas dos recursos recebidos ao final de cada exercício financeiro. Nada obsta que a administração defina período menor para a prestação de contas, como medida preventiva e mais favorável à fiscalização e controle, já que o ajuste tem vigência de 05 (cinco) anos;
- s) Trabalhar em conjunto nos eventos operacionais de grande vulto com a SES/SAMU, utilizando o sistema de comando de incidentes;
- t) Executar treinamentos periódicos em conjunto com o SAMU no atendimento a múltiplas vítimas, transporte aéreo e produtos perigosos, com pelo menos um por ano;
- u) Disponibilizar a lavagem terminal e concorrente das viaturas do CBMSC e do SAMU, conforme escala previamente publicada;
- v) Trabalhar em conjunto com o SAMU, com padronização de divulgação para imprensa, conforme normas internas do CBMSC e SES/SC;
- w) Arcar com quaisquer ônus de natureza trabalhista, previdenciária ou social de seus militares, acaso decorrente da execução desta Portaria.

II – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA:

- a) Organizar, coordenar e executar o atendimento pré-hospitalar de suporte básico ou avançado de vida nas emergências médicas oriundas de ordem clínica ou de agravo externo a saúde, no âmbito de Santa Catarina, através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU-192 e CBMSC – 193, de forma integrada na gestão e execução, conforme a Política Nacional de Atenção as Urgências;
- b) Disponibilizar local apropriado para instalação de uma Central Conjunta de Regulação Médica, para atendimento aos chamados de socorro da população de Santa Catarina, com médico 24 horas por dia, da Secretaria de Estado da Saúde e do CBMSC, regulando todas as viaturas envolvidas com o atendimento pré-hospitalar, com plano de emergência caso aconteça pane ou impossibilidade de operação da central conjunta;
- c) Disponibilizar sistema de tecnologia específica para o atendimento pré-hospitalar das viaturas do CBMSC integrado com a Central Conjunta de Regulação Médica, com gravação das ocorrências e armazenamento de dados;
- d) Disponibilizar e manter a Central Conjunta de Regulação Médica funcionando 24 horas por

dia, com sistema de gerador de energia, gravação e software de triagem e regulação médica, que estejam de acordo com a demanda de serviços em Santa Catarina.

- e) Disponibilizar dados estatísticos online para o CBMSC, das ocorrências atendidas pela Central Conjunta de Regulação Médica;
- f) Disponibilizar alimentação, alojamento e todo o material necessário para o funcionamento da Central Conjunta de Regulação Médica, para todos os servidores da SES/CBMSC envolvidos no atendimento pré-hospitalar diário;
- g) Repassar, mensalmente ao CBMSC os recursos financeiros necessários à execução do presente instrumento, com repasse idêntico aos efetuados para o SAMU, para cada viatura terrestre, aquática e aérea, no suporte básico ou avançado de vida, em consonância com a Política Nacional de Atenção à Urgências;
- h) Oferecer intercâmbio na área do ensino, por meio do Núcleo de Educação de Urgência do SAMU/SC, visando formar, qualificar e aperfeiçoar os profissionais que atuam no APH do CBMSC;
- i) Disponibilizar equipes para trabalhar em conjunto, nas atividades operacionais do CBMSC relativas ao atendimento pré-hospitalar;
- j) Disponibilizar nas unidades de saúde da rede pública, helipontos para operação diurna e noturna, em conformidade com a legislação aeronáutica em vigor, com suporte técnico do BOA;
- k) Garantir, nos hospitais da rede pública, a troca dos lençóis e cobertores, utilizados nas unidades móveis terrestres e aéreas durante o transporte de pacientes por peças limpas, junto com a lavanderia de cada hospital;
- l) Reabastecer os cilindros de oxigênio nas unidades móveis do CBMSC, no total de 300 m³ por mês, em local a ser definido;
- m) Orientar através da regulação médica quanto aos procedimentos em caso de acidentes com perfuro cortantes dos militares em serviço, ou contaminação com material biológico, quanto à profilaxia antiretroviral, após a exposição ocupacional, conforme guia de tratamento do Ministério da Saúde;
- n) Cobrar a prestação de contas do CBMSC dos recursos disponibilizados;
- o) Disponibilizar o destino do lixo hospitalar das viaturas, com a coleta destes nos locais de serviço e a disponibilização de containers específicos;
- p) Participar de simulados, como forma de treinamento do serviço, integrado a outras instituições pelo menos uma vez por ano;
- q) Trabalhar em conjunto com o CBMSC na elaboração de Simpósios, Congressos e outros

eventos com o enfoque na área de APH;

r) Disponibilizar refeições para os militares de serviço, conforme escala previamente enviada pelo quantitativo mensal para cada região.

s) Disponibilizar cobertura vacinal, conforme calendário vacinal para profissionais de saúde, para os profissionais envolvidos no APH;

III – COMPETÊNCIAS COMUNS

a) Fornecer amparo jurídico à equipe de serviço, nas ocorrências que se fizerem necessárias, no âmbito do atendimento pré-hospitalar;

b) Nomear comissão técnica permanente para estudo e elaboração de normas e rotinas específicas para o atendimento pré-hospitalar em Santa Catarina, segundo normas implementadas pelas Portarias GM 2.048/1.863 e 1.864 do Ministério da Saúde;

Art. 4º O repasse por parte da SES para o CBMSC será da seguinte forma:

Tabela para 15.330 atendimentos mensais pelo CBMSC			
Procedimentos	Valor unitário	Valor mensal	Valor Global
Trauma I	19,81	0,00	3.668.019,60
Trauma II	29,73	458.733,90	5.504.806,80
		458.733,90	9.172.826,40

Tabela para 15.330 atendimentos mensais pelo CBMSC			
Procedimentos	Valor unitário	Valor mensal	Valor Global
TIPO E – Aeronave de Transporte Médico (2)	27.500,00	55.000,00	660.000,00
TIPO B - Ambulância de Suporte Básico (110)	12.500,00	1.375.000,00	16.500.000,00
	1.430.000,00	17.160.000,00	
		1.888.733,90	26.332.862,40

Art. 5º O valor global estimado na presente Portaria Conjunta, pelo período de 12 (doze) meses, é de R\$ 26.332.862,40 (vinte e seis milhões, trezentos e trinta e dois mil, oitocentos e sessenta e dois reais e quarenta centavos) por parte da SES/SC, em recursos financeiros, a serem repassados em frações de um doze avos, até o dia 10 (dez) de cada mês, a conta do Fundo de Melhoria do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (FUMCBM) ou através de descentralização de crédito.

Artº 6º As despesas decorrentes da execução desta Portaria-Conjunta correrão por conta da

dotação orçamentária consignada a SES/SC no Orçamento do Estado de Santa Catarina.

Artº 7º Será designado pelos signatários da presente Portaria-Conjunta, um representante a cargo da 6ª Seção do Estado Maior Geral e outro do BOA, no que concerne ao CBMSC e do SAMU no que concerne à SES/SC.

Artº 8º Esta Portaria-Conjunta entra em vigor, na data de sua publicação em Diário Oficial do Estado, revogando-se as disposições em contrário.

TÂNIA EBERHARDT

Secretária de Estado da Saúde de Santa Catarina

MARCOS DE OLIVEIRA

Comandante-Geral do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina