

**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

**CENTRO DE ENSINO BOMBEIRO MILITAR
CENTRO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO E SOCIOECONÔMICAS**

**CURSO DE ALTOS ESTUDOS ESTRATÉGICOS
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA: ESTUDOS ESTRATÉGICOS EM
ATIVIDADE BOMBEIRIL**

HELTON DE SOUZA ZEFERINO

**O APH DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA FRENTE
AO NOVO MODELO DE APH CATARINENSE: DESAFIOS E OPORTUNIDADES**

**FLORIANÓPOLIS
2018**

Helton de Souza Zeferino

O APH do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina frente ao Novo Modelo de APH Catarinense: Desafios e Oportunidades

Monografia apresentada ao Curso de Altos Estudos Estratégicos e ao Curso de Especialização em Gestão Pública: Estudos Estratégicos em Atividade Bombeiril, do Centro de Ensino Bombeiro Militar (CBMSC) e do Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas (ESAG - UDESC) como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Gestão Pública: Estudos Estratégicos em Atividade Bombeiril.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Moraes Pinheiro

**Florianópolis
2018**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor com orientações da Biblioteca CBMSC

Zeferino, Helton de Souza

O APH do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina frente ao novo modelo de APH catarinense: Desafios e Oportunidades. / Helton de Souza Zeferino. -- Florianópolis: CEBM, 2018.

68 p.

Monografia (Especialização em Gestão Pública: Estudos Estratégicos no Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina) – Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, Centro de Ensino Bombeiro Militar, Curso de Altos Estudos Estratégicos, 2018.

Orientador: Daniel Moraes Pinheiro, Dr.

1. Atendimento Pré-Hospitalar. 2. Políticas Públicas de Atenção às Urgências. 3. Gestão de Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar. I. Pinheiro, Daniel Moraes. II. Título.

HELTON DE SOUZA ZEFERINO

**O APH DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA FRENTE
AO NOVO MODELO DE APH CATARINENSE: DESAFIOS E OPORTUNIDADES**

Monografia apresentada ao Curso de Altos Estudos Estratégicos e ao Curso de Especialização em Gestão Pública: Estudos Estratégicos em Atividade Bombeiril, do Centro de Ensino Bombeiro Militar (CBMSC) e do Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas (UDESC) como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Gestão Pública: Estudos Estratégicos em Atividade Bombeiril.

Banca Examinadora:

Orientador(a):

Dr. Daniel Moraes Pinheiro
UDESC

Membros:

Esp. Aldo Baptista Neto
CBMSC

Esp. Christiano Cardoso
CBMSC

Florianópolis, 14 de novembro de 2018

Dedico este trabalho a todos os profissionais socorristas que diariamente se dedicam a ajudar, fazer o bem e lutar em favor da vida, nosso bem maior.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter permitido que minha caminhada fosse repleta de alegrias e realizações, afastando de mim a tristeza, o desânimo e a preguiça, enfim, sendo fonte de inspiração e sabedoria. A minha esposa **Michelle** e filho **Antônio**, por serem sempre meu porto seguro, aonde as tormentas desaparecem dando lugar a alegria e esperança. Ao **Prof. Dr. Daniel Moraes Pinheiro**, pela sua orientação, pelas correções, e por compartilhar comigo o seu grande conhecimento.

“O homem é do tamanho do seu sonho.”

(Fernando Pessoa)

RESUMO

O presente trabalho tem por escopo analisar as oportunidades e desafios para o APH do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina frente ao novo modelo de APH Catarinense. Para o adequado entendimento sobre o tema inicialmente foi realizada uma explanação sobre a Política Nacional de Atendimento de Urgência e Emergência sob a ótica do APH móvel, em seguida buscou-se coletar os históricos do atendimento pré-hospitalar no Brasil e em Santa Catarina, por fim a temática foi voltada ao entendimento do novo modelo de APH catarinense. Com este embasamento teórico foi possível discutir acerca dos desafios e oportunidades que o APH do CBMSC possui frente a novo modelo. Conclui-se que um longo caminho ainda será trilhado para que o novo modelo de APH catarinense esteja integralmente implantado, processo em que o CBMSC terá um papel fundamental e estratégico.

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

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Componentes da RUE e suas interfaces.....	21
Figura 2 - Macrorregiões em Santa Catarina.....	38
Figura 3 - Municípios que não dispõem de atendimento de APH na sede.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Relação das principais portarias federais que estabelecem normas legais da Política Nacional de Urgências e do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências no Brasil.	18
Tabela 2 -	Distribuição das unidades de APH no Estado por macrorregião.....	37
Tabela 3 -	Quantitativo de atendimentos USA, período de 2014 a 2017.....	39
Tabela 4 -	Quantitativo de atendimentos USB, período de 2014 a 2017.....	39
Tabela 5 -	Tabela resumo desafios ao APH do CBMSC.....	47
Tabela 6 -	Tabela resumo oportunidades ao APH do CBMSC.....	53

LISTA DE SIGLAS

ABRES – Associação Brasileira de Resgate e Salvamento
APH – Atendimento pré-hospitalar
APS - Atenção Primária à Saúde
ASU - Agentes de Socorros de Urgências
ATLS – Advanced Trauma Life Support
CBMM - Corpos de Bombeiros Militares
CFM – Conselho Federal de Medicina
CGOA - Coordenadoria Geral de Operações Aéreas
CBMSC – Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina
CES - Conselho Estadual de Saúde
CIB - Comissão de Intergestores Bipartite
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional dos Secretarios Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
COSEMS – Conselho Secretários Municipais de Saúde
CR – Central de Regulação
FN-SUS - Força Nacional de Saúde do SUS
IAP – Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
ISEP - Instituto de Saúde do Estado do Paraná
MS – Ministério da Saúde
MPSC – Ministério Público de Santa Catarina
OS - Organização Social
PAPH – Projeto de Atendimento Pré-Hospitalar
PEET - Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas
PHTLS – Prehospital Trauma Life Support
PNAU – Política Nacional de Atenção as Urgências
PPMM – Polícias Militares
RAS - Redes de Atenção a Saúde
RUE – Rede da Atenção as Urgências e Emergências
SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

SAMU – Serviço de Atendimento móvel de Urgência

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SESP - Secretaria de Estado de Segurança Pública

SIATE - Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência

SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, medicamentos e OPM do
SUS

SUS – Sistema Único de Saúde

SSP – Secretaria de Segurança Pública

UDESC - Universidade do Estado de Santa Catarina

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

USA – Unidade de Suporte Avançado

USB – Unidade de Suporte Básico

USI – Unidade de Suporte Intermediário

WRO - World Rescue Organisation

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 PROBLEMA.....	11
1.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	12
1.3 OBJETIVOS.....	12
1.3.1 Objetivo geral.....	12
1.3.2 Objetivos específicos.....	12
1.4 CONTRIBUIÇÃO DO TRABALHO.....	13
1.5 METODOLOGIA.....	13
2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS (PNAU).....	15
2.1 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE).....	19
3 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NO BRASIL	23
3.1 O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM SANTA CATARINA.....	28
4 NOVO MODELO DE APH CATARINENSE.....	29
4.1 PARÂMETROS PARA CRIAÇÃO DO NOVO MODELO DE APH.....	31
4.2 ESTRUTURAÇÃO DO APH EM SANTA CATARINA.....	36
5 OPORTUNIDADES E DESAFIOS DO NOVO MODELO DE APH CATARINENSE PARA O CBMSC.....	41
5.1 DESAFIOS.....	42
5.2 OPORTUNIDADES.....	45
6 CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS.....	59
ANEXO A – Instrumento de Avaliação da Satisfação de usuários atendidos pela Assistência Pré-Hospitalar (AS-APH)	65

1 INTRODUÇÃO

O estado brasileiro vem sofrendo na última década com um processo de crise econômica severo com reflexos em todos os setores, em especial na saúde. Apesar de o Sistema Único de Saúde (SUS) possuir premissas que o posicionam como um dos maiores e mais completos do mundo, há que se destacar que o financiamento público para o manter vem anualmente crescendo, exigindo dos gestores públicos adoção de estratégias que permitam fazer mais com cada vez menos recursos. Dentro deste cenário desafiador encontra-se a Política Nacional de atendimento as Urgências e Emergências, cujo um dos componentes é o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel, realizado pelo SAMU.

Ocorre que desde o lançamento da política nacional de atendimento as Urgências e Emergências, no ano de 2003, as pactuações entre as esferas Federal, Estadual e Municipal, vem sofrendo constantemente perdas, o que se reflete diretamente na qualidade dos serviços prestados à população brasileira, em especial no que tange ao atendimento pré-hospitalar móvel.

Os Corpos de Bombeiros Militares do Brasil já vinham prestando serviço de APH a população de seus estados, de forma mais organizada, desde meados da década de oitenta do século passado. Ou seja, estas instituições já atuavam nesta atividade muito antes da definição da Política Nacional de Atendimento às Urgências e Emergências, mas mesmo assim, acabaram não sendo recepcionadas pelas legislações decorrentes da política nacional, passando a figurar como meros auxiliares coadjuvantes.

No estado de Santa Catarina não foi diferente. O Corpo de Bombeiros Militar iniciou suas atividades no APH em 1987, na cidade de Blumenau, e desde então as organizações de bombeiro tem associado ao seu trem de socorro além das tradicionais viaturas de combate a incêndios e salvamento, uma viatura de atendimento pré-hospitalar, as quais rapidamente passaram a ser as protagonistas nos atendimentos prestados à população catarinense, resultado de uma verdadeira escalada da violência em todas as suas projeções, atingindo número crescente da população anualmente.

1.1 PROBLEMA

Em suma, o problema que estimulou esta pesquisa é: sob a ótica da proposta do novo modelo de APH catarinense, quais são as possíveis oportunidades e desafios ao APH do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina?

1.2 JUSTIFICATIVO DO ESTUDO

Em 21 de setembro de 2017, na Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), através da deliberação CIB 200/CIB/2017, foi aprovado o novo modelo de APH Catarinense, o qual estabelece em tese uma integração dos serviços de APH do SAMU e do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, definindo algumas premissas que precisam ser adotadas por ambas as instituições, porém sem uma adequada análise técnica por parte do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina que pudesse identificar os pontos positivos e os negativos de tal integração, restando por parte em especial do público interno do Corpo de Bombeiros Militar muitas dúvidas e incertezas quanto ao futuro da atividade de atendimento pré-hospitalar prestadas pela Corporação.

A principal justificativa deste estudo é apresentar uma análise, conforme a proposta do novo modelo de APH Catarinense, das possíveis oportunidades e desafios do APH prestado pelo Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina. É primordial num cenário de inovação, especialmente quando o modelo ainda está sendo construído, ser hábil para identificar a conjuntura de projeção futura e dentro desta adotar as decisões que sejam mais adequadas e estratégicas para o fortalecimento da Instituição, em alinhamento com Plano Estratégico do CBMSC 2018-2030, dentro do objetivo de fortalecer a presença da Corporação no estado, através da diretriz estratégica de integrar o serviço de atendimento pré-hospitalar do CBMSC com o do SAMU, com foco em uma gestão pública de excelência.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Analisar as oportunidades e desafios para o APH do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina frente ao novo modelo de APH Catarinense.

1.3.2 Objetivos específicos

- a) Apresentar uma breve análise da Política Nacional de Atendimento de Urgência e Emergência sob a ótica do APH móvel;
- b) Apresentar o histórico do serviço de atendimento pré-hospitalar no Brasil e em Santa Catarina;

c) Analisar os principais documentos que criaram o novo modelo de APH Catarinense, com ênfase nas atividades do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina;

d) Estabelecer as principais oportunidades e desafios do novo modelo de APH catarinense, para o Corpo de Bombeiros Militar de SC.

1.4 CONTRIBUIÇÃO DO TRABALHO

O trabalho apresenta uma relevante ferramenta de tomada de decisão ao Comando Geral do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina pois de forma inédita avalia as legislações recentes que criam o novo modelo de APH catarinense, com escopo de estabelecer as oportunidade e desafios que resultaram deste novo modelo. Apresenta ainda um extrato mais acurado das estratégias que podem ser validadas pela Corporação frente a este novo cenário, buscando fortalecer o APH do Corpo de Bombeiros Militar de SC e contribuir para a manutenção do relacionamento com a Secretaria de Estado da Saúde de forma estratégica e paritária. Além do cenário estadual, há que se considerar que outros Corpos de Bombeiros Militares do Brasil podem estar passando por momentos de discussão e tratativas semelhantes ao que vem ocorrendo em Santa Catarina, de sorte que as informações deste estudo poderão ser estratégicas para a formulação de uma agenda propositiva que busque a integração dos serviços de APH.

1.5 METODOLOGIA

Na metodologia desta monografia, quanto à lógica de pesquisa, foi utilizado o método indutivo. Este método foi considerado o mais adequado, pois o objeto do estudo é um serviço específico – o novo modelo de APH catarinense - que serviu de subsídio para a identificação das oportunidades e desafios que se apresentarão ao serviço de APH do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina.

Avançando para a abordagem do problema, a pesquisa foi qualitativa, tendo em vista a necessidade de se analisar qualitativamente as legislações e regulamentações pertinentes para fins de identificação das oportunidades e desafios para o Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina.

Utilizou-se uma abordagem direta, empregando-se como estratégia uma pesquisa bibliográfica e documental, elaborada com base em material publicado como Portarias do

Ministério da Saúde, Deliberações da Comissão de Intergestores Bipartite, Portarias Conjuntas da SES/SSP/CBMSC, legislações em vigor atinentes ao assunto, livros, dissertações e artigos, bem como informações disponibilizadas pela Internet.

O horizonte do tempo nesta pesquisa foi transversal, sendo a pesquisa bibliográfica baseada em toda a legislação brasileira e catarinense pertinente sobre o tema, independente da época em que foi produzida e sem nenhuma intenção de comparação temporal. Quanto aos objetivos estudo classifica-se como exploratório e descritivo.

2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (PNAU)

A construção da política federal para atenção às urgências no Brasil apresentou três marcos principais: o primeiro entre 1998 até 2003, período em que houve a produção das principais normativas que instituíram a política; o seguinte entre 2003 e 2008, com a formulação e implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, com priorização do componente SAMU; e por fim entre 2008 e 2009, quando o foco foi a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (O'DWYER, 2017).

Esta agenda foi eleita como prioritária para o governo federal quando os gestores e entidades de classe passaram a perceber que a rede SUS dava sinais de incapacidade para fazer frente a crescente problemática da urgência e emergência, em especial nos grandes centros urbanos, no que se referia às causas externas enquanto responsáveis pela morbimortalidade de uma parcela significativa da população (BRASIL, 2003).

Uma agenda é uma lista de questões ou problemas aos quais agentes governamentais e outros membros na comunidade de política pública estão atentando em certo momento. A definição de agenda implica determinado governo reconhecer que um problema é uma questão “pública” digna de sua atenção (WU et al, 2014)

Mesmo com a efetiva ampliação da oferta dos serviços de atenção básica no Brasil a partir da década de 1990, a população persistiu na busca por atendimento de saúde nos prontos-socorros dos hospitais distribuídos pelo território nacional. Com um cenário regional heterogêneo e uma cobertura de saúde precária, foi quase que natural as pessoas recorrerem aos hospitais para acolhimento de suas necessidades de saúde, sem nenhuma lógica de hierarquização ou de classificação de prioridades. Dessa forma com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), os hospitais passaram a configurar uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, quer seja por uma ineficiência no fornecimento de acesso através da atenção básica ou pela dificuldade de encaminhamento para os serviços especializados com suas rotinas diagnósticas (MACHADO et al, 2011).

Dessa forma não havia outra alternativa senão redimensionar a rede SUS através da articulação de todos os integrantes que participavam deste processo para organizar a Rede de Urgência e Emergência, inicialmente para as grandes cidades e posteriormente para todo o território nacional (BRASIL, 2003).

O projeto inicial da atual Política Nacional de Atenção às Urgências foi apresentado na 131ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS), realizada na cidade de Brasília,

entre os dias 4 e 5 de junho de 2003. Nesta oportunidade o Sr Artur Chioro, a época Diretor do Departamento de Assistência Especializada, apresentou ao plenário para deliberação o então chamado Projeto de Urgência/Emergência cuja finalidade era dar início ao Sistema Nacional de Atenção às Urgências, que estabelecia como prioridades iniciais dois componentes: o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) e a qualificação da retaguarda de Terapia Intensiva. O projeto foi considerado estratégico para o Ministério da Saúde a ser desencadeado ainda no ano de 2003. Foi esclarecido que a discussão acerca do projeto teria sido iniciada na última reunião da Comissão de Intergestores Tripartite, que o projeto ainda estaria sendo discutido com os atores envolvidos, mas que a implantação estava programada para agosto de 2003. O Projeto de Urgência/Emergência depois de deliberado foi então aprovado por unanimidade pelo pleno do CNS sendo delegado a comissão de trauma e violência a tarefa de acompanhar o processo de finalização de mesmo (BRASIL, 2003).

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), foi instituída através da Portaria/GM 1863, de 29 de setembro de 2003, com a proposta de articular os sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, norteados pelos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e da participação social, bem como da humanização. Nesta política para organização das redes de atenção integral as urgências foram considerados os seguintes componentes: Pré-Hospitalar Móvel, Pré-Hospitalar Fixo, Hospitalar e Pós-Hospitalar (TIBÃES, 2018).

O Ministério da Saúde, através da implantação do PNAU, busca consubstanciar os preceitos constitucionais previstos no Art. 197, associado aos Arts. 1º e 15 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que definem que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao poder público dentro de sua esfera de atuação (federal, estadual ou municipal), regulamentar, fiscalizar e controlar tais atividades (BRASIL, 1988).

O estado brasileiro que até então de forma desorganizada e pouco eficiente vinha conduzindo as atividades voltadas à atenção às urgências resolve assumir seu papel de gestor em saúde, regionalizando os recursos assistenciais de forma criteriosa, dimensionando e potencializando as redes de atenção às urgências dos sistemas estaduais, regionais e municipais, buscando garantir que todos tenham acesso ao sistema dentro de suas necessidades e recebam de forma integral o tratamento que lhe é devido quer seja por uma urgência de ordem clínica ou traumática. De forma hierarquizada a atenção às urgências passa a estar presente em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2003).

A base da política em sua essência foi muito mais ampla que oferecer respostas às urgências, possuía como premissas o desenvolvimento de estratégias de promoção de

qualidade de vida e saúde com foco na prevenção de agravos; estímulo à construção de mapas de risco regionalizados e locais voltados a adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos, voltados às necessidades em saúde da coletividade, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas; desenvolvimento de metodologia para coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de urgência oferecidos de forma a avaliar o estado da saúde da população e a qualidade dos serviços ofertados pelo SUS nas três esferas de poder; por fim, promover a capacitação continuada das equipes que lidam com a atenção às urgências desenvolvidas pelo SUS, qualificando dessa forma a assistência. Uma verdadeira odisséia que perpassa por diferentes níveis de atuação da saúde e até mesmo de outras instâncias do poder público visando realmente oferecer à população uma política pública dinâmica e propositiva, com ações redimensionadas tendo como base a retroalimentação recebida do próprio sistema (BRASIL, 2003).

Como já definido na estratégia inicial da PNAU o componente pré-hospitalar móvel através do SAMU foi a primeira etapa de implantação da política, sendo instituído pela Portaria/GM 1864, de 29 de setembro de 2003, a qual estabeleceu que o serviço seria composto por centrais de regulação, equipes móveis de suporte básico e avançado de vida, núcleos de educação, definiu ainda quais seriam as linhas de financiamento para investimento e custeio com seus condicionantes, critérios de distribuição de recursos em municípios e regiões de todo o território brasileiro. Determinou ainda a criação de um novo número de emergência nacional para acesso ao sistema – 192 (BRASIL, 2003).

Em 2011 surge a Rede de Urgência e Emergência (RUE) composta pelos componentes pré-hospitalares (atenção básica, salas de estabilização, SAMU-192 e UPA), hospitalar e a atenção domiciliar. Tendo como meta a integração destes componentes da atenção às urgências e a busca por investimentos menos fragmentados para com os componentes da política nacional de forma individual (O'DWYER, 2017).

Desde então a PNAU vem sendo aprimorada através da publicação de legislações pelo Ministério da Saúde que tem por escopo manter atuante a rede de atenção à saúde do SUS, a tabela 1 apresenta as principais normativas federais relativas a PNAU:

Tabela 1 - Relação das principais portarias federais que estabelecem normas legais da Política Nacional de Urgências e do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências no Brasil.

Instrumento/ Ano	Conteúdo
Portaria 2923/1998	Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência.
Portaria 479/1999	Cria mecanismos para implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências.
Portaria 824/1999	Aprova a normatização de atendimento pré-hospitalar.
Portaria 814/2001	Estabelece conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências. Estabelece a normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências já existentes, bem como dos que viessem a ser criados no País.
Portaria 2048/2002	Regulamenta o atendimento dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; estabelece seus princípios e diretrizes; define normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos hospitais de urgência.
Portaria 1863/2003	Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), a ser implementada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
Portaria 1864/2003	Institui o componente pré-hospitalar móvel como primeira etapa da PNAU, por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), em municípios e regiões de todo o território brasileiro, no âmbito do SUS.
Portaria 2072/2003	Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências e define suas atribuições e responsabilidades.
Portaria 1828/2004	Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em Estados, municípios e regiões de todo território nacional.
Portaria 1927/2004	Estabelece incentivo financeiro aos Estados e municípios qualificados pelo Ministério da Saúde já cadastrados com SAMU para a adequação de áreas físicas das Centrais de Regulação Médica de Urgência no território nacional.
Portaria 2657/2004	Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU.
Portaria 3125/2006	Institui o Programa QualiSUS e define competências. Estabelece as diretrizes de estruturação e organização da atenção à saúde nas urgências tendo como foco ações nos componentes pré-hospitalar fixo e hospitalar da Rede de Atenção às Urgências
Portaria 2922/2008	Estabelece diretrizes para a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências. Define conceitos, atribuições e pré-requisitos para a implementação das UPA e SE em locais/unidades estratégicas para a configuração dessas redes.
Portaria 2970/2008	Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU.
Portaria 2972/2008	Orienta a continuidade do Programa QualiSUS, priorizando a organização e a qualificação de redes loco-regionais de atenção integral às urgências.
Portaria 1020/2009	Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo - UPA e SE - visando a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências.
Portaria 1600/2011	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)
Portaria 2395/2011	Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria 1010/2012	Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
Portaria 2809/2012	Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria 1365/2013	Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências.
Portaria 1366/2013	Estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria 0010/2017	Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde.
Portaria 4033/2017	Retifica a Portaria nº 3863/GM/MS, de 27 de dezembro de 2017, que habilita a

transferência de recursos fundo a fundo em parcela única para Estados, Municípios e Distrito Federal destinado à aquisição de Unidade Móvel SAMU 192
--

Fonte: Sistema SaudeLegis. Disponível em:

<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM>. Acesso em 19 Out 2018.

A Tabela 1, retrata o processo dinâmico de construção da PNAU, que desde a sua instituição vem recebendo aperfeiçoamentos que buscam a consolidação da política de atenção às urgências dentro do SUS. Num primeiro momento organizando os sistemas estaduais de urgência e emergência, já na concepção de que esta atividade precisava ser melhor organizada na busca pela redução dos impactos gerados pela violência, em especial a urbana, que crescia de forma exponencial exigindo do poder público respostas efetivas para o enfrentamento desta verdadeira endemia que atingia a nação.

Em seguida define-se a política nacional de atenção às urgências com seus componentes, etapas de instalação, formas de financiamento e principalmente o ordenamento da regulação do sistema. Com o amadurecimento da PNAU em alinhamento com as diretrizes norteadores do SUS cria-se a RUE, componente responsável pela organização, hierarquização e estruturação das diversas portas de entrada dos usuários que recorrem ao SUS para atendimento de suas urgências.

Um processo laborioso e incessante que exige dos gestores públicos constante avaliação e intervenção para que a PNAU como agenda pública se mantenha atuante e resolutiva, engajada na meta de promover a qualidade de vida e saúde a população brasileira.

2.1 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE)

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, com uma missão única, objetivos comuns realizadas através de ação cooperativa e interdependente, oferecendo desta forma uma atenção contínua e integral à determinada população, que tem na figura da atenção primária à saúde (APS) a sua coordenação, com responsabilidades sanitária e econômica, gerando valor à população assistida (MENDES, 2011).

A governança das RAS, no âmbito do SUS, apresenta características especiais. Uma delas é que deve se inserir num quadro institucional mais amplo de um sistema especial de federalismo. O Brasil é um país federativo e, por essa razão, o modelo institucional do SUS foi construído para ser operado pela trina federativa. Os entes federados mantêm, entre si,

diretamente ou através da mediação de instituições de gestão compartilhada e de controle social, complexas inter-relações (MENDES, 2011).

Diversos estados brasileiros no início dos anos 2000, passaram a experimentar a construção das RAS, em sua maioria como redes temáticas, sendo coordenadas pelas respectivas secretarias estaduais de saúde. Alguns municípios de igual forma também passaram a fazer uso desta forma de organização. Por meio destas iniciativas foi possível a construção da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, devidamente chancelada pelos Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional dos Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) por intermédio da Comissão Intergestores Tripartite (Mendes, 2011). As redes são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Mantendo a estruturação das RAS, mas no âmbito da PNAU, foi publicada a Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS (Brasil, 2013). O atendimento aos usuários com quadros agudos passou a ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade. (OLIVEIRA et al, 2018)

Neste cenário, e considerando a complexidade da RUE, com diversos conflitos éticos, políticos e técnicos, a análise da formulação e implementação da Política Nacional pode trazer subsídios para a organização da gestão e do cuidado no SUS, com vistas a melhorar a eficiência e a efetividade e atender aos princípios constitucionais: universalidade, integralidade e equidade. (GRANJA, 2013)

Pela relação intrínseca entre os princípios de universalidade, equidade e integralidade e da estratégia de regionalização e hierarquização, o modelo de organização em redes foi seguido por todos os países que construíram sistemas nacionais de saúde, com as devidas adaptações às especificidades locais (KUSCHNIR E CHORNY, 2010).

Considerando o aumento da demanda, da sobrecarga de atendimentos nas portas hospitalares em consequência do aumento de acidentes, violências e doenças crônicas e insuficiência da rede básica, a atenção às urgências no Brasil foi centrada na atenção hospitalar, na implantação das Centrais da Regulação Médica de Urgências e do Serviço de

Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), como linha auxiliar da porta hospitalar. (OLIVEIRA et al, 2018)

A RUE, como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, saúde mental etc.), é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso. (BRASIL, 2013)

Figura 1 – Componentes da RUE e suas interfaces



Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde, 2011.

A Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2011).

Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando à promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde (BRASIL, 2011).

A Sala de Estabilização deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de

saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à Rede de Atenção à Saúde pela Central de Regulação das Urgências (BRASIL, 2011).

A Força Nacional de Saúde do SUS (FN-SUS) objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos (BRASIL, 2011).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências têm como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS (BRASIL, 2011).

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências. Deve ainda prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (BRASIL, 2011).

O Hospital será constituído pelas portas hospitalares de urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias (BRASIL, 2011).

Por fim, a Atenção Domiciliar é compreendida como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2011).

3 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NO BRASIL

O início do atendimento pré-hospitalar no Brasil remonta ao século XIX, período em que a Família Real portuguesa aportou em solo brasileiro. Baseado no modelo europeu, a atividade se iniciou com um serviço de transporte de vítimas por meio de carruagens. Desde o início a incumbência de prestar socorro às vítimas e transportá-las até os hospitais ficou a encargo do Estado (ROSA, 2006).

“No Brasil, a ideia de atender as vítimas no local da emergência é tão antiga quanto em outros países. Data de 1893 a aprovação da lei, pelo Senado da República, que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência na via pública, no Rio de Janeiro, que era a capital do país” (RAMOS e SANNA, 2005, p.356)

A história recente da saúde assistencial no Brasil teve um importante capítulo no início da década de 50 do século passado, com a criação do SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência, um ensaio de um serviço pré-hospitalar oferecido a população constituído por profissionais de saúde (Almoyna, Nitschke *apud* MARTINS, 2004).

“[...] na assistência à saúde, a maior inovação aconteceu em 1949, durante o segundo governo Vargas, quando foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). A importância histórica desse evento decorre de três características inovadoras da iniciativa: o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência” (MERCADANTE, 2002).

Durante a república o Estado brasileiro instituiu alguns modelos de serviços públicos de saúde destinados a oferecer respostas às urgências da população, que foram sendo aperfeiçoados ao longo da história: Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência (SAMDU); Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e, atualmente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (CARVALHO JÚNIOR, 2002).

Pela afinidade com atividades de socorro e devido à ausência de um órgão público devidamente organizado e capacitado para oferecer atendimento às vítimas de acidentes e emergências médicas fora do ambiente hospitalar, os Corpos de Bombeiros Militares do Brasil começaram a oferecer à população um serviço de atendimento pré-hospitalar a partir do início

da década de 80, tendo como precursor o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, com a implantação de um serviço baseado na premissa do melhor atendimento no menor tempo resposta. Rapidamente os demais Estados da Federação a exemplo de Brasília, implantaram através de seus Corpos de Bombeiros serviços de atendimento pré-hospitalar, norteados através da doutrina americana, que tem como figura fundamental o paramédico, profissional capacitado para lidar com emergências fora de o ambiente hospitalar de forma a identificar e corrigir de imediato lesões que ameacem a vida, sendo capacitado para transportar rapidamente a vítima para um ambiente hospitalar de referência devidamente hierarquizado para prestar suporte definitivo a vítimas de trauma ou emergências médicas (ZEFERINO, 2009).

Cada CB, em cada unidade da Federação, foi estruturando o APH conforme as suas peculiaridades, sendo estes sistemas gradativamente, espalhados pelo Brasil, mas ficando limitados ao precário e denominado SBV. Até mesmo de socorro aéreo, básico, muitos Corpos de Bombeiros Militares (CBMM) e Polícias Militares (PPMM) já dispõem. Um dos programas pioneiros de socorro extra-hospitalar aeromédico, iniciado em 1988, foi do CB/RJ, em associação com a Coordenadoria Geral de Operações Aéreas do Estado do Rio de Janeiro – CGOA (Santos *apud* MARTINS, 2004).

Seguindo da esteira de definição de um modelo de atendimento pré-hospitalar que fosse adequado ao Brasil, o Ministério da Saúde estabelece uma parceria com a França para estudos de instalação de um modelo semelhante ao SAMU Frances:

“No ano de 1988, o Ministério de Saúde do Brasil solicitou à França uma ajuda para criar os serviços de atendimento Médico de Urgência encarregado pela etapa pré-hospitalar da urgência médica. Neste âmbito, então foi criada uma Cooperação França-Brasil, através do Ministério de Assuntos Estrangeiros da França e o Brasil. Esta parceria fez com que houvesse a criação dos Serviços de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) no Brasil” (SANTA CATARINA, 2000).

Com o avanço do número de vítimas de traumas e o aumento da demanda financeira envolvida na recuperação e reabilitação de tais vítimas, no ano de 1990 o Ministério da Saúde lançou o Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas (PEET), que foi difundido a todas as instituições envolvidas na prestação de serviço de atendimento pré-hospitalar visando a multiplicação e massificação dos conhecimentos técnicos a seus integrantes. O objetivo estabelecido pelo programa foi a redução da incidência e da morbimortalidade causadas pelos agravos externos por meio de intervenção nos níveis de prevenção, atendimento pré-

hospitalar, atendimento hospitalar e reabilitação (PRADO e MARTINS, 2003). O programa no ano de 1992 foi remodelado passando a ser denominado Programa de Enfrentamento de Desastres, o qual passou a incluir temas voltados aos desastres (ROSA, 2006).

Um dos níveis desse programa, o Projeto de APH (PAPH) coube aos CB, considerando que muitos já executavam esse atendimento de forma incipiente. A partir daí, tornaram-se responsáveis pelo APH às emergências e traumas no âmbito público. Contudo, somente o CB do Estado do Rio de Janeiro dispunha de "Quadro de Saúde" - oficiais médicos e praças auxiliares/técnicos de enfermagem - para realizar o APH. Nos demais estados os bombeiros passaram a ser treinados num curso básico de Socorristas e denominados de Agentes de Socorros de Urgências (ASU) - treinamento baseado e equivalente ao Treinamento em Emergências Médicas Básico - TEM dos EUA. O PEET-MS promoveu em 1991, no Distrito Federal (DF), o primeiro curso de instrutores (multiplicadores) de ASU, quando foi adotada a sistemática de atendimento com base no método mnemônico ABCDE do ATLS, adaptado ao APH pelo PHTLS, nos EUA na década de 80 (PRADO e MARTINS, 2003, p.72)

O Corpo de Bombeiros Militar da Polícia Militar do Paraná através de uma parceria entre a Secretaria de Estado de Segurança Pública (SESP), Instituto de Saúde do Estado do Paraná (ISEP) e a Prefeitura Municipal de Curitiba, através de Termo de Cooperação Técnica, cria no ano de 1990 o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE), um modelo misto formado por militares estaduais e profissionais de saúde, no qual bombeiros militares socorristas formavam as equipes de atendimento com uso de ambulâncias e profissionais médicos, localizados na Central de Operações do Corpo de Bombeiros, que exerciam a função de regulador médico das ocorrências que ingressavam através do telefone de emergências 193, bem como realizavam intervenções diretas em campo quando a gravidade do evento assim exigisse. Tal modelo acabou servindo de base para o Ministério da Saúde no Programa de Enfrentamento às Emergências e Trauma em especial na elaboração do Projeto de Atendimento Pré-Hospitalar (PAPH):

[...] os recursos humanos incluem-se em duas categorias: - elementos do Corpo de Bombeiros, recrutados como voluntários entre as fileiras da corporação e tendo como requisitos mínimos o Curso de Formação de bombeiros e o treinamento abaixo discriminado – médicos supervisores, sediados na Central de Comunicação, com a tarefa de orientar o trabalho dos socorristas e, eventualmente, participar do atendimento. Entende-se que tais profissionais deverão ter um preparo adequado, de forma a garantir-lhes a plena capacidade de orientação a distância e in loco.

Do “treinamento” previsto no PAPH, consta o seguinte: “Nesta fase [etapa inicial do programa], os objetivos fundamentais do treinamento são oferecer conhecimentos e aptidões necessários a prestar com segurança o ‘suporte básico de vida’ (formação de profissionais para o

resgate). Embora a meta prioritária nesta fase seja a de aprimorar o atendimento ao traumatizado, entende-se que o treinamento básico deva ser tornado oportunamente mais abrangente, incluindo noções de cuidados iniciais a emergências clínicas, tocoginecológicas, pediátricas e outras consideradas relevantes (formação de socorristas). O treinamento deverá consistir de aulas teóricas e práticas, estas últimas realizadas em manequins, em serviços de emergência e em estágios no próprio sistema pré-hospitalar. A duração global do treinamento é estimada em 400 a 500 horas para a formação de socorristas e de 64 horas para a formação das equipes de resgate” (DRUMMOND *apud* MARTINS, 2004, p.75).

Durante a década de 1990, uma outra alternativa de modelo de atendimento pré-hospitalar acabou prosperando em algumas cidades brasileiras, fugindo do modelo proposto pelo Ministério da Saúde através do PEET-PAPH, com a busca na construção de um modelo formado por profissionais de saúde, tendo como base o modelo SAMU francês de assistência.

Desde o início os conflitos de interesse acabaram por atrapalhar a definição do modelo de atendimento pré-hospitalar brasileiro, pois os modelos existentes no mundo eram circunstancialmente opostos, onde o Americano visa o transporte rápido para o ambiente hospitalar aonde o médico receberá a vítima, já o Europeu estabelece que o médico desloca até o ambiente pré-hospitalar promove a estabilização das vítimas no próprio local da emergência.

Diferentemente do preconizado no antigo Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas do Ministério da Saúde, devido ao processo dinâmico de transição saúde-doença, o trauma resultante dos agravos externos, acabou sendo apenas mais uma das demandas requisitadas pelas equipes de APH (Drummond *apud* MARTINS, 2004). Dessa forma para que fosse possível enfrentar além dos traumas às urgências e emergências de origem cardiovascular, respiratória, metabólica entre outras, que também requerem atendimento imediato das vítimas no local da ocorrência e transporte adequado para um serviço emergencial de atendimento definitivo, é que os serviços de APH precisaram se aprimorar e estruturar para reduzir os índices de morbimortalidade populacional resultantes de urgências e emergências (PRADO e MARTINS, 2003)

Considerando que o Estado brasileiro se manteve na inércia, o Conselho Federal de Medicina (CFM) tomou a frente no processo e promulgou a resolução CFM nº1.529 (CFM, 1998), a qual definia as diretrizes do serviço de atendimento pré-hospitalar considerando-o uma atividade de competência médica, estabelecendo que a coordenação, regulação e supervisão direta e a distância são atividades exclusivas do profissional médico aprovando ainda a “Normatização da Atividade Médica na Área de Urgência-Emergência na sua Fase Pré-Hospitalar”

Na Resolução é citado pela primeira vez de forma catedrática quais são os profissionais que compõe o serviço de atendimento pré-hospitalar, entre os quais o profissional socorrista, definindo suas competências e atribuições.

Considerando ser o Ministério da Saúde (MS) o agente estatal responsável pela definição das doutrinas de saúde pública no Brasil, e o serviço de atendimento pré-hospitalar uma das atividades sob responsabilidade do Estado, no ano de 1999, com a elaboração da portaria nº 824/99 (BRASIL, 1999), foram aprovadas as normas do serviço de atendimento em nível pré-hospitalar no Brasil, a qual teve como fundamentação a Resolução CFM nº1.529 (CFM, 1998). Como fator peculiar, aos Corpos de Bombeiros do Brasil a portaria nº824/99 (BRASIL, 1999) estabeleceu que estas corporações deveriam se adaptar às normas vigentes na presente legislação, sob pena de sofrerem transtornos administrativos (ROSA, 2006).

O grupo de estudos que formulou propostas, que posteriormente foram levadas ao CFM e ao MS, no sentido de buscar a regulamentação do APH e transporte inter-hospitalar no Brasil, surgiu em 1995 - a partir do I Simpósio Internacional de Atendimento às Urgências Pré-Hospitalares, com ajuda da cooperação francesa, da rede 192, atual Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (PRADO e MARTINS, 2003, p.73).

Com o intuito de aperfeiçoar ainda mais a legislação sobre o serviço de atendimento móvel de urgência, típico do atendimento pré-hospitalar, o Ministério da Saúde resolveu revogar a Portaria nº 824 (BRASIL, 1999) e publicar a Portaria nº 814 (BRASIL, 2001), a qual buscou reafirmar as diretrizes estabelecidas na norma anterior e acrescentar novas orientações em consonância com a implantação da política nacional de atenção integral às urgências. Nessa legislação ficou definida a necessidade de criação das Centrais de Regulação Médica de Urgências, que possuem como escopo a manutenção do padrão de atendimento das corporações nos níveis regional, estadual, e municipal que prestam serviço de atendimento pré-hospitalar, além de otimizar recursos e evitar a sobrecarga dos hospitais referência em trauma.

No ano de 2002, o Ministério da Saúde promulga a Portaria GM/MS 2048, de novembro de 2002, que definiu de forma pormenorizada como seria organizado os sistemas estaduais de urgência e emergência em todos os níveis de atenção a saúde, incluindo a atendimento pré-hospitalar móvel e fixo (BRASIL, 2002).

3.1 O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM SANTA CATARINA

Em Santa Catarina os primeiros trabalhos que buscaram a oferta de um serviço de atendimento pré-hospitalar datam de 1987, na cidade de Blumenau. Em um projeto inédito no Estado o Corpo de Bombeiros Militar sediado no município buscou uma parceria com a Associação Comercial e Industrial do município para viabilizar a doação da primeira viatura destinada a esta finalidade na Corporação. Um veículo ambulância marca Chevrolet, Modelo Caravan, que foi denominado há época de “Auto-Emergência”. Em 1990 representantes do CBMSC foram enviados para Brasília para receber a devida capacitação como multiplicadores do PEET/PAPH, iniciando neste ano a expansão do serviço de APH para outros aquartelamentos do Corpo de Bombeiros Militar (CORDEIRO JÚNIOR, 2014).

O CBMSC permaneceu com a hegemonia da oferta de serviços de APH a população catarinense até o ano de 2004, quando foi instalado o SAMU em Santa Catarina, como componente móvel da PNAU.

A partir de então as duas Corporações passaram a oferecer serviço de APH a população, com a distinção de que as viaturas do CBMSC ofereciam apenas suporte básico de vida não medicalizado, ao passo que o SAMU contava com unidades de suporte básico medicalizadas e unidades de suporte avançado. Os dois sistemas funcionando de forma paralela sem nenhuma integração.

4 NOVO MODELO DE APH CATARINENSE

Importante realizar um resgate histórico da instalação do SAMU de SC para que se possa entender melhor como o Novo Modelo de APH catarinense surgiu e quais eventos ao longo do tempo contribuíram para tal.

Em março de 2004, ano seguinte a instituição da Política Nacional de Atenção às Urgências, em reunião extraordinária da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), formada pelos Secretários Municipais de Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde, realizada em 10 de março de 2004, foi deliberado e aprovado o Plano Estadual de Atenção às Urgências conforme previsão da PNAU, o qual instituiu o SAMU em Santa Catarina, definindo que seriam ativadas em território catarinense 56 (cinquenta e seis) Unidades de Suporte Básico (USB), 18 (dezoito) Unidades de Suporte Avançado (USA), 6 (seis) Centrais de Regulação Regionais (CR) e 1 (uma) Central de Regulação de âmbito estadual. Foi pactuado ainda nesta deliberação que as USB seriam custeadas com recursos financeiros oriundos do Ministério da Saúde e dos municípios. A Coordenação das pactuações para as devidas contrapartidas dos municípios da região atendidos por cada USB foi delegada ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Já as USA, Centrais de Regulação e o transporte inter-hospitalar de pacientes graves ficou sob responsabilidade do estado (SANTA CATARINA, 2004).

Com o passar dos anos novas unidades de suporte básicas e avançadas foram sendo integradas ao SAMU de SC, bem como novas Centrais de Regulação Regional, tudo isso devidamente pactuado e aprovado através da CIB.

Uma nova proposta de gestão do SAMU é apresentada na 146ª reunião ordinária da CIB, datada de 10 de dezembro de 2009, sendo aprovado a formação de um Consórcio Estadual Público de Direito Público. Nesta proposta caberia ao consórcio a execução, total ou em conjunto, das ações e serviços de saúde ligados à política de urgência e emergência no estado de Santa Catarina. Definiu-se ainda prazos para que os municípios aderissem ao consórcio, bem como para apresentação do projeto ao Conselho Estadual de Saúde (CES). Por conta de atropelos e de encaminhamentos inconsistentes do projeto de Consórcio, os quais incluíam inclusive a tramitação, em regime de urgência, do Projeto de Lei nº 087/2010 na Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina, o próprio CES em sua 162ª reunião ordinária, realizada em 28 de abril de 2010, aprovou o encaminhamento de denúncia ao Ministério Público de Santa Catarina (MPSC) solicitando que fosse interrompida a tramitação do PL 087/2010 para que a discussão acerca da matéria pudesse retornar para o CES como

reza o rito legal (Santa Catarina, 2010). Mas apesar da deliberação do CES, foi promulgada a Lei nº 15.294, em 23 de agosto de 2010, ratificando o Protocolo de Intenções firmado para a constituição do Consórcio Estadual de Saúde de Santa Catarina, legislação esta que atualmente ainda se encontra em vigência (SANTA CATARINA, 2010).

No ano de 2012, motivado por demandas judiciais que contestavam o modelo de contratação dos profissionais que atuavam no SAMU, buscou-se encontrar uma nova forma de gestão do SAMU que fosse mais viável para o estado. Neste momento começa a ser deliberado na CIB e na SES a possibilidade de contratação de uma Organização Social (OS) para a execução da gestão do SAMU. Inicialmente o assunto veio à baila na 180ª reunião ordinária do CES, realizada em 07 de março de 2012, onde foi levantado que a Secretaria de Estado da Saúde, mesmo sem debater o tema com o CES acabou por publicar um edital de Concurso de Projeto SPG/SES N°001/2012, que versava sobre a contratação de uma OS para realizar a gestão do SAMU.

Já naquela época os conselheiros alertavam que este formato de contratação para gestão do SAMU nada mais era que terceirizar uma atividade fim do estado, que o Governo Federal teria optado pelo modelo de Empresa Pública de Direito Privado para este tipo de contratação. Destacavam ainda que os municípios estavam sendo seduzidos pelo governo do estado com uma sinalização de assunção do custeio de todo o sistema SAMU, caso eles viessem a aderir o modelo de gestão por uma OS (SANTA CATARINA, 2012).

Importante salientar que na 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre os dias 30 de novembro e 04 de dezembro de 2011, na cidade de Brasília, uma das recomendações que ao final estava presente na Carta da Conferência endereçada a sociedade brasileira era que a gestão da saúde deveria ser 100% pública:

Defendemos a gestão 100% SUS, sem privatização: sistema único e comando único, sem “dupla-porta”, contra a terceirização da gestão e com controle social amplo. A gestão deve ser pública e a regulação de suas ações e serviços deve ser 100% estatal, para qualquer prestador de serviços ou parceiros. Precisamos contribuir para a construção do marco legal para as relações do Estado com o terceiro setor (BRASIL, 2011).

Ao final das deliberações da 180ª reunião ordinária do CES, foi aprovado por maioria dos conselheiros que fosse expedido uma resolução determinando a Secretaria de Estado da Saúde a suspensão do edital referente ao SAMU e a realização de um concurso público para preenchimento das necessidades de recursos humanos para o funcionamento do SAMU (SANTA CATARINA, 2012).

A CIB em reunião ordinária realizada também em 07 de março de 2012, aprova a administração do SAMU de Santa Catarina por uma OS e revoga a possibilidade desta gestão ser realizada através de consórcio, conforme havia sido deliberado em 2009 (SANTA CATARINA, 2012).

O capítulo mais atual desta recente história do SAMU de SC, teve início durante as deliberações da 214ª Reunião Ordinária da CIB, realizada em 21 de setembro de 2017, na cidade de Florianópolis. Nesta oportunidade foi apresentado à Comissão um novo modelo de gestão do SAMU no Estado, compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde - SES (Suporte Técnico – implementação de políticas públicas de saúde) e a Secretaria de Segurança Pública, através do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina – CBMSC (Gestão Operacional, Administrativa e financeira do APH catarinense). Dentre as premissas principais aprovadas estavam a redução do número de Centrais de Regulação Regional de oito para apenas uma; integração dos serviços de APH prestados pelo SAMU, Corpo de Bombeiros Militar e Corpo de Bombeiros Voluntários; transferência do custeio das 96 (noventa e seis) USB dos municípios para o estado a partir de 2019; criação de 40 (quarenta) Unidades do Suporte Intermediário (USI) com veículos do Corpo de Bombeiros Militar tripuladas por bombeiro militar (condutor), enfermeiro e técnico de enfermagem (SANTA CATARINA, 2017).

4.1 PARÂMETROS PARA CRIAÇÃO DO NOVO MODELO DE APH

No estado de Santa Catarina existem algumas instituições que prestam serviço de APH a população, dentre as quais: SAMU, Corpo de Bombeiros Militar, Polícia Militar, Corpo de Bombeiros Voluntários, Concessionárias de Rodovias e Planos de Saúde. Algumas delas com serviço integralmente público outras com serviço totalmente privado.

O total de unidades que prestam serviço público conforme levantamento realizado pela Secretaria de Estado da Saúde em 2017 indicava que são 96 (noventa e seis) USB do SAMU, 23 (vinte e três) USA do SAMU, 129 (Cento e vinte e nove) ASU do CBMSC, 74 (setenta e quatro) USB dos bombeiros voluntários, 02 (dois) helicópteros e 01 (um) avião ambos do CBMSC.

Conforme previsão da Portaria nº. 1864/MS que institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios, o critério utilizado para aquisição e distribuição das ambulâncias de suporte básico foi o populacional, com a instalação de uma

USB para cada grupo de até 150.000 habitantes e de uma USA para cada grupo de até 450.000 habitantes (Brasil, 2003). De acordo com esta estimativa, em Santa Catarina para uma população estimada de cerca de 7.000.000 habitantes, seriam necessárias 16 USA e 47 USB para atendimento da população residente no estado. Números estes que estão muito abaixo do existente, ou seja, em se considerando o previsto na normativa do MS referente a disponibilização de unidades do SAMU a população, Santa Catarina possui uma quantidade de recursos muito acima do que preconiza a legislação. E quando se soma a esta frota as unidades do CBMSC e dos Bombeiros Voluntários este número é ainda mais superavitário.

Logicamente que há que se considerar que somente o quesito populacional não deve ser o único a ser considerado, na medida em que existe necessidade de tempo resposta para determinadas emergências, há extrema dificuldade de mobilidade em alguns centros urbanos, áreas rurais vastas com baixa densidade demográfica, períodos de sazonalidade populacional flutuante especialmente na região litorânea em período de verão, enfim, precisam ser considerados outros fatores além do populacional para que se possa chegar a uma sistemática mais adequada do número necessário de unidades básicas ou avançadas para atender as demandas de uma população.

Apesar de estar sendo divulgado a informação de um novo modelo de APH catarinense, a deliberação 200/CIB/2017 é taxativa na aprovação do novo modelo de gestão do SAMU do Estado de Santa Catarina, no qual seriam integradas paulatinamente as unidades do Corpo de Bombeiros Militar e dos Corpos de Bombeiros Voluntários, a fim de regular toda a frota de ambulâncias que prestam APH através da Central de Regulação Médica do SAMU (Santa Catarina, 2017).

A proposta deste novo modelo de APH, desde o início, se pautou em pilares fundamentais como: otimização de recursos e qualidade aos clientes. Assim o modelo de gestão foi baseado em um diagnóstico que se ateve basicamente a quantificação de unidades de APH disponíveis no estado, sistemas de comunicação existentes, número de centrais de regulação e forma de educação permanente em saúde existente. Em momento algum houve um extrato de opinião da população que recebe os serviços das instituições para identificação do que estava adequado e de pontos de melhora do sistema.

Segundo Cordeiro Júnior (2014), para o CBMSC participar da construção de um novo modelo de APH adequado a legislação vigente, em especial a PNAU, deveria perseguir duas estratégias:

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 (CORDEIRO JÚNIOR, 2014, p.37)

Uma das perspectivas ainda citadas por CORDEIRO JÚNIOR (2014) se ateve a aprimorar a formação dos socorristas do CBMSC, com um enfoque mais sistêmico do processo de atendimento indo ao encontro de literaturas internacionais de versam sobre atendimento pré-hospitalar:

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 (CORDEIRO JÚNIOR, 2014, p.37).

Uma das metas dos serviços de saúde é a busca pela satisfação do usuário, motivo pelo qual é coerente que esta seja pesquisada na busca pelo aperfeiçoamento no sistema de serviços de saúde. Com o fortalecimento do controle social no Brasil, no âmbito do SUS, passaram a ser desenvolvidos estudos dessa natureza a partir da década de 1990, visando incluir a comunidade no processo de planejamento e validação das ações (ESPIRIDIÃO, 2006)

Em âmbito internacional o termo “usuário” (*user*), é pouco utilizado, o que já não ocorre no Brasil que utiliza o termo na literatura científica e nos documentos oficiais. O emprego do termo tem como pano de fundo o entendimento de que o sujeito que usa os serviços de saúde está para além de um paciente ou de consumidor, visto que especificidades colocadas no campo da saúde necessariamente incorporam noções de cidadania, pressuposta pela ideia de direito social (SANTOS *apud* ESPIRIDIÃO, 2006).

Os setores de urgência e emergência, em muitos países, em especial aqueles em desenvolvimento, são identificados como áreas deficientes e problemáticas dentro do sistema de saúde, de sorte que diretrizes como descentralização, regionalização e hierarquização tem dificuldades para serem implementadas. Em geral estes setores atendem além de sua

capacidade instalada, o que representa um problema grave e relevante do sistema de saúde (DANTAS et al, 2018).

Um avanço na política de participação social no processo saúde foi alcançado no Brasil em 2015, quando da publicação da Portaria GM/MS nº 28, de janeiro de 2015 que reformulou o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), tendo como objetivos avaliar a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde quanto às seguintes dimensões: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido (BRASIL, 2015).

Entre os vários componentes do sistema de saúde no mundo, os serviços de urgência e emergência foram considerados como prioritários no processo de qualificação, por serem reconhecidos como uma das principais fontes de queixas da população (DANTAS et al, 2018).

Nas definições do novo modelo de APH Catarinense poderia ter sido usado uma ferramenta para coleta de dados de satisfação, a exemplo do modelo proposto por Cavalcanti et al (apud Dantas et al 2017), intitulada de Instrumento de Avaliação da Satisfação de usuários atendidos pela Assistência Pré-Hospitalar (AS-APH), ANEXO A. Tal ferramenta avalia dentre outras coisas 12 (doze) indicadores de satisfação dos usuários, sendo 4 referentes a estrutura (estado de conservação das ambulâncias, o conforto do usuário dentro da ambulância, acolhimento e segurança demonstrada pelos profissionais) e 8 direcionadas a processo (acesso, privacidade, humanização, orientações sobre procedimentos, relacionamento entre usuário e equipe, tempo resposta, articulação multiprofissional e resolutividade no atendimento). Uma excelente oportunidade de entender melhor como o serviço de urgência e emergência pré-hospitalar está sendo avaliado por seus usuários para definição de planejamentos e intervenções.

Uma outra questão que foi avaliada durante o processo construtivo do novo modelo de gestão do SAMU de SC e por sua vez do novo modelo de APH catarinense, foi a gestão de alguns setores da saúde pública por OS, entre os quais o SAMU. A discussão no Brasil sobre o modelo de gestão por OS foi revigorada durante o mandato do Presidente Fernando Henrique Cardoso, na reforma administrativa do Estado brasileiro celebrada através da Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998, cuja aprovação foi o resultado de um longo processo de negociação e disputa política no Congresso Nacional (CARNEIRO

JÚNIOR, 2003), reforma esta que segundo BRESSER PEREIRA (1998) possuía três projetos fundamentais:

Três outros projetos, além da reforma constitucional que acabei de delinear, são ainda essenciais para a reforma do aparelho do Estado brasileiro: descentralização dos serviços sociais através das “organizações sociais”, implementação das atividades exclusivas de Estado através das “agências executivas”, e fortalecimento do núcleo estratégico do Estado, através de recrutamento, treinamento e boa remuneração, visando à profissionalização cada vez maior do servidor (BRESSER PEREIRA, 1998, p.31).

Neste momento da história do estado brasileiro, surgem com mais intensidade a discussão sobre as funções do setor público que são privatizadas e aquelas que podem ser delegadas, sendo estruturadas em divisões, conforme Bresser Pereira *apud* Carneiro Júnior et al, 2003, p.204):

núcleo estratégico — instância de definições e avaliações das políticas públicas, que compreende o Poder Executivo;

setor de atividades exclusivas do Estado — no qual se exercem os poderes de Estado (regulação, fiscalização, arrecadação, polícia, Judiciário, Legislativo, entre outros);

setor de serviços não-exclusivos do Estado — compreende atividades consideradas de relevância para toda a sociedade, como saúde e educação, que exigem participação do Estado para que se mantenham, mas que não são necessariamente executadas pelo aparelho estatal;

setor de produção de bens e serviços para o mercado — atividades de produção econômica propriamente dita, como siderurgia, telecomunicações, capital financeiro, entre outras, que prescindem da intervenção do Estado para executá-las e/ou financiá-las (grifo nosso)

Os argumentos em defesa das OS são fortemente embasados na crítica administrativa ao modelo burocrático de funcionamento do aparelho estatal, o qual resulta em ineficiência da administração pública, corporativismo das categorias funcionais, manipulação política por parte dos governos, morosidade nos atos administrativos e constrangimento na efetivação de medidas punitivas por parte das chefias, entre outras (CARNEIRO JÚNIOR, 2003).

Por outro lado os modelos de gestão por OS que têm se mostrado ineficientes fortalecem a concepção de que não basta existir ferramentas de controle das atividades das OS muito bem definidas e estruturadas, se o Estado, através de seus funcionários, não estiver comprometido com o interesse público e disposto a fortalecer a sua capacidade de gerência, incluindo nesta gerência a oportunidade de participação efetiva da sociedade civil (TIBÉRIO et al, 2010).

A modalidade de gestão por OS na saúde não pode ser vista como fator limitador a implementação das políticas públicas de saúde, há que se considerar que sob alguns aspectos essa modalidade até se torna mais eficiente e eficaz no gerenciamento da produção dos serviços em saúde. Assim, o principal fator que precisa ser levado em consideração é a capacidade de o poder público conseguir efetivamente cobrar da gestão da OS desempenho que seja compatível com o interesse público, ampliando os espaços para discussão sobre a formulação política, incentivando o desenvolvimento de mecanismos gerenciais e sobretudo o controle público na gestão e, assim, observando a defesa do interesse público em prol da justiça social como meta prioritária de sua intervenção (CARNEIRO JÚNIOR, 2003).

4.2 ESTRUTURAÇÃO DO APH EM SANTA CATARINA

De acordo com o Plano Estadual de Atenção às Urgências de Santa Catarina, o modelo de gestão descentralizada foi organizado em 8 (oito) macrorregiões (Figura 2). O objetivo desta divisão regionalizada foi organizar o modelo assistencial do Estado, bem como de estabelecer um sistema de referência e contra referência, respeitando os diversos níveis de complexidade da assistência, cujo alvo foi tornar cada macrorregião autossuficiente para o atendimento de todas as necessidades de assistência à saúde de sua população (SANTA CATARINA, 2003).

Figura 2 – Macrorregiões em Santa Catarina



Fonte: Santa Catarina, 2003.

Conforme o Plano Estadual de Atenção às Urgências, o SAMU seria implantado nas seguintes macrorregiões: Extremo Oeste, Meio Oeste, Planalto Serrano, Sul, Grande

Florianópolis, Vale do Itajaí e Nordeste / Norte. Em cada macrorregião seria ativada uma Central de Regulação Médica. A distribuição inicial das USB foi pactuada na CIB, sendo previsto que as unidades do Corpo de Bombeiros seriam mantidas no sistema para execução de atividades de salvamento e resgate, bem como de suporte básico de vida nas situações de trauma, cabendo às unidades do SAMU o suporte básico de vida nas situações clínicas (SANTA CATARINA, 2003).

Em 2007, foi deliberado e aprovado na CIB, durante a 125ª Reunião Ordinária de 20 de julho de 2007, a nova configuração do Plano Estadual de Atenção às Urgências, incluindo uma nova Central de Regulação sediada no Município de Itajaí, que passou a ser responsável pelos municípios localizados na região da Foz do Rio Itajaí (SANTA CATARINA, 2007). Com esta deliberação o número de Centrais de Regulação do SAMU no estado de Santa Catarina passou a ser de 8 (oito).

Com o passar do tempo novas unidades de suporte avançado e de suporte básico do SAMU foram sendo incluídas no sistema, de sorte que atualmente estão em atividade no Estado 23 (vinte e três) USA e 96 (noventa e seis) USB, juntamente com as 08 (oito) centrais de regulação localizadas nas macrorregiões de saúde. Junte-se ainda a este sistema de APH as unidades do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina e dos Corpos de Bombeiros Voluntários, que contribuem para o atendimento às milhares de chamadas de emergência que são recepcionadas pelas Centrais de Regulação do SAMU, como demonstrado na tabela 2:

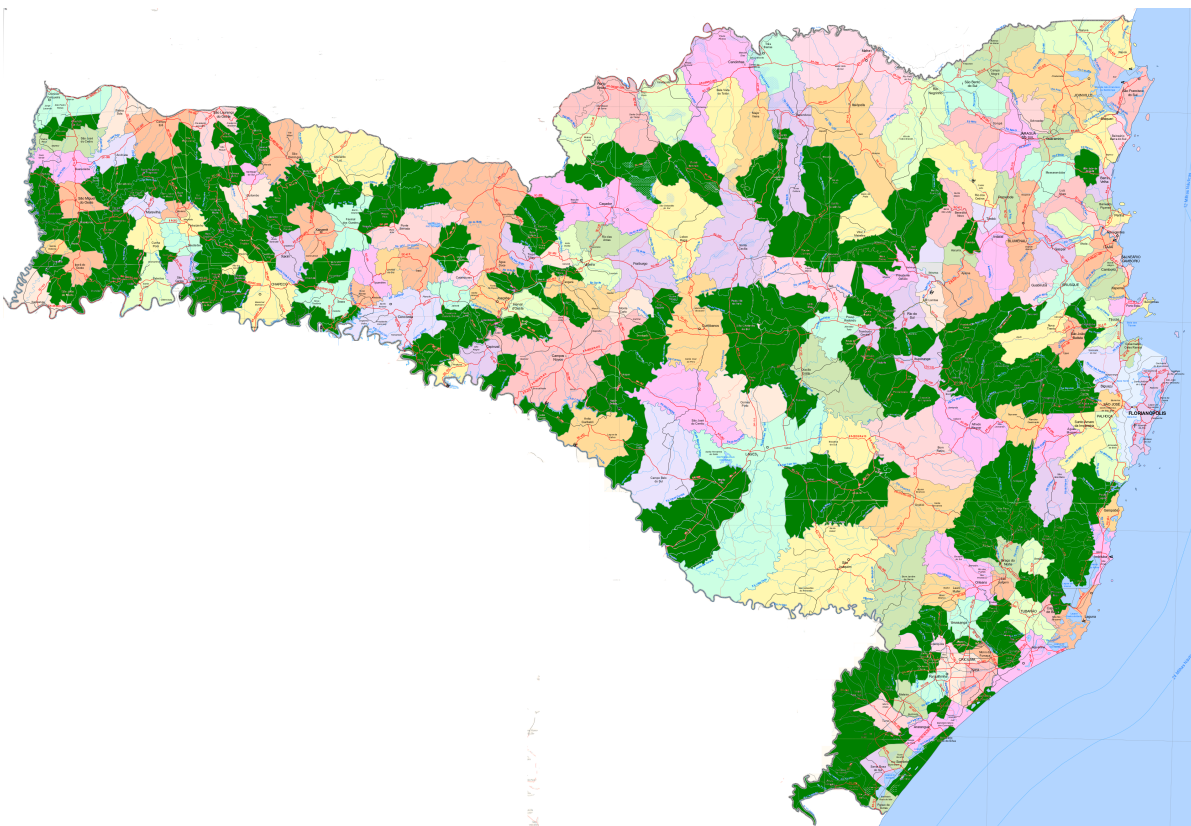
Tabela 2 - Distribuição das unidades de APH no Estado por macrorregião.

Centrais de Regulação	População	Municípios Macrorregião	Viaturas Disponíveis				% Pop. C/ Vtr município	Relação Hab / Vtr*
			SAMU		CBMSC	BV		
			USA	USB				
Florianópolis (Grande Florianópolis)	1.189.947	22	4	19	13	0	95,95%	37.186
Joinville (Norte-Nordeste)	1.400.128	26	4	15	14	11	99,14%	48.280
Blumenau (Vale do Itajaí)	1.077.659	42	2	15	18	7	88,74%	26.941
Criciúma (Sul)	999.701	45	3	16	19	1	81,42%	27.769
Balneário Camboriú (Foz do Itajaí)	698.912	11	2	7	11	7	100%	33.282
Chapecó (Extremo - Oeste)	790.649	77	3	13	25	0	76,60%	20.807
Joaçaba (Meio - Oeste)	630.019	54	3	12	17	7	83,82%	17.501
Lages (Planalto Serrano)	288.479	18	2	8	8	1	92,94%	16.969
TOTAL	7.075.494	295	23	105	125	34	90,45%	26.801

Fonte: SES 2018

Ao se analisar os dados constantes da Tabela 2, verifica-se que no Estado de Santa Catarina praticamente 90% da população tem em sua cidade algum tipo de atendimento de APH fornecido por uma das Instituições que prestam este serviço. Destaque para a macrorregião da Foz do Itajaí que tem toda a população assistida por pelo menos uma unidade de APH em cada município. Um fato que chama atenção ainda na análise destes dados é que apesar da macrorregião do extremo oeste possuir o menor índice de cobertura presencial de viatura por município, aqueles que não possuem unidades de atendimento na sede são em sua maioria pequenos municípios com população abaixo dos 5.000 habitantes, que acabam sendo cobertos por unidades localizadas nas cidades mais populosas da vizinhança. Por outro lado, a macrorregião Sul tem uma cobertura de mais de 80% da população residente com atendimento na sede de seu município, porém naquela macrorregião quase 50% dos municípios desprovidos de unidades de atendimento tem mais de 10.000 habitantes. Na Figura 3 pode-se visualizar os municípios que não possuem nenhuma unidade de atendimento de APH na sede administrativa, sendo atendidos por unidades de outro município:

Figura 3 - Municípios que não dispõem de atendimento de APH na sede



Ao se avaliar os atendimentos realizados pelas USA e USB do SAMU nos últimos 4 anos, verifica-se que o tipo de ocorrência predominante para ambas é de causa clínica, conforme pode-se visualizar nas Tabelas 3 e 4:

Tabela 3 - Quantitativo de atendimentos USA, no período de 2014 -2017

Tipo de Ocorrência*	2014	2015	2016	2017	Média no período	% do Período
Causas Externas	6.799	6.212	5.274	5.841	6.032	20,12%
Causas Clínicas **	25.359	24.736	21.518	24.156	23.942	79,88%
TOTAL	32.158	30.948	26.792	29.997	29.974	100,00%

Fonte: SES 2018

* Foram desconsiderados da planilha os atendimentos do ano de 2018, e as tipificações: "Não Informado", "outros" e "Selecione".

** Para efeito de classificação as ocorrências tipificadas como Clínico Adulto, Clínico Pediátrico, Obstétrico e Psiquiátrico foram agrupadas no item Causas Clínicas.

Tabela 4 - Quantitativo de atendimentos USB, no período de 2014 -2017

Tipo de Ocorrência	2014	2015	2016	2017	Média no período	% do Período
Causas Externas	34.464	32.268	31.424	32.064	32.555	25,13%
Causas Clínicas**	98.277	98.485	94.514	95.735	97.003	74,87%
TOTAL	133.741	130.753	125.938	127.799	129.558	100,00%

Fonte: SES 2018

* Foram desconsiderados da planilha os atendimentos do ano de 2018, e as tipificações: "Não Informado", "outros" e "Selecione".

** Para efeito de classificação as ocorrências tipificadas como Clínico Adulto, Clínico Pediátrico, Obstétrico e Psiquiátrico foram agrupadas no item Causas Clínicas.

Uma possível explicação para esta predominância de atendimentos clínicos em detrimento dos de origem externa deve repousar na estrutura que foi idealizada pela PNAU, estabelecendo como protagonista do processo o médico regulador que recebe as chamadas e após uma breve coleta de informação formula suas hipóteses e define os recursos que serão enviados para o atendimento.

5 OPORTUNIDADES E DESAFIOS DO NOVO MODELO DE APH CATARINENSE PARA O CBMSC

Desde o início do processo de elaboração das normativas que balizaram o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel efetivamente como responsabilidade do estado brasileiro, sob a coordenação do Ministério da Saúde, as legislações acabaram por não integralizar os Corpos de Bombeiros Militares como um componente efetivo de atenção às urgências e emergências.

Por outro lado, as Corporações mantiveram-se atuantes nesta importante atividade, à custa de muita dedicação, criatividade e empenho para manter um serviço que havia sido iniciado em sua grande maioria no final da década de 1980. Uma atividade que oportuniza aos profissionais participar de momentos marcantes na vida das pessoas, que possibilita oferecer auxílio aqueles que clamam por ajuda, contribuindo para o bem-estar humano.

O modelo de atendimento pré-hospitalar móvel idealizado pela PNAU, depois de passados cerca de 15 anos de implantação, têm demonstrado que precisa ser aprimorado, novos atores precisam ser integrados para fazer frente às demandas sociais que crescem em índices assustadores. O momento é de construção de soluções integradas, sem entrincheiramentos, com diálogo franco e despido de vaidades ou de ressentimentos, somando forças para o alcance de objetivos comuns. A otimização de recursos públicos faz parte da agenda de todas as esferas de poder, em especial na área da saúde, sempre com foco em uma gestão pública competente e inovadora, que busque corresponder aos anseios da sociedade.

Neste complexo sistema de forças provenientes das mais variadas instâncias de poder, surge no estado de Santa Catarina uma sinalização de integração dos serviços de APH prestados pelo CBMSC e SAMU, ambos mantidos pelo Estado, buscando um alinhamento de ações, protocolos, treinamentos e doutrina. Iniciativa esta que já devia ter nascido com a PNAU, que não poderia ter ficado fora da RUE, pois Corpos de Bombeiros Militares e SAMU diariamente enfrentam as mesmas dificuldades, atendem ao mesmo público, em algumas localidades dividem a mesma base já há algum tempo, não faz nenhum sentido trabalharem de forma isolada, sem pactuações, sem a exploração dos pontos positivos de ambos. Uma quebra de um ciclo duradouro está sendo iniciada, mas para o sucesso da missão

é necessário estudar muito bem o cenário e identificar as oportunidades e os desafios que surgiram nesta caminhada.

5.1 DESAFIOS

O CBMSC como Corporação autônoma vinculada à Secretaria de Estado da Segurança Pública vem desenvolvendo suas atividades de APH baseadas em doutrinas próprias que foram sendo construídas ao longo da sua história. Neste modelo utilizado, a exemplo de quase todas as Corporações do Brasil, optou-se por um formato baseado em protocolos de atendimento seguido à risca por seus bombeiros militares socorristas, que literalmente são formatados através de metodologias andragógicas para em um curto espaço de tempo terem condições de oferecer respostas de APH quando de serviço nas ambulâncias. Obviamente que o modelo apresenta algumas deficiências que acabam surgindo especialmente no que se refere ao tempo disponível pela formação.

Neste quesito surge o primeiro desafio ao CBMSC, qual seja, **adequação do formato de capacitação** de forma a atender pelo menos aos quesitos mínimos definidos pela PNAU, integrando na sua equipe de formação profissionais oriundos da saúde, de forma a desenvolver mais adequadamente temas de maior especificidade com a saúde, especialmente aqueles voltados aos atendimentos clínicos que por vezes acabam sendo direcionados para atendimento pelo CBMSC. Importante ainda estruturar o processo de educação permanente dos profissionais bombeiro militar socorristas que já foram formados, na busca de um nivelamento de conteúdo, especialmente através de plataformas de ensino a distância e de realização de exercícios simulados rotineiros para manutenção das habilidades requeridas a estes profissionais para o desempenho de suas atividades laborais.

Um fator seguinte que precisa ser enfrentado é **integração** dos dois **sistemas de atendimento** vigentes nas centrais do CBMSC e SAMU, que trabalham com lógicas de respostas distintas. A do CBMSC tem com premissa o despacho de viaturas conforme as solicitações de atendimento vão chegando, sem distinção de prioridades de atendimento ou ocorrências em espera por classificação. A do SAMU tem como modelo central a regulação

médica, que recepciona todas as chamadas, classifica a ordem de prioridade de atendimento baseado em um protocolo internacional validado, o Sistema Manchester, que define uma classificação de risco através de categorias identificadas por cores (Vermelho, Amarelo ou Verde), as quais ditam o tempo aceitável para a primeira avaliação médica (MENDES, 2018), motivo pelo qual algumas ocorrências ficam em espera para serem atendidas.

Do ponto de vista das equipes de trabalho, o novo modelo de APH catarinense, sugere que seja realizado, sempre que possível, a integração das bases na busca da otimização de recursos. O uso dos aquartelamentos do CBMSC, que já pertencem ao Estado, reverte-se em economia do custeio com a locação de bases para o SAMU. Novamente há que se destacar que esta decisão precisa ser bem articulada e gerenciada do ponto de vista da **gestão de conflitos** entre as equipes de trabalho.

Organizações criam descrições de cargos, equipes especializadas de trabalho, fronteiras jurisdicionais e relacionamentos de poder, com a intenção de facilitar a comunicação; mas, ao contrário, fazendo isso, separam as pessoas e criam o potencial para conflito (FERREIRA, 2010). As equipes repentinamente passaram a conviver juntas em um mesmo ambiente, com turnos de trabalho diferentes, chefias distintas, contrato de trabalho diferenciado, rotinas de convívio descoincidente, normas de convivência conflitantes, formações acadêmicas variadas. Tudo isso sem que houvesse uma estratégia institucional prévia, visando à preparação das equipes para este novo momento. Inevitavelmente os conflitos surgiram, em graus variados e por motivos diversos, cada qual com um fator precipitador próprio, mas refletindo-se diretamente no comportamental dos grupos, que acabam potencializando cada fato como forma de manifestação inequívoca de seu descontentamento.

A compreensão do conflito é essencial para que sua resolução seja produtiva e construtiva. A forma como esse é encarado e gerido, condiciona suas consequências, positivas ou negativas. O processo de administração de conflitos é fundamental para a geração de uma solução adequada. O gestor necessita seguir alguns princípios, dentre eles: ter credibilidade, ser imparcial, apresentar conhecimento da situação, ser leal e flexível nas atitudes, ter clareza na linguagem e confidencialidade no processo de mediação do conflito (FARIAS, 2014).

A **integração das equipes de trabalho** de igual forma merece atenção por parte da gestão. O trabalho em equipe segundo SENGE (apud BRAGA, OLIVEIRA e SIENA, 2011) define-se como atividades que são executadas por dois ou mais indivíduos com capacidade para ação coordenada, cada qual com oportunidades de propor ideias e participar da elaboração de uma lógica comum, possibilitando a geração da sinergia. Neste contexto com a adoção de um modelo único de APH catarinense equipes do CBMSC e do SAMU passarão a ter contato frequente, quando não na mesma viatura, durante o atendimento de ocorrências. Desta feita é primordial que esteja no planejamento deste processo a previsão de atividades que aproximem as equipes de forma a se conhecerem, entenderem melhor qual tarefa compete a cada uma e efetivamente compreenderem que poderão através do trabalho em equipe potencializar ainda mais a qualidade do APH prestado à população.

Os aspectos que impactam a consolidação do grupo em equipe relacionam-se: às informações e à forma como elas são tratadas, preservadas e disponibilizadas à força de trabalho; à insuficiência de recursos disponíveis, como equipamentos, pessoas, processos e ambientes; e clima de trabalho desfavorável a relacionamentos que gerem sinergia (BRAGA, OLIVEIRA e SIENA, 2011). Fatores estes que precisam ser considerados na construção do novo modelo de APH catarinense.

A **motivação do público interno** para se engajar no desenvolvimento do novo modelo proposto é outra perspectiva que precisa ser enfrentada. Dentre as teorias contemporâneas da motivação, uma que pode ser aplicada como estratégia para o desenvolvimento junto aos bombeiros militares, em especial para os níveis gerenciais e estratégicos da Corporação, é a Teoria de Determinação de Metas. Segundo Edwin Locke *apud* Vieira et al (2011) esta teoria conclui que a intenção de trabalhar em direção a uma meta constitui uma grande fonte de motivação, ou seja, metas dizem aos indivíduos o que precisa ser feito e quanto esforço será necessário empregar. Um fator primordial incluso nesta teoria é o de que quando os indivíduos têm oportunidade de participar do desenvolvimento da construção das metas a serem alcançadas, isso se materializa no aumento da motivação pois todos passam a estar comprometidos com as escolhas que fizeram. O que vem ao encontro dos conceitos de governança corporativa no setor público, que conforme Rodhes *apud* Mathias Pereira (2010)

pode ser definido, de forma ampla, como um processo complexo de tomada de decisão que antecipa e ultrapassa o governo, aspectos como repartição do poder entre aqueles que governam e aqueles que são governados e a descentralização da autoridade e das funções ligadas ao ato de governar, estão presentes neste processo.

Por fim, a **manutenção da identidade institucional** precisa ser outro ponto que merece uma atenção especial neste modelo em construção. O APH no CBMSC foi uma das atividades que melhor foram recepcionadas pela população catarinense e que contribuiu sobremaneira para que fosse forjado a imagem institucional da Corporação na sociedade. Dessa forma é vital que seja desenvolvido um planejamento institucional de marketing, voltado a manutenção da imagem do APH do CBMSC. As pactuações devem primar pela independência das Instituições, através de políticas de fortalecimento que destaquem as qualidades corporativas que se potencializam ao trabalhar em cooperação, mantendo suas características vinculantes como valores, cultura, posicionamento e imagem.

Tabela 5 – Tabela resumo desafios ao APH do CBMSC

Desafio	Resultados
Adequação do Formato de Capacitação	Atendimento da PNAU e integração de profissionais de saúde a formação
Integração Sistemas de Atendimento	Despacho X Regulação
Gestão de Conflitos	Identificação pontos de conflito com antecipação de ações resolutivas
Integração das Equipes de Trabalho	Geração de sinergia entre as equipes
Motivação do Público Interno	Engajamento Institucional
Manutenção da Identidade Institucional	Manutenção dos valores, cultura, posicionamento e imagem

Fonte: O autor

5.2 OPORTUNIDADES

Os protocolos de atendimento vigentes nas centrais de atendimento do CBMSC têm como característica o **despacho imediato** das unidades. Uma prática que conforme já exposto não é a utilizada nas centrais de regulação do SAMU, que precisam seguir um organograma

de etapas que impossibilita a tomada de decisão de envio de um recurso sem a avaliação do médico regulador. Este processo em muitas situações retarda a saída das equipes de sua base em direção ao atendimento o que pode resultar em desfechos desfavoráveis aos usuários. A lógica de implantação do despacho imediato tem por base empoderar o atendente da central de regulação para que dentro de um protocolo bem definido e pactuado seja agilizado a saída das unidades com destino aos atendimentos. Um grande ganho temporal para aquelas solicitações de atendimento que tem sua taxa de sucesso diretamente relacionada ao tempo de chegada das equipes ao local do evento. Mesmo com a implementação do protocolo despacho imediato para tipificações de ocorrência bem definidas, o fluxo de informações dentro da central de regulação será mantido, podendo o médico regulador a partir do momento que tiver conhecimento integral da ocorrência intervir para envio de outro recurso que julgar melhor capacitado para o atendimento.

Definição de ocorrências de **Trauma como sendo próprias do CBMSC e de Emergência Médica como sendo próprias do SAMU**, uma iniciativa que desde a elaboração do projeto nacional da PNAU estava contida no embasamento teórico, bem como do plano estadual de atenção as urgências do estado de Santa Catarina, mas que acabou sendo relegada a segundo plano.

Além desta equipe de saúde, em **situações de atendimento às urgências relacionadas às causas externas** ou de pacientes em locais de difícil acesso, deverá haver uma ação pactuada, complementar e integrada de outros profissionais não oriundos da saúde – **bombeiros militares**, policiais militares e rodoviários e outros, formalmente reconhecidos pelo gestor público para o desempenho das ações de segurança, socorro público e salvamento, tais como: sinalização do local, estabilização de veículos acidentados, reconhecimento e gerenciamento de riscos potenciais (incêndio, materiais energizados, produtos perigosos) obtenção de acesso ao paciente e **suporte básico de vida** (BRASIL, 2002, **grifo nosso**).

1.2.5 - Bombeiros Militares: Profissionais Bombeiros Militares, com nível médio, **reconhecidos pelo gestor público da saúde** para o desempenho destas atividades, em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais de Regulação. **Atuam** na identificação de situações de risco e comando das ações de proteção ambiental, da vítima e dos profissionais envolvidos no seu atendimento, fazem o resgate de vítimas de locais ou situações que impossibilitam o acesso da equipe de saúde. **Podem realizar suporte básico de vida, com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância**, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento (BRASIL, 2002, **grifo nosso**).

A distribuição inicial das ambulâncias de Suporte Básico de Vida seguirá o pactuado na CIB-SES, contando com a manutenção das Unidades mantidas pelos **Corpos de Bombeiros** e Polícias para a **execução**, dentro do Sistema de Atenção às Urgências, **do Salvamento e Resgate assim como do Suporte Básico de Vida nas situações de trauma**. O Suporte Básico de Vida nas situações clínicas será realizado por unidades do SAMU (SANTA CATARINA, 2003).

O Corpo de Bombeiros Militar acabou entrando no APH por conta da sua proximidade quase que diária com o trauma, de forma que no intuito de poder oferecer um atendimento adequado aqueles que recorriam a Corporação, e por falta de outra instituição que o fizesse, foi necessário buscar conhecimentos nesta área. Por certo que a vocação do CBMSC está muito mais para o trauma do que para emergência médica, esta segunda exigindo do seu operador um conhecimento muito mais rico e aprimorado, que envolve mais profundamente a fisiologia do corpo humano quando atingida por uma patologia, conhecimentos sobre ação e reação de fármacos, técnica de procedimentos de enfermagem, enfim, perícias que não tem como ser transmitidas a um profissional socorrista durante seu curto período de capacitação. No Brasil há Estados, como São Paulo por exemplo, que já regulamentaram através de Decreto as atividades que são próprias do Corpo de Bombeiros Militar e aquelas que são próprias do serviço municipal e/ou regional móvel de atendimento às emergências médicas, aonde ao primeiro foi designado o atendimento ao trauma (SÃO PAULO, 2013).

Com esta definição de tarefas obviamente que não se está definindo atuações exclusivas, até porque em muitos casos de trauma será preciso intervenção de uma equipe do SAMU e vice-versa, mas a proposta se fundamenta na tese de que a Corporação militar tem sua formação e vocação voltadas para o atendimento ao trauma, enquanto que o SAMU naturalmente tem mais afinidade com eventos clínicos. Esta padronização acaba trazendo uma consequência positiva ao CBMSC, vinculando o número de emergência do CBMSC ao atendimento de traumas e do SAMU ao atendimento de emergências médicas, um desejo que desde o início da PNAU foi da Corporação, mas que por conta de processos de trabalho estanques nunca foi possível dialogar sobre tal tema.

O modelo proposto para o APH catarinense tem como uma das suas metas a ativação de 40 (quarenta) unidades de Suporte Intermediário de Vida, as quais em tese seriam incorporadas em viaturas do CBMSC e formada por um bombeiro militar (condutor), um civil

enfermeiro(a) e um civil técnico(a) de enfermagem, sendo os civis contratados pelo estado e disponibilizados para trabalho no CBMSC. O objetivo desta nova equipe de atendimento é realizar procedimentos que as USB não realizam e que podem ser realizados por um profissional enfermeiro(a) dentro de sua esfera de competência. Um assunto extremamente polêmico e ainda indefinido no cenário da PNAU, uma vez que esta configuração chamada de suporte intermediário não está presente em nenhuma legislação federal que a regule com definição de competências, existem apenas iniciativas nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. No caso do Corpo de Bombeiros Militar do estado do Rio de Janeiro os procedimentos que podem ser adotados por um enfermeiro enquanto integrante de uma unidade de suporte intermediário se resumem a aplicação de máscara laríngea para caso de controle de via aérea ou em Parada cardiorrespiratória e ao uso de analgesia não opioide em caso de dor moderada. A sugestão é **substituir as unidades intermediárias por USB no CBMSC**, ao se analisar os atendimentos realizados em todas as macrorregionais do SAMU por USA e USB verifica-se que mais de 80% dos atendimentos são realizados por USB, ou seja, de cada 10 chamadas 8 são destinadas as USB, que tem equipes formadas por um condutor/socorrista e um técnico de enfermagem.

Há ainda nas pactuações do novo modelo de APH uma estratégia de transferência de gestão das USB dos municípios para a gestão do estado a partir de 2019, uma tentativa que já foi ventilada quando a transferência da gestão do SAMU para uma O.S. lá nos idos de 2012 e que não foi efetivada.

Como já demonstrado no presente estudo existem mais unidades de atendimento que o necessário para atender a população catarinense em sua totalidade, ou seja, é preciso realizar um estudo técnico para reposicionamento de algumas unidades e de desativação de outras. Dessa forma entende-se como plenamente viável que aquelas cidades que possuem mais de uma viatura de APH para atendimento a população e que o município tenha intenção de transferir a gestão para o estado da USB do SAMU, que seja realizado um Termo de Cooperação Técnica entre os entes envolvidos de forma a possibilitar que os servidores que hoje já trabalham no SAMU do município possam continuar trabalhando nas unidades do CBMSC ou do BV, formando uma equipe mista, elevando a classificação destas unidades para

USB medicalizada, com resolubilidade média de 80% das solicitações que são destinadas da Central de Regulação.

Com esta estratégia seria possível realocar os profissionais que já trabalham na atividade, com manutenção do potencial humano desenvolvido ao longo dos anos, através da parceria entre o município e o estado para o compartilhamento da solução dos problemas de gestão, em especial quanto ao custeio das unidades. Isto aumentaria a eficiência e a resolubilidade das unidades do CBMSC e do BV que passariam a ser formadas por equipes mistas, contendo profissionais de saúde e bombeiros, pontos que potencializam o serviço e demonstram união de esforços da gestão pública para a solução de problemas. Na hipótese dos municípios não aderirem a ideia e insistam na tese de transferência integral do custeio para o estado, ainda assim seria mais interessante e econômico se optar pela ativação de um técnico(a) de enfermagem em unidades do CBMSC para transformá-las em USB, dessa forma ao invés de ativar 40 (quarenta) USI seriam ativadas 80 (oitenta) USB com valores menores de contratação de profissionais, pois no mercado de trabalho o valor médio do salário de um Técnico(a) de enfermagem é menor do que o salário pago a um enfermeiro(a).

Quanto ao projeto da Unidade de Suporte Intermediário, é prudente aguardar uma definição do Ministério da Saúde que regulamente a atuação do enfermeiro nesta unidade, sob pena de incorporar uma equipe que será pouco resolutiva em comparação com as que já existem.

Cadastrar todas as ambulâncias do CBMSC no SUS, conforme previsão da Portaria n. o 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003:

Os Corpos de Bombeiros e Polícia Rodoviária Federal cadastrados no Sistema Único de Saúde e que atuam de acordo com as recomendações previstas na Portaria no 2048/GM, de 5 de novembro de 2002, deverão continuar utilizando os procedimentos Trauma I e Trauma II da Tabela SIA-SUS, para efeitos de registro e faturamento de suas ações (BRASIL, 2003).

Este cadastramento enseja em pactuar junto a Secretaria de Estado da Saúde para que os atendimentos realizados pelas unidades do CBMSC sejam ressarcidos tendo como base a tabela do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, medicamentos e OPM do

SUS (SIGTAP), código 03.01.03.006-5 – Atendimento pré-hospitalar móvel de salvamento e resgate, cujo valor unitário atual é de R\$ 19,81 (dezenove reais e oitenta e um centavos) por atendimento realizado (BRASIL, 2008). Considerando que a média de ocorrências de APH atendidas pelas unidades do CBMSC por ano é de cerca de 130.000 registros, isso significa cerca de R\$ 2.575.300 (dois milhões e quinhentos e setenta e cinco mil e trezentos reais) ao ano, para custeio do sistema, uma previsão que mesmo estando prevista no compêndio legislativo da PNAU não está consolidada nas pactuações do novo modelo de APH catarinense.

Ativação de veículos de intervenção rápida (VIR) em viaturas caracterizadas do CBMSC, com as equipes que serão remanejadas das centrais de emergência desativadas. A Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002, já faz a previsão dos chamados veículos de intervenção rápida (VIR) os quais servem de apoio as demais unidades:

2.2 Veículos de Intervenção Rápida

Estes veículos, também chamados de veículos leves, veículos rápidos ou veículos de ligação médica são utilizados para transporte de médicos com equipamentos que possibilitam oferecer suporte avançado de vida nas ambulâncias do Tipo A, B, C e F. (BRASIL, 2003)

Estas viaturas transportam todos os equipamentos de uma unidade de suporte avançado, o que possibilita levá-los até uma USB do SAMU ou Unidade de Resgate do CBMSC e transformá-la em uma USA, dessa forma quando uma das equipes precisa de apoio de uma equipe médica está se desloca rapidamente com este veículo e se incorpora a ambulância que solicitou apoio que passa a figurar como uma USA. As vantagens deste tipo de configuração são: custo de aquisição da viatura menor quando comparado com o de um furgão transformado em ambulância, cobertura da equipe potencializada pois pode se deslocar rapidamente para apoio em qualquer região da macrorregião, rapidez no retorno ao trem de socorro depois de deixar o paciente na unidade hospitalar pois não terá problemas de retenção de macas ou necessidade de desinfecção do salão de atendimento e o principal, a equipe fica disponível para os atendimentos chamados de primários sem estar envolvida no transporte inter-hospitalar, que continuaria sendo realizado pelas USA SAMU como já pactuado. Este

modelo de veículo de intervenção já vem sendo utilizado pelo SAMU DF, Corpo de Bombeiros Militar de SP e SIATE PR.

Criação de indicadores de avaliação voltados aos usuários e aos servidores que fazem parte do APH catarinense, na busca de aprimoramento constante do sistema, pois é necessária uma retroalimentação dos processos estabelecidos para a mensuração dos resultados. Segundo Zemke e Schaaf *apud* Saraiva e Capelão (2002), as organizações não comprometidas com a satisfação do cidadão não prosperam e não irão prosperar, e possivelmente nem irão sobreviver, pois a satisfação com o atendimento é o resultado de um encontro dinâmico, no qual o “consumidor” avalia tanto o processo como o resultado, atribuindo valor a ambos. Mas a criação do manual de procedimentos “perfeitos” parece não ser o meio adequado para esse fim, pois ele representa a antítese do que é preciso para se criar um atendimento de alta qualidade.

O meio acadêmico catarinense pode ser uma das alternativas viáveis para o desenvolvimento e pesquisa destes indicadores de avaliação, haja vista a academia ser o berço dos processos evolutivos de gestão que indubitavelmente sedimentam, em especial, as práticas utilizadas pelo setor público.

A educação permanente em saúde foi um dos temas apontados no processo de diagnóstico do serviço de APH como sendo deficitário, motivo pelo qual a **instituição de um calendário anual por macrorregião de simpósios, workshops, congressos e de simulados conjuntos** sedimenta o processo de educação em saúde requerido no APH.

Segundo Silva e Sena (*apud* CICONET, MARQUES e LIMA, 2008) no cenário do atendimento pré-hospitalar móvel, é imperativo que os profissionais tenham formação polivalente e orientada para a visão da realidade. Motivo pelo qual a integração de diferentes saberes e conhecimentos, num ambiente multiprofissional, acaba por agregar aptidões para tomada de decisões, comunicação, liderança e gerenciamento. É necessário saber lidar com situações nas quais devem estar sempre presentes a criatividade, o espírito de observação e a tomada de atitude.

A Educação Permanente cria espaços de reflexão para que os profissionais repensem sua prática, entendam os processos de trabalho no qual estão inseridos, e tenham a

possibilidade de repensar condutas, de buscar novas estratégias de intervenção e perseguir, também, a superação de dificuldades individuais e coletivas no trabalho (CICONET, MARQUES e LIMA, 2008)

Estímulo a **participação de equipes de APH mistas nas seletiva estadual e nacional de trauma e salvamento veicular promovidas pela ABRES**, equipes formadas por bombeiros militares e integrantes do SAMU. Na atualidade a Associação Brasileira de Resgate e Salvamento (ABRES) é a representante nacional da *World Rescue Organisation* (WRO), órgão internacional voltado ao desenvolvimento da atividade de salvamento veicular e de atendimento ao trauma, que tem como um de seus objetivos o desenvolvimento de proficiência aprimorada em técnicas de resgate, gerenciamento de incidentes e assistência médica. O estímulo utilizado para o desenvolvimento da proficiência se pauta em seletivas locais e nacionais que tem por meta o envio das melhores classificadas para competições internacionais anuais.

Estas seletivas utilizam protocolos de desempenho no formato de listas de checagem, que exigem dos competidores domínio sobre os mesmos para adoção da melhor estratégia de atendimento, gerenciamento da cena e execução de trabalho em equipe dentro de um tempo máximo estabelecido. O resultado nas competições só é alcançado através de muito treinamento pelas equipes, o que inevitavelmente gera reflexos nos atendimentos prestados a população, pois na medida em que treinam para as competições passam a realizar melhor suas atividades diárias. Com o alcance de bons resultados nas seletivas outros são estimulados a treinar, a formar novas equipes para representar suas instituições e regiões de trabalho. Com isso um círculo virtuoso de treinamento acaba por contagiar e motivar o grupo de trabalho que se dedica intensamente para galgar resultados cada vez melhores. Um excelente formato para sedimentação de protocolos e de padronização de procedimentos.

Por fim, **construção de um modelo de sucesso** para alavancar processos semelhantes em outros estados da federação. A proposta do novo modelo de APH catarinense se reveste de processos e diretrizes que ainda estão em construção. Que irão exigir dos atores deste complexo e multifacetado processo muita dedicação e empenho para alcance das metas,

perseverança para não fraquejar diante das dificuldades e coragem para adoção das medidas que se fizerem necessárias, sem medo de rever decisões e voltar atrás quando for prudente.

É preciso contagiar e conquistar a confiança dos gestores, especialmente no nível estratégico do CBMSC, de forma a motivá-los a se engajarem neste processo que está em construção, que não possui fórmula acabada, pois é inédito no Brasil, mas que se devidamente construído pode ser uma excelente alternativa para a gestão pública em seu componente móvel de atenção as urgências e emergências.

O CBMSC e o SAMU são Instituições que tem sua história forjada pela mão de cada profissional que diariamente procura fazer o seu melhor para atender aqueles que precisam, que por vezes são a última linha de esperança num cenário de caos. É preciso valorizar e destacar a experiência que ambas as instituições possuem, ser criativo para encontrar soluções mesmo que para tal seja preciso mudar processos e formatos históricos, encontrar o melhor caminho dentro de um labirinto escuro, sem paixões ou vaidades, com transparência e franqueza, pois desta forma o projeto será acolhido como institucional e os resultados certamente serão perenes.

Tabela 6 – Tabela resumo oportunidades ao APH do CBMSC

Oportunidade	Resultados
Despacho Imediato	Empoderamento do atendente de chamadas e agilidade envio recurso para prioridades de atendimento
Trauma - CBMSC e Emergência Médica - SAMU	Atendimento a PNAU e ao Plano Estadual de Atenção as Urgências, definição de papéis das Instituições que formam o APH Catarinense
Substituir as USI por USB no CBMSC	Maior resolubilidade, parceria com os municípios, uso modelo de equipe prevista na PNAU
Cadastrar todas as ambulâncias do CBMSC no SUS	Recursos para custeio do serviço de APH do CBMSC
Ativação de veículos de intervenção rápida (VIR)	Aproveitamento das equipes das centrais de regulação desativadas, equipe mantida no atendimento primário de ocorrências, maior tempo disponível para atendimento.
Criação de indicadores de avaliação	Aprimoramento do sistema baseado no feedback dos usuários e servidores
Calendário anual simpósios, workshops, congressos e de simulados conjuntos	Estímulo educação permanente em saúde em todas as macrorregionais
Estímulo a participação de equipes de APH mistas em competições	Estímulo ao desenvolvimento de proficiência e do trabalho em equipe
Construção de um modelo de Sucesso	Gestão pública de qualidade, serviço de excelência, exemplo para outras Unidades da Federação

Fonte: O autor

6 CONCLUSÃO

O modelo de gestão do APH em Santa Catarina está em processo de mudança, com a implementação de novas pactuações que buscam a integração dos serviços existentes no Estado prestados pelo CBMSC, SAMU e Bombeiros Voluntários. Neste contexto faz-se importante que o CBMSC, seguindo seu plano estratégico de fortalecer a presença da Corporação no estado, através da diretriz estratégica de integrar o seu serviço de APH com o do SAMU, busque fazer uma análise dos possíveis desafios e oportunidades que podem advir deste novo modelo de APH catarinense.

Para uma adequada compreensão do novo modelo de gestão do APH catarinense, foi realizado um resgate histórico da implementação da Política Nacional de Atenção as Urgências, com suas portarias regulamentadoras definindo a estruturação dos planos estaduais de atenção as urgências, as linhas de financiamento, pactuações entre os entes da federação e que o SAMU seria o primeiro componente da política a ser instalado. A implantação da Rede de Atenção as Urgência foi novo marco para a política nacional, organizando, integrando o cuidado e hierarquizando a rede SUS, através de suas portas de entrada, para melhorar a eficiência e a efetividade dos serviços de urgência objetivando os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Os Corpos de Bombeiros Militares do Brasil também participaram deste processo de construção do APH no país, sendo precursores desta atividade quando o estado se quer estava organizado para recepcionar esta demanda da população, que já naquela época sentia os efeitos de uma onda crescente de violência, especialmente no trânsito. No início da década de 1990 o Ministério da Saúde lança o Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas no intuito de reduzir a morbimortalidade das vítimas de violência e os impactos financeiros gerados com seu tratamento. Uma das estratégias foi o Projeto de Atendimento Pré-Hospitalar que delegou aos Corpos de Bombeiros Militares o APH. No início dos anos 2000 surge no Brasil as primeiras tratativas de criação do SAMU que culminaram com a implantação da política nacional de atenção as urgências.

Em Santa Catarina o SAMU foi implantado no ano de 2004, conforme o Plano Estadual de Atenção as Urgências, através de pactuações celebradas nas reuniões da comissão de intergestores bipartite e do conselho estadual de saúde foram instaladas unidades de suporte avançado, suporte básico e centrais de regulação médica em todas as macrorregiões de saúde. Como o passar dos anos, seguindo uma tendência nacional fruto da reforma administrativa do Estado brasileiro, a secretaria de estado da saúde optou pela contratação de

uma Organização Social para realizar a gestão do SAMU, que perdurou até meados do ano de 2017 quando o estado resolve reassumir a gestão do SAMU formulando um novo modelo de gestão baseado na integração dos serviços de APH do CBMSC, SAMU e Bombeiros Voluntários.

Finalizando a proposta do estudo, foram apresentados os desafios que precisam ser enfrentados pelo CBMSC para uma adequada integração ao novo modelo de APH que está sendo proposto pela SES, bem como das oportunidades que podem ser desenvolvidas pela Corporação neste momento de concepção de um projeto inédito no Brasil.

Este novo modelo de gestão do APH catarinense que busca a integração das Instituições que prestam serviço de APH a população apresenta excelente perspectiva sob o prisma da organização, controle de recursos, redução de custos, educação em saúde e padronização de protocolos de atendimento. A população passa a ser diretamente atingida quando toda a estrutura de resposta móvel as urgências e emergências passa a ser centralizada em uma mesma central de atendimento, que integra todos os partícipes do sistema, o que não quer dizer que todos estarão trabalhando com o mesmo formato e atendendo as mesmas diretrizes organizacionais, porém, a central de regulação médica passa a conhecer todos os recursos disponíveis e por tal a ter capacidade de encaminhar a melhor equipe para cada solicitação de atendimento, levando em consideração a complexidade do chamado e a qualificação da equipe de resposta.

Obviamente que para alcançar a plenitude da capacidade deste novo modelo de gestão há que se considerar que alguns desafios precisarão ser gerenciados, os quais vão muito além de regulamentações de rotinas e de protocolos, passam por transformação de comportamento e disposição para mudanças, sem intransigências ou vaidades, com o desiderato de oferecer a população o melhor serviço de APH possível. De igual forma, todo processo de criação de um novo modelo apresenta oportunidades que precisam ser identificadas e implementadas dentro de uma estratégia de fortalecimento institucional. Um processo que não nasce pronto, precisa ser construído no dia a dia, que vai sendo ajustado conforme as demandas surgem, mas que precisa contar com a contribuição de todos para que as soluções sejam legítimas e perenes.

Um fator que não pode ser desconsiderado neste complexo processo de integração é a imagem que o Corpo de Bombeiros Militar possui junto a sociedade, que frequentemente o coloca como uma das Instituições mais confiáveis do Brasil, confiança esta que foi conquistada ao longo de muitos anos, pautada na excelência de todos os serviços oferecidos a população. Dessa forma, esta imagem institucional não pode ser maculada neste novo modelo de gestão do APH, o que reforça a necessidade de extrema cautela quando da construção deste

sistema, para que os resultados colhidos se mantenham dentro a expectativa da população, sem perdas ou redução da qualidade do serviço prestado.

Importante destacar que o tema integração dos serviços de APH em Santa Catarina requer outros estudos para desenvolvimento de toda a sua potencialidade, tais como: avaliação do uso de equipamentos para controle de vias aéreas por unidades básicas, emprego da telemedicina no APH, proposta de protocolo para equipes de suporte intermediário, uso de motolância no APH, emprego do APH tático em regiões de conflito armado. Temas que precisam ser melhor estudados para avaliação da sua viabilidade de emprego e para a construção de protocolos de atendimento consistentes e alinhados com a literatura mundial.

REFERÊNCIAS

- BRAGA, A. A; OLIVEIRA, C. M; SIENA, T. M. **Fatores e Aspectos que Impactam o Trabalho em Equipe**. Revista de Administração e Negócios da Amazônia, v.3, n.3, set/dez. 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.unir.br/index.php/rara/article/viewFile/301/308>>. Acesso em: 22 out. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 4.279, de 30/12/2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU de 31/12/2010, Seção I, p. 88.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde PNASS** [internet] Brasília, DF: MS; 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf>. Acesso em: 22 out. 2018
- BRASIL. **Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde a Sociedade Brasileira**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/docs/04_dez_carta_final.pdf>. Acesso em: 17 out. 2018.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Ata da Centésima Trigésima Primeira reunião ordinária do CNS**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_03.htm>. Acesso em: 15 out. 2018
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 16 out. 2018.
- BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 16 out. 2018.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf>. Acesso em: 30 set. 2018.
- BRASIL. **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://www.samu.fortaleza.ce.gov.br/legislacao/Portaria-No_824_99.pdf>. Acesso em: 30 set. 2018.
- BRASIL. **Portaria do Ministério da Saúde no 814/GM, de 01 de junho de 2001**. Estabelece os princípios e as diretrizes da Regulação Médica das Urgências. Brasil, 2001.

Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0814_01_06_2001.html>. Acesso em: 30 set. 2018.

BRASIL. **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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 30 set. 2018.

BRASIL. **Portaria do Ministério da Saúde nº 1600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 23 out. 2018.

BRASIL. **Portaria do Ministério da Saúde nº 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003**. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. Brasília, 2003. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html>. Acesso em: 23 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, medicamentos e OPM do SUS**. Brasília, 2008. Disponível em:
<<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0301030065/10/2018>>. Acesso em: 23 out. 2018.

BRASIL. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. acesso em: 20 out. 2018.

BRESSER PEREIRA, L. C. **Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional**. São Paulo: Ed. 34/Brasília: Enap, 1998. Disponível em: <<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/360>>. Acesso em: 22 out. 2018.

CARNEIRO JÚNIOR, N; ELIAS P. E. **A reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde**. RAP. Rio de Janeiro 37(2):201-26, Mar./Abr. 2003. Disponível em:
<<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6484>>. Acesso em: 22 out. 2018.

CAVALCANTI, R. L. et al. **Avaliação da satisfação de usuários atendidos em serviços pré-hospitalares móveis de emergência: validação de instrumento**. Nursing (São Paulo) [internet]. 2017. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0191.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2018.

CARVALHO JÚNIOR, D. C. **Aproximando-se de momentos de urgência/emergência através da assistência de enfermagem em serviço de atendimento pré-hospitalar**

[Graduação em Enfermagem]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde, 2002.

CICONET, R. M.; MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D Da S. **Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU):** relato da experiência de Porto Alegre-RS. *Interface Comunicação Saúde e Educação*, v.12, n.26, p.659-666, jul./set. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2008.v12n26/659-666>>. Acesso em: 30 out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.529, de 28 de agosto de 1998. Normatização da Atividade Médica na Área da Urgência-Emergência na sua Fase Pré-Hospitalar. Brasília. 1998. Disponível em:

<<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1998/1529>>. Acesso em: 17 out. 2018.

CORDEIRO JÚNIOR, J. B. **Novas perspectivas para o Atendimento Pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina.** Monografia (Especialização em Gestão Pública com Ênfase à Atividade de Bombeiro Militar) Florianópolis: UDESC, 2014

DANTAS, R. A. et al. **Avaliação da satisfação dos usuários atendidos por serviço pré-hospitalar móvel de urgência.** *Saúde debate* [online]. 2018, vol.42, n.116, pp.191-202. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042018000100191&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 out. 2018.

ESPIRIDIDÃO M.A.; , Trad LAB. **Avaliação de satisfação de usuários:** considerações teórico-conceituais. *Cad Saude Publica*. 2006;22(6):1267-76. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/16.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2018.

FARIAS, P. Da S. **A Gestão de Conflitos numa Organização Localizada no Sertão do Pajeú (pe)** . Volta Redonda – RJ, 2014. Disponível em:

<<https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos14/34420513.pdf>>. Acesso em: 22 Out. 2018.

FERREIRA, H. M. G. **Conflito Interpessoal em equipes de trabalho:** O papel do líder como gerente das emoções do grupo. *Cadernos UniFOA*. Volta Redonda – RJ, v. 5, n. 13, 2010.

Disponível em: <<http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/view/1019>>. Acesso em: 22 Out. 2018.

KUSCHNIR R.; CHORNY, A. H. **Redes de atenção à saúde:** contextualizando o debate.

Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.5, pp.2307-2316. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500006&script=sci_abstract&tlng=pt>.

Acesso em: 20 out. 2018.

MACHADO, C.V.; SALVADOR F. G. F.; O'DWYER G. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência:** análise da política brasileira. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-528, jun. 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300010&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 28 set. 2018. Epub 15-Abr-2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000022>.

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.

MATIAS-PEREIRA, José. A GOVERNANÇA CORPORATIVA APLICADA NO SETOR PÚBLICO BRASILEIRO. **Administração Pública e Gestão Social**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 109-134, jul. 2010. ISSN 2175-5787. Disponível em: <<https://www.apgs.ufv.br/index.php/apgs/article/view/21>>. Acesso em: 30 out. 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2018.

MERCADANTE, O. A. (Org.) et al. **Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil**. In: Finkelman J (Org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/sd/pdf/finkelman-9788575412848-05.pdf>>. Acesso em: 20 Out. 2018.

O'DWYER G. et al. **O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais**. Cad. Saúde Pública 2017; 33(7):e00043716

OLIVEIRA, A. E. F; ARAUJO, F. L. S. M; GARCIA, P. T. (org.). **Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde**. São Luís: EDUFMA, 2018. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10272?show=full>>. Acesso em: 20 out. 2018.

PRADO, M. L; MARTINS P. P. S. **Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas**. Rev. Bras. de Enferm., Brasília, v. 56, n. 1, p.71-75, jan./fev. 2003. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000100015>. Acesso em: 20 Out. 2018.

RAMOS, V.O.; SANNA, M. C. **A Inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais**. Rev. Bras. de Enferm., Brasília, v.58, n. 3, p. 355-60, mai. /jun. 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a20v58n3>>. Acesso em: 22 Out. 2018.

ROSA, M. C. **Riscos Ocupacionais, Acidentes de Trabalho e Doenças Ocupacionais em Bombeiros Militares Socorristas do Estado de Santa Catarina** [Monografia Pós-Graduação *latu senso*]. Balneário Camboriú: Centro Universitário São Camilo e Centro Educacional São Camilo-Sul, 2006.

SANTA CATARINA. **Projeto para instalação no Estado de Santa Catarina**. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Florianópolis; 2000

SANTA CATARINA. **Plano Estadual de Atenção às Urgências**. Florianópolis, 2003. Disponível em: <<http://samu.saude.sc.gov.br/index.php/site-administrator/category/20-lcoutros>>. Acesso em: 27 Out. 2018.

SANTA CATARINA. **Corpo de Bombeiros Militar**. Plano Estratégico 2018-2030. 2018.

SANTA CATARINA. Comissão de Intergestores Bipartite. **Ata da 125ª Reunião Ordinária de 20 de julho de 2007**. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/conselhos-e-comissoes/cib/atas-cib/atas-2007/395-ata-da-125-reuniao-ordinaria-da-cib-20-07-2007/file>>. Acesso em: 27 out. 2018.

SANTA CATARINA. Comissão de Intergestores Bipartite. **Ata da 214ª Reunião Ordinária de 21 de setembro de 2017**. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/conselhos-e-comissoes/cib/atas-cib/atas-2017/11801-ata-da-214-de-setembro-de-2017/file>>. Acesso em: 17 out. 2018.

SANTA CATARINA. Conselho Estadual de Saúde. **Ata da 162ª Reunião Ordinária de 28 de Abril de 2010**. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/conselhos-e-comissoes/ces/atas-ces/atas-2010-ces>>. Acesso em: 17 out. 2018.

SANTA CATARINA. Conselho Estadual de Saúde. **Ata da 163ª Reunião Ordinária de 25 de Maio de 2010**. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/conselhos-e-comissoes/ces/atas-ces/atas-2010-ces>>. Acesso em: 17 out. 2018.

SANTA CATARINA. Conselho Estadual de Saúde. **Ata da 180ª Reunião Ordinária de 07 de Março de 2012**. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/conselhos-e-comissoes/ces/atas-ces/atas-2012-ces>>. Acesso em: 17 out. 2018.

SANTA CATARINA. Conselho Estadual de Saúde. **Ata da 229ª Reunião Ordinária de 08 de Novembro de 2017**. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/conselhos-e-comissoes/ces/atas-ces/atas-das-sessoes-de-2017/13497-ata-ces-229-08-11-17/file>>. Acesso em: 17 out. 2018.

SANTA CATARINA. **Deliberação 010/CIB/04**. Florianópolis, 2004. Disponível em: <<http://samu.saude.sc.gov.br/index.php/site-administrator/category/97-2004a>>. Acesso em: 17 out. 2018.

SANTA CATARINA. **Deliberação 054/CIB/12**. Florianópolis, 2012. Disponível em: <<http://samu.saude.sc.gov.br/index.php/site-administrator/category/98-2012-a>>. Acesso em: 17 out. 2018.

SANTA CATARINA. **Lei nº 15.294, de 23 de agosto de 2010**. Protocolo de Intenções firmado para a constituição do Consórcio Estadual de Saúde de Santa Catarina. Florianópolis, 2010. Disponível em: <http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2010/15294_2010_lei.html>. Acesso em: 17 out. 2018.

SÃO PAULO. **Decreto nº 58.931, de 4 de março de 2013**. Define as atribuições do Sistema de Resgate a Acidentados no Estado de São Paulo, especificando as emergências que lhe são próprias e dá providências correlatas. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2013/decreto-58931-04.03.2013.html>>. Acesso em: 22 Out. 2018.

SARAIVA, L. A.; CAPELÃO, L. G. F. **A Utilização do Marketing Como Estratégia de Melhoria da Qualidade dos Serviços Prestados ao Cidadão**: um estudo de caso sobre a perspectiva organizacional na esfera pública. RIMAR - Revista Interdisciplinar de Marketing, v.1, n.3, p. 51-64, Set./Dez. 2002. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/laboratorio/ojs/index.php/rimar/article/view/26389>>. Acesso em: 22 Out. 2018.

TIBÃES, H. B. B. et al. **Perfil de Atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Norte de Minas Gerais**. J. res.: fundam. care. online 2018. jul./set. 10(3): 675-682

TIBÉRIO, A. A.; SOUZA, E. M.; SARTI, F. M. **Considerações sobre avaliação de estabelecimentos de saúde sob gestão de OSS**: o caso do Hospital Geral do Grajaú. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.557-568, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sausoc/2010.v19n3/557-568/#ModalArticles>>. Acesso em: 22 Out. 2018.

VIEIRA, C. B. et al. **Motivação na Administração Pública**: considerações teóricas sobre a aplicabilidade dos pressupostos das teorias motivacionais na esfera pública. Revista ADMpg Gestão Estratégica, v. 4, n. 1, 2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Ana_Boas/publication/301221062_Motivacao_na_Administracao_Publica_consideracoes_teoricas_sobre_a_aplicabilidade_dos_pressupostos_das_teorias_motivacionais_na_esfera_publica/links/570d2a1008ae3199889bb9ab/Motivacao-na-Administracao-Publica-consideracoes-teoricas-sobre-a-aplicabilidade-dos-pressupostos-das-teorias-motivacionais-na-esfera-publica.pdf>. Acesso em: 22 Out. 2018.

WU, X. et al. **Guia de políticas públicas**: gerenciando processos; traduzido por Ricardo Avelar de Souza. – Brasília: Enap, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2555/1/Guia%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20Gerenciando%20Processos.pdf>>. Acesso em: 22 Out. 2018.

ZEFERINO, H. De S. **A Saúde dos Trabalhadores Socorristas do Corpo de Bombeiros Militar da Grande Florianópolis**. 2009. Trabalho Conclusão Curso (Graduação em Medicina) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

- C7. A segurança demonstrada pela equipe durante o seu atendimento foi? ()
- C8. Durante o atendimento, sua privacidade foi preservada? ()
- C9. A humanização durante a assistência prestada pela equipe é? ()
- C10. As orientações sobre os procedimentos realizados e do seu estado de saúde foram fornecidas pela equipe do SAMU 192? ()
- C11. O seu relacionamento com os profissionais do SAMU foi? ()
- C12. Na sua opinião, você obteve resolutividade com o atendimento do SAMU 192? ()

D. SUA SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO RECEBIDO PELO SAMU 192 DE 0 (ZERO) A 10 (DEZ)

NOTA: _____
