

**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA
DIRETORIA DE ENSINO
CENTRO DE ENSINO BOMBEIRO MILITAR
ACADEMIA BOMBEIRO MILITAR**

RODRIGO SCHARDONG BESSOUAT DA SILVA

**ASPECTOS PRÁTICOS E JURIDICOS DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO
PRÉ-HOSPITALAR PRESTADOS PELO CBMSC E SAMU À POPULAÇÃO**

**FLORIANÓPOLIS
AGOSTO 2012**

Rodrigo Schardong Bessouat da Silva

**Aspectos práticos e jurídicos dos serviços de atendimento pré-hospitalar prestados pelo
CBMSC e SAMU à população**

Monografia apresentada como pré-requisito
para conclusão do Curso de Formação de
Oficiais do Corpo de Bombeiros Militar de
Santa Catarina.

Orientador: Capitão BM Helton de Souza Zeferino

**Florianópolis
Agosto 2012**

Rodrigo Schardong Bessouat da Silva

Aspectos práticos e jurídicos dos serviços de atendimento pré-hospitalar do CBMSC e SAMU à população

Monografia apresentada como pré-requisito para conclusão do Curso de Formação de Oficiais do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina.

Florianópolis (SC), 17 de Agosto de 2012.

Capitão BM Helton de Souza Zeferino
Professor Orientador

Capitão BM Guideverson de Lourenço Heisler
Membro da Banca Examinadora

1º Tenente BM Henrique Piovezam da Silveira
Membro da Banca Examinadora

Dedico este trabalho a todos os profissionais que exercem o atendimento pré-hospitalar móvel dedicando-se dia e noite a nobre missão de salvar vidas.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me guiar e amparar nos momentos bons e ruins dessa jornada.

A meu pai Paulo José Bessouat da Silva (in memoriam) que tanto representou na minha vida, e tendo a certeza de que, mesmo ausente fisicamente, sua luz sempre esteve ao meu lado.

A minha mãe e ao meu irmão pelo carinho e incentivo demonstrados durante todo o caminho percorrido até o momento.

“O destino do traumatizado está nas mãos de quem faz o primeiro curativo.”

(Nicholas Senn - Fundador da Association of Military Surgeons of the United States)

RESUMO

A presente monografia estuda o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel prestado à população pelo Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Santa Catarina (CBMSC), e pelo recente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Para tanto foi realizada uma pesquisa bibliográfica e documental através de livros, periódicos e normas que versam sobre o tema estudado. Inicialmente são apresentadas as diferentes filosofias de atendimento emergencial que influenciaram na criação dos serviços de socorros de urgência no mundo, bem como o modelo adotado pelo Brasil. Realiza também um estudo acerca dos serviços de atendimento pré-hospitalar realizados pelo Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina e pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Discorre sobre a regulação médica das urgências, que é adotada pelo sistema SAMU, analisando a estrutura, a regulamentação, e as vantagens desse sistema. O trabalho demonstra, ainda, a relação dos referidos órgãos com as atuais políticas de saúde adotadas pelo Brasil. Para isso foi realizada uma análise das principais legislações que de forma direta ou indireta regulam o atendimento pré-hospitalar no País. Por fim o presente estudo procura oferecer ao leitor uma visão ampla e atualizada sobre como os corpos de bombeiros estaduais estão lidando com o surgimento recente do SAMU e se há nos Estados brasileiros algum tipo de integração entre os citados órgãos. Após a análise das informações pesquisadas foi possível traçar um panorama nacional sobre a integração Bombeiros/SAMU, demonstrando exemplos, estratégias e legislações acerca do tema.

Palavras chave: Atendimento pré-hospitalar. Bombeiros. SAMU.

LISTA DE SIGLAS

APH – Atendimento pré-hospitalar

APPA – Assistente de Primeiros Auxílios Avançados

ASU – Auto Socorro de Urgência

BBM – Batalhão de Bombeiro Militar

CBMDF – Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal

CBMRJ – Corpo de Bombeiros Militar do Rio de Janeiro

CBMSC – Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina

CFM – Conselho Federal de Medicina

CIADE – Central Integrada de Atendimento e Despacho

COBOM – Central de Operações Bombeiro Militar

CONFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COREN/SP – Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

COSEMS-SC – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina

CREMESC – Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina

DOE – Diário Oficial do Estado

DTZPOP – Diretriz de procedimento operacional padrão

GRAU-SAMU – Grupo de Resposta Aérea de Urgência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

MS – Ministério da Saúde

NEU – Núcleo de Educação em Emergências

OBM – Organização Bombeiro Militar

OFDA – *The Office of U.S. Foreign Disaster Assistance*

PEET – Programa de Enfrentamento a Emergências e Traumas

PNAU – Política Nacional de Atenção as Urgências

PMSC – Polícia Militar de Santa Catarina

SIA/SUS – Sistemas de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

SADE – Sistema de Atendimento e Despacho de Emergência

SAMDU – Sistema de Atendimento Médico Domiciliar

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SEM – Serviço de Emergência Médica

SES-SC – Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina

SUS – Sistema Único de Saúde

TARM – Telefonista Auxiliar de Regulação Médica

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UPA – Unidades de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Problema	11
1.2	Objetivo geral.....	12
1.3	Objetivos específicos.....	12
1.4	Hipóteses.....	12
1.5	Justificativa	13
1.6	Procedimentos metodológicos.....	14
1.7	Estrutura do trabalho	14
2	DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL.....	15
2.1	Breve histórico do APH no Brasil e no mundo	15
2.2	Modelo norte americano de APH.....	17
2.3	Modelo francês de APH	18
2.4	Modelo híbrido brasileiro	19
3	O APH DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SC	21
4	O APH DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA, O SAMU	24
5	DA REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS	29
6	ASPECTOS LEGAIS DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR	34
7	DA INTEGRAÇÃO ENTRE O SAMU E OS CORPOS DE BOMBEIROS	43
8	CONCLUSÃO.....	49
	REFERÊNCIAS	53
	ANEXO.....	57

1 INTRODUÇÃO

O serviço de atendimento pré-hospitalar é prestado pelos corpos de bombeiros militares desde a implantação pelo Ministério da Saúde (MS) do programa de enfrentamento às emergências e traumas na década de noventa (MARTINS, 2004). Durante muito tempo os bombeiros militares tomaram como sua, a responsabilidade de oferecer atendimento emergencial extra-hospitalar em situações de urgência/emergência. Em Santa Catarina o Corpo de Bombeiros Militar exerce o atendimento pré-hospitalar (APH) através das unidades do suporte básico da vida desde 1987, quando foi ativada a primeira viatura de Auto Socorro de Urgência na cidade de Blumenau (BAPTISTA NETO, 2007). Durante todos esses anos o Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC), assim como em outros Estados, supriram uma lacuna na área da saúde deixada pelo Estado, e por isso receberam o reconhecimento irrestrito da população e de seus governantes.

Em 2003, com a implantação oficial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Brasil, instituído pelo decreto presidencial nº 5.055 de 27 de abril de 2003, o serviço de atendimento pré-hospitalar entra em uma fase de expansão e reorganização. Em muitos Estados, como Santa Catarina, cria-se um conflito entre os órgãos que executam o APH, pois as secretarias estaduais de saúde passam a gerir essa atividade conforme o estabelecido pelo governo federal deixando os bombeiros militares, até então protagonistas, com um papel secundário ao lado de outros profissionais não pertencentes ao quadro da saúde.

Em Santa Catarina como na maioria dos estados brasileiros a cooperação entre bombeiros e SAMU ocorre de maneira desigual. O SAMU é visto pelos gestores públicos como uma iniciativa bem vinda, pois oferece mais recursos à população. Porém também é visto como perda de espaço político pelos corpos de bombeiros estaduais, instituições que agregam há décadas uma grande experiência no atendimento pré-hospitalar (DESLANDES; MINAYO, 2007). O fato é que o cenário atual exige articulação e repactuações entre esses dois órgãos, procurando resolver os conflitos e achando meios de trabalhar de forma conjunta e colaborativa.

1.1 Problema

Qual a influência prática e jurídica que o serviço de atendimento pré-hospitalar prestado pelo Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina está sofrendo com a nova

política do governo brasileiro de oferecer um modelo de atendimento pré-hospitalar mais amplo e resolutivo, o que culminou com a chegada do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, o SAMU?

1.2 Objetivo geral

Analisar os aspectos práticos e jurídicos do atendimento pré-hospitalar prestado no Estado de Santa Catarina pelo CBMSC e SAMU.

1.3 Objetivos específicos

Demonstrar os modelos de atendimento pré-hospitalar adotados pelo CBMSC e pelo SAMU no Estado de Santa Catarina;

Apresentar a evolução dos serviços de APH prestados pelo CBMSC e pelo SAMU a população;

Estudar aspectos práticos e jurídicos que envolvem a regulação médica de urgências;

Apresentar a legislação vigente no país referente ao atendimento pré-hospitalar;

Avaliar como os corpos de bombeiros estaduais, dentre eles o CBMSC, estão lidando com a chegada do SAMU, demonstrando os modelos de integração nos Estados.

1.4 Hipóteses

O serviço de APH prestado pelos corpos de bombeiros militares não se encontra em consonância com a atual política de atendimento a urgências/emergências do Ministério da Saúde.

Na maioria dos Estados e das cidades catarinenses, bombeiros e SAMU prestam o serviço de atendimento pré-hospitalar de forma desintegrada, não havendo nenhuma, ou quase nenhuma interação entre os executores e os gestores dos referidos órgãos.

Os serviços de APH prestados pelo SAMU e pelos bombeiros militares deverão, preferencialmente, ser integrados de forma a evitar desperdício de recursos e melhorar o atendimento final à população.

Para se adequar a nova política de saúde adotada no Brasil, o CBMSC deverá implantar o suporte avançado de vida (SAV) e/ou o suporte básico de vida (SBV) com profissionais técnicos em enfermagem.

1.5 Justificativa

O presente estudo teve como justificativa a necessidade de uma análise sobre o serviço de atendimento pré-hospitalar prestado pelo CBMSC frente a nova política de saúde do governo federal e a consequente legislação em vigor a respeito do tema. A motivação para a elaboração do trabalho fundamentou-se na realidade encontrada na maioria das cidades catarinenses onde bombeiros e SAMU prestam o serviço de APH à população. Na grande maioria das vezes não há nenhum tipo de integração entre esses órgãos, gerando a possibilidade do surgimento de desperdícios de recursos em função da duplicidade de viaturas empregadas nas ocorrências. Outro problema é a falta de entrosamento entre as equipes dos referidos órgãos quando realizam operações em conjunto. Não são raros os casos de desentendimentos entre bombeiros e integrantes do SAMU na cena da ocorrência, fato esse que acaba prejudicando o atendimento às vítimas.

A presente monografia procura oferecer ao leitor um panorama geral do serviço de atendimento pré-hospitalar oferecido pelo CBMSC e pelo SAMU, confrontando os modelos adotados com a atual política de atendimento a urgências/emergências estabelecida pelo governo federal em consonância com a legislação vigente.

1.6 Procedimentos metodológicos

Quanto aos objetivos, a pesquisa foi classificada como bibliográfica, que segundo Lakatos e Marconi (2005) é o método de levantar informações sobre uma determinada temática, possibilitando avaliar e filtrar os dados, de acordo com o propósito basilar da pesquisa. O método de abordagem utilizado foi o hipotético-dedutivo, e o método de procedimento, o monográfico. O primeiro Lakatos e Marconi (2005) definem como o método que parte de teorias e leis mais gerais para a ocorrência de fenômenos particulares e o segundo como o estudo sobre um tema específico, que tenha suficientemente um valor representativo e que obedece a uma metodologia definida.

1.7 Estrutura do trabalho

O presente trabalho está dividido em sete capítulos. O primeiro capítulo trata da introdução do trabalho apresentando os objetivos, as hipóteses, a justificativa e o procedimento metodológico utilizados na presente monografia.

O segundo capítulo apresenta o referencial teórico sobre o atendimento pré-hospitalar mostrando sua evolução e seus conceitos. Estuda, também, os modelos de serviço de atendimento pré-hospitalar existentes no mundo, e destes o que foi definido para implantação no Brasil.

O terceiro capítulo trata especificamente do serviço de APH prestado pelo Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, apresentado um pouco de sua evolução histórica e a forma como é desenvolvido atualmente.

Já o quarto capítulo analisa o serviço de APH prestado pelo SAMU, detalhando sua criação, evolução e características de atuação.

O quinto capítulo versa sobre a atividade de regulação médica exercida pelos profissionais do SAMU. O estudo procura estudar o funcionamento, a regulamentação e as principais vantagens desse sistema para a população, bem como, a possibilidade de utilização do mesmo pelas unidades de SBV do Corpo de Bombeiros Militar.

O sexto capítulo trata da normatização referente ao atendimento pré-hospitalar no Brasil.

Por fim, o sétimo capítulo, traz um panorama nacional sobre a integração dos serviços de atendimento pré-hospitalar realizados pelo SAMU e pelos bombeiros em diversos Estados brasileiros, inclusive em Santa Catarina, oferecendo modelos de parcerias para estudo e possível implantação.

2 DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

O serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) pode ser dividido em serviço de APH fixo e serviço de APH móvel. O APH fixo é definido por Gonsaga (2012, p.23) da seguinte maneira:

[...] correspondendo à assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Esse atendimento é prestado por um conjunto de unidades básicas de saúde, unidades do Programa Saúde da Família (PSF), ambulatórios especializados, serviços de diagnósticos e terapias, unidades não hospitalares de atendimentos às urgências e emergências e pelos serviços de atendimento pré-hospitalares móveis.

Já o APH móvel é definido pelo Ministério da Saúde por meio da portaria nº 2.048/GM de 5 de novembro de 2002 como se segue:

Pré-hospitalar móvel corresponde ao atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Podemos chamá-lo de atendimento pré-hospitalar móvel primário, quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão, ou de atendimento pré-hospitalar móvel secundário, quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento (BRASIL, 2002, p.1).

O serviço de APH móvel prestado à população, só é possível graças à implantação de sistemas de urgência que estruturam e organizam todo o aparato necessário para a execução da atividade. São critérios para a implantação desses sistemas: legislações que definam as regras de funcionamento; processo de designação e hierarquia dos serviços; padronização dos atendimentos; definição da população e área de atendimento; implantação de regras e critérios para a triagem; educação e prevenção; e sistemas de controle de qualidade (GONSAGA, 2012).

2.1 Breve histórico do APH no Brasil e no mundo

Registros históricos mostram que a atividade de atendimento pré-hospitalar teve seu início no final do século XVIII, na Europa. Foi durante as batalhas de Napoleão Bonaparte, por volta de 1792, que Dominique Jean Larrey idealizou a ambulância voadora – uma carroça puxada por cavalos para transportar os feridos de guerra (MARTINS, 2004). Igualmente às unidades de atendimento pré-hospitalares de hoje, a intenção das carroças voadoras era a de, após a avaliação e o primeiro atendimento, transportarem a vítima o mais rápido possível ao ambiente hospitalar. As grandes guerras e demais conflitos armados comprovaram, através das experiências obtidas nos campos de batalha, os benefícios do atendimento precoce (GONSAGA, 2012).

Em 1965 o Ministério da Saúde da França impôs aos seus centros hospitalares a condição de criarem meios móveis de socorro de emergência, surgindo então o SAMU. Este serviço inicialmente centrado no atendimento de estrada foi pouco a pouco atendendo outros tipos de emergências não ligadas ao trauma, realizando, inclusive, transportes inter-hospitalares (NITSCHKE, 2003 apud MARTINS, 2004). Advinda da necessidade criada pelo número elevado de intervenções e da grande diversidade de atendimentos realizadas pelo SAMU nasceu o princípio da primeira regulação médica, com o fim de melhorar a organização das emergências médico-cirúrgicas no final da década de 70 (NITSCHKE, 2003 apud MARTINS, 2004).

Na mesma época ocorria fenômeno parecido nos Estados Unidos, porém apresentando um modelo de atendimento diferente chamado de *emergency medical service* (EMS). A partir da década de 60 os americanos colocavam em prática nos centros urbanos, devido ao aumento considerável da frota veicular e conseqüente aumento da violência no trânsito, os conhecimentos adquiridos nas guerras sobre o atendimento inicial ao traumatizado. Em 1969 a associação médica americana cria uma comissão para o *emergency medical service* e em 1970 registra o treinamento médico de emergência (NITSCHKE, 2003 apud MARTINS, 2004).

No Brasil por volta de 1990 diversas corporações de bombeiros militares criaram seus serviços de APH móvel. De acordo com Ciconet (2009) os corpos de bombeiros militares tiveram atuação histórica nesta área, cobrindo uma lacuna deixada pelo Estado na área da saúde em relação à organização e responsabilidade da atividade de atendimento pré-hospitalar no Brasil. Segundo o mesmo autor os sistemas de atendimento criados pelos bombeiros, apesar de prestarem um atendimento adequado às vítimas, apresentavam

debilidades se observados de acordo com um sistema mais amplo de atendimento às urgências. Um exemplo eram os casos em que vítimas graves chegavam aos ambientes hospitalares sem que estes estivessem preparados para atendê-las.

Os modelos criados inicialmente foram elaborados para o atendimento de problemas causados por causas externas. Por isso foi criado um perfil para atendimento de traumas, mesmo que a maioria dos atendimentos prestados pelos serviços de APH seja causada por agravos clínicos. O mesmo se aplica aos dias de hoje (FERNANDES, 2004).

Baptista Neto (2007) ensina, mais especificamente, que foi criado em 1893, na cidade do Rio de Janeiro, o primeiro serviço de socorro público, seguido, em 1949, pela ativação do sistema de atendimento médico domiciliar (SAMDU). No final da década de 80 os primeiros serviços de APH realizados pelos corpos de bombeiros se deram nas cidades de Blumenau-SC, Rio de Janeiro-RJ, São Paulo-SP e Curitiba-PR. Mais tarde, através de uma cooperação técnico-científica entre Brasil e França o Ministério da Saúde brasileiro adotou o modelo do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que se baseia no serviço de APH orientado por um médico regulador e com a participação de profissionais de enfermagem (BAPTISTA NETO, 2007)

2.2 Modelo norte americano de APH

Segundo Nitschke (2003) o modelo americano trabalha com profissionais não médicos, dentre eles os chamados paramédicos, que contam com três anos de formação que os habilitam para ações que antes de sua criação eram exclusivas de médicos. Dessa maneira o sistema Norte Americano de emergência desenvolveu-se com base na prerrogativa de estabilizar os sinais vitais da vítima e transportá-la rapidamente para o ambiente hospitalar (“*load and go*”). O *emergency medical system* é inspirado no sistema *Belfast*, em que o controle médico se efetiva basicamente na produção e supervisão dos protocolos de atendimento, atuando eventualmente nas ações pré-hospitalares de maior gravidade (GONSAGA, 2012).

Hoje em dia o serviço de emergências médicas (SEM) dos Estados Unidos apresenta quatro categorias de profissionais. Os socorristas ou “*first-responder*” que são os bombeiros, policiais ou cidadãos comuns treinados nas técnicas de reanimação cardiorrespiratória básica; os técnicos de emergências básicas; os técnicos de emergências intermediárias e os técnicos de emergências avançadas (o paramédico). Suas ações variam de acordo com a sua capacitação, o grau de conhecimento que possuem e conforme a autorização

dos protocolos que previamente definem o que cada categoria pode fazer. As integrações desses sistemas variam de acordo com a região onde estão instalados. Geralmente as áreas rurais dispõem somente de técnicos que realizam o suporte básico, já nas áreas urbanas é disponibilizado também o suporte avançado com a atuação de paramédicos (GONSAGA, 2012).

2.3 Modelo francês de APH

O modelo francês tem como pilar o médico, tanto na regulação como no atendimento e monitoramento do paciente até o ambiente hospitalar. Este modelo nasceu da necessidade percebida pelos médicos responsáveis pelo atendimento as urgências, quando eles começaram a sair nas ambulâncias e verificarem que quando as ações terapêuticas eram ofertadas às vítimas ainda no local da ocorrência, as chances de sobrevivência aumentavam consideravelmente, reduzindo também as possíveis seqüelas (NITSCKE, 2003).

O sistema SAMU teve seu início a partir da perspectiva francesa de resolver o problema dos altos índices de mortalidade aliado a filosofia de que a equipe médica deveria deslocar-se até a vítima e não o contrário, fazendo com que o traumatizado ou doente recebesse a intervenção médica imediata já no local da ocorrência (“*stay to treat*”) (MARTINS, 2004). A partir dos anos 60 à medida que a demanda de atendimento aumentava, surgiu a necessidade de regular o serviço, desenvolvendo-se então a regulação médica com base na telemedicina que atualmente é a característica principal do sistema SAMU e considerada o coração do sistema de urgência (AYMOINA; NITSCHKE, 1999 apud MARTINS, 2004).

Gonsaga (2012) corrobora com o exposto quando afirma que:

O modelo francês é centralizado numa rede de comunicações e baseado na regulação médica. Todas as chamadas são analisadas por médico, que define a resposta mais eficiente, maximizando os recursos disponíveis. Essa experiência vem sendo validada há anos, mostrando ser um importante instrumento para as ações em saúde, uma vez que permite o conhecimento das necessidades reais do paciente e dos recursos disponíveis à prestação da assistência, dentre outras informações, possibilitando o gerenciamento da demanda. Em função destas características, o sistema francês tem servido de modelo para a construção de diversos serviços de atendimento pré-hospitalar.

Segundo Aquino (2007), São Paulo foi a primeira capital a se mobilizar no APH utilizando o modelo francês de atendimento. Foi em 1988, por iniciativa das secretarias de estado de saúde e de segurança pública após a assinatura de um convênio entre os governos de Brasil e França. O sistema implantado, chamado de resgate, estava inicialmente vinculado ao

corpo de bombeiros. Segundo o referido autor, um médico da secretaria da saúde do Estado ficava no quartel e regulava as solicitações de atendimento às vítimas de acidentes em vias públicas. Estas solicitações eram feitas através da linha 193, a qual possuía interligação com o sistema 192 da secretaria da saúde.

2.4 Modelo híbrido brasileiro

No Brasil, de um modo geral, o serviço de atendimento pré-hospitalar foi exercido de forma rudimentar, fragmentado e desvinculado da saúde, tradicionalmente por bombeiros que foram os profissionais historicamente reconhecidos como sendo os responsáveis por este serviço (NITSCHKE, 2003). O país adotou oficialmente o modelo francês de atendimento com a instituição da política nacional às urgências e a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, o SAMU. Porém os corpos de bombeiros militares desde a década de 90 vêm exercendo o APH nos moldes do modelo norte americano. Na visão de Gonsaga (2012) o Corpo de Bombeiros Militar teve uma atuação extremamente importante no sistema de atendimento pré-hospitalar antes da política representada pelo SAMU. O mesmo autor afirma que apesar de todo o sistema montado de treinamento e aplicação do APH pelos bombeiros a partir do programa nacional de enfrentamento a emergências e traumas, os responsáveis pela política nacional de atenção as urgências (PNAU) optaram pelo sistema SAMU. Foi uma decisão estratégica que, da forma como foi realizada, não valorizou a experiência acumulada pelo sistema de APH dos bombeiros. Essa falta de comunicação com as corporações militares gerou um grave problema de integralização dos serviços (GONSAGA, 2012).

Em Santa Catarina, como na maioria dos Estados brasileiros, essa falta de integração é evidenciada nas cidades onde há os dois serviços de APH atuando. Na grande maioria das vezes esses serviços funcionam de forma independente ou pouco integrada, sem nenhuma aproximação entre os gestores dos dois serviços (AQUINO, 2007). No caso dos atendimentos conjuntos realizados por bombeiros e SAMU a acidentes, o que acontece na maioria das vezes é bem descrita no manual de regulação médica do Ministério da Saúde:

Quando temos um acidente com múltiplas vítimas, vários atores do atendimento pré-hospitalar móvel chegam ao local do acidente. São médicos e enfermeiros de serviços públicos e privados de atendimento pré-hospitalar móvel, pessoal médico dos hospitais, bombeiros, policiais e voluntários, todos querendo dar o máximo das suas capacidades e habilidades para salvar o máximo possível de vidas. Porém, o que ocorre na maioria das vezes é que esses esforços não são concentrados, não são somados, cada um trabalha por si, sem protocolos adequados ou que proponham

trabalho conjunto, sem comando único e sem a somatória dos esforços, que levariam a uma multiplicação da capacidade de resposta (BRASIL, 2006, p. 101).

Aquino (2007) afirma que no Brasil, diante da multiplicidade de órgãos que executam o APH e que adotam de modelos distintos de atendimento, o caminho para melhorar a qualidade dos serviços de APH prestados à população está na integração entre as instituições.

3 O APH DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SC

O Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina exerce o APH através do Serviço Básico de Vida (SBV) desde 1987, quando o serviço teve início na cidade de Blumenau, e expandiu para outras cidades catarinenses nos anos seguintes (MARTINS, 2004). Com isso o CBMSC obteve o rápido e notório reconhecimento da população catarinense e de seus governantes (BAPTISTA NETO, 2007). Antes da chegada do SAMU em Santa Catarina, não fossem os bombeiros militares, milhares de vítimas de traumas ficariam a mercê da falta de uma política adequada de saúde na área das urgências/emergências. Muitas dessas vítimas, não fosse o atendimento dos bombeiros, teriam que conviver com sequelas permanentes, ou mesmo teriam morrido no próprio local da ocorrência por falta de um profissional especializado que lhe prestasse um atendimento adequado.

Quanto à atividade de APH executada pelo CBMSC assim discorre Baptista Neto (2007, p. 21):

O Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Santa Catarina entende que o seu negócio é: “Proteger a vida, o patrimônio e o meio ambiente”. Desenvolve suas ações com base na seguinte missão: “Prover e manter serviços profissionais e humanitários que garantam a proteção da vida, do patrimônio e do meio ambiente, visando proporcionar qualidade de vida à sociedade”. Os rumos da organização Bombeiro Militar Catarinense baseiam-se na seguinte visão estratégica: “Ser referência e modelo de excelência na prestação de serviços de bombeiro”.

Pelo exposto, pode-se observar a legitimidade inquestionável do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina no exercício da atividade de atendimento pré-hospitalar.

O serviço de APH do Corpo de Bombeiros Militar iniciado em Blumenau foi sendo aperfeiçoado a partir de 1990 com o advento do programa de enfrentamento a emergências e traumas do Ministério da Saúde (PEET-MS), e como na época, o CBMSC pertencia a Polícia Militar do estado, a central de operações da Polícia Militar (COPOM) funcionava também como central de atendimento à urgências/emergências pré-hospitalares. (PAZ, 2003 apud MARTINS, 2004).

Para a formação dos agentes que executariam a atividade de APH, o Estado de Santa Catarina, assim como outros Estados brasileiros, tinha, através do PEET-PAPH/MS, a proposta institucional de formar socorristas, com carga horária de 100 a 230 horas/aula, técnicos em emergências médicas, com carga horária de 500 a 800 horas/aula, e paramédicos, com exigência de nível superior em área afim e carga horária acima de 1.800 horas/aula (MARTINS, 2004).

Vários cursos de formação de socorristas foram, e ainda são, realizados no Estado, porém apenas um curso de formação de técnicos em emergências médicas foi ministrado, e não houve formação de paramédicos no Brasil. Isso porque a intenção inicial do corpo de bombeiros de expandir a capacidade técnica de seus integrantes esbarrou na resistência da classe médica (MARTINS, 2004). As suas normas de exercício profissional, mais especificamente o código de ética profissional dos médicos veda a estes profissionais delegar a outros profissionais não médicos atos ou atribuições exclusivos da classe (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1988)

Segundo Carvalho Jr (2002) o curso de formação de socorristas era ministrado em dez dias em nível de SBV e formava os socorristas de primeiro nível. O curso tinha os seguintes objetivos:

- Formação de recursos humanos a fim de operacionalizar os recursos materiais na execução de missões de resgate e atendimento pré-hospitalar. Essas, afetas ao corpo de bombeiros executando procedimentos de suporte básico de vida devidamente protocolados;
- Difusão de conhecimentos ao nível de suporte básico de vida. Baseados nos princípios da traumatologia e medicina de urgência, buscando a integração dos sistemas hospitalar e pré-hospitalar;
- Modificação de comportamento do instruído com relação ao “problema trauma”: seja de forma preventiva como de forma operativa (SANTA CATARINA, 1995, apud CARVALHO JR., 2002, p. 22).

Dentro do curso de formação o PEET-PAPH/MS previa diversas matérias que habilitavam o socorrista formado a realizar as seguintes práticas:

- Realizar o exame primário avaliando: permeabilidade das vias aéreas, respiração, circulação, pupilas, e o estado neurológico da vítima;
- Observar sinais diagnósticos: coloração da pele, tamanho e reação das pupilas, nível de consciência, habilidade em movimentar-se e reação a dor;
- Mensurar sinais vitais: pulso, respiração, pressão arterial, avaliando a qualidade, quantidade e suas características;
- Obter informações da vítima;
- Realizar o exame secundário: exame completo e detalhado da vítima da cabeça aos pés (céfalo-caudal), por inspeção e por palpação;
- Manter a permeabilidade das vias aéreas;
- Realizar ventilação artificial utilizando: meios e técnicas naturais e equipamentos como: máscaras, cânulas, ambu, aspirador, cilindros de oxigênio;
- Realizar circulação artificial através das técnicas de respiração cardiopulmonar;
- Identificar, conter e administrar os estados de choque com o uso de técnicas;
- Conter hemorragias com as técnicas conhecidas;
- Aplicar talas de tração e imobilização para lesões em membros superiores e inferiores;
- Reduzir e imobilizar fraturas;
- Imobilizar a coluna utilizando colar cervical, coletes de imobilização dorsolombar, macas longas e macas curtas;
- Resgatar, remover e transportar vítimas em locais restritos, utilizando macas e outros equipamentos;
- Aplicar curativos em ferimentos e olhos;

- Realizar a assepsia e tratamento básico em ferimentos (SANTA CATARINA, 1995, apud, CARVALHO JR, 2002, p. 23).

Em 1995 a *The Office of U.S. Foreign Disaster Assistance* (OFDA/USAID) em conjunto com a UDESC organizou um programa de capacitação para bombeiros que contou com o apoio do Departamento de Bombeiros de Miami Dade da Flórida/EUA. Logo após, em 1998 o curso de assistente de primeiros auxílios avançados (APAA) é traduzido por bombeiros catarinenses e se transforma no curso de atendimento pré-hospitalar básico (APH-B) tornando-se referência em Santa Catarina e em outros Estados brasileiros (MARTINS, 2004).

A unidade móvel de SBV do CBMSC é denominada auto socorro de urgência (ASU). As equipes do ASU cumprem escalas de 24 horas de plantão com 48 horas de folga e são compostas por três socorristas com a formação já descrita neste trabalho, sendo um deles também o motorista (MARTINS, 2004). Porém em muitos quartéis do Estado, devido à falta de efetivo, o ASU acaba sendo ativado apenas com dois socorristas. Em alguns casos a equipe acaba sendo formada por apenas um bombeiro militar, tendo como segundo socorrista um civil voluntário (BAPTISTA NETO, 2007).

4 O APH DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA, O SAMU

O Ministério da Saúde, reconhecendo a necessidade de organizar e qualificar a atenção às urgências, em 2003, por meio da portaria nº 1.863/03, instituiu a política nacional de atenção às urgências, a ser implantada em todas as unidades da federação, respeitando as três esferas de gestão. Segundo a referida portaria essa política deve organizar-se de maneira a permitir, dentre outras coisas, a promoção da qualidade de vida como estratégia de enfrentamento das causas das urgências, valorizando a prevenção dos agravos e a proteção a vida; a estrutura aos sistemas de atenção integral às urgências; a regionalização e hierarquização do sistema; e a constituição de núcleos regionais de educação permanente para a qualificação dos profissionais da área (BRASIL, 2003a).

Na mesma data a portaria nº 1.864/03 instituiu o componente pré-hospitalar móvel da política nacional de atenção às urgências, através da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, o SAMU, bem como suas centrais de regulação e seus núcleos de educação em urgência, a serem implantados em municípios e regiões de todo o território nacional (BRASIL, 2003b). Antes de 2003, mais especificamente entre 1996 e 2002, diversos SAMU iniciaram e desenvolveram-se no Brasil. Mas foi com a já citada portaria que o Ministério da Saúde tornou o SAMU um serviço nacional (NITSCHKE, 2003).

O SAMU foi o primeiro componente da política nacional de atenção às urgências a ser implantado e é caracterizado por ser um serviço de APH móvel, por meio do qual o solicitante através do acesso telefônico gratuito (pelo número 192) requer o atendimento desejado (O'DWER; MATTOS 2012). O governo federal buscou um modelo de serviço mais amplo e resolutivo, com capacidade de realizar procedimentos complexos no ambiente extra-hospitalar, garantindo assim a integralidade da atenção ao usuário do SUS (BAPTISTA NETO, 2007). Segundo O'Dwer e Mattos (2012) esse novo serviço pretende organizar o acesso aos serviços de emergências e aos leitos hospitalares de forma mais ampla, propiciando um atendimento integral às urgências em todos os níveis de atenção do sistema. Portanto, o SAMU consiste numa nova porta de entrada no sistema único de saúde. Essa é uma atribuição da urgência induzida pela deficiência de portas de entrada mais qualificadas, fazendo com que o SAMU seja um recurso que compensa as ausências estruturais do SUS (O'DWYER; MATTOS, 2012).

Outro aspecto importante sobre o SAMU é a sua representatividade na avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (GONSAGA, 2012). Segundo Aquino (2007) o grande desafio do SUS é a organização integral para atendimento às urgências, que possibilite

a organização do fluxo de pacientes desde a atenção básica até a alta complexidade. O referido autor dispõe que os serviços de urgência e as centrais de regulação médica são estruturas capazes de detectar tanto as falhas do sistema de saúde, quanto o processo de adoecer da população, se tornando, por isso, em verdadeiros observatórios da saúde da população brasileira. Segundo o manual de regulação médica do SAMU:

As portas de urgência constituem-se em importante observatório da condição de saúde da população e da atuação do sistema de saúde. É nelas onde primeiro se mostram os agravos inusitados à saúde da população, sendo, portanto, importante fonte de informação em tempo real para as ações de vigilância em saúde. Mas, para além destas ações sobre agravos inusitados, temos a observação cotidiana de velhos e repetidos agravos que nos mostram falhas na integralidade da atenção e, em especial, uma importante falta de ações articuladas de educação para a saúde, proteção contra riscos e agentes agressores conhecidos, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas. Assim, podemos observar uma alta incidência de atropelamentos ocorridos numa mesma região, elevado número de casos de trabalho de parto prematuro, pacientes com insuficiência renal crônica, com quadros de *diabetes mellitus* descompensada, crises asmáticas de repetição, ferimentos em crianças e tantos outros, sem que quaisquer atitudes sejam efetivamente tomadas em relação a esses eventos (BRASIL, 2006, p.27).

Em Santa Catarina o SAMU iniciou efetivamente seus serviços em 2004, porém a articulação para sua implantação no Estado começou bem antes, já em 1992, graças ao empenho do médico César Augusto Soares Nitschke, motivado pela morte de um parceiro profissional em um acidente de trânsito naquele ano (SCHILISCHTING, 2007). O médico acidentado foi devidamente atendido pelas unidades de SBV do Corpo de Bombeiros, porém o resgate acabou demorando devido à vítima estar presa nas ferragens e as guarnições do corpo de bombeiros terem que realizar as manobras de desencarceramento da vítima. A morte se deu em decorrência de uma lesão na artéria intercostal da vítima ocasionando uma grave hemorragia interna. Essa situação poderia ser controlada ou ter seus efeitos minimizados com a reposição volêmica e pequenas manobras cirúrgicas realizadas ainda no local da ocorrência, o que não foi possível naquele momento por não haver uma equipe de saúde especializada e competente para tal (SCHILISCHTING, 2007). Uma unidade de suporte avançado de vida para realizar o atendimento junto às equipes de resgate do corpo de bombeiros para aquela ocorrência, como em tantas outras com gravame parecido, seria o ideal.

A respeito do empenho do Dr Nitschke para criar o SAMU em Santa Catarina AQUINO (2007, p. 28) discorre o seguinte:

Em 1994, este médico iniciou estágio de longa duração no SAMU francês de Cerg-Pontoise e Sapeurs-Pompiers, em Paris, e em parceria com o Dr. Michel Martinez-Almoyna, médico anesthesiologista francês, responsável por intercâmbios e cooperações técnicas internacionais, defensor da atenção às urgências como parte da organização da Saúde Pública, deu início da edição do Manual de Regulação Médica de Urgências.

Em 1995, com a vinda deste médico francês para a inauguração do SAMU de Porto Alegre, oportunizou-se a extensão a Florianópolis onde houve o contato com os diretores de hospitais, com o Centro de Ciências de Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e o Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, propondo a implantação do SAMU no Estado e o desenvolvimento de ensino na área de urgência, formalizando assim, um termo inicial de cooperação técnica de Santa Catarina e SAMU francês, na Secretaria do Estado de Santa Catarina.

Em 1996 foi elaborado o primeiro projeto para o SAMU em Santa Catarina, além da realização de estudos e elaboração de resoluções normativas do conselho regional de medicina de Santa Catarina (CREMESC) sobre regulação médica. Em 1998 foram compostas equipes de trabalho e elaborados programas de treinamento para médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e motoristas-socorristas. Já o período compreendido entre 1999 e 2003 foi marcado pelos grandes esforços de profissionais e da secretaria de saúde estadual a fim de viabilizar instalações físicas e adquirir materiais e equipamentos para as instalações das centrais de regulação (AQUINO, 2007).

Após a aprovação do conselho estadual de saúde em 2003 e do segundo projeto de implantação do SAMU em Santa Catarina, em março de 2004, após exaustivas discussões em todo o Estado envolvendo representantes do conselho de secretarias municipais de saúde de Santa Catarina (COSEMS-SC), foi aprovado o plano de atenção móvel de urgência em Santa Catarina, assim como a forma de custeio do serviço. Caberia ao Estado o custeio suplementar das centrais de regulação médica e das unidades de tratamento intensivo (UTI) móveis e aos municípios o investimento e custeio suplementar (aos recursos provenientes do Ministério da Saúde) das unidades de SBV do SAMU (SCHILISCHTING, 2007). Em 5 de novembro de 2004, na cidade de Chapecó no oeste catarinense, o SAMU iniciou efetivamente a prestação de seus serviços à população catarinense (SCHILISCHTING, 2007).

Nitschke (2003, p. 41) quando discorre acerca do SAMU em Santa Catarina diz que o SAMU-192 tem como objetivos:

- I. assegurar a escuta médica permanente para as urgências, através da Central de Regulação Médica das Urgências, utilizando número exclusivo e gratuito;
- II. operacionalizar o sistema regionalizado e hierarquizado de saúde, no que concerne às urgências, equilibrando a distribuição da demanda de urgência e proporcionando resposta adequada e adaptada às necessidades do cidadão, através de orientação ou pelo envio de equipes, visando atingir todos os municípios da região de abrangência;
- III. realizar a coordenação, a regulação e a supervisão médica, direta ou à distância, de todos os atendimentos pré-hospitalares;
- IV. realizar o atendimento médico pré-hospitalar de urgência, tanto em casos de traumas como em situações clínicas, prestando os cuidados médicos de urgência apropriados ao estado de saúde do cidadão e, quando se fizer necessário, transportá-lo com segurança e com o acompanhamento de profissionais do sistema até o ambulatório ou hospital;

- V. promover a união dos meios médicos próprios do SAMU ao dos serviços de salvamento e resgate do Corpo de Bombeiros, da Polícia Militar, da Polícia Rodoviária, da Defesa Civil ou das Forças Armadas quando se fizer necessário;
- VI. regular e organizar as transferências inter-hospitalares de pacientes graves no âmbito macrorregional e estadual, ativando equipes apropriadas para as transferências de pacientes;
- VII. participar dos planos de organização de socorros em caso de desastres ou eventos com múltiplas vítimas, tipo acidente aéreo, ferroviário, inundações, terremotos, explosões, intoxicações coletivas, acidentes químicos ou de radiações ionizantes, e demais situações de catástrofes;
- VIII. manter, diariamente, informação atualizada dos recursos disponíveis para o atendimento às urgências;
- IX. prover banco de dados e estatísticas atualizados no que diz respeito a atendimentos de urgência, a dados médicos e a dados de situações de crise e de transferência inter-hospitalar de pacientes graves, bem como de dados administrativos;
- X. realizar relatórios mensais e anuais sobre os atendimentos de urgência, transferências inter-hospitalares de pacientes graves e recursos disponíveis na rede de saúde para o atendimento às urgências;
- XI. servir de fonte de pesquisa e extensão a instituições de ensino;
- XII. identificar através do banco de dados da Central de Regulação, ações que precisam ser desencadeadas dentro da própria área da saúde e de outros setores, como trânsito, planejamento urbano, educação dentre outros.
- XIII. participar da educação sanitária, proporcionando cursos de primeiros socorros à comunidade e de suporte básico de vida aos serviços e organizações que atuam em urgências;
- XIV. estabelecer regras para o funcionamento das centrais regionais.

O Manual de regulação médica do Ministério da Saúde assim define o serviço prestado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência:

Os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), acolhem os pedidos de ajuda médica de cidadãos acometidos por agravos agudos à sua saúde, de natureza clínica, psiquiátrica, cirúrgica, traumática, obstétrica e ginecológica, com acesso telefônico gratuito, pelo número nacional 192, de uso exclusivo das Centrais de Regulação Médica de Urgências do SAMU, de acordo com Decreto da Presidência da República n.º 5.055, de 27 de Abril de 2004. Após o acolhimento e identificação dos chamados, as solicitações são julgadas pelo médico regulador que classifica o nível de urgência de cada uma e define qual o recurso necessário ao seu adequado atendimento, o que pode envolver desde um simples conselho médico até o envio de uma Unidade de Suporte Avançado de Vida ao local ou, inclusive, o acionamento de outros meios de apoio, se julgar necessário. Após a avaliação no local, caso o paciente necessite de retaguarda, o mesmo será transportado de forma segura, até aqueles serviços de saúde que possam melhor atender cada paciente naquele momento, respondendo de forma resolutiva às suas necessidades e garantindo a continuidade da atenção inicialmente prestada pelo SAMU. Por sua atuação, o SAMU constitui-se num importante elo entre os diferentes níveis de atenção do Sistema (BRASIL, 2006, p. 52).

O SAMU em Santa Catarina, assim como nos demais Estados, exerce o APH com unidades de SBV, compostas por um técnico de enfermagem e um motorista-socorrista, e de SAV, composta por um médico, um enfermeiro e um condutor. Nitschke (2003, p.52) explica a destinação e a competência das ambulâncias e das equipes de SBV da seguinte maneira:

Veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido que, no entanto, não apresente potencial necessidade de intervenção médica no local ou durante o transporte . Um dos níveis de resposta do serviço de APH, a um pedido de atendimento urgente. O envio da ambulância de SBV é decisão do médico regulador.

Os profissionais de enfermagem da equipe de SBV deverão estar habilitados a realizar ações de suporte da vida, previstas na Lei do Exercício Profissional, admitindo-se que, sob delegação / supervisão direta ou à distância do enfermeiro e quando devidamente capacitados, executem prescrição médica por telemedicina através da orientação do médico regulador do SAMU, no âmbito de sua qualificação profissional.

Segundo o plano estadual de atenção às urgências de Santa Catarina, o suporte básico de vida do Corpo de Bombeiros Militar deverá ser utilizado no atendimento a traumas, e o SBV do SAMU deverá atender os casos clínicos, conforme pactuação realizada pela comissão intergestora bipartite (SANTA CATARINA, 2003). O que na realidade não acontece na maioria das cidades em que há os dois serviços, onde ambos atendem traumas e casos clínicos. Isso se dá pela falta de comunicação entre os dois órgãos (DESLANDES; MINAYO, 2007).

Já o SAV do SAMU dispõe de equipamentos e materiais que possibilitam procedimentos complexos e avançados de reanimação e estabilização. O referido veículo destina-se ao atendimento e ao transporte de pacientes com alto risco em urgências ou ao transporte inter-hospitalar que pela sua gravidade necessitam de supervisão médica intensiva (NITSCKE, 2003).

5 DA REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS

No Brasil a central de regulação médica tem a função de coordenação e disponibilização do atendimento pré-hospitalar à população de sua região, sendo a competência desse serviço assumida pelo médico regulador e/ou coordenador. Sua abrangência pode ser municipal, estadual ou regional (LOPES; FERNANDES 1999 apud AQUINO, 2007). De acordo com o manual de regulação médica das urgências do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.18):

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

O solicitante acessa a central de regulação médica de urgência através do número 192, e é atendido em um primeiro momento pela telefonista auxiliar de regulação médica (TARM). O TARM recebe todas as ligações realizadas ao 192, sendo que muitas chamadas se encerram nesta etapa por tratar-se de trotes, enganos ou informações que não necessitam de orientação médica (informações sobre serviços de saúde, horários de atendimento, locais de vacinação, etc). Nas ligações de solicitação de socorro ou quando há a necessidade de orientação médica o TARM colhe os dados do solicitante e transfere a ligação para o médico regulador. O médico regulador verifica a gravidade do chamado através de um interrogatório simples, objetivo, específico e no menor tempo possível. Após isso o médico regulador decide se o pedido é ou não caso de urgência/emergência e, se necessário, envia o meio móvel que atende melhor a gravidade da situação (CICONET, 2009).

Segundo Almoyna e Nitschke (1999,) o médico regulador é a autoridade sanitária pública que por delegação do SUS coordena todos os recursos envolvidos no atendimento de saúde às urgências sejam eles civis, militares, públicos ou privados. Quanto à interação entre os órgãos de segurança pública, principalmente entre os bombeiros e a regulação médica do SAMU, o referido autor afirma o seguinte:

Além das condições onde o alarme é obrigatório, o SAMU pode solicitar a ajuda aos serviços de segurança. Para tudo o que é concernente à engenharia de urgência é bem evidente que o serviço de bombeiros é o mais adequado. No que concerne aos pedidos de intervenção para reforço de homens, reforço de recursos de transportes, ou reforço de informações necessárias aos socorros médicos ou para a Saúde Pública é bem evidente que estes serviços normalmente não se recusam a responder

positivamente ao pedido de ajuda solicitado pelo centro responsável pelos atendimentos ao nível da saúde pública. Entretanto seria ilícito que o médico regulador do SAMU, de uma maneira contínua e rotineira, se comunicasse com estes serviços para resolver, por exemplo, os problemas que deveriam ser normalmente realizados pelos Serviços de Saúde. Se o Serviço de Bombeiros ou da Polícia tem um sistema de ambulância de primeiros socorros (suporte básico) e, sobretudo se possuem unidades medicalizadas, eles devem evidentemente ser “regulados” como os outros, salvo exceções formalizadas em um acordo escrito entre as instituições. **Pode-se ver ainda muitos locais onde esta integração à Regulação Médica não está feita e mesmo onde há sistemas de saúde múltiplos que estão em conflito por falta de instituições que não estão coordenadas pela autoridade política competente** (ALMOYNA; NITSCHKE, 1999, p. 60-61, grifo nosso).

Na maioria dos Estados brasileiros, a realidade entre o serviço de APH do Corpo de Bombeiros Militar e a regulação do sistema SAMU é a descrita no texto destacado acima. Na maioria das cidades os gestores dos dois serviços não interagem entre si, assim a comunicação entre os dois serviços é realizada somente pelos profissionais que estão na execução dos serviços, e mesmo assim de maneira insuficiente e em alguns casos, conflituosa (MARTINS, 2004). Se algum socorrista do CBMSC utilizar a regulação do SAMU e for orientado pelo médico regulador a encaminhar determinado paciente para o hospital “A” e durante o deslocamento o socorrista decidir encaminhar o paciente ao hospital “B”, nada acontecerá. O socorrista do Corpo de Bombeiros Militar está regido por estatuto próprio (dos militares) e pertence aos quadros da Secretaria de Segurança Pública, assim, não possui obrigação funcional de obedecer à ordem do médico regulador, pois não há vínculo hierárquico entre os mesmos (BAPTISTA NETO, 2007). De encontro ao exposto vem a portaria do nº 2.048/GM de 2002 do Ministério da Saúde, corroborada através da portaria nº 2.026 de 2011, vinculando o serviço de APH do corpo de bombeiros à regulação médica do SAMU, haja vista que os militares, neste caso, estão exercendo uma atividade típica da área da saúde. Assim dispõe a referida norma:

Os Corpos de Bombeiros Militares (incluídas as corporações de bombeiros independentes e as vinculadas às Polícias Militares), as Polícias Rodoviárias e outras organizações da Área de Segurança Pública deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS, conforme os termos deste Regulamento.

Bombeiros Militares: [...] Competências/Atribuições: comunicar imediatamente a existência de ocorrência com potencial de vítimas ou demandas de saúde à Central de Regulação Médica de Urgências; avaliar a cena do evento, identificando as circunstâncias da ocorrência e reportando-as ao médico regulador ou à equipe de saúde por ele designada; identificar e gerenciar situações de risco na cena do acidente, estabelecer a área de operação e orientar a movimentação da equipe de saúde; realizar manobras de suporte básico de vida, sob orientação do médico regulador; obter acesso e remover a/s vítima/s para local seguro onde possam receber o atendimento adequado pela equipe de saúde e se solicitado pela mesma ou designado pelo médico regulador, transportar as vítimas ao serviço de saúde determinado pela regulação médica; estabilizar veículos acidentados; realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos especializados de bombeiro; avaliar as condições da vítima,

identificando e informando ao médico regulador as condições de respiração, pulso e consciência, assim como uma descrição geral da sua situação e das circunstâncias da ocorrência, incluindo informações de testemunhas; transmitir, ao médico regulador a correta descrição da cena da urgência e do paciente; conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado; manter vias aéreas pervias com manobras manuais e não invasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial; realizar circulação artificial por meio da técnica de compressão torácica externa; controlar sangramento externo, por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens; mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando colares cervicais, pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte; aplicar curativos e bandagens; imobilizar fraturas utilizando os equipamentos disponíveis; prestar o primeiro atendimento à intoxicações, de acordo com protocolos acordados ou por orientação do médico regulador; dar assistência ao parto normal em período expulsivo e realizar manobras básicas ao recém nato e parturiente; manter-se em contato com a central de regulação médica repassando os informes iniciais e subsequentes sobre a situação da cena e do(s) paciente(s) para decisão e monitoramento do atendimento pelo médico regulador; conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes a veículo de atendimento; repassar as informações do atendimento à equipe de saúde designada pelo médico regulador para atuar no local do evento; conhecer e usar equipamentos de bioproteção individual; preencher os formulários e registros obrigatórios do sistema de atenção às urgências e do serviço; realizar triagem de múltiplas vítimas, quando necessário ou quando solicitado pela equipe de saúde; participar dos programas de treinamento e educação continuada, conforme os termos deste Regulamento (BRASIL, 2002c).

Vale lembrar que a portaria é uma norma infralegal, não possuindo, por isso, força de lei. Os bombeiros só seriam passivos de sanção, caso não cumprissem o que estabelece o referido diploma, se uma lei fizesse menção a obrigatoriedade por parte dos militares à referida portaria, ou seja, que a lei estabelecesse nesses casos a conduta típica ensejadora da sanção, o que, na atualidade não acontece. Não existe, também, da parte militar uma definição clara quanto aos limites de um e de outro, mas sim o que está padronizado para atendimento de SBV. Com relação ao SAMU, como já foi mencionado, a portaria 2048/GM/MS de 2002 é bem clara ao descrever que todos os órgãos civis e militares (bombeiro, polícias, guardas municipais, etc.) estão sujeitos à coordenação do médico regulador onde houver vida humana envolvida, ou seja, o médico regulador coordena todo o atendimento, tendo poderes de autoridade sanitária para fazer valer suas determinações. A resolução nº 1.671 do Conselho Federal de Medicina (2003, p.5) definiu que o sistema de APH é um serviço médico. Seu artigo 1º assim dispõe:

O sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico e, portanto, sua coordenação, regulação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada por médico, com ações que possibilitem a realização de diagnóstico imediato nos agravos ocorridos com a consequente terapêutica.

Segundo Baptista Neto (2007) o CBMSC mantém certa cautela quanto ao acolhimento de normas como a supracitada resolução do Conselho Federal de Medicina, pois são normas classistas, que visam atender os ensejos de profissionais ligados a uma categoria

específica, a classe médica. Segundo o autor, conforme já exposto, essas normas não produzem efeitos sobre os bombeiros militares, que pertencem aos quadros da Secretaria de Segurança Pública. Gonsaga (2012) diz que na prática cabe o bom senso dos profissionais envolvidos no APH, que devem visar sempre o benefício ao paciente, deixando de lado suas vaidades e corporativismos.

Como já foi citado, uma das atribuições da regulação médica, segundo o Ministério da Saúde, é justamente a de monitorar e orientar bombeiros militares no limite de suas competências (BRASIL, 2002). Quanto a isso, um aspecto favorável é o fato de o médico regulador ter a informação de qual unidade hospitalar tem, em determinado momento, melhores condições de receber a vítima. A já citada portaria 2.048/MS (2012, p. 21) define a competência gestora ao médico regulador e prevê a autoridade do mesmo para encaminhar casos urgentes para hospitais sem leitos vagos:

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

O médico regulador possui atribuições legais que fazem dele o profissional mais indicado para encaminhar e distribuir as demandas no sistema de saúde local e resolver conflitos referentes ao encaminhamento e recebimento de pacientes por unidades de atendimento. O Ministério da Saúde define como suas, as seguintes competências/atribuições:

Exercer a regulação médica do sistema; conhecer a rede de serviços da região; manter uma visão global e permanentemente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento pré-hospitalar e das portas de urgência, checando periodicamente sua capacidade operacional; recepção dos chamados de auxílio, análise da demanda, classificação em prioridades de atendimento, seleção de meios para atendimento (melhor resposta), acompanhamento do atendimento local, determinação do local de destino do paciente, orientação telefônica; manter contato diário com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema; prestar assistência direta aos pacientes nas ambulâncias, quando indicado, realizando os atos médicos possíveis e necessários ao nível pré-hospitalar; exercer o controle operacional da equipe assistencial; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; avaliar o desempenho da equipe e subsidiar os responsáveis pelo programa de educação continuada do serviço; obedecer às normas técnicas vigentes no serviço; preencher os documentos inerentes à atividade do médico regulador e de assistência pré-hospitalar; garantir a continuidade da atenção médica ao paciente grave, até a sua recepção por outro médico nos serviços de urgência; obedecer ao código de ética médica (BRASIL 2002, p.8).

A orientação para que os bombeiros sejam regulados pelas centrais de regulação médica nos casos de urgência sanitária também esta prevista no plano estadual de atenção às urgências editado pelo governo de Santa Catarina em 2003. Segundo o referido plano toda a regulação pública de urgência sanitária será realizada pelo médico regulador do SAMU. As centrais dos corpos de bombeiros deverão remeter para a regulação todas as ocorrências que necessitem atenção urgente de saúde, inclusive as que necessitem de SBV no atendimento a traumas, cabendo ao médico regulador do SAMU-192 analisar o caso e ativar os meios necessários para atender a situação. Em determinados casos a central do corpo de bombeiros pode realizar o despacho imediato de acordo com protocolos já existentes, porém em nenhuma situação o despacho poderá ser realizado sem a comunicação simultânea com a regulação do SAMU. (SANTA CATARINA, 2003).

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

6 ASPECTOS LEGAIS DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Inicialmente o Ministério da Saúde atribuiu aos corpos de bombeiros, através do programa de enfrentamento a emergências e traumas, a assistência à saúde nas situações de urgência/emergência. Baseado no sistema norte americano o programa previa num primeiro momento a implantação do SBV e numa próxima etapa, o SAV. No entanto, a elaboração das medidas legais necessárias para amparar o sistema em todos os seus níveis, não foi realizada. Dessa maneira os corpos de bombeiros militares que implantaram o serviço APH ficaram sem o respaldo esperado do Ministério da Saúde para dar continuidade ao programa. Desamparados pelo Ministério da Saúde os corpos de bombeiros militares buscaram firmar normatizações no âmbito de seus Estados que lhe dessem o respaldo necessário na área. O Distrito Federal é um exemplo com a Lei nº 891/1995 que vinculou o serviço de APH à Secretaria de Segurança Pública do DF (MARTINS, 2004).

Por volta de 1997 os serviços de APH prestados pelos corpos de bombeiros começaram a ser questionados pelo conselho federal (e regionais) de medicina. Tais serviços até então não possuíam embasamento legal para sua realização, salvo a missão constitucional dos corpos de bombeiros, porém carente de regulamentação. Tal situação acabou levando os conselhos de medicina a editarem resoluções que culminaram em normatizações do Ministério da Saúde sobre o APH. Tais normatizações trouxeram a influência do modelo francês (SAMU), o que acabou com a possibilidade do serviço de atendimento pré-hospitalar continuar se organizando nos moldes do modelo norte americano, exceto a prática do SBV (PRADO; MARTINS, 2003). Os primeiros conselhos regionais de medicina (CRM) que editaram resoluções a respeito do APH foram os conselhos dos Estados do Paraná e de São Paulo. Porém, essas resoluções, apenas descreviam os atos que poderiam ser praticados pelos socorristas. O conselho regional de medicina de Santa Catarina (CREMESC) foi o primeiro a normatizar o transporte de pacientes em casos de urgência/emergência por unidades de SBV no país com a resolução nº 027/97, e o atendimento pré-hospitalar propriamente dito com a resolução nº 028/97 (PRADO; MARTINS, 2003).

A resolução nº 028/97 do CREMESC já deixava bem claro a utilização do modelo francês como base para o APH, tendo o médico como pilar do sistema. Em seu artigo 3º prevê que “O atendimento pré-hospitalar, abrangendo o socorro às vítimas em via pública e no domicílio do paciente, é um Ato Médico e, portanto, privativo de médico.” (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SANTA CATARINA, 1997, p.4). A referida resolução,

mesmo antes da implantação e normatização das centrais de regulação médica, já previa o sistema. Em seu artigo 5º a resolução destaca:

A coordenação e supervisão do atendimento pré-hospitalar deverá ser, exclusivamente, realizada por médico. Através de central de comunicação o médico fará a triagem e classificação do evento, ativando os meios necessários e disponíveis para a resposta, supervisionando sua execução, conectando os serviços que forem necessários para apoio e encaminhamento dos pacientes e vigiando que os atos médicos sejam realizados por profissionais médicos habilitados (CREMESC, 1997, p.03).

A resolução 027 também prevê a obrigação das pessoas jurídicas de direito público que exercem o APH serem registradas no CREMESC (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SANTA CATARINA, 1997). Quanto aos tipos de sistemas de atendimento pré-hospitalar, a norma em questão reconhece três modelos, sendo estes o pronto atendimento móvel (sistema que conta apenas com socorristas em seus veículos, orientados a distância por médico), a emergência médica móvel (todas suas unidades possuem médicos e socorristas) e o misto que conta com veículos apenas com socorristas e outros apenas com médicos, todos orientados pelo médico regulador (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SANTA CATARINA, 1997).

A nível nacional a primeira norma sobre o tema foi editada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 1998 com a resolução nº 1.529 (já revogada pela resolução 1.671/2003). Em 1999 foi editada a portaria nº 824 do Ministério da Saúde, normatizando o APH em todo o Brasil. A referida norma, seguindo as resoluções dos conselhos de medicina, define, entre outras coisas, que o APH é um serviço médico, sua regulação a distância deve ser realizada exclusivamente por médico e a central de regulação médica é o elemento orientador do serviço de atendimento pré-hospitalar (BRASIL, 1999). A portaria 824/MS caracteriza claramente um sistema centralizado na figura do profissional médico. Segundo Prado e Martins (2003, p.76) “[...] a primeira Portaria do MS, teve cunho abertamente corporativo, não reconhecendo a inerente natureza multiprofissional do serviço e tão pouco demonstrando preocupação para além do poder corporativo.”

Com referência aos profissionais não oriundos da área da saúde que exercem o APH, a norma do Ministério da Saúde em questão fala em integração (mediante regulação médica) através da seguinte orientação:

Reconhece-se que, na urgência-emergência, principalmente na área do trauma, deverá haver uma ação integrada com outros profissionais, visando viabilizar a implantação de serviços de atendimento pré-hospitalar em nosso país, os chamados socorristas - profissionais não-médicos, habilitados para prestar atendimento de urgência-emergência em nível pré-hospitalar, sob supervisão e coordenação médica (BRASIL, 1999, p.8).

Quanto à legislação referente aos enfermeiros que hoje integram as unidades do SAMU e executam procedimentos invasivos e prescrição médica via orientação do médico regulador, em 2000 o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da resolução nº 225 possibilitou aos enfermeiros o cumprimento de prescrições médicas via telefone ou rádio nos casos de urgência. E com a resolução nº 260 de 2001 o mesmo conselho incluiu o APH como uma das especialidades de enfermagem. O conselho regional de enfermagem de São Paulo através da decisão COREN/SP DIR-01-2001 descreve a possibilidade dos militares da segurança pública daquele Estado exercerem o SBV, desde que treinados. Assim dispõe em seu artigo 5º:

Todo procedimento de Enfermagem que estiver sendo executado por leigos ou por quem não seja profissional de Enfermagem, deverá ser comunicado imediatamente a este Conselho, para as necessárias medidas legais pertinentes, por Exercício Ilegal da Profissão, de acordo com o disposto no Art. 47 da Lei das Contravenções Penais. Parágrafo único - Admite-se aos militares das Forças Armadas, Bombeiros e Policiais Militares das Forças Auxiliares, enquanto investidos na função de militar junto à guarnição, e desde que treinados para atuar em situações de RESGATE, a execução de quaisquer procedimentos essenciais ao Suporte Básico de Vida, à preservação da vida e integridade das vítimas/pacientes/clientes, em situações de urgência/emergência, até que seja possível o acesso pelo profissional de Saúde (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2001).

Mais recentemente, em 2011, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) através da resolução nº 375/COFEN/2011, determina que assistência de enfermagem nas unidades móveis de APH somente deve ser desenvolvida por enfermeiros. Assim dispõe em seu artigo 1º:

A assistência de Enfermagem em qualquer tipo de unidade móvel (terrestre, aérea ou marítima) destinada ao Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido, somente deve ser desenvolvida na presença do Enfermeiro.

§ 1º A assistência de enfermagem em qualquer serviço Pré-Hospitalar, prestado por Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, somente poderá ser realizada sob a supervisão direta do Enfermeiro (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011, p. 1).

Voltando a ordem cronológica das publicações de normas referente ao APH, em 2002 entrou em vigor a resolução 2.048 do Ministério da Saúde aprovando em forma de anexo o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. A citada portaria fortalece o estabelecimento do modelo francês de atendimento, situando a emergência exclusivamente no âmbito das políticas de saúde e delimitando a regulação do sistema de urgência a exclusividade médica (SCHLEMPER, 2000, apud PRADO; MARTINS, 2003).

A portaria 2.048/MS dispõe sobre as centrais de regulação médica, como já descrito neste trabalho, sobre o APH fixo e móvel, além do atendimento hospitalar, transferências e transportes inter-hospitalares e dos núcleos de educação em emergências. Quanto às equipes que devem compor os serviços de atendimento pré-hospitalar a citada

portaria prevê os profissionais oriundos da saúde e os que não fazem parte da saúde como é o caso dos bombeiros militares. Quanto à descrição e competência dos bombeiros militares descritos pela portaria 2.048/MS, os mesmos já foram mencionados no capítulo referente à regulação médica. Ainda a respeito das equipes profissionais que devem compor o APH a portaria 2.048/MS prevê o seguinte:

Os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel devem contar com equipe de profissionais oriundos da área da saúde e não oriundos da área da saúde. Considerando-se que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, entende-se que os profissionais que venham a atuar nos Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel (oriundos e não oriundos da área de saúde) devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada pelo presente Regulamento e cumpram o conteúdo curricular mínimo nele proposto [...] A equipe de profissionais oriundos da área da saúde deve ser composta por: - Coordenador do Serviço: profissional oriundo da área da saúde, com experiência e conhecimento comprovados na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas; - Responsável Técnico: Médico responsável pelas atividades médicas do serviço; - Responsável de Enfermagem: Enfermeiro responsável pelas atividades de enfermagem; - Médicos Reguladores: médicos que, com base nas informações colhidas dos usuários, quando estes acionam a central de regulação, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente; - Médicos Intervencionistas: médicos responsáveis pelo atendimento necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte; - Enfermeiros Assistenciais: enfermeiros responsáveis pelo atendimento de enfermagem necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte; - Auxiliares e Técnicos de Enfermagem: atuação sob supervisão imediata do profissional enfermeiro; OBS: As responsabilidades técnicas poderão ser assumidas por profissionais da equipe de intervenção, sempre que a demanda ou o porte do serviço assim o permitirem. **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).

Finalmente em 2003 o Ministério da Saúde implanta o novo sistema do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, o SAMU, através da portaria nº 1.864/MS, conforme segue:

Art. 1º Instituir o componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU-192, suas Centrais de Regulação (Central SAMU-192) e seus Núcleos de Educação em Urgência, em municípios e regiões de todo o território brasileiro, como primeira etapa da implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, conforme as orientações gerais previstas nesta Portaria (BRASIL, 2003, p.1).

O serviço do corpo de bombeiro militar na atenção às urgências está previsto na referida portaria quando a mesma discorre sobre a verba do sistema de informações ambulatoriais do sistema único de saúde (SIA/SUS) e composição dos comitês gestores do sistema de atenção às urgências:

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. [...] sugere-se que os Comitês Gestores dos Sistemas Regionais de Atenção às Urgências, sob coordenação estadual e com fluxo operacional compatível e de acordo com a realidade regional, tenham a seguinte composição: coordenador Regional do Sistema de Atenção às Urgências ou outro representante da SES que assuma tal função, coordenadores municipais do Sistema de Atenção às Urgências, representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências), representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, onde essas corporações atuem na atenção às urgências; representante da Defesa Civil e dos gestores municipais e estadual da área de trânsito e transportes e, conforme a necessidade justificar, de representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros (BRASIL, 2003, p. 4-10).

Aqui vale ressaltar que de acordo com a portaria do Ministério da Saúde exposta acima, o CBMSC só terá direito ao repasse dos valores referentes à produção ambulatorial se atuar de acordo com a portaria nº 2.048 de 2002. A esse respeito Baptista Neto (2007) discorre que:

Na mesma Portaria pode-se verificar a obrigatoriedade do repasse ao CBMSC de verba referente ao SIA/SUS, com status de produção ambulatorial. Valores repassados via convênio firmado pela maioria das unidades de Bombeiro Militar com as Secretarias Municipais de Saúde. **Estando o repasse assegurado pela legislação vigente, desde que o serviço oferecido pela organização militar também cumpra com os preceitos legais** (BAPTISTA NETO, 2007, p.27)

No mesmo ano, em 2003, também foram editadas pelo Conselho Federal de Medicina as resoluções nº 1.671, que regulamenta o atendimento pré-hospitalar, e nº 1.672, que dispõe sobre o transporte inter-hospitalar. A resolução nº 1.671 descreve o profissional bombeiro com sendo:

Profissionais que serão habilitados, após treinamento específico em instituições ligadas ao SUS, para prestar atendimento pré-hospitalar e credenciados para integrar a guarnição de ambulâncias do serviço de atendimento pré-hospitalar. Fazem intervenção conservadora (não-invasiva) no atendimento pré-hospitalar, sob supervisão médica direta ou à distância, utilizando materiais e equipamentos especializados. As atividades dos bombeiros atendem aos princípios constitucionais que estabelecem suas competências para atendimento e proteção da vida (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2003).

Quanto ao CBMSC, foi também em 2003 que a corporação teve suas atribuições constitucionais, previstas no artigo 108 da Constituição do Estado de Santa Catarina, alteradas pela Emenda Constitucional nº 33 (DOE nº 17.176) que emancipou o CBMSC da Polícia Militar de Santa Catarina, tornando-a assim uma corporação autônoma. A referida emenda

constitucional inclui expressamente no rol de atribuições do CBMSC descritas no artigo 108 da Constituição estadual, o atendimento pré-hospitalar, atividade em que os bombeiros catarinenses foram pioneiros e exercem até hoje, conforme já exposto, contando com o apoio incondicional da população catarinense. Assim prevê o artigo 108:

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

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

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

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

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

V - colaborar com os órgãos da defesa civil;

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

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

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

O parágrafo 5º do artigo 144 da Constituição Federal prevê que, salvo as de defesa civil, as demais atividades inerentes aos corpos de bombeiros militares serão previstas em lei. Em Santa Catarina a lei que regula tais atividades é a lei 6.217/83, que dispõe a organização básica do Corpo de Bombeiros Militar. Quanto aos procedimentos que orientam os bombeiros que executam as atividades de APH do CBMSC, atualmente são ditadas pela diretriz de procedimento operacional padrão (DTZPOP) nº 02/2007/BM-3/EMG/CBMSC, que tem como referências previstas na própria diretriz:

- IG 20-01 (elaboração de DTZPOP), manuais operacionais no âmbito do CBMSC e portaria do CBMSC nº 201 de 2007;
- Constituição Estadual de Santa Catarina;
- Curso de Formação de Socorristas em Atendimento Pré-hospitalar Básico (APH-B) do Programa OFDA/USAID/CBMSC;
- Resolução nº 1.671/2003, do CFM;
- Portarias nº 1.863 e 1.864 de 2003, do MS;
- Doutrina de APH do CBMSC.

A diretriz tem como objetivos orientar as organizações do CBMSC quanto à execução e planejamento do serviço de APH no Estado, e através de sua implantação, reduzir o número de mortes e sequelas decorrentes da falta de um atendimento adequado aos

acidentados, promovendo o SBV e o transporte de pacientes de maneira rápida ao ambiente hospitalar (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA, 2007).

Segundo a DTZPOP 02/2007 a coordenação geral do serviço de APH do CBMSC pertence ao diretor operacional do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, que conta com uma equipe de oficiais ligados a coordenadoria técnica de APH e resgate, que tem como função coordenar e orientar as atividades de capacitação, recertificação e expansão do serviço, assessorando os comandos de organizações bombeiros militares (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA, 2007). Quanto à coordenação operacional a norma em questão prevê o seguinte:

A coordenação operacional do Sv de APH está afeta ao Comando da OBM onde encontra-se implantado o serviço, cabendo-lhes as funções de coordenação das atividades operacionais, os contatos com as autoridades municipais de saúde, o gerenciamento das escalas de serviço, a aquisição de materiais de consumo, a manutenção e o abastecimento das viaturas ASU, o registro e controle dos atendimentos prestados e o gerenciamento dos recursos provenientes da produção ambulatorial (SANTA CATARINA, 2007, p. 3).

Já quanto às competências e atribuições do socorrista do CBMSC, a aludida diretriz operacional assim as dispõe:

- Dimensionar a emergência, identificando e gerenciando situações de risco, e estabelecendo a área de operação;
- Orientar a movimentação de equipes policiais e de saúde na cena da emergência;
- Realizar manobras de suporte básico de vida;
- Obter acesso e remover as vítimas para local seguro onde possam receber o atendimento adequado e transportar as vítimas para a unidade hospitalar de referência;
- Estabilizar veículos acidentados;
- Realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos especializados de bombeiro;
- Avaliar as condições do paciente e identificar o nível de consciência, as vias aéreas, a respiração, a circulação e a existência de hemorragias, assim como as condições gerais do paciente e as circunstâncias da ocorrência, incluindo informação de testemunhas;
- Conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado;
- Manter vias aéreas permeáveis com manobras manuais e não invasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial;
- Realizar circulação artificial por meio da técnica de compressão torácica externa;
- Realizar desfibrilação por meio de aparelho desfibrilador semi automático;
- Controlar sangramento externo, por compressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens;
- Mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando colares cervicais, pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte;
- Aplicar curativos e bandagens;
- Imobilizar fraturas utilizando os equipamentos disponíveis;
- Prestar o primeiro atendimento à intoxicações, de acordo com protocolos acordados por orientação médica;
- Dar assistência a pacientes merecedores de cuidados especiais (surdos, mudos e cegos, portadores de deficiências física ou mental, pacientes estrangeiros e idosos);
- Manter-se em contato com a central de operações repassando os informes iniciais e subsequentes sobre a situação da cena e do(s) paciente(s);
- Conhecer e usar equipamentos de bioproteção individual;
- Realizar triagem de múltiplas vítimas;

- Preencher os formulários e registros obrigatórios do sistema de atenção às urgências e do serviço;
- Transferir o paciente para a unidade hospitalar de referência, repassando todas as informações do atendimento à equipe de saúde (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA, 2007, P.4).

No item “f” das Prescrições Diversas da mencionada diretriz operacional, está prevista a proibição das guarnições de socorristas do Corpo de Bombeiros Militar atenderem casos clínicos, além de realizarem o transporte de pacientes de hospital para hospital, ou de hospital para casa. Tal proibição, segundo a norma, se dá, pois tais atendimentos transfeririam para os bombeiros uma responsabilidade que é exclusiva da unidade hospitalar e que necessitaria de supervisão médica, de acordo com a portaria do Ministério da Saúde (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA, 2007).

Como já foi mencionado neste trabalho, não há por parte dos bombeiros militares obrigação legal de seguir as determinações do médico regulador do SAMU. A diretriz em questão dispõe que “operacionalmente, a central de operações do corpo de bombeiros (COBOM) não recebe ordens do médico do SAMU, no entanto, sempre que uma viatura de suporte avançado do SAMU chegar numa cena de emergência, o atendimento do(s) paciente(s) deverá ser transferido para o médico na cena da emergência” (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA, 2007, p.5).

Já nas ocorrências atendidas em conjunto a diretriz prevê que “nas ocorrências de trauma com a presença de viaturas do CBMSC e SAMU, o atendimento deverá ser realizado em conjunto, sendo em princípio, o transporte realizado por quem chegou primeiro na cena da emergência.” (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA, 2007, p.5).

Na verdade o que acaba prevalecendo sempre é o bom senso, tanto no atendimento às ocorrências com presença dos dois órgãos, como nas comunicações entre as centrais de operações de bombeiros e SAMU (quando não integradas). Por isso a aproximação entre esses profissionais é tão importante (LIMA; PEREIRA, 2005).

7 DA INTEGRAÇÃO ENTRE O SAMU E OS CORPOS DE BOMBEIROS

O processo de integração entre bombeiros e SAMU já é realidade em alguns Estados brasileiros. Porém na maioria dos Estados é evidente a existência de dois serviços públicos atuando no APH, sendo um vinculado à secretaria da saúde e outro à segurança pública (LIMA E PEREIRA, 2005). Estes serviços funcionam de forma independente ou pouco integrada, visto não haver uma parceria entre os gestores dos serviços. Nesse sentido, falta uma aproximação entre os gestores dos corpos de bombeiros e do SAMU, a fim de otimizar os atendimentos e aproveitar a experiência e a formação dos profissionais de ambas as instituições (LIMA E PEREIRA, 2005).

Um exemplo de integração ocorre no Distrito Federal onde atualmente a central de regulação médica do SAMU atua com médicos do quadro de saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF) (GEYGER, 2012). O CBMDF possui também uma legislação específica para a situação. Trata-se da portaria Conjunta Bombeiros/SAMU 04/2011. Porém, já em 2005, outra portaria do CBMDF (Portaria nº 025/05) criava o serviço de militar de ligação na central de regulação do SAMU. A referida portaria regulava a formação, o serviço e as escalas dos bombeiros militares que integravam equipes de regulação do SAMU-192. Esses militares tinham como atribuições:

- I - promover a integração entre a Central de Regulação/SAMU 192, CIADE e as equipes do CBMDF empenhadas na atividade de atendimento pré-hospitalar;
- II - manter a CIADE informada, quanto às alterações no Sistema SAMU que possam trazer conflitos ao serviço de atendimento pré-hospitalar;
- III - agilizar procedimentos referentes a hospitais para onde as vítimas atendidas pelo CBMDF possam ser transportadas, de acordo com as informações da Central de Regulação do SAMU;
- IV - agilizar procedimentos de tele medicina junto ao Médico Regulador;
- V - assessorar o Médico Regulador na tomada de decisão, quanto ao despacho de viaturas, havendo necessidade de apoio das equipes do CBMDF;
- VI - confeccionar relatórios e informar ao Comando do 2º BBS/EM as alterações que este deva tomar parte;
- VII - coordenar o repasse de ocorrências de casos clínicos à CIADE (DISTRITO FEDERAL, 2005, p. 1)

O atual comandante geral do CBMDF, coronel Márcio de Souza Matos, evidencia a importância da integração entre os serviços quando fala da assinatura da portaria conjunta 04/2011, como segue:

Senhoras e senhores amigos, acabamos de renovar a “Portaria Conjunta”, onde pactuamos novas diretrizes para o serviço de emergência médica pré - hospitalar do Distrito Federal, em conjunto com a Secretaria de Estado de Saúde, com intenção de disponibilizar para todas as viaturas de emergência médica do CBMDF a regulação médica e transformar nossas viaturas em suporte básico com medicalização, aumentando sua segurança, eficácia e efetividade. Quando avaliamos as principais ocorrências que atingem a população, observamos os casos externos de agravo à vida, como o acidente automobilístico em geral e as doenças neuro-cardiovasculares,

onde o tempo resposta e a implementação de protocolos pré e intra-hospitalar fazem toda a diferença na sobrevivência da vítima. Exatamente aí é que está a “Visão Global” de integração do serviço pré-hospitalar, com a finalidade de melhorar os seguintes objetivos, como: disponibilizar regulação médica 24 horas por dia; elevar nossas viaturas para a categoria de suporte básico com medicação a bordo; diminuir o tempo resposta, com melhora da sobrevivência principalmente dos pacientes em parada cardíaca, evitando mortes prematuras; diminuição do transporte de paciente para as emergências hospitalares, onde 40 % dos atendimentos clínicos são resolvidos no local e diminuição de retenção de macas, em decorrência da regulação médica para o hospital que tenha condição de receber a vítima. Desta forma, observa-se que além de apresentar as vantagens da integração para cada serviço e em especial para a comunidade, teremos também aspectos intrínsecos e desafios a serem superados por cada um dos envolvidos, de forma a poder implementar soluções para afinar atendimento pré-hospitalar no Distrito Federal salvando vidas com um serviço padronizado e de excelência (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DISTRITO FEDERAL, 2011, p.2).

A portaria conjunta Bombeiros/SAMU 04/2011 dispõe como deve ser realizada a integração dos dois serviços através da especificação de atribuições referentes ao CBMDF e a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Quanto ao Corpo de Bombeiros Militar a norma assim regulamenta as seguintes atribuições:

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

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

Nota-se que a norma do Distrito Federal não prevê a integração somente no âmbito da regulação, mas também nos atendimentos e treinamentos, além da execução de funções administrativas com a participação de integrantes dos dois órgãos, ou seja, a integração se dá na execução e na gestão do sistema de atendimento pré-hospitalar.

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

complexo macrorregional do SAMU. Já o SAMU mantém uma unidade de suporte básico na sede do 7º BBM. Segundo o comandante do 7º BBM, major Sérgio Ricardo de Oliveira e o coordenador técnico do SAMU, o médico Enius Freire Versini, após um mês de atividades a forma integrada de atendimento já apresentava saldo positivo. (ARRUDA, 2012). O major Oliveira declara também que bombeiros e SAMU se complementam e devem investir na solidariedade, pois “a causa é nobre e devemos deixar todas as vaidades institucionais de lado para melhor atender à sociedade” (GEYGER, 2012).

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

- 1 - Previsão da confecção de um Protocolo Operacional de Urgência e Emergência Pré-Hospitalar, a ser finalizado em 180 (cento e oitenta) dias e que será utilizado pelas duas organizações;
- 2 - Realização de seminários e treinamentos de capacitação conjuntos;
- 3 - Realização mensal para avaliação e acompanhamento do funcionamento do sistema por parte dos integrantes do grupo gestor do CBMMG e SAMU;
- 4 - Padronização de equipamentos e acessórios utilizados nos atendimentos de acordo com a característica de cada unidade;
- 5 - Elaboração de projeto visando a implantação de estruturas compartilhadas de higienização para viaturas e equipamentos, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias;
- 6 - Elaborar, de forma conjunta, plano de contingências para atendimento coordenado a múltiplas vítimas;
- 7 - Compartilhar equipamentos disponíveis nos casos de necessidade, observando as diretrizes contidas no Protocolo Operacional de Urgências e Emergências Pré-Hospitalar;
- 8 - Ligação telefônica entre a Central de Regulação e o CBMMG, para comunicação exclusiva do atendimento pré-hospitalar;
- 9 - Ligação on-line do sistema informatizado do SAMU e do CBMMG para acesso exclusivo à consulta pelos mesmos dos dados operacionais básicos das ambulâncias e ocorrências de atendimento pré-hospitalar;
- 10- Permissão para comunicação entre os rádios , possibilitando operar nas frequências do SAMU e do CBMMG (ASCOBOM, 2011, p.1).

Em São Paulo, a maior cidade brasileira, desde 2007 bombeiros e SAMU trabalham de forma colaborativa através das centrais de regulação e no atendimento conjunto a ocorrências, contando, inclusive, com bases do SAMU alocadas dentro dos quartéis de bombeiros militares. Em 2011 teve início na capital paulista o programa Operação Delegada, que contou com 120 bombeiros integrados ao SAMU para atuarem em motolâncias conduzidas por bombeiros militares que tinham na garupa enfermeiros do SAMU (DUARTE,

2011). Segundo o coronel Luiz Carlos Wilke, diretor do SAMU de São Paulo, a integração entre bombeiros e SAMU é essencial. O referido profissional declara que “o que não faz sentido é que, por mais dificuldades que exista para produzir esta integração, por mais diferenças que possa haver e por mais corporativismo que possa existir, é absolutamente descabido você ter duas instituições disputando o mesmo serviço” (GEYGER, 2012).

No caso do Estado do Rio de Janeiro a integração se deu de forma “*sui generes*” até pela estrutura política do Corpo de Bombeiros Militar do Rio de Janeiro (CBMRJ) que está administrativamente ligada à secretaria da saúde daquele Estado. Em 2008 o CBMRJ assumiu a direção do SAMU naquele Estado através do Decreto Estadual nº 41.308 de 15 de maio de 2008 que assim dispõe:

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

Art. 2º - Caberá a Subsecretaria de Estado de Defesa Civil, através da Superintendência de Urgência e Emergência Pré-hospitalar a gestão e fiscalização dos serviços prestados no âmbito das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (RIO DE JANEIRO, 2008, p.1).

Vale lembrar que a secretária de estado da defesa civil no Rio de Janeiro é dirigida por oficiais do CBMRJ.

Já no estado do Acre desde 2004 o SAMU assumiu o APH que antes era realizado pelo Corpo de Bombeiros Militar daquele estado. Porém um efetivo de bombeiros militares foi disponibilizado para integrar as guarnições de atendimento do SAMU. Segundo a enfermeira Lúcia de Fátima Carlos Paiva, coordenadora estadual do SAMU no Acre, as unidades de SBV atuam com um bombeiro e um técnico em enfermagem, e as unidades de SAV possuem equipes compostas por dois bombeiros, um médico e um enfermeiro (GEYGER, 2012).

Em Santa Catarina, SAMU e bombeiros firmaram uma parceria bem sucedida com a unidade aérea de atendimento denominada ARCANJO 01. O Batalhão de Operações Aéreas (BOA) do CBMSC foi oficialmente criado em fevereiro de 2010 através do Decreto Estadual nº 2.966. Porém desde 20 de janeiro daquele ano já atuava de forma integrada com o Grupo de Resposta Aérea de Urgência do SAMU (GRAU-SAMU). Em 14 de dezembro de 2011 o CBMSC adquiriu um helicóptero próprio (até então atuava com uma aeronave locada). A aeronave foi adquirida com recursos do CBMSC e da secretaria de estado da saúde, e começou a atuar a partir de 16 de março de 2012. O Arcanjo 01 atua com pilotos e

especialistas em diversos tipos de salvamentos do CBMSC, e médicos e enfermeiros do SAMU. (SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE SANTA CATARINA, 2011).

Em algumas cidades catarinenses como Tubarão, Brusque e, mais recentemente, Itajaí, o CBMSC assinou convênios municipais que prevêm a lotação de unidades móveis de atendimento do SAMU nos quartéis do CBMSC (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA, 2012). O comandante geral do CBMSC, coronel Marcos de Oliveira afirmou em entrevista prestada ao centro de comunicação social da instituição que a principal vantagem destas parcerias é evitar a geração de duplicidade de ocorrências e melhorar a integração do serviço prestado pelo SAMU com o CBMSC (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA, 2012).

Já na capital Florianópolis, desde janeiro de 2010 o CBMSC integrou-se ao Sistema de Atendimento e Despacho de Emergência (SADE), atuando em três cabines e atendendo todos os chamados realizados ao 193. Integram o SADE profissionais da Polícia Militar de Santa Catarina (PMSC), do CBMSC e do SAMU (GEYGER, 2012). Ao utilizar o mesmo espaço físico e a mesma tecnologia, a centralização das emergências estabeleceu um novo padrão de qualidade na prestação do serviço diz o comandante geral do CBMSC, coronel Marcos de Oliveira. O referido comandante geral afirma, ainda, que “estas parcerias ajudam a encurtar caminhos, facilitar rotinas e baratear recursos, diminuindo custos na operação de um atendimento.” (GEYGER, 2012).

8 CONCLUSÃO

Primeiramente é importante frisar que este trabalho não teve, em nenhum momento, a intenção de esgotar o assunto estudado. Até mesmo porque o tema em questão é recente e dinâmico. A legislação referente ao APH, como as demais normas, tem sua interpretação e eficácia alteradas no tempo de acordo com os anseios da população, a vontade política, e a realidade de cada época. Além disso, a integração entre os corpos de bombeiros e o novo sistema de atendimento móvel, o SAMU é um processo recente e dá os seus primeiros passos de forma lenta. Poucos Estados têm um programa de cooperação efetivo entre os dois órgãos.

O trabalho teve a intenção de oferecer ao leitor uma visão atual a respeito dos aspectos práticos e jurídicos que envolvem os serviços de APH prestados atualmente pelo CBMSC e pelo SAMU. Para isso, a pesquisa bibliográfica contemplou inicialmente a evolução do serviço de APH no Brasil e em Santa Catarina demonstrando as diferentes filosofias de atendimento pré-hospitalar utilizadas no mundo e que influenciaram os sistemas de APH criados em nosso país, mais especificamente o modelo norte americano e o modelo francês. Estudou, também, a formação de um modelo misto utilizado pelos órgãos que executam o APH móvel na maioria dos Estados brasileiros.

Quanto ao atendimento pré-hospitalar realizado pelo CBMSC e pelo SAMU em Santa Catarina o presente estudo demonstra, primeiramente, a criação e a evolução do serviço prestado pelo Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, que de maneira heróica iniciou a atividade em 1987 na cidade de Blumenau, adotando na época o modelo norte americano de atendimento. Desde então o CBMSC, sem o devido apoio dos órgãos de saúde, abraçou a causa do APH em SC expandindo o serviço para as demais cidades catarinenses que contavam com OBMs. Quanto ao SAMU, o trabalho contemplou a criação e a evolução do serviço no Estado, demonstrando, também, sua forma de exercer a atividade de APH, ou seja, adotando o modelo francês de atendimento com unidades de SBV e SAV, e tendo como pilares a figura do profissional médico e as centrais de regulação médica.

Após o estudo do serviço de APH propriamente dito, o trabalho pesquisou o “centro nervoso” do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, ou seja, a regulação médica. Foram estudadas a normatização, estrutura e vantagens desse sistema de coordenação das urgências/emergências, e que é atualmente imposta pela recente legislação que regula o APH em nosso país. Além da normatização referente à regulação médica o trabalho também contemplou as principais normas que de forma direta ou indireta regulam o atendimento pré-

hospitalar no Brasil. Procurou-se demonstrar através do levantamento e do estudo de tais normas que o governo federal adotou o modelo francês de atendimento como sendo o ideal para o Brasil. Essa assertiva ficou evidente principalmente após o lançamento da política nacional de atenção às urgências pelo Ministério da Saúde. Observou-se, então, um conflito entre a nova normatização e o serviço que os corpos de bombeiros militares executam na área do atendimento pré-hospitalar.

Por fim o trabalho apresentou um breve panorama nacional sobre a integração entre os serviços de APH dos corpos de bombeiros estaduais e do SAMU. O estudo demonstrou que a cooperação entre os dois órgãos está apenas começando, não possuindo ainda forma ou estratégia definida. Porém, o Distrito Federal e alguns estados, como Minas Gerais e São Paulo, já despontam com ações e até legislações conjuntas acerca da integração dos serviços de atendimento pré-hospitalar entre os mencionados órgãos.

Analisando as hipóteses propostas pelo autor, verifica-se que todas foram corroboradas.

A primeira hipótese afirma que o serviço de APH prestado pelos corpos de bombeiros militares apesar de ser eficiente no que se propõe e contando com o reconhecimento da população, não se encontra em consonância com a atual política de atendimento a urgências/emergências do Ministério da Saúde. Após analisar a legislação em vigor referente ao APH no Brasil, constatou-se que apesar das portarias do Ministério da Saúde e a atual política nacional de atenção às urgências contemplarem o serviço de SBV executado pelos bombeiros, o APH praticado pelos mesmos não se encaixa no sistema determinado pelas referidas normas. As unidades de SBV do corpo de bombeiros trabalham, na sua maioria, de forma independente não sujeitando suas decisões à regulação médica do SAMU como determina as normas em vigor. Como os corpos de bombeiros militares são órgãos em geral vinculados às secretarias de segurança pública, a maioria das normatizações da área da saúde não os atinge de forma a criarem a obrigatoriedade legal de seu acatamento por parte dos militares. Tais organizações são regidas por regulamentação própria.

Já a segunda hipótese alega que na maioria dos estados e na maioria das cidades catarinenses, bombeiros e SAMU exercem o serviço de atendimento pré-hospitalar de forma desintegrada não havendo nenhuma ou quase nenhuma interação entre os executores e os gestores dos referidos órgãos. Para confirmar tal hipótese o autor entrou em contato com bombeiros de todos os Estados brasileiros via telefone ou por e-mail, além de pesquisar normatizações referentes ao assunto nos bancos de dados oficiais de legislações pátrias. Dos Estados contatados (Paraná, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Acre, Rondônia,

Pernambuco, Paraíba, Espírito Santo, Alagoas, Bahia, Amapá, São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Amazonas, Ceará, Goiás, Mato Grosso, Maranhão, Pará, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Norte, Roraima, Sergipe, Tocantins, além do Distrito Federal) apenas o Distrito Federal e os Estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro deram um retorno positivo quanto a uma integração mais efetiva com o SAMU. Os corpos de bombeiros do Maranhão, Rio Grande do Norte, Pará e Tocantins não prestaram informações. Quanto à pesquisa normativa, não foi encontrada quase nenhuma norma a respeito, nem houve por parte dos bombeiros contatados um retorno positivo referente a programas formais de cooperação entre bombeiros e SAMU. Na grande maioria dos Estados brasileiros, devido a implantação do SAMU ainda ser recente, os serviços de APH dos referidos órgãos (bombeiros e SAMU) trabalham de forma independente sem qualquer integração a nível operacional ou gerencial. Exceção feita em alguns Estados como Santa Catarina, onde bombeiros e SAMU atuam de forma integrada em atividades específicas; Minas Gerais e São Paulo que contam com convênios municipais e estaduais de parceria; Rio de Janeiro que desde 2008 tem o SAMU coordenado pelo CBMRJ; e o Distrito Federal que conta até com uma regulamentação conjunta entre CBMDF e SAMU. Nos demais estados brasileiros a integração dos serviços ainda é pouco cogitada.

Em Santa Catarina além, do BOA, algumas unidades de SBV do SAMU estão alocadas em quartéis do CBMSC, porém sem uma integração mais efetiva dos serviços.

A terceira hipótese (os serviços de APH prestados pelo SAMU e pelos bombeiros militares deverão, preferencialmente, ser integrados de forma a evitar desperdício de recursos e melhorar o atendimento final à população) é mais uma recomendação, ou melhor, uma opinião do autor, do que propriamente uma conclusão. Verifica-se pelos aspectos práticos e jurídicos apresentados no trabalho que bombeiros e SAMU têm objetivos bem definidos legalmente, mas que em certos momentos se “entrelaçam” criando um conflito de competências e gerando dúvidas quanto à relação funcional entre ambos. Pela experiência prática do autor nos dez anos em que exerceu a atividade de socorrista nas unidades de SBV do CBMSC, a integração entre os referidos serviços é bem vinda. Na prática, a população não vê diferença entre as unidades de atendimento dos bombeiros e do SAMU. Elas ligam para os dois órgãos em busca de socorro o que, muitas vezes, gera desperdício de recursos com a chegada de duas viaturas no local da ocorrência. Por diversas vezes o autor, quando exercia a atividade de socorrista do CBMSC, foi acionado para atender casos clínicos enquanto viaturas do SAMU atendiam ocorrências de traumas, inclusive acidentes de trânsito com vítimas presas às ferragens. Na opinião deste autor a integração, ou pelo menos, uma melhor

comunicação entre as centrais de atendimento de bombeiros e SAMU, além da utilização da regulação médica pelas unidades de SBV dos bombeiros, resolveria grande parte dos problemas descritos. Outro aspecto importante referente a integração demonstrado no trabalho é a necessidade de adequar o serviço de APH prestado pelo CBMSC à portaria nº 2.048 de 2002 do Ministério da Saúde que exige que os corpos de bombeiros militares sigam os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica às urgências do SUS. Isso porque a portaria nº 1.864 de 2003 do Ministério da Saúde faz essa exigência para que os Corpos de Bombeiros Militares estaduais continuem recebendo os valores referentes à produção ambulatorial de acordo com a tabela SIA/SUS.

A quarta hipótese, a exemplo da terceira, também figura mais como recomendação. Ela afirma que para se adequar à nova política de saúde adotada no Brasil, o CBMSC deverá implantar o suporte avançado de vida e/ou o suporte básico de vida com profissionais técnicos em enfermagem. Pois bem, como já citamos, o levantamento da legislação atual que regula o APH no Brasil demonstrou que o serviço de APH realizado pelos corpos de bombeiros militares segue um modelo de atendimento diverso do adotado pelo Ministério da Saúde. Uma forma de adequar este serviço seria a adoção do SAV pelo CBMSC a exemplo de outros Estados como Paraná, Paraíba e Rio de Janeiro. Porém se não for possível a implantação de tal serviço por motivos institucionais, o CBMSC poderia capacitar seus socorristas como técnicos em enfermagem através de convênios com instituições de educação. Isso possibilitaria uma parceria com o SAMU a fim de que as unidades de SBV do CBMSC utilizassem a regulação médica do SAMU, estando aptos a realizarem todos os procedimentos que hoje são executados pelos integrantes das unidades de SBV do SAMU. Isso traria um acréscimo de qualidade no serviço prestado pelo CBMSC e não resultaria em despesas adicionais ao Estado, pois seria uma adequação de um serviço que já existe (APH do CBMSC) a um sistema de regulação que também já existe (regulação médica do SAMU).

Em resumo, podemos dizer que a integração entre bombeiros e SAMU depende da realização de projetos de cooperação e principalmente, da boa vontade dos gestores de ambos os órgãos, buscando sempre o melhor atendimento à população.

REFERÊNCIAS

ALMOYNA, M. M.; NITSCHKE, C. S. **Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência**. SAMU, 1999, 315 p.

AQUINO, Deyse Ilsa. **Caracterização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), do município de Florianópolis/SC**. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho). Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2007.

ARRUDA, Jerúsia. Samu e Corpo de Bombeiros avaliam processo de integração. **Rede de Agência Norte**, São Paulo. 2011. Disponível em <<http://www.cisrun.saude.mg.gov.br/projeto/noticia/Samu-e-Corpo-de-Bombeiros-avaliam-processo-de-integracao-SAMU-99/>>. Acesso em: 02 abr 2012.

ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO CORPO DE BOMBEIROS E POLÍCIA MILITAR DE MINAS GERAIS. Celebração de convênio CBMMG e SAMU. Belo Horizonte, 01 dezembro 2011. Disponível em: <<http://www.ascobom.org.br/?p=4978>>. Acesso em: 02 Jul 2012.

BAPTISTA NETO, Aldo. **Análise do serviço de atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina no modelo de gestão descentralizada**. 2007. 55f. Monografia (Especialização em gestão de serviços de bombeiros). UNISUL, Florianópolis, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1986. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 18 mar 2012.

_____. **Portaria do Ministério da Saúde nº 2048**, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências. Brasília, 2002. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>>. Acesso em: 18 mar 2012.

_____. **Portaria do Ministério da Saúde nº 1.863**, de 29 de setembro de 2003. Institui a política nacional de atenção às urgências. Brasília, 2003a. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1863.htm>>. Acesso em: 27 mar 2012.

_____. **Portaria do Ministério da Saúde nº 1.864**, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território nacional. Brasília, 2003b. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1864.htm>>. Acesso em: 02 abr 2012.

_____. **Portaria do Ministério da Saúde nº 2.026**, de 24 de agosto de 2011. Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às

Urgências. Brasília, 2011. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2026_24_08_2011.html>. Acesso em: 03 abr 2012.

_____. **Portaria do Ministério da Saúde nº 824/GM**, de 24 de junho de 1999. Normatiza o atendimento pré-hospitalar e transporte inter-hospitalar no Brasil. Brasília, 1999. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0824.html>>. Acesso em: 07 abr 2012.

_____. **Manual de Regulação Médica das Urgências do Ministério da Saúde**. Brasília, 2006. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf>. Acesso em: 07 abr 2012.

CARVALHO JR., D. C. **Conhecendo o comportamento do cliente no momento de urgência/emergência através da assistência de enfermagem em serviço de atendimento pré-hospitalar**. 2002. 92f. Monografia (Pós-graduação em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

CICONET, Rosane Mortari. **Atuação e articulação das ações das equipes de suporte básico de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência com a central de regulação e as portas de entrada da urgência**. 2009. 145f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). UFRG, Porto Alegre, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Decisão 001/2001**. Dispõe sobre a regulamentação da assistência de enfermagem em atendimento pré-hospitalar e demais situações relacionadas com o suporte básico e suporte avançado de vida. Disponível em: <<http://inter.coren-sp.gov.br/node/3852>>. São Paulo, 2001. Acesso em: 02 mai 2012

_____. **Resolução COFEN nº 260/2001**. Fixa as especialidades de enfermagem. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://portalcofen.gov.br/sitenovo/resolucao>>. Acesso em: 25 mai 2012.

_____. **Resolução COFEN Nº 375/2011**. Dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/6500>>. Acesso em: 25 mai 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução cfm nº 1.671**, de 19 de julho de 2003. Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_723_RESOLUCAOACFMA nA 1.671-03.pdf>. Acesso em: 23 mai 2012.

_____. **Resolução nº 1.672**, de 09 de julho de 2003. Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/transporte-de-pacientes/Res_1672.pdf>. Acesso em: 23 mai 2012.

_____. **Resolução nº 1.246**, de 08 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1988/1246_1988.htm>. Acesso em: 23 mai 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Decisão coren-sp-dir/008/1999**. Normatiza a implementação da sistematização da assistência de enfermagem – SAE – nas instituições de saúde, no âmbito do estado de São Paulo. São Paulo, 1999. Disponível em: <<http://inter.coren-sp.gov.br/node/3857>>. Acesso em: 02 jun 2012.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SANTA CATARINA. **Resolução CREMESC Nº 028/97**. Regulamenta o Atendimento Pré-hospitalar. Florianópolis, 1997. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/orgaos_vinculados/samu/RESOLU%C3%87%C3%83O%20CREMESC%20N%C2%B0%20028-97.htm>. Acesso em: 25 mai 2012.

CORPO DE BOMBEIROS DE SANTA CATARINA. **Diretriz de Procedimento Operacional Padrão nº 02/2007**. Dispõe sobre as normas gerais de funcionamento do Serviço de Atendimento Pré-hospitalar (SvAPH) prestado pelo Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC). Florianópolis, 2007.

_____. Parceria: SAMU e Corpo de Bombeiros assinam convênio em Itajaí. Florianópolis, 2012. Disponível em: <http://www.cbm.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=615:parceria-samu-e-corpo-de-bombeiros-assinam-convenio-em-itajai-&catid=76:noticias-cbm-sc&Itemid=117>. Acesso em: 16 ago 2012.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. **Portaria 025/CBMDF/2005**. Cria e regula o serviço do militar de ligação com a regulação do SAMU. Brasília, 2005. Disponível em: <<https://www.cbm.df.gov.br/wiki/legislacao:portarias:025-29set2005>>. Acesso em: 26 mai 2012.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. de S. **Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 349p.

DISTRITO FEDERAL. **Portaria conjunta 04/2011**. Dispõe sobre o serviço de atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Brasília, 2011. Disponível em <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2011/09_Setembro/DODF%20N%C2%BA%20173%2005-09-2011/Se%C3%A7%C3%A3o01-%20173.pdf>. Acesso em: 04 mai 2012.

DUARTE, Cleci. Operação delegada entre SAMU-SP e Corpo de Bombeiros entra na fase prática. **Prefeitura de São Paulo**. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/noticias/operacao-delegada-entre-samu-sp-e-corpo-de-bombeiros-entra-na-fase-pratica/>>. Acesso em: 01 jun 2012.

FERNANDES, R. J. **Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da secretaria da saúde do município de Ribeirão Preto – SP**. 2004. 101f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-12082004-153336/pt-br.php>>. Acesso em: 02 jun 2012.

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

GONSAGA, Ricardo Alessandro Teixeira. **Comparação entre Dois Serviços de Atendimento Pré-hospitalar a Pacientes Traumatizados**. 2012. 89f. Dissertação (Mestrado em medicina). UNICAMP, Campinas, 2012. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000850178&opt=1>>. Acesso em: 02 jun 2012.

LIMA, M. A. D.; PEREIRA W. A. da P. **O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito**. 2005. 149f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia Científica**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

MARTINS, Pedro Paulo Scremin. **Atendimento Pré-hospitalar. Atribuição e responsabilidade de quem?** 2004. 264 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

NITSCKE, C. A. (Org.) Governo do Estado de Santa Catarina . Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: SAMU-192**. Florianópolis: Editora do Governo do Estado de Santa Catarina, 2003. 281p.

O'DWYER, Gisele; MATTOS, Ruben Araujo de. **O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo**. Physis – Revista da Saúde online, vol 22, n. 1, p. 141-160, Jan/fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000100008&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 jun 2012.

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.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Decreto Estadual nº 41.308**, de 15 de maio de 2008. Regula o funcionamento do serviço de atendimento móvel no estado do rio de janeiro. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em <http://www.cbmerj.rj.gov.br/legislacoes/Decretos_Estaduais/Dec_Est_N_41308.pdf>. Acesso em: 01 mai 2012

SANTA CATARINA (Estado). **Secretaria de Estado da Saúde - Plano Estadual de Atenção as Urgências**. Florianópolis, 2003. Disponível em <http://samu.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=94&Itemid=138>. Acesso em: 23 jun 2012

SCHLISCHTING, Diogo Vieira Rafael de Souza. **Estudo retrospectivo dos atendimentos pré-hospitalares na faixa etária de 0 a 14 anos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU – A região metropolitana da grande Florianópolis**. Biguacú, 2007. 95f. Monografia (Pós-graduação em enfermagem), UNIVALI, 2007.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE SANTA CATARINA. Arcajo 01 completa 500 ocorrências no BOA/CBMSC. Florianópolis, 22 novembro 2012. Disponível em: <http://samu.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=403&Itemid=485>. Acesso em: 13 jun 2012.

TROTTA, Vanessa. SAMU de Contagem firma convênio pioneiro com Corpo de Bombeiros.
DIARIO OFICIAL DE CONTAGEM, Contagem, 2011. Disponível em:
<<http://www.contagem.mg.gov.br/arquivos/doc/2765doc-e.pdf>>. Acesso em: 05 jun 2012.

ANEXO – Tabela com as principais legislações referentes ao APH no Brasil**PORTARIAS DO MS**

PORTARIA Nº 2.952, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2011 – Regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração ESPIN e institui a FN-SUS.

PORTARIA Nº 804, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2011 – Altera a descrição do tipo 42– Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência e Emergência para Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência na Tabela de Tipo de Estabelecimentos do SCNES.

PORTARIA Nº 2649, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2011 – Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.026/GM/MS, de 24 de agosto de 2011.

PORTARIA N. 2.026, DE 24 DE AGOSTO DE 2011 - Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.

PORTARIA Nº 1.600, 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).

PORTARIA Nº 2.971, DE 08 DE DEZEMBRO DE 2008 – Institui o veículo motocicleta – motolância – como integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda a Rede SAMU 192 e define critérios técnicos para sua utilização.

PORTARIA Nº 2.657, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2004 – Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192.

PORTARIA Nº 2.420, DE 9 DE NOVEMBRO DE 2004 – Constitui Grupo Técnico – GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita.

PORTARIA Nº 2.072, DE 30 DE OUTUBRO DE 2003 – Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências.

PORTARIA Nº 1.864, DE 29 DE SETEMBRO DE 2003 – Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território nacional.

PORTARIA Nº 1.863, DE 29 DE SETEMBRO DE 2003 – Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas

as competências das três esferas de gestão.

PORTARIA Nº 2.048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002 – Regulamenta o atendimento das urgências e emergências.

RESOLUÇÕES DO CFM

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.264/1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.671/2003 - Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.672/2003. Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências.

RESOLUÇÕES DO COFEN

RESOLUÇÃO COFEN Nº 225/2000 – Dispõe sobre o cumprimento de prescrição medicamentosa/terapêutica à distância.

RESOLUÇÃO COFEN Nº 260/2001 – Inclui o APH entre as especialidades de competência dos enfermeiros.

RESOLUÇÃO COFEN Nº 375/2011 – Dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido.

NORMATIZAÇÃO EM SANTA CATARINA

RESOLUÇÃO CREMESC Nº 028/97 – Regulamenta o Atendimento Pré-hospitalar

PLANO ESTADUAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS - Secretária de Estado da Saúde - 2003

DtzPOP Nrº 02/2007/BM-3/EMG/CBMSC – Diretriz Operacional Padrão que regula o serviço de APH do CBMSC.