

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

**LUIZ GUSTAVO BONATELLI**

**O SERVIÇO DE APH PRESTADO PELO CBMSC FRENTE ÀS DIRETRIZES**  
**NACIONAIS DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS**

**FLORIANÓPOLIS**

**Março 2016**

**Luiz Gustavo Bonatelli**

**O Serviço de APH Prestado pelo CBMSC frente às Diretrizes Nacionais de Atenção as  
Urgências**

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

**Orientador(a): Ten Cel BM Helton de Souza Zeferino**

**Florianópolis  
Março 2016**

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

Bonatelli, Luiz Gustavo

O serviço de APH prestado pelo CBMSC frente às Diretrizes Nacionais de Atenção as Urgências apresentada como TCC no Curso de Formação de Oficiais do CBMSC. / Luiz Gustavo Bonatelli. -- Florianópolis : CEBM, 2016.

64 p.

Monografia (Curso de Formação de Oficiais) – Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, Centro de Ensino Bombeiro Militar, Curso de Formação de Oficiais, 2016.

Orientador: Ten Cel BM Helton de Souza Zeferino, Esp.

1. Atendimento Pré-Hospitalar. 2. Diretrizes Nacionais de Atenção as Urgências. 3. Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina. I. Zeferino, Helton de Souza. II. Título.

---

Luiz Gustavo Bonatelli

O serviço de APH prestado pelo CBMSC frente as Diretrizes Nacionais de Atenção as Urgências.

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

Florianópolis (SC), 28 de Março de 2016.

---

Prof. Helton de Souza Zeferino  
Professor Orientador

---

Henrique Piovezam da Silveira  
Membro da Banca Examinadora

---

Isabel Ivanka Kretzer Santos  
Membro da Banca Examinadora

Dedico este trabalho a Deus, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades; aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional dados a mim; à minha companheira e filha de coração, pelo carinho e compreensão; aos irmãos de farda que tive a oportunidade de conviver, pela motivação e contribuição na minha formação.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por me ajudar a superar todos os obstáculos.

Aos meus pais, pelo carinho e apoio incondicional na realização desta conquista.

Aos meus colegas e amigos, pelos bons momentos proporcionados durante estes anos de convivência.

Ao meu orientador, pelo conhecimento e experiência transmitidos durante a elaboração deste trabalho.

“Quase todos os homens são capazes de suportar adversidades, mas se quiser por à prova o caráter de um homem, dê-lhe poder.”  
(Abraham Lincoln)

## RESUMO

O presente trabalho faz um estudo sobre a viabilidade de adequação do serviço de APH prestado pelo CBMSC frente as diretrizes nacionais de atenção as urgências vigentes no Brasil, a partir do histórico do APH, dos aspectos legais, de formação profissional e oportunidades e riscos para a Corporação no caso de adesão a política nacional de atenção as urgências. O método utilizado foi o hipotético-dedutivo, o objeto a Política Nacional de Atendimento às Urgências e Emergências, para obtenção dos dados foram consultados trabalhos de conclusão de cursos, legislações, artigos científicos e literaturas da área. Tal pesquisa possibilitou a verificação de adequação da Corporação frente as legislações pertinentes. Apresenta ao Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina perspectivas no caso de adesão a política nacional. Na conclusão, corrobora a primeira hipótese da pesquisa, de que o bombeiro não atende a Política Nacional de Atendimento as urgências e Emergências, e a terceira hipótese, de que é possível adequar o serviço hoje prestado pela Corporação as diretrizes nacionais. A segunda hipótese é atestada em parte, o CBMSC deveria ser regulado porém não bastaria para melhorar sua performance de atendimento.

**Palavras-chave:** Política Nacional de Atendimento as Urgências e Emergências. Atendimento pré-hospitalar. Adequação.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Fluxograma do modelo de gestão do SAMU.....	33
-----------	---	----

## LISTA DE SIGLAS

ABS – Auto Busca e Salvamento  
APAA – Assistente de Primeiros Auxílios Avançados  
APH – Atendimento pré-hospitalar  
ASE-A – Auto Socorro de Emergência Avançado  
ASE-B – Auto Socorro de Emergência Básico  
ASE-I – Auto Socorro de Emergência Intermediário  
ASE-L – Auto Socorro de Emergência Leve  
ASE-TIH– Auto Socorro de Emergência para Transporte Inter-Hospitalar  
ASU – Agente de Socorros Urgentes  
ATLS – Advanced Trauma Life Support  
BOA – Batalhão de Operações Aéreas  
CBMERJ – Corpo de Bombeiros Militar do Rio de Janeiro  
CBMs – Corpos de Bombeiros Militares  
CBMSC – Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina  
CEPAP – Centro de Educação Profissional em Atendimento Pré-Hospitalar  
CFASU – Curso de Formação de Agentes de Socorro de Urgência  
CFM – Conselho Federal de Medicina  
CIADE – Central Integrada de Atendimento e Despachos  
CREMESC – Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina  
CVS-SP – Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo  
DE – Diretoria de Ensino  
DtzPOP – Diretriz de Procedimento Operacional Padrão  
EAD – Ensino à Distância  
EMS – Emergency Medical Service  
FUMCBM – Fundo de Melhoria do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina  
GSE – Grupamento de Socorro de Emergências  
IML – Instituto Médico Legal  
ISEP – Instituto de Saúde do Estado do Paraná  
NEU – Núcleo de Educação em Urgências  
PAPH – Projeto de Atendimento Pré-Hospitalar

PCR – Parada Córdio-respiratória

PEET – Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas

PEET/PAPH-MS – Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas /Projeto de Atendimento Pré-Hospitalar / Ministério da Saúde

PNAU – Política Nacional de Atendimento as Urgências

SAES – Sistema de Assistência às Emergências em Saúde

SAMDU – Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência da Previdência Social

SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SEM – Sistema de Emergências Médicas

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SESA – Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Paraná

SESP – Secretaria de Estado de Segurança Pública

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

SIATE – Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergências

SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

SUS – Sistema Único de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

VIR – Veículo de Intervenção Rápido

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 PROBLEMA.....	13
1.2 HIPÓTESES.....	13
1.3 OBJETIVOS.....	13
1.3.1 Objetivo Geral.....	14
1.3.2 Objetivos específicos.....	14
1.4 JUSTIFICATIVA.....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR.....	15
2.1.1 No mundo.....	15
2.1.2 No Brasil.....	16
2.1.3 Em Santa Catarina.....	18
2.2 OS MODELOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NO BRASIL.....	20
2.2.1 O modelo do Grupamento de Socorro de Emergência (GSE).....	20
2.2.2 O modelo do Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE). ..	23
2.2.3 O modelo do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).....	27
2.2.4 O modelo do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina.....	33
2.3 ASPECTOS LEGAIS SOBRE O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR.....	34
3 MÉTODO.....	47
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	47
3.1.1 Sujeito ou Objeto de pesquisa.....	47
3.1.2 População-alvo ou Equipamento ou Instalação.....	47
3.1.3 Corpo de prova.....	48
3.1.4 Horizonte de tempo.....	48
3.1.5 Identificação da pesquisa.....	48
3.1.5.1 Quanto ao objeto de pesquisa.....	48
3.1.5.2 Quanto a abordagem do problema.....	48
3.1.5.3 Quanto a produção de conhecimento.....	49
3.1.6 Instrumento de pesquisa.....	49
3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	49
3.2.1 Coleta de dados.....	49
3.2.2 Sistematização e análise de dados (comparação de conceitos, não haverá análise de dados estatísticos.).....	50
4. OPORTUNIDADES E RISCOS PARA O CBMSC.....	50
4.1 OPORTUNIDADES PARA O CBMSC.....	50
4.2 RISCOS PARA O CBMSC.....	53
5 CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS.....	59

## 1 INTRODUÇÃO

Dentre as atividades desenvolvidas pelo Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC) está o serviço de atendimento pré-hospitalar (APH). Atualmente se discute muito sobre as perspectivas desta atividade.

O crescimento populacional e o desenvolvimento tecnológico dos últimos anos resultaram em um conturbado aglomerado urbano. Com essa evolução surgiram alguns problemas sociais, como a falta de infraestrutura, de mobilidade urbana e de saúde pública. Nessa conjuntura aflora a necessidade por parte da sociedade de um serviço de atendimento pré-hospitalar (CORDEIRO JUNIOR, 2014).

Essa filosofia de atendimento iniciou sua atividade no Brasil ao final da década de 80, em razão da lacuna deixada pela área da saúde. Policiais e bombeiros militares promoveram treinamentos e passaram a realizar este serviço no Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Brasília, inspirados no modelo norte- americano (BAPTISTA NETO, 2007).

Em Santa Catarina a ideia da introdução do serviço realizado por bombeiros iniciou-se em Blumenau, no ano de 1983. Mesmo com todos os esforços dos profissionais da época, tão somente em 1987 é que o serviço verdadeiramente teve seu início (OLIVEIRA, 2015).

Com o passar dos anos surgiu a necessidade por parte do Governo Federal de organizar os serviços públicos e privados de atenção às urgências, como ressalta a Portaria nº 1863/GM, de 29 de setembro de 2003:

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde de estimular a atenção integral às urgências por meio da implantação e implementação dos serviços de atenção básica e saúde da família, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências, pré-hospitalar móvel, portas hospitalares de atenção às urgências, serviços de atenção domiciliar e reabilitação integral no País (BRASIL, 2003, p.1).

Diariamente, pessoas passam mal ou sofrem acidentes e, na maioria das vezes, o suporte médico está distante de tais emergências. Por este motivo, o Sistema de Assistência às Emergências em Saúde (SAES), também conhecido por Sistema de Emergências Médicas (SEM), existe; providenciando cuidados emergenciais no local da ocorrência e durante o trajeto ao hospital (BERGERON et al, 2007).

Os socorristas integram o SEM e são definidos como tecnicamente capacitados e

habilitados para, de modo seguro, realizarem o socorro pré-hospitalar (OLIVEIRA, 2004). A qualificação desses profissionais para o atendimento do paciente em uma situação de emergência é muito importante para manter o elo do sistema. Conforme a atualização por parte do poder público sobre a necessidade de fomento, estudos foram realizados obtendo como resultado uma Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). Entretanto, o CBMSC não acompanhou esse processo de mudança das legislações específicas.

### 1.1 PROBLEMA

As vítimas de um trauma ou mal súbito não escolhem os socorristas que irão atendê-las, mas esperam que em situações de emergência real, estes profissionais estejam prontos e disponíveis.

Diante do exposto questiona-se: Em que medida, o serviço de APH do CBMSC poderá melhorar sua atuação, observando as recomendações da PNAU?

### 1.2 HIPÓTESES

Este trabalho de pesquisa analisou as seguintes hipóteses:

O CBMSC, componente da Segurança Pública, não atende a PNAU;

O CBMSC ao conduzir seus pacientes para os serviços de saúde faz parte da estrutura de saúde pública e por tal deveria ser regulado, isto bastaria simplesmente para atender ao PNAU e melhorar a sua performance.

É possível fazer uma adequação do serviço prestado hoje pelo CBMSC para atender as diretrizes nacionais sem a perda da característica de atendimento ofertado à população.

### 1.3 OBJETIVOS

Neste subtítulo o autor enuncia o que pretende alcançar com o projeto de pesquisa. Conforme Silva (2003, p.57), é a parte que deve ficar perceptível, com clareza os propósitos da pesquisa.

### **1.3.1 Objetivo Geral**

Apresentar um estudo sobre a viabilidade de adequação do serviço de APH prestado pelo CBMSC frente às diretrizes nacionais de atenção as urgências vigentes no Brasil.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- a) Rever o histórico e historificar a evolução do APH no Brasil e no CBMSC;
- b) Identificar os aspectos legais e de formação profissional que precisam ser atendidos pelo CBMSC para adequação as políticas nacionais de atenção as urgências;
- c) Apresentar as perspectivas de oportunidades e de riscos para o CBMSC no caso de adesão a política nacional de atenção as urgências.

## **1.4 JUSTIFICATIVA**

A atividade de atendimento pré-hospitalar necessita de maior atenção com relação aos aspectos jurídicos que envolvem a Política Nacional de Urgência e Emergência. A escolha do tema tem um papel relevante no contínuo aprimoramento do socorro pré-hospitalar prestado pelo CBMSC frente as mudanças na legislação e na qualidade do serviço executado.

Deseja-se nesse trabalho avaliar o serviço prestado pelo CBMSC frente a PNAU e avaliar a necessidade de realizar alterações, sempre com foco no serviço público de qualidade.

O estudo terá importância científica, visto que oferecerá subsídios para o Comando Geral do CBMSC avaliar de forma abrangente o serviço de atendimento pré-hospitalar prestado pelo profissionais da Corporação frente as novas diretrizes nacionais de atendimento as urgências e emergências, e a partir deste definir quais serão as novas metas e objetivos para esta atividade no CBMSC.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

O objeto do referencial teórico é apresentar uma retrospectiva do histórico e da

evolução do atendimento pré-hospitalar no Brasil, com ênfase ao Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina. Abordar também o modelo vigente de atuação na instituição e a legislação referente ao APH.

## 2.1 HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

### 2.1.1 No mundo

O APH originou-se da necessidade de prestar um atendimento imediato, promovendo uma resposta adequada às situações que ocorrem fora do ambiente hospitalar. A evolução do APH ocorreu juntamente com o da medicina em geral, e entre os eventos que mais desenvolveram os conceitos que hoje conhecemos estão as guerras (MARTINI; ROZOLEN JUNIOR, 2013).

Na Roma Antiga, os *Valetudinarium* eram áreas para tratamento de feridos, hospitais militares da época. No mesmo período, o Imperador Maurício elegia alguns cavaleiros para transportarem os feridos para esses hospitais. Durante o século XVI, na França, Ambroise Paré introduziu cirurgias no exército e criou técnicas de hemostasia no tratamento dos feridos com o surgimento das armas de fogo (MARTINI; ROZOLEN JUNIOR, 2013).

Mas foi em 1792 que o cirurgião Barão Dominique Jean Larrey, integrante das tropas de Napoleão, operacionalizou a ideia de um socorro prestado fora do ambiente hospitalar, juntamente com o conceito de triagem visando aumentar as chances de sobrevivência dos combatentes (BAPTISTA NETO, 2007). O cirurgião desenvolveu os princípios que atualmente são utilizados nos cuidados de emergência fora do ambiente hospitalar: acesso rápido, tratamento e estabilização, transporte imediato e cuidados durante o transporte (NITSCHKE apud MARTINS, 2004).

Dominique Jean Larrey criou as chamadas ambulâncias voadoras, que eram carroças puxadas por cavalos, leves o suficiente para deslocarem-se rapidamente, levando suprimentos até os feridos e os transportando para longe das linhas de batalha a fim de receberem um tratamento definitivo. O médico era muito respeitado até mesmo pelos inimigos, pois não fazia distinção de patente ou de qual exército pertencia o combatente,

socorria todos os feridos (MARTINI; ROZOLEN JUNIOR, 2013).

Durante a Guerra da Crimeia, 1854 a 1856, foi registrada a primeira participação da enfermagem no atendimento pré-hospitalar (PAZ, 2003). Dando sequência, em 1863 foi formada a Cruz Vermelha Internacional, com o intuito de assegurar a proteção e a assistência às vítimas de conflitos armados (CRUZ VERMELHA BRASILEIRA, 2016).

Na 1ª Guerra Mundial, houve melhorias no cuidado sanitário e na evacuação dos feridos. Na 2ª Guerra Mundial, na Guerra da Coreia e na Guerra do Vietnã, o desenvolvimento dos equipamentos médicos, técnicas, medicamentos e transporte imediato diminuíram a morbidade e a mortalidade. A partir de 1950, muito do progresso agregado nos campos de batalha foi introduzido ao meio civil, como exemplo a criação na França do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) em 1968, e na mesma década no Estados Unidos o modelo denominado Emergency Medical Service (EMS) (MARTINI; ROZOLEN JUNIOR, 2013).

### **2.1.2 No Brasil**

O início do atendimento de emergências no Brasil, ocorreu no início da República, na cidade do Rio de Janeiro então capital do país na época, por ambulâncias que foram trazidas da Europa. Em oposição ao movimento de crescimento populacional e industrialização, os recursos disponíveis para atendimento foram insuficientes (MARTINI; ROZOLEN JUNIOR, 2013).

No ano de 1893 o Senado da República aprovou uma Lei que de acordo com Baptista Neto (2007) seria o primeiro serviço de socorro público em via pública, instalado na então Capital Federal, Rio de Janeiro. Posteriormente, em 1949, implantou-se o Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência da Previdência Social (SAMDU).

O SAMDU, Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência da Previdência Social, foi o embrião do serviço de atendimento pré-hospitalar na saúde, que tinha por finalidade prestar assistência médica de urgência nos domicílios, locais de trabalho e hospitais. Este serviço foi instituído pelo Decreto nº 27.664 de 30, de dezembro de 1949.

A assistência médica domiciliar e de socorro urgente para os assegurados e beneficiários dos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões será prestada por intermédio das “comunidades de serviços”, sob a denominação de Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social[...] (BRASIL,

1949).

De acordo com o referido Decreto o serviço seria custeado através de cotização dos Institutos e Caixas, administrado por um diretor escolhido dentre os médicos efetivos, juntamente com um tesoureiro. Estes profissionais seriam designados em comissão pelo, na época, Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio. O quadro de pessoal, fixado anualmente, seria constituído por servidores efetivos dos Institutos e Caixas e por servidores contratados precariamente, mediante autorização do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

Após completar praticamente uma década da instituição do SAMDU é que o serviço foi regulamentado, através do Decreto nº 46.349, de 03 de julho de 1959.

O Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), criado pelo Decreto número 27.664, de 30 de dezembro de 1949, entidade de âmbito nacional, com sede e fôro na Capital da República, subordinado ao Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio, tem por finalidade prestar assistência médica de urgência, em ambulatórios e hospitais a esse fim destinados, bem como no domicílio ou local de trabalho, aos assegurados ativos e inativos, seus dependentes e aos pensionistas dos Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, Comerciais, Bancários, Marítimos e Empregados em Transportes e Cargos e da Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviço Público (BRASIL, 1959).

Este decreto também possibilitou a prestação de socorro inicial aos segurados acidentados no trabalho em entidades não citadas anteriormente, mediante convênio com entidades federais, estaduais, municipais e privadas, bem como a prestação de serviço médico de outra natureza, não definidos em regulamento. Para os casos citados seria necessário a autorização do Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio.

Ainda conforme o Decreto nº 46.349, de 03 de julho de 1959, o custeio era realizado pela contribuição das entidades como Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, Comerciais, Bancários, Marítimos e Empregados em Transportes e Cargos e da Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviço Público, além das rendas provenientes de convênios firmados com prefeituras, governos estaduais, entidades federais e outras. O Orçamento geral obedeceria aos princípios da unidade, universalidade e anualidade.

Conforme Mercadante (2002, p.237), este evento teve sua relevância histórica porque discorre sobre três características inéditas, são elas “o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os Institutos de Aposentadoria e Pensão; e principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência”.

Em que pese a importância descrita pelo autor, o mesmo concorda que ainda que o atendimento médico seja uma das prerrogativas dos beneficiários da previdência, as legislações da época revelam que os serviços de saúde tinham importância secundária.

Nitschke (2003) apud Martins (2004) completa ainda que por uma série de motivos, incluindo a não introdução do método de regulação médica das urgências, esta atividade foi perdendo força.

Ao final da década de 80, em razão da lacuna deixada pela área da saúde, começam a surgir os serviços de APH similares aos atuais, com a coordenação local, na sede da unidade. Policiais e Bombeiros Militares promoveram treinamentos e passaram a realizar este serviço no Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Brasília, inspirados no modelo norte-americano (BAPTISTA NETO, 2007).

Em um número reduzido de cidades onde o APH era realizado pelos Corpos de Bombeiros, iniciaram-se alguns serviços com o atendimento médico, a exemplo do que aconteceu no Rio de Janeiro, em 1986. No Estado de São Paulo foi assinada a Resolução Conjunta SS-SP-42, entre a Secretaria de Estado da Saúde e da Segurança Pública, criando o Projeto Resgate, baseado em um sistema híbrido entre os modelos norte-americano e francês. Também na cidade de Curitiba, 1992, iniciou-se uma participação conjunta da área da saúde e dos Bombeiros (MARTINI; ROZOLEN JUNIOR, 2013).

Com o passar dos anos surgiu a necessidade por parte do Governo Federal de organizar o serviço de atendimento aos traumas, sendo necessário definir se o modelo adotado no país seria semelhante ao norte-americano ou se o modelo escolhido seria o europeu, assim optou-se pelo modelo de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU):

Com o estabelecimento de uma Cooperação Técnica e Científica Franco-Brasileira, mediada pelo Ministério da Saúde e o Ministério dos Assuntos Estrangeiros na França, adotou-se por parte do Ministério da Saúde o modelo de atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), centrado na atenção pré-hospitalar móvel, orientada por médico regulador e realizada com a participação de profissionais da enfermagem, nas intervenções em casos de menor complexidade (BAPTISTA NETO, 2007).

### **2.1.3 Em Santa Catarina**

No estado, a concepção da incorporação deste serviço realizado pelos bombeiros iniciou-se em Blumenau, no ano de 1983. Contudo, somente em 1987 é que o serviço verdadeiramente foi inaugurado, com a doação de um veículo ambulância, marca Chevrolet,

modelo Caravan, doado pela Associação Comercial e Industrial de Blumenau (OLIVEIRA, 2015).

De acordo com Cordeiro Junior (2014), várias cidades implantaram o serviço com a criação, em 1990, do Programa de Enfrentamento às Emergências e traumas (PEET). O programa foi dividido em: projeto de prevenção ao trauma, atendimento pré-hospitalar, atendimento hospitalar e o de reabilitação física e psicológica. Coube as Organizações de Bombeiro Militares a vertente do Projeto de Atendimento Pré-Hospitalar (PAPH) (OLIVEIRA, 2015).

Um dos níveis do PEET, o PAPH, foi responsabilizado aos Corpos de Bombeiros que tornaram-se executores do APH às emergências e traumas no âmbito público. Após o lançamento do PEET/PAPH, 21 bombeiros militares se formaram no Curso de Formação de Agentes de Socorro de Urgência (CFASU) (CARVALHO JR apud MARTINS, 2004).

Baseado na proposta de formar socorristas, técnicos em emergências médicas e paramédicos, foram ministrados diversos CFASU e um curso de técnicos em emergências médicas, contudo o projeto não evoluiu devido a resistência da classe médica, não havendo formação de paramédicos. Em 1998 o curso de assistente de primeiros auxílios avançados (APAA) é traduzido pelos bombeiros catarinenses, tornando-se o curso de atendimento pré-hospitalar básico (APH-B) (MARTINS, 2004).

Com o Plano Estadual de Atenção às Urgências / Atenção Móvel, de 2004, é criado o Sistema de Atenção às Urgências através do SAMU nos municípios e regiões de todo o Estado de Santa Catarina.

O SAMU está organizado em Central de Regulação Médica de Urgência, de abrangência municipal ou regional, e as Unidades Móveis (Ambulâncias de Suporte Básico de Vida e Ambulâncias de Suporte Avançado de Vida), atuando em conjunto com outras instituições. A proposta de organização coloca o Estado como organizador e orientador das relações entre os demais atores do sistema de saúde (SANTA CATARINA, [2004?]).

Os investimentos iniciais que deram origem ao SAMU, referentes à construção e adaptação das centrais de regulação e alojamentos das equipes de suporte avançado, foram de responsabilidade do Estado, bem como as equipes de suporte básico foram de responsabilidade dos municípios, organizados em macrorregião. Os equipamentos de instalação das Centrais de Regulação e as Unidades Móveis, tanto de suporte básico de vida quanto de suporte avançado de vida, em fase inicial, foram fornecidos pelo Ministério da

Saúde. Os demais equipamentos e materiais não fornecidos pelo Ministério da Saúde seriam adquiridos, conforme Comissão Intergestora Bipartite, pelas secretarias estaduais ou municipais de saúde (SANTA CATARINA, [2004?]).

Com relação ao custeio, para as unidades de suporte básico os recursos serão provenientes do Ministério da Saúde e dos municípios, as contrapartidas municipais serão pactuadas entre os municípios, sob coordenação do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina. Para as unidades de suporte avançado de vida e as centrais de regulação o custeio será de responsabilidade do Estado (SANTA CATARINA, [2004?]).

A partir de 2012, o SAMU no Estado passou a ser responsabilidade da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM).

## 2.2 OS MODELOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NO BRASIL

### 2.2.1 O modelo do Grupamento de Socorro de Emergência (GSE)

O 1º Grupamento de Socorro de Emergência (GSE) do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ) foi criado em 1985, a princípio com a missão de prestar atendimento pré-hospitalar em via e logradouros públicos da cidade do Rio de Janeiro, transportando pacientes com segurança e cuidado até os hospitais públicos de referência da região (NERY, 2011).

O Programa de Atendimento de Emergência em vias públicas foi criado pelo Decreto nº 9.053, de 09 de julho de 1986, o qual designou à Corporação a função de operacionalização, conforme previsão no texto: “ Para fins de operacionalização do Programa, o Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro criará o Grupo de Socorro de Emergência composto por pessoal efetivo de seu quadro” (RIO DE JANEIRO, 1986).

A característica marcante desta instituição ao longo dos anos foi o pioneirismo, seguido pela busca por inovação tecnológica e capacitação profissional (RIO DE JANEIRO, 2010). Em 1988, foram registradas as primeiras atuações de profissionais do GSE em aeronaves multimissão. O grupamento foi também um dos primeiros a realizar transporte aeromédico de pacientes, após a chegada do primeiro helicóptero ao CBMERJ, em 1990. No ano de 1992, investiu-se na capacitação de seus militares por meio de criação da Seção de

Ensino e Treinamento e da Seção de Estatística (NERY, 2011).

Ainda no mesmo ano, o GSE foi a primeira unidade do CBMERJ a empregar mulheres, médicas e enfermeiras. Elas fizeram parte da primeira turma de oficiais feminino atuantes no atendimento pré-hospitalar. O pioneirismo se estendeu à capacitação em 1997, quando o grupamento formou a 1ª turma de Técnicos de Emergências Médicas, com o objetivo de tripular ambulâncias de suporte básico de vida, regulados pela central de operações, o que naquela época permitiu expandir a capacidade de atendimento à população (RIO DE JANEIRO, 2010).

Em 2007, o CBMERJ assumiu a gestão e atendimento de algumas Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Para isso criou-se um novo departamento, também parte do GSE, para a realização deste trabalho. Assim, o serviço inicial passou a ser conhecido como 1º GSE, responsável pelo atendimento pré-hospitalar móvel, enquanto o 2º GSE respondia pelo atendimento pré-hospitalar fixo. Outra novidade foi a integração com o serviço do SAMU na capital fluminense (RIO DE JANEIRO, 2010).

Esta nova missão da Corporação foi instituída pelo Decreto nº 41.308, de 15 de maio de 2008, assim descrita:

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).

O Grupamento conta com uma equipe multidisciplinar, tanto para atendimento a população externa como também aos militares que apresentam demandas inerentes ao serviço, formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, farmacêuticos e assistentes sociais. A responsabilidade pela educação continuada, por meio de cursos, treinamentos e simulações, é do Centro de Ensino e Aperfeiçoamento no Atendimento Pré-Hospitalar (CEPAP) (NERY, 2011).

O Centro de Ensino foi criado através da Portaria CBMERJ nº 316, de 10 de fevereiro de 2004, ativado sem aumento de despesas, subordinado a Diretoria Geral de Ensino e Instrução e funcionando provisoriamente nas instalações do 1º GSE, conforme texto a

seguir:

Art. 1º - Criar e ativar, sem aumento de despesa e em caráter provisório, na estrutura do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, o Centro de Educação Profissional em Atendimento Pré-Hospitalar (CEPAP).

Parágrafo Único - O CEPAP tem a missão de capacitar profissionalmente e reciclar os Bombeiros Militares do CBMERJ, militares de organizações coirmãs e os membros das comunidades em geral, na área de socorro pré-hospitalar de emergência, através de cursos nos níveis básicos, técnico e tecnológico (CBMERJ, 2004).

Segundo a página eletrônica da instituição, dentre os cursos fornecidos no CEPAP estão o de formação de socorrista e o de especialização para técnico de enfermagem em atendimento pré-hospitalar. Para o curso de formação de socorrista o aluno é habilitado a auxiliar as equipes especializadas no ambiente pré-hospitalar móvel, capacitação fornecida aos militares do CBMERJ e de outras forças que não tenham capacitação prévia na área da saúde. O curso possui uma carga horária de aproximadamente 720 horas durante 4 meses de instrução.

O conteúdo programático foi dividido em eixos disciplinares, assim descritos: história e organização do sistema de saúde no Brasil e saúde ocupacional; conhecimentos básicos em anatomia e fisiologia; conhecimentos específicos das patologias clínicas e cirúrgicas; regulamentações e fluxogramas operacionais em APH; interface entre APH e as demais modalidades de salvamento; estágio prático nas viaturas.

O curso de especialização para técnico de enfermagem em atendimento pré-hospitalar visa habilitar o aluno no auxílio as equipes especializadas ou atuando como chefe de guarnição de socorro no ambiente pré-hospitalar móvel. Possui uma carga horária de aproximadamente 1005 horas durante 5 meses de instrução.

Os conteúdos gerais abordados incluem os mesmos do curso de socorrista. Já com relação aos eixos disciplinares específicos são três: Suporte à vida, Abordagem à urgência hospitalar I e Abordagem à urgência hospitalar II. Cada um dos três eixos abordará as seguintes temáticas, de acordo com o nível de exigência: socorro de urgência no ambiente pré-hospitalar; morfofisiologia humana; reconhecimento, avaliação e abordagem nas situações de urgência; educação e processo de trabalho na atenção à urgência pré-hospitalar; estágio supervisionado).

Para a gestão dos recursos humanos, especificamente da atividade fim, existem duas seções administrativas: Divisão Médica e Divisão de Enfermagem. A Divisão Médica gerencia e fiscaliza as escalas de serviço dos oficiais médicos que trabalham nas viaturas

avançadas, centros de recuperação de afogados e central de regulação médica. A Divisão de Enfermagem, por sua vez, é responsável pela escala dos oficiais enfermeiros e auxiliares de guarnição, os quais atuam nas viaturas avançadas, intermediárias, básicas e viaturas especializadas, como as de transporte de neonatal e gestante (RIO DE JANEIRO, 2010).

No que se refere as operações terrestres as ambulâncias são divididas em Auto Socorro de Emergência Leve (ASE-L), Auto Socorro de Emergência Avançado (ASE-A), Auto Socorro de Emergência para Transporte Inter Hospitalar (ASE-TIH), Auto Socorro de Emergência Intermediário (ASE-I) e Auto Socorro de Emergência (ASE-B) (RIO DE JANEIRO, 2010).

A ASE-L, composta por um oficial médico e um praça condutor, tem como função apoiar operacionalmente as viaturas ASE-I e ASE-B, visto que permite realizar o suporte básico e avançado de vida. As viaturas ASE-A e ASE-TIH, compostas por um oficial médico, um praça técnico de enfermagem e um praça condutor, também permitem realizar o suporte básico e avançado de vida. A ASE-I realiza o suporte básico de vida compatível com o grau de formação da guarnição, que é composta por um oficial enfermeiro, um praça técnico de enfermagem e um praça condutor. Por último, a ambulância ASE-B também realiza o suporte básico de vida compatível com o grau de formação da guarnição, que é composta por dois praças técnicos de enfermagem e um praça condutor (RIO DE JANEIRO, 2010).

### **2.2.2 O modelo do Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE)**

O Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE), foi criado através de uma parceria entre a Secretaria de Estado de Segurança Pública (SESP), Instituto de Saúde do Estado do Paraná (ISEP) e a Prefeitura Municipal de Curitiba, através de Termo de Cooperação Técnica, sendo o primeiro sistema do gênero implantado no Brasil, servindo como referência para os demais Estados da Federação (PARANÁ, 2016).

Através da Portaria Interministerial nº 18, de 25/05/1987, foi implantado um projeto piloto de atendimento ao trauma da região metropolitana de Curitiba, denominado Projeto Piloto de Atenção ao Acidentado de Tráfego. De acordo com Parolin (1999) “tal projeto levou à necessidade de dimensionar o problema, quantificando e qualificando os acidentes de trânsito e o atendimento prestado às vítimas em espaço urbano”.

Ainda segundo a autora, as informações utilizadas foram coletadas dos dois prontos-socorros da cidade de Curitiba que eram responsáveis pelo atendimento de grande parte das vítimas de acidente de trânsito. Tais informações foram complementadas pelos dados do Departamento de Trânsito, Polícia Rodoviária, Polícia Civil e Instituto Médico Legal.

Assim, definido o perfil do projeto a ser executado, em março de 1990 assinou-se o convênio de cooperação técnica para implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar, entre a Secretaria Estadual de Saúde (SESA), a Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Estadual de Segurança Pública (SESP). E em maio do mesmo ano iniciaram as atividades do SIATE, ainda em fase experimental. Até o ano de 1994 o serviço esteve disponível somente na capital paranaense, a partir do ano de 1995 passou a ser visto pelo Governo do Estado da época como um processo estratégico, fomentando o processo de interiorização. (ACCIOLY, 2016).

Com a necessidade de interiorização do novo modelo de APH o serviço passou por um processo de normatização e padronização, para suprir esta carência criou-se o Manual de Normas Técnicas do SIATE Paraná, composto de sete volumes assim distribuídos: Volume I - composição, estrutura e funcionamento; Volume II – manual de procedimentos assistenciais e rotinas operacionais; Volume III – especificações técnicas de veículos, materiais e equipamentos; Volume IV – manual de desenvolvimento de recursos humanos; Volume V – manual do sistema de informações; Volume VI – manual de normas de vigilância sanitária aplicadas ao SIATE-PR; Volume VII – manual de hierarquização da rede de serviços da saúde integrada ao SIATE-PR (SIATE, [1990]).

O atendimento do SIATE é exclusivo ao trauma, sua missão é prestar o socorro de emergência às vítimas de acidentes ocorridos em vias e logradouros públicos e ambientes profissionais e domiciliares, garantindo o suporte básico e avançado de vida, e transportá-las para os hospitais de referência integrados ao sistema (ACCIOLY, 2016).

De acordo com o Manual de Normas Técnicas do SIATE-PR volume I ([1990]), a operacionalização do serviço será da seguinte maneira:

O SIATE deverá ser operado por bombeiros, especialmente preparados para atuarem como socorristas, orientados à distância por um médico lotado na Central de Operações do Corpo de Bombeiros. Esta central é acionada pelo telefone 193, recebe a solicitação de socorro, localiza e qualifica o evento e despacha a ambulância adequada, acompanha ou não de outro(s) veículo(s) do Corpo de Bombeiros.

Inicialmente, cabe ao médico do serviço triar os chamados que envolvam vítimas,

colher maiores informações sobre as mesmas, passar essas informações aos socorristas na viatura (via rádio), e avaliar a necessidade ou não de deslocamento de um médico para coordenar o trabalho no local, tendo em vista a gravidade e magnitude da ocorrência.

Constituem-se como componentes básicos do SIATE:

- 2.1. Sistema de Comunicação;
- 2.2. Recursos Humanos;
- 2.3. Recursos Materiais: ambulâncias, materiais e equipamentos;
- 2.4. Serviços de Apoio: almoxarifado, lavagem e esterilização de materiais, manutenção de veículos e equipamentos;
- 2.5. Rede hospitalar hierarquizada;
- 2.6. Sistema de Informação e Controle (SIATE, [1990]).

O assunto recursos humanos é abordado no Manual de Normas Técnicas do SIATE-PR volume IV, que divide a qualificação profissional em seis níveis: Agente de Socorros Urgentes, Socorristas, Técnicos em Emergências Médicas, Paramédicos, Enfermeiros e Médicos.

De acordo com a respectiva normatização, os Agentes de Socorros Urgentes (ASU) são profissionais com maior probabilidade de presenciar situações de emergência atuando com o suporte básico de vida. São exemplos desta categoria os policiais civis e militares, motoristas de coletivos, professores e profissionais de saúde não vocacionados ao atendimento inicial de emergência. Os Agentes de Socorros Urgentes são formados na comunidade, por iniciativa de instituições que solicitam ao SIATE a formação de Multiplicadores de Agentes de Socorros Urgentes, composto por dez períodos de quatro horas (SIATE, [1990]).

Os Socorristas são profissionais habilitados para efetuarem o suporte básico de vida e credenciados para integrar a guarnição de ambulâncias do serviço de atendimento pré-hospitalar. Fazem intervenção não invasiva sob supervisão médica direta ou à distância, fazendo uso de materiais e equipamentos especializados. No Paraná, o Curso de Formação de Socorristas acha-se oficializado junto à Diretoria de Ensino (DE) da Polícia Militar do Estado, nos moldes propostos, testados e aprovados pela Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos do SIATE- Curitiba. Para a matriz curricular contida neste volume a carga horária prevista seria de 548 horas/aula, contudo no volume II do mesmo manual o previsto seria no mínimo 450 horas/aula (SIATE, [1990]).

Técnico em Emergência Médica, profissional de nível técnico, habilitado para o suporte básico de vida e, além da intervenção conservadora no atendimento do traumatizado, estaria apto a realizar determinados procedimentos invasivos sob prescrição médica. Em uma proposição teórica, seria o profissional qualificado como Auxiliar de Enfermagem e

Socorrista. Ressalta-se porém, que não passa de uma proposição teórica, como dito anteriormente, visto que atualmente no Brasil carece de uma oficialização (SIATE, [1990]).

O Paramédico, profissional de nível universitário, habilitado para o exercício da Medicina de Emergência a nível pré-hospitalar, credenciado inclusive para realizar procedimentos invasivos. No Brasil não está oficializada esta profissão. Médicos e Enfermeiros possuem identidades profissionais perfeitamente conhecidas e dispensam apresentações. Segundo Parolin (1999) a formação e treinamento médico, no que tange ao atendimento ao trauma e principalmente no Pré-Hospitalar, está baseada no Advanced Trauma Life Support (ATLS), curso gerenciado pelo Colégio Americano de Cirurgias.

Segundo o Manual de Normas Técnicas do SIATE-PR volume I, mais especificamente o capítulo que trata dos recursos materiais, os modelos padronizados dos veículos de emergência correspondem a prestação do suporte básico de vida, quando operados somente pelos socorristas, e suporte avançado de vida, quando operados conjuntamente com o médico. Há ainda um veículo de transporte exclusivo do médico plantonista, utilizado para levá-lo aos locais das ocorrências.

A experiência acumulada na produção do Manual de Normas Técnicas do SIATE-PR volume III, permitiu estabelecer uma frota de serviço destinada ao atendimento composta por veículos de distintos tipos, passíveis de se combinarem em comboio para atuação sinérgica em casos específicos, a saber: Ambulância de Suporte Básico de Vida – Tipo I, Ambulância de Suporte Básico de Vida – Tipo II, Ambulância de Apoio Médico, Unidade de Suporte Avançado de Vida, Veículo de Resgate (ABS – Auto Busca e Salvamento) e outros veículos, como helicópteros e embarcações.

A Ambulância de Suporte Básico de Vida – Tipo I fornece condições para a atuação de dois socorristas, com ou sem a participação médica, e o transporte de uma vítima. Ambulância de Suporte Básico de Vida – Tipo II fornece condições para a atuação de três socorristas, com ou sem a participação médica, e o transporte de até duas vítimas. A Ambulância de Apoio Médico auxilia no deslocamento do Médico do SIATE até a cena do acidente, para atividades assistenciais e de supervisão da equipe de socorristas. O Auto Busca e Salvamento (ABS) compreende os veículos convencionais dos Corpos de Bombeiros, com equipamentos destinados a resgatar vítimas em locais de difícil acesso, presas em ferragens ou sob escombros (SIATE, [1990]).

Embora há muitos fatores a serem analisados no dimensionamento de uma frota

para o atendimento adequado da população, o Manual de Normas Técnicas do SIATE-PR volume III ([1995], p. 12) define:

O dimensionamento da frota adequada a um determinado serviço de atendimento pré-hospitalar resulta de uma equação com muitas variáveis: geografia, topografia, malha viária, densidade de tráfego, população da área abrangida, incidência de eventos em número e gravidade, etc, refletem-se neste cálculo. Entretanto, a experiência acumulada até o momento permite sugerir, como parâmetro geral a ser adequado às diferentes realidades, que a frota de atendimento pré-hospitalar deva conter, em princípio, por módulo populacional:

- No mínimo 2 (duas) Ambulâncias de Suporte Básico de Vida - Tipo I para qualquer módulo populacional (uma em reserva);
- 3 (três) Ambulâncias de Suporte Básico de Vida para cada módulo de até 400.000 habitantes;
- 1 (uma) Ambulância de Apoio Médico para cada módulo de até 800.000 habitantes;
- 1 (um) Auto Busca e Salvamento (ABS) para cada módulo de até 400.000 habitantes.

O volume referência ainda cita um descritivo técnico dos veículos assistenciais, desde características gerais do veículo, como chassi, motor, direção, transmissão, até o design interno e externo, equipamentos, materiais e medicamentos.

A Lei 16.575, de 28 de setembro de 2010, constitui os órgãos de execução da Polícia Militar do Estado do Paraná em duas naturezas: de Polícia Militar e de Bombeiro Militar. Quanto ao Corpo de Bombeiros, um dos órgãos que compõe o Comando é a Coordenadoria Estadual do SIATE. Esta incumbe-se da direção, controle, coordenação e planejamento dos recursos empregados no SIATE (PARANÁ, 2010).

### **2.2.3 O modelo do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) é um serviço de atendimento médico brasileiro, utilizado em casos de emergência. Foi idealizado na França, em 1986 como “Service d'Aide Médicale d'Urgence”, que faz uso da mesma sigla (BRASIL, 2016).

O modelo francês nasceu da necessidade identificada pelos médicos responsáveis pelo atendimento às urgências que, tanto nos casos clínicos quanto no trauma, as medidas terapêuticas fossem iniciadas no local, possibilitando maiores chances de sobrevivência e redução de sequelas (SANTA CATARINA, [2004?]).

O Ministério da Saúde lançou, em 2003, a Política Nacional de Urgência e Emergência com o intuito de estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no país. Desde a publicação da portaria que instituiu essa política, o objetivo foi o de integrar a atenção às urgências. O primeiro SAMU implantado no Brasil foi na cidade de Campinas, através do médico coordenador José Roberto Hansen (BRASIL, 2016).

Para Machado, Salvador e O'Dwyer (2011, p.3) “a construção da política federal envolveu três momentos principais: 1998 a 2002, primeiras iniciativas de regulamentação; 2003 a 2008, formulação e implantação da PNAU, com priorização do SAMU; e a partir do final de 2008, continuidade do SAMU e implantação de Unidades de Pronto Atendimento .

O primeiro momento, 1998-2002, foi caracterizado pela emissão de normas importantes para a implantação dos sistemas estaduais e publicação das primeiras portarias voltadas para o atendimento pré-hospitalar, como a Portaria nº 824/99, que aprova a normatização do atendimento pré-hospitalar; a Portaria nº 814/01, que estabelece conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências e a normatização dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgências já existentes, bem como dos que viessem a serem criados no país; e a Portaria nº 2048/02, que regulamenta o atendimento dos sistemas estaduais de urgência e emergência, estabelece seus princípios e diretrizes, define normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos hospitais de urgência (MACHADO, SALVADOR, O'DWYER, 2011).

Ainda que não existisse uma política nacional estruturada debates subsidiaram sua formulação, como as discussões sobre experiências internacionais, de municípios específicos , do Corpo de Bombeiros e Conselhos profissionais (MACHADO, SALVADOR, O'DWYER, 2011).

O segundo momento, 2003 a 2008, foi marcado pela formulação da PNAU e pelo destaque na agenda governamental da estratégia do SAMU, a ser implantado como primeiro componente dessa política. Destaque para a construção das regras nacionais relativas ao SAMU e a instituição de mecanismos de financiamento específicos (MACHADO, SALVADOR, O'DWYER, 2011).

A Portaria nº 1864, de 29 de setembro de 2003, instituiu o componente pré-hospitalar móvel da PNAU, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro, conforme trecho a seguir:

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).

Define, ainda, parâmetros de elucidação do serviço, recursos para capacitação junto aos Núcleos de Educação em Urgências, recursos para as estruturas físicas e despesas de custeio de responsabilidade tripartite, entre a União, Estados e Municípios (SANTA CATARINA, [2004?]).

No modelo brasileiro, adotaram-se dois tipos principais de ambulâncias: as de suporte básico, composta por um motorista e um técnico de enfermagem, para casos sem risco imediato de vida sempre sob orientação dos médicos das centrais; e as de suporte avançado, composta por motorista, médico e enfermeiro, para situações de risco iminente de vida. A ideia do socorrista foi retirada da estratégia brasileira do SAMU por encontrar resistência em alguns conselhos profissionais (MACHADO, SALVADOR, O'DWYER, 2011).

A Portaria nº 2048, de 05 de novembro de 2002, indica que o atendimento pré-hospitalar móvel deve ser vinculado a uma Central de Regulação com equipe e frota de veículos compatíveis as necessidades.

Quanto a equipe de profissionais há previsão de duas classes: os profissionais oriundos da área da saúde, os quais são pertencentes Coordenador do Serviço, Responsável Técnico, Responsável de Enfermagem, Médicos Reguladores, Médicos Intervencionistas, Enfermeiros Assistenciais, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem; e os profissionais não oriundos da saúde, os quais são pertencentes Telefonista, Rádio Operador, Condutor de veículos de urgência, profissionais responsáveis pela segurança e Bombeiros Militares (BRASIL, 2002).

Conforme a mesma Portaria, ambulâncias são veículos, terrestre, aéreo ou aquaviário, que se destinam exclusivamente ao transporte de enfermos. São classificadas em:

TIPO A – Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo;

TIPO B – Ambulância de Suporte Básico: 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, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino;

TIPO C - Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas);

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

TIPO E – Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil – DAC;

TIPO F – Embarcação de Transporte Médico: veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade (BRASIL, 2002).

No que tange a tripulação, 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, os profissionais devem ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgência (BRASIL, 2002). Sendo assim, as ambulâncias devem ser tripuladas com a seguinte composição:

Ambulância do Tipo A: 2 profissionais, sendo um o motorista e o outro um Técnico ou Auxiliar de enfermagem;

Ambulância do Tipo B: 2 profissionais, sendo um o motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem;

Ambulância do Tipo C: 3 profissionais militares, policiais rodoviários, bombeiros militares, e/ou outros profissionais reconhecidos pelo gestor público, sendo um motorista e os outros dois profissionais com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida;

Ambulância do tipo D: 3 profissionais, sendo um motorista, um enfermeiro e um médico;

Aeronaves: o atendimento feito por aeronaves deve ser sempre considerado como de suporte avançado de vida e para os casos de atendimento pré-hospitalar móvel primário não traumático e secundário, deve contar com o piloto, um médico, e um enfermeiro; e para o atendimento a urgências traumáticas em que sejam necessários procedimentos de salvamento, é indispensável a presença de profissional capacitado para tal;

Embarcações: a equipe deve ser composta 2 ou 3 profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/ técnico de enfermagem em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida (BRASIL, 2002).

Para a certificação inicial dos profissionais a presente legislação propõe temas, conteúdos, habilidades e cargas horárias mínimas. Os profissionais não oriundos da área de saúde, em especial os Profissionais da Área de Segurança, Bombeiros e Condutores de veículos de urgência do Tipo B, C e D, possuem um conteúdo programático previsto de 200 horas. Já os profissionais oriundos da área da saúde, em especial os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, possuem um conteúdo programático previsto de 154 horas (BRASIL, 2002).

Em Santa Catarina, o SAMU é um serviço de saúde desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde, em parceria com o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais de

Saúde organizadas macrorregionalmente. Responsável pelo componente Regulação dos Atendimentos de Urgência, pelo Atendimento Móvel de Urgência da Região, e pelas transferências de pacientes graves da região. Faz parte do sistema regionalizado e hierarquizado, capaz de atender, dentro da região de abrangência, todo enfermo, ferido ou parturiente em situação de urgência ou emergência, e transportá-los com segurança e acompanhamento de profissionais da saúde até o nível hospitalar do Sistema. Além disto intermedia, através da central de regulação médica das urgências, as transferências inter-hospitalares de pacientes graves, promovendo a ativação das equipes apropriadas e a transferência do paciente (SANTA CATARINA, 2016).

O Plano Estadual de Atenção às Urgências / Atenção Móvel tinha como objetivo geral criar o Sistema de Atenção às Urgências através do SAMU, suas Centrais de Regulação e seus Núcleos de Educação em Urgência, em municípios e regiões de todo o Estado de Santa Catarina. De acordo com o Plano Estadual seriam parte dos objetivos:

- Implantar a primeira etapa do Projeto de Reorganização da Atenção às Urgências e Emergências do Estado de Santa Catarina, com o componente da Atenção Pré-hospitalar Móvel e com as centrais de regulação das urgências;
- Implantar o Suporte de Vida Avançado no transporte inter-hospitalar;
- Implantar os Serviços de Atendimento Móvel de urgência (SAMU – 192) regionalmente;
- Criar o Sistema de Atenção às Urgências;
- Implantar o Núcleo de Educação em Urgência para o Estado de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2004).

A Comissão Intergestores Bipartite, através da Deliberação nº 10, de 10 de março de 2004, aprovou o Plano Estadual de Atenção às Urgências / Atenção Móvel com a seguinte proposta: 56 Unidades de Suporte Básico, 18 Unidades de Suporte Avançado, 6 Centrais de Regulação Regionais e uma Regulação de âmbito estadual (SANTA CATARINA, 2004). A cidade de Chapecó foi a primeira em Santa Catarina a receber o SAMU, em outubro de 2005, e no mês seguinte foi a vez da capital, Florianópolis.

Atualmente a administração do SAMU em Santa Catarina é de responsabilidade de uma Organização Social, a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), fato este que se iniciou no ano de 2012 com a aprovação da Deliberação nº 054/CIB/12 (SANTA CATARINA, 2012).

Hoje, o SAMU dispõe de 102 unidades móveis de suporte básico de vida, que contam com equipamentos básicos e atendem casos de menor complexidade, composta por uma equipe com técnico de enfermagem e motorista socorrista. Possui 23 unidades móveis de

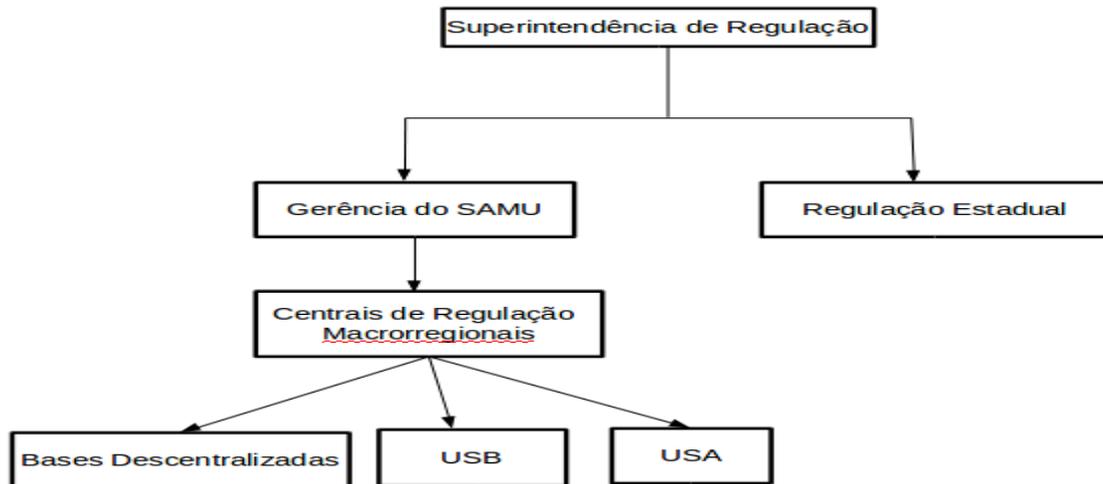
suporte avançado de vida, distribuídas em 22 bases e mais 6 unidades reservas (SANTA CATARINA 2015), que são responsáveis pelo atendimento de casos de maior complexidade e, por isso, além do material básico exigem no mínimo uma incubadora para transporte, um aspirador cirúrgico para ambulância, um respirador a volume, um monitor multiparâmetros, um oxímetro digital e bomba de infusão para seringas, além de todo o material para imobilização e medicamentos de cuidados intensivos. A equipe é formada por enfermeiro, médico e motorista socorrista (SPDM, 2011).

Compõe, ainda, as viaturas do SAMU os Veículos de Intervenção Rápida (VIR), 4 caminhonetes que são compostas de equipe médica e materiais de suporte avançado à vida, utilizadas principalmente para chegar a locais de difícil acesso, caso em que as ambulâncias normais levariam um tempo maior. E 2 helicópteros, em convênio com o CBMSC, utilizados em atendimentos de difícil acesso, com necessidade de remoção rápida ou de longas distâncias. A equipe é formada por Enfermeiro e Médico do SAMU e demais componentes de Pilotos e Copilotos das instituições parceiras (SPDM, 2011).

As Centrais de Regulação, locais que recebem todos os chamados de urgência e emergência, acompanham o atendimento, fornecem apoio as equipes e direcionam o paciente para uma instituição de saúde, estão localizadas em: Balneário Camboriú, Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joaçaba, Joinville e Lages (SPDM, 2011).

De acordo com a estrutura atual, Novo Modelo de Gestão, o sistema cobre 100% dos municípios catarinenses, ficando a cargo da Secretaria de Estado da Saúde a gestão da Superintendência de Regulação, Regulação Estadual e Gerência do SAMU. As bases descentralizadas, as unidades de suporte avançado a vida e as Centrais de Regulação Macrorregionais ficaram sob responsabilidade da SPDM. Por fim, as unidades de suporte básico sob a gestão das Secretarias Municipais de Saúde (SANTA CATARINA, 2015).

Figura 1: Fluxograma do Modelo de Gestão do SAMU



Fonte: (SANTA CATARINA, 2015).

#### 2.2.4 O modelo do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina

O itinerário percorrido pelo serviço de atendimento pré-hospitalar concentrou-se em dois diferentes modelos: o Norte-Americano, baseado no conceito load and go, traduzido como estabilizar e transportar, consiste em acessar a vítima, realizar técnicas de estabilização e conduzi-la o mais rápido possível para o local de tratamento definitivo adequado. E o Francês, baseado no conceito stay and treat, traduzido como ficar e tratar, consiste em oferecer um tratamento médico na cena da ocorrência (BAPTISTA NETO, 2007).

O modelo precursor do APH no Brasil e que foi adotado pelo CBMSC é o Norte-Americano, conforme relata Cordeiro Junior (2014, p.22): “A escola Norte Americana serviu de base e inspiração para a criação do APH brasileiro no final da década de 1980, através do PEET/PAPH/MS e o treinamento de multiplicadores de conhecimentos dos Corpos de Bombeiros Militares (CBMs)”.

O serviço de atendimento pré-hospitalar divide-se em suporte básico (SBV) ou avançado de vida (SAV). O SBV caracteriza-se pela realização de medidas simples, manobras não invasivas e eficazes de atendimento as funções vitais do paciente evitando o agravamento,

ou seja, não se aplicam procedimentos de suporte ventilatório e circulatório como, por exemplo, acesso venoso ou intubação orotraqueal. No SAV, por sua vez, esses procedimentos invasivos são realizados, fazendo-se presente uma equipe de médicos ou enfermeiros (ROCHA, 2011).

No âmbito do CBMSC a competência para este serviço é baseado no SBV, conforme a Diretriz de Procedimento operacional Padrão (DtzPOP) nº 02/2010/BM-3/EMG/CBMSC:

Reduzir, através da implantação e operacionalização do serviço de APH, o número de mortes e/ou seqüelas decorrentes da falta de intervenção imediata no local do acidente, promovendo o suporte básico de vida dos pacientes e seu transporte adequado, rápido e assistido a unidade hospitalar própria para complexidade do atendimento exigido (CBMSC, 2010).

Cordeiro Junior (2014) cita a importância da parceria realizada entre o CBMSC e a Secretaria de Estado de Saúde (SES) no serviço de atendimento pré-hospitalar em nosso estado, através do atendimento aéreo prestado pelo Batalhão de Operações Aéreas (BOA), realizando o SBV e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) realizando SAV.

Com a emancipação ocorrida em 2003, as instalações do CBMSC passaram de 37 para 87 municípios nos 4 anos seguintes. (BAPTISTA NETO, 2007). No ano de 2014, de acordo com o relatório de imprensa publicado no site do CBMSC, a instituição registrou 108.739 ocorrências na área de APH. (CBMSC, 2015). E, atualmente, são 123 Organizações de Bombeiro Militar que prestam o serviço (OLIVEIRA, 2015).

## 2.3 ASPECTOS LEGAIS SOBRE O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

A Constituição Federal é a legislação mais antiga a qual imputou ao bombeiro uma atribuição legal. Em um primeiro momento não há de forma explícita a atribuição para o serviço de APH.

Art. 144. A segurança pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio, através dos seguintes órgãos:

I – polícia federal;

II – polícia rodoviária federal;

III – polícia ferroviária federal;

IV – polícias civis;

V – polícias militares e corpos de bombeiros militares.

§ 5º Às polícias militares cabem a polícia ostensiva e a preservação da ordem pública; aos corpos de bombeiros militares, além das atribuições definidas em lei, incumbe a execução de atividades de defesa civil (BRASIL, 1988).

Em Santa Catarina, o esclarecimento quanto a esta competência surge na Constituição Estadual de 1989, alterada pela Emenda Constitucional nº 33, com a seguinte redação: “realizar os serviços de prevenção de sinistros ou catástrofes, de combate a incêndio e salvamento de pessoas e bens e o atendimento pré-hospitalar.” (SANTA CATARINA, 2003).

No Brasil, a primeira referência formal partiu do Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Para Eid e Damasceno (2013) foi a base da legislação seguida pelo Conselho Federal de Medicina e Ministério da Saúde, até hoje ainda é válida no Estado de São Paulo, embora alguns pontos tenham sido revogados pela legislação federal mais atual.

Conforme a Portaria do Centro de Vigilância Sanitária nº 9 do Estado de São Paulo (CVS-SP), de 16 de março de 1994, que dispõe sobre as condições ideais de transporte e atendimentos de doente em ambulâncias, o trabalho foi uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Divisão de Resgate do Corpo de Bombeiros, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade do Estado e Grupamento de Rádio Patrulha Aérea da polícia Militar. Através da Portaria identificou-se a necessidade da implantação de medidas a fim de criar o Sistema Integrado de Atendimento às Emergências e regulamentar o serviço pré-hospitalar na área de emergência (SÃO PAULO, 1994).

O documento trouxe as definições de ambulância de transporte, de suporte básico, de resgate, de suporte avançado, aeronaves de transporte médico, as classificações, seus requisitos gerais, tripulação, equipamentos e instalações, utilizadas como referência em legislações posteriores.

Ao final da década de 90 o serviço de APH prestado pelos CBMSC começa a ser questionado pelos conselho de classe da área da saúde, pois não havia fundamentação legal, com exceção da Constituição. O Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (CREMESC), com o objetivo de ampliar a qualidade do atendimento às emergências, regulamenta o APH, através da Resolução nº 28/97 resolve:

Art. 2 - As Pessoas Jurídicas de Direito Público ou Privado, que realizem atividades de atendimento pré-hospitalar, em via pública ou em domicílio, e de transporte de pacientes com risco de vida indeterminado, deverão ser registradas no CREMESC.

Art. 3 - 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.

Parágrafo único - A delegação das medidas de suporte deve ser feita por médico, que

será o responsável pela coordenação, supervisão e execução das mesmas.

Art. 4 - Os médicos que realizam atendimentos pré-hospitalares poderão ser auxiliados por outros profissionais habilitados para tal fim, ressaltando-se que o médico presente no evento será o responsável por todos os atos médicos e de atendimento à saúde prestados.

Art. 5 - 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 (SANTA CATARINA, 1997).

Ainda na mesma resolução, o CREMESC reconhece três tipos de sistemas de APH que poderão ser realizados por instituições com este objetivo: Pronto Atendimento Móvel, sistema cujo veículo não tem a presença do médico mas de socorristas orientados por aquele profissional, as ambulâncias deverão ser de suporte básico e/ou resgate; Emergência Médica Móvel, sistema em que há presença de médico e socorristas, as ambulâncias deverão ser de transporte avançado e/ou aeronave; Pronto Atendimento Móvel/Emergência Médica Móvel (misto), sistema que apresenta veículos com tripulação apenas de socorristas e outros veículos com a presença obrigatória do médico, este sistema dependerá do estado crítico da vítima.

Corroborando a visão do conselho catarinense, o Conselho Federal de Medicina edita a Resolução nº 1529, de 28 de agosto de 1998, que “regulamenta e normatiza as condições necessárias para o pleno e adequado funcionamento dos serviços pré-hospitalares no atendimento prestado à população, a fim de que neles seja efetivo o desempenho ético-profissional da Medicina” (BRASIL, 1998).

Conforme texto da resolução compete ao médico a responsabilidade pelo serviço “que o sistema de Atendimento Pré-Hospitalar é um serviço médico e, portanto, a sua coordenação, regulação e supervisão direta e à distância deve ser efetuada por médico” (BRASIL, 1998). Para Eid e Damasceno (2013) colocou essa atividade dentro das normas profissionais na prestação de socorro, além de servir como base para a Portaria nº 2048 do Ministério da Saúde.

No decorrer dos anexos da Resolução nº 1529 foram abordados o conceito de regulação médica, definição dos profissionais, perfil profissional e competências, conteúdo curricular, normas para veículos de atendimento pré-hospitalar e transporte inter-hospitalar de pacientes.

Com relação aos profissionais era previsto dois grupos: profissionais não oriundos

da saúde, composto pelo telefonista, condutor, socorrista e rádio operador; e os profissionais oriundos da área da saúde, composto pelo auxiliar ou técnico em enfermagem em emergências médicas, enfermeiro e médico. Assim definidos:

A) Profissionais não oriundos da área de saúde

A-1. TELEFONISTA – Auxiliar de Regulação: Profissionais de nível básico, habilitados a prestar atendimento telefônico às solicitações de auxílio provenientes da população. Trabalha em centrais de comunicação (regulação médica), podendo anotar dados básicos sobre o chamado (localização, identificação do solicitante, natureza da ocorrência) e prestar informações gerais. Sua atuação é supervisionada diretamente por profissionais médicos em regime de disponibilidade integral (24 horas).

A-2. CONDUTOR: Profissional de nível básico, habilitado a conduzir veículos de emergência e auxiliar a equipe de atendimento, quando necessário. Sua atuação nos assuntos referentes ao manejo do paciente é supervisionada diretamente pelos profissionais da equipe. OBS: Nesta categoria incluem-se pilotos de aeronave, aeromédica ou condutores de outros tipos de veículos de emergência (lanchas, embarcações, etc ) destinados a transportar pacientes.

A-3. SOCORRISTA: Indivíduo leigo habilitado para prestar atendimento pré-hospitalar e credenciado para integrar a guarnição de ambulâncias do serviço de atendimento pré-hospitalar. Faz intervenção conservadora (não-invasiva) no atendimento pré-hospitalar, sob supervisão médica direta ou à distância, fazendo uso de materiais e equipamentos especializados.

A- 4. RÁDIO OPERADOR: Profissional de nível básico habilitado a operar sistemas de radicomunicação e realizar o controle operacional de uma frota de veículos de emergência.

B) Profissionais oriundos da área de saúde

B-1. AUXILIAR OU TÉCNICO EM ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS: Profissional habilitado para o atendimento pré-hospitalar e credenciado para integrar a guarnição de ambulâncias do serviço de atendimento pré-hospitalar. Além da intervenção conservadora no atendimento do paciente, é habilitado a realizar procedimentos, sob prescrição médica, na vítima do trauma e de outras emergências médicas, dentro do âmbito de sua qualificação profissional.

B-2. ENFERMEIRO: Profissional de nível superior, habilitado para ações de enfermagem no atendimento pré-hospitalar aos pacientes e ações administrativas e operacionais em sistemas de atendimentos pré-hospitalar, inclusive cursos de capacitação dos profissionais do sistema e ações de supervisão e educação continuada dos mesmos.

B-3. MÉDICO: Profissional de nível superior, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, atuando nas áreas de regulação médica, suporte avançado de vida em ambulâncias e na gerência do sistema (BRASIL, 1998).

A respeito do conteúdo de capacitação para início das atividades profissionais, houve a necessidade de separação em três categorias, a saber: Módulos Básicos, para a capacitação de telefonistas, motoristas, socorristas e técnicos em emergências médicas, com proposta de no mínimo 226 horas; Módulos Avançados, para a capacitação de médicos e enfermeiros, com carga horária mínima de 60 horas; e os Módulos Comuns, para a capacitação de todos os profissionais, com carga horária mínima de 12 horas (BRASIL, 1998).

Pela primeira vez no Brasil é empregado o termo socorrista, destaca Baptista Neto (2007). E que, juntamente com o termo “técnico em emergência médica”, fez com que o Conselho Federal de Enfermagem impetrasse um Mandado de Segurança, sendo substituída mais tarde pela Resolução nº 1671/2003 (EID; DAMASCENO, 2013).

Na sequência cronológica dos fatos, o Ministério da Saúde edita a primeira portaria sobre o tema, muito parecida com a Resolução nº 1529/98 do CFM. A Portaria nº 824, de 24 de junho de 1999, dispõe sobre a normatização do serviço de APH, mantendo o foco no profissional de medicina e buscando a integridade do sistema com outros profissionais.

É importante frisar e definir que o sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico e, assim, sua coordenação, regulação e supervisão direta e à distância deve ser efetuada unicamente por médico.

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).

Para Eid e Damasceno (2013), apresentou os mesmos pontos questionados judicialmente na Resolução nº 1529/98 do CFM, sendo revogada e substituída por outra portaria pelo próprio Ministério da Saúde, a Portaria nº 2048/2002.

No ano seguinte, em 2000, mais um conselho resolve entrar na discussão sobre seus direitos frente ao serviço de atendimento pré-hospitalar. O Conselho Federal de Enfermagem entrou na discussão e publicou a Resolução nº 225, de 28 de fevereiro de 2000, que dispõe sobre cumprimento de prescrição medicamentosa/terapêutica à distância, conforme segue o texto:

Art. 1º- É vedado ao Profissional de Enfermagem aceitar, praticar, cumprir ou executar prescrições medicamentosas/terapêuticas, oriundas de qualquer Profissional da Área de Saúde, através de rádio, telefonia ou meios eletrônicos, onde não conste a assinatura dos mesmos.

Art. 2º – Não se aplica ao artigo anterior as situações de urgência, na qual, efetivamente, haja iminente e grave risco de vida do cliente (BRASIL, 2000).

Oportuno destacar, quebrando o raciocínio cronológico das legislações, que a referida resolução, por tratar as situações de urgência de forma ampla e pela necessidade de atualização, é revogada pela Resolução nº 487, de 25 de agosto de 2015, que de forma taxativa define quais as situações de urgência e emergência.

Art. 1º É vedado aos profissionais de Enfermagem o cumprimento de prescrição médica à distância fornecida por meio de rádio, telefones fixos e/ou móveis, mensagem de SMS (short message service), correio eletrônico, redes sociais de

internet ou quaisquer outros meios onde não conste o carimbo e assinatura do médico.

Art. 2º Fazem exceção ao artigo anterior as seguintes situações de urgência e emergência:

- I – Prescrição feita por médico regulador do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- II – Prescrição feita por médico à pacientes em atendimento domiciliar;
- III – Prescrição feita por médico em atendimento de telessaúde (BRASIL, 2015).

Retornando a linha cronológica dos fatos, ainda no ano de 2000, o Conselho Federal de Farmácia resolveu questionar seus direitos. Através da Resolução nº 354, de 20 de setembro de 2000, considerando a necessidade de regulamentar a atuação do farmacêutico na atenção às urgências/emergências e na ausência de citação de seu profissional na Portaria nº 824/99, resolve:

Art. 1º - Todos os serviços que prestam atendimento de urgência/emergência deverão obrigatoriamente contar com assistência técnica do profissional farmacêutico.

Art. 2º - Todas as empresas que exercem atividades de transporte de pacientes deverão contar com assistência técnica do profissional farmacêutico.

Art. 3º - São atribuições do farmacêutico nas atividades relacionadas às urgências/emergências:

- I. Participar da padronização dos medicamentos e correlatos para uso no atendimento pré-hospitalar e hospitalar;
- II. Adquirir, armazenar, dispensar e adotar procedimentos de validação da qualidade dos medicamentos e correlatos destinados ao atendimento das urgências/emergências;
- III. Normatizar e/ou supervisionar os procedimentos de desinfecção dos materiais e equipamentos das ambulâncias;
- IV. Realizar atividades educativas relacionadas ao controle da infecção hospitalar dirigidas aos profissionais envolvidos na manipulação de pacientes;
- V. Controlar os medicamentos psicoativos atendendo aos preceitos contidos na legislação sanitária vigente;
- VI. Participar das discussões relacionadas a protocolos de tratamento e outros relacionados ao serviço de atendimento às urgências/emergências (BRASIL, 2000).

No ano seguinte, o Conselho Federal de Enfermagem volta a cena com a Resolução nº 260, de 12 de julho de 2001, ao qual fixa como especialidade da enfermagem, de competência do enfermeiro, o atendimento pré-hospitalar.

Até o ano de 2003 não havia no país uma organização do sistema de saúde com políticas públicas estabelecidas para as urgências e emergências (VELLOSO et al. apud CORDEIRO JUNIOR, 2014). Acabou surgindo, no âmbito pré-hospitalar, espaço para que outras entidades, em especial os Corpos de Bombeiros, prestassem o serviço. Contudo como não eram profissionais da área da saúde, optaram pelo modelo não medicalizado e de suporte básico.

A legislação em vigor atualmente é a Portaria nº 2048, de 05 de novembro de

2002, do Ministério da Saúde, que apresenta as diretrizes a serem aplicadas no país relativas ao Sistema de Urgência e Emergência. A referida legislatura aborda aspectos da organização do serviço, formação da tripulação, composição das viaturas, formação e atuação do profissional. A portaria em seu Art.1º assim refere:

§ 1º - O Regulamento ora aprovado estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área (BRASIL, 2002).

O objetivo é aprofundar o processo de consolidação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, aperfeiçoando o que existe sobre o assunto, englobando toda a rede assistencial, incluindo os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel SAMU, Resgate e rede privada (BRASIL, 2002).

A Portaria nº 2048 prevê a integração com entidades que não sejam da área da saúde, como Bombeiros Militares e Policiais Militares, contudo os pedidos de socorro que derem entrada por estas centrais deverão ser encaminhados à Central de Regulação Médica. Assim, os serviços de segurança e salvamento, que apresentarem demandas de vítimas ou doentes, orientar-se-ão pela decisão do médico regulador.

Para um adequado atendimento pré-hospitalar móvel o mesmo deve estar vinculado a uma Central de Regulação de Urgências e Emergências. A central deve ser de fácil acesso ao público, por via telefônica, em sistema gratuito (192 como número nacional de urgências médicas ou outro número exclusivo da saúde, se o 192 não for tecnicamente possível), onde o médico regulador, após julgar cada caso, define a resposta mais adequada, seja um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios. O número de acesso da saúde para socorros de urgência deve ser amplamente divulgado junto à comunidade. Todos os pedidos de socorro médico que derem entrada por meio de outras centrais, como a da polícia militar (190), do corpo de bombeiros (193) e quaisquer outras existentes, devem ser, imediatamente retransmitidos à Central de Regulação por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser adequadamente regulados e atendidos (BRASIL, 2002).

Assim como nas legislações anteriores, a equipe profissional é composta por profissionais oriundos da área da saúde (Coordenador de Serviço, Responsável Técnico, Responsável de Enfermagem, Médicos Reguladores, Médicos Intervencionistas, Enfermeiros Assistenciais, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem) e profissionais não oriundos da área da saúde (Telefonista – Auxiliar de Regulação, Rádio operador, Condutor de veículos de urgência, Profissionais responsáveis pela segurança e Bombeiros Militares).

Na equipe de profissionais oriundos da área da saúde, o Coordenador do Serviço, é o profissional com experiência e conhecimento comprovados na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas; o Responsável Técnico é um médico responsável pelas atividades médicas do serviço; Responsável de Enfermagem, é o enfermeiro responsável pelas atividades de enfermagem; os Médicos Reguladores são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder as solicitações; Médicos Intervencionistas são os responsáveis pelo atendimento necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte; Enfermeiros Assistenciais são os 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 são profissionais que atuam sob supervisão imediata do profissional enfermeiro.

**Médico:** Profissional de nível superior titular de Diploma de Médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, atuando nas áreas de regulação médica, suporte avançado de vida, em todos os cenários de atuação do pré-hospitalar e nas ambulâncias, assim como na gerência do sistema, habilitado conforme os termos deste Regulamento.

**Enfermeiro:** Profissional de nível superior titular do diploma de Enfermeiro, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, habilitado para ações de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, conforme os termos deste Regulamento, devendo além das ações assistenciais, prestar serviços administrativos e operacionais em sistemas de atendimento pré-hospitalar.

**Técnico de Enfermagem:** Profissional com Ensino Médio completo e curso regular de Técnico de Enfermagem, titular do certificado ou diploma de Técnico de Enfermagem, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição. Exerce atividades auxiliares, de nível técnico, sendo habilitado para o atendimento Pré-Hospitalar Móvel, integrando sua equipe, conforme os termos deste Regulamento. Além da intervenção conservadora no atendimento do paciente, é habilitado a realizar procedimentos a ele delegados, sob supervisão do profissional Enfermeiro, dentro do âmbito de sua qualificação profissional (BRASIL, 2002).

Quanto a participação do Corpo de Bombeiros Militar, assim como nas anteriores, a norma define os profissionais como equipe de profissionais não oriundos da área da saúde, responsáveis pela segurança, conforme descrito:

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

**Requisitos Gerais:** maior de dezoito anos; disposição pessoal e capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacitação específica por meio dos Núcleos de Educação em Urgências, conforme conteúdo estabelecido por este Regulamento; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica;

**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 permeáveis 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, 2002).

Com relação a equipe de profissionais não oriundos da área da saúde:

Telefonista – Auxiliar de Regulação é o profissional de nível básico, habilitado a prestar atendimento telefônico devendo anotar dados básicos sobre o chamado e prestar informações gerais. Sua atuação é supervisionada diretamente e permanentemente pelo médico regulador; Rádio-Operador, profissional de nível básico habilitado a operar sistemas de radiocomunicação e realizar o controle operacional de uma frota de veículos de emergência; Condutor de veículos de urgência, profissionais habilitados conforme códigos, normas e regulamentos, de acordo com o tipo de veículo a ser conduzido, terrestre, aéreo ou aquático, obedecendo os padrões de capacitação e atuação previstos neste regulamento; Profissionais responsáveis pela segurança, são policiais militares, rodoviários ou outros profissionais, todos com nível médio, reconhecido pelo gestor público da saúde, em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais Públicas de Regulação Médica das Urgências, podem realizar suporte básico de vida, com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, sempre que a vítima esteja em situação que impossibilite o acesso e manuseio pela equipe de saúde (BRASIL, 2002).

Observa-se que nesta Portaria nº 2048 não são mais utilizados os termos

“socorristas” e “ técnico em emergências médicas”, o que nas legislações anteriores geraram muitas discussões, inclusive em âmbito jurídico.

Dando sequência ao tipo de transporte, as ambulâncias são veículos, terrestre, aéreo ou aquaviário, que se destinam exclusivamente ao transporte de enfermos. São classificadas em:

TIPO A – Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo;

TIPO B – Ambulância de Suporte Básico: 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, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino;

TIPO C - Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas);

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

TIPO E – Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil – DAC;

TIPO F – Embarcação de Transporte Médico: veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade (BRASIL, 2002).

No tocante a tripulação, Eid e Damasceno (2013) chamam atenção para duas resoluções do Conselho Federal de Enfermagem, Resolução nº 375 e Resolução nº 379, publicadas em 2011.

A primeira dispõe que a assistência de enfermagem em qualquer tipo de unidade móvel destinada ao APH ou inter-hospitalar, somente será desenvolvida com a presença do enfermeiro, inclusive que a assistência de auxiliares e técnicos de enfermagem estará vinculada a presença do profissional de nível superior (BRASIL, 2011). A segunda resolução apenas altera a data de entrada em vigor.

Estas resoluções vão de encontro à tripulação prevista na Portaria nº 2048/2002, segundo texto abaixo:

Ambulância do Tipo A: 2 profissionais, sendo um o motorista e o outro um Técnico ou Auxiliar de enfermagem;

Ambulância do Tipo B: 2 profissionais, sendo um o motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem;

Ambulância do Tipo C: 3 profissionais militares, policiais rodoviários, bombeiros militares, e/ou outros profissionais reconhecidos pelo gestor público, sendo um

motorista e os outros dois profissionais com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida;

Ambulância do tipo D: 3 profissionais, sendo um motorista, um enfermeiro e um médico;

Aeronaves: o atendimento feito por aeronaves deve ser sempre considerado como de suporte avançado de vida e para os casos de atendimento pré-hospitalar móvel primário não traumático e secundário, deve contar com o piloto, um médico, e um enfermeiro; e para o atendimento a urgências traumáticas em que sejam necessários procedimentos de salvamento, é indispensável a presença de profissional capacitado para tal;

Embarcações: a equipe deve ser composta 2 ou 3 profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/ técnico de enfermagem em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida (BRASIL, 2002).

Para a certificação inicial dos profissionais a presente legislação propõe temas, conteúdos, habilidades e cargas horárias mínimas. Os profissionais não oriundos da área de saúde, em especial os Profissionais da Área de Segurança, Bombeiros e Condutores de veículos de urgência do Tipo B, C e D, possuem um conteúdo programático previsto de 200 horas. Já os profissionais oriundos da área da saúde, em especial os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, possuem um conteúdo programático previsto de 154 horas.

No ano seguinte, o Ministério da Saúde publica mais duas portarias que consolidam a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). A Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003, que institui a PNAU e como componente pré-hospitalar móvel o SAMU. E a Portaria nº 1864, de 29 de setembro de 2003, que resolve:

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.

Art. 2º Instituir financiamento para investimento e custeio do componente pré-hospitalar móvel, visando à implantação e implementação dos SAMU – 192. (BRASIL, 2003).

Para Baptista Neto (2007) com o surgimento deste prestador de serviço o bombeiro perdeu abrangência, fato que pode ter gerado um clima competitivo entre as instituições.

Na corporação a atividade é regulada pela Diretriz de Procedimento Operacional Padrão nº 02/2010/BM-3/EMG/CBMSC, que define o APH como um primeiro nível de atenção, o Suporte Básico à Vida (CBMSC, 2010). Ou seja, são técnicas de manutenção à vida sem o uso de manobras invasivas.

Desde quando começaram a surgir as normas referentes a estruturação do serviço

de APH, o CBMSC não as recebeu, mesmo quando contemplado nas mesmas, como a Portaria nº 2048/2002, situação esta, que conserva-se até os dias atuais, gerando questionamentos sobre a legalidade do serviço prestado.

Para Martins (2004) a questão central refere-se ao desencontro existente entre as normas estabelecidas, permitindo assim que o exercício das atividades dos bombeiros militares infrinjam legislações de exercícios dos profissionais da área da saúde. O bombeiro deve se desenvolver naquilo que lhe é específico, o apoio ao APH, prestando segurança a equipe de saúde e vítimas, assim como realizando ações de resgate.

Seguindo a linha de raciocínio do autor, mesmo que, do ponto de vista legal o APH tenha sido atribuído ao CBMSC pela Emenda Constitucional nº 33, aquele primeiro programa, PEET/PAPH-MS, teve caráter ilegal. Bem como a própria Emenda Constitucional que desconsiderou a Carta Magna. O setor de segurança pública tem objetivos ou atribuições diferenciadas das instituições de saúde, portanto, prática de bombeiros não é prática de saúde, entretanto são complementares.

Por intervirem em fenômenos sociais muito próximos, serviços de saúde e de segurança pública, necessariamente devem atuar articulados na prestação de serviços de APH. Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) seja fundado num conceito amplo de saúde, permitindo ou requerendo a participação de diversas instituições ou setores do Estado, como é o caso do CBMSC, a Corporação não tem a missão de realizar assistência direta a saúde, mas sim de forma indireta e complementar (MARTINS, 2004).

Por fim, conclui:

O Corpo de Bombeiros realiza suas atividades de APH seguindo as orientações da portaria do Ministério da Saúde GM/MS no 2.048, de 5 de novembro de 2002, na qual os bombeiros militares são profissionais “não oriundos da área da Saúde” e que compõem os “Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência”. Entretanto suas ações neste sistema, conforme a referida norma, extrapola os limites da prática de Bombeiros, quais sejam, atividades de segurança e resgate (MARTINS, 2004, p.210).

Para Silva (2012) o fato da Corporação não se encaixar nesse sistema é justificado pela circunstância do CBMSC ser um órgão vinculado à Secretaria de Segurança Pública, sendo assim as normatizações da área da saúde não implicariam na obrigatoriedade de seu cumprimento pelos militares, os quais possuem normatizações próprias.

Do ponto de vista jurídico, a estrutura do ordenamento é hierárquica, entende-se que umas normas são superiores a outras e que para serem válidas têm de respeitar o conteúdo

da norma jurídica superior. O ordenamento, conforme uma estrutura piramidal dividida em 4 níveis, possui no ápice da pirâmide a Constituição Federal, logo abaixo encontram-se as leis complementares, leis ordinárias, leis delegadas, decretos legislativos, resoluções e as medidas provisórias. No terceiro nível estão os decretos regulamentares e, na base da pirâmide encontram-se as normas inferiores, tais como portarias e circulares (NUNES, 2007).

Como ato administrativo a portaria não tem vida autônoma, deve fundamentar sua base jurídica sempre em lei, regulamento ou decreto anterior. Ou seja, não pode contrariar princípios gerais do direito, como por exemplo, não pode criar direitos ou obrigações novas não estabelecidos no texto básico. Finaliza o autor: “No mundo do direito administrativo, portanto, dois impulsos devem ser considerados, o da lei e o ato administrativo, ficando o segundo sob impacto do primeiro. Não existe um só ato administrativo que se sobreponha à lei” (CRETELLA JÚNIOR, 1974).

A Constituição do Estado de Santa Catarina, a exemplo da Constituição Federal, ordena os regramentos jurídicos e administrativos vigentes no Estado de Santa Catarina e que neste texto legal, por conta de Emenda Constitucional Nº 33, foi delegado ao Corpo de Bombeiros Militar a competência de realizar atividades de APH.

- 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, 1989, grifo nosso).

Para Baptista Neto (2007), o CBMSC realiza o serviço abrigado na Constituição Estadual, mesmo com as legislações de âmbito federal e estadual em dissonância a corporação não ficou desprotegida legalmente.

Assim, entendo que o CBMSC não tem a obrigatoriedade de recepcionar a Portaria nº 2048/2002 e que a prestação do serviço está amparada pela Emenda Constitucional nº 33 da Constituição do Estado de Santa Catarina.

### **3 MÉTODO**

No título a seguir o autor ordena a ação de estudo de acordo com seus objetivos. Conforme Cervo, Bervian e Da Silva (2007) método é o conjunto de processos empregados na investigação. O método utilizado será o hipotético-dedutivo, para Kaplan apud Gil (2008, p.31) o método consiste em que:

o cientista, através de uma combinação de observação cuidadosa, hábeis antecipações e intuição científica, alcança um conjunto de postulados que governam os fenômenos pelos quais está interessado, daí deduz ele as conseqüências por meio de experimentação e, dessa maneira, refuta os postulados, substituindo-os, quando necessário, por outros, e assim prossegue.

#### **3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA**

A pesquisa é caracterizada de acordo com seu objeto de pesquisa, população, corpo de prova, abordagem do problema, dentre outros aspectos que poderão ser incorporados.

##### **3.1.1 Sujeito ou Objeto de pesquisa**

O objeto da pesquisa segundo Marconi e Lakatos (2003) é o tema propriamente dito, o que se pretende conhecer, é o conteúdo em torno do qual gira a discussão. O Objeto em questão aborda a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências e demais conteúdos relacionados ao atendimento pré-hospitalar, como resoluções e diretrizes.

##### **3.1.2 População-alvo ou Equipamento ou Instalação**

No planejamento de uma pesquisa é necessário determinar com precisão a população, considerando as características de forma clara e precisa (GIL, 2002). No presente estudo a população-alvo contempla os socorristas do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina.

### **3.1.3 Corpo de prova**

Para o corpo de prova foram utilizados livros de referência na área, trabalhos de conclusão de cursos abordando o serviço e o Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, legislações e entrevista de site especializado.

### **3.1.4 Horizonte de tempo**

Como a pesquisa desenvolveu-se em várias etapas foi necessário fazer uma previsão de desenvolvimento de 8 meses para conclusão.

### **3.1.5 Identificação da pesquisa**

Nesta etapa o autor identifica os enfoques da pesquisa conforme seu objeto, abordagem do problema e produção de conhecimento, mediante consulta nas literaturas metodológicas a respeito do assunto.

#### **3.1.5.1 Quanto ao objeto de pesquisa**

Quanto ao objeto a pesquisa foi classificada como exploratória. Este tipo de pesquisa delimita-se a definir objetivos e buscar mais informações sobre determinado assunto, proporcionar familiaridade com o fenômeno e assimilar novo pensamento. Este tipo exige um planejamento bem flexível para considerar os mais diversos aspectos de um problema (CERVO, BERVIAN e SILVA, 2007).

#### **3.1.5.2 Quanto a abordagem do problema**

A pesquisa teve uma abordagem qualitativa, para Goldenberg apud Gerhardt e Silveira (2009, p.31) “a pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc.”

### 3.1.5.3 Quanto a produção de conhecimento

O conhecimento foi produzido por meio de uma pesquisa bibliográfica, conforme Gil (2002) esta classificação é desenvolvida baseada em material já produzido, como livros, artigos científicos e pesquisa recentes que abordam o assunto.

### 3.1.6 Instrumento de pesquisa

Os instrumentos de pesquisa utilizaram-se de documentos escritos, podendo ser impressos ou eletrônicos, como livros acessados em bibliotecas convencionais e virtuais, trabalhos de conclusão de cursos, entrevista disponibilizada em sites sobre o tema, artigos científicos e outros que por acaso o autor julgou necessário.

## 3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Considerado como um conjunto de preceitos ou processos de que se serve uma ciência, são, também, a habilidade para usar esses preceitos ou normas, na obtenção de seus propósitos (MARCONI e LAKATOS, 2003).

### 3.2.1 Coleta de dados

O elemento mais importante para a identificação de um delineamento é o procedimento adotado para a coleta de dados. Assim, foi definido o delineamento baseado nas chamadas fontes de “papel”, muito utilizado na pesquisa bibliográfica (GIL, 2008), como obras de referência, artigos científicos, legislações e manuais.

### **3.2.2 Sistematização e análise de dados (comparação de conceitos, não haverá análise de dados estatísticos.)**

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, de conteúdo, não houve análise de dados estatísticos. Conforme Miles e Huberman apud Gil (2008), este tipo de pesquisa compreende um processo de seleção e simplificação dos dados, seguido de uma organização e análise sistemática das semelhanças, diferenças e relações, encerrando com uma revisão para considerar o significado dos dados, padrões e explicações.

## **4. OPORTUNIDADES E RISCOS PARA O CBMSC**

O futuro do serviço de atendimento pré-hospitalar no CBMSC exige que algumas mudanças sejam implementadas e não há como evitar que elas irão exigir a quebra de muitos paradigmas que até então orientavam o desenvolvimento da atividade na Corporação, as oportunidades e os riscos sugerem uma análise e um planejamento visando segurança na tomada de decisão. A seguir o autor apresenta algumas oportunidades e riscos para o CBMSC.

### **4.1 OPORTUNIDADES PARA O CBMSC**

O autor vislumbra como perspectivas das principais oportunidades para o CBMSC as seguintes proposições: melhora da qualidade do serviço prestado pelos socorristas aos pacientes, aproveitamento da formação em saúde dos bombeiros militares que ingressarão ou que já fazem parte do efetivo na atividade de APH, possibilidade de criação de um curso de pós-graduação voltado a área de saúde para nivelamento e qualificação dos bombeiros militares socorristas, possibilidade de captação de recursos do Governo Estadual ou Federal em virtude da integração com a Central de Regulação Médica, possibilidade de convênio com a Secretaria de Estado da Saúde para fins de disponibilização de profissionais médicos para trabalhar no CBMSC, implementação do serviço de Suporte Avançado de Vida no APH do CBMSC, criação de um novo modelo de APH no CBMSC que esteja em consonância com a legislação da Saúde porém sem a perda de nossa identidade institucional, criação de

legislação que regularize no Estado de Santa Catarina as funções que são típicas de bombeiros e as que são típicas de SAMU.

No caso de adesão a PNAU, o CBMSC como instituição prestadora de serviço público focado na excelência, terá uma melhora da qualidade do serviço ofertado pelos socorristas aos pacientes. Inicialmente pela execução do SBV por profissionais com formação em saúde, como técnicos de enfermagem, o que já confere a estes a possibilidade de realizar alguns procedimentos que os bombeiros militares socorristas estão impedidos por força de legislação vigente. Outros pontos significantes são o aprimoramento do conhecimento, da evolução das técnicas e dos protocolos de atendimento, do desenvolvimento dos processos didático-pedagógicos e revisão de planos estratégicos e indicadores de avaliação com foco na capacitação e gestão para um serviço de APH de excelência que atenda as normas nacionais de Urgência e Emergência.

Prosseguindo na argumentação do conhecimento técnico, há duas possibilidades de agregar qualidade ao serviço de APH oferecido pelo CBMSC: aproveitamento da formação em saúde dos bombeiros militares que ingressarão ou que já fazem parte do efetivo e/ou criação de um curso de pós-graduação voltado para a formação em saúde dos bombeiros militares socorristas. Até o ano de 2008 a exigência de escolaridade para ingresso no CBMSC era o diploma de nível médio. A partir dessa data, os concursos passaram a ter como exigência o diploma de curso superior concluído em qualquer área. Em vista disto, alguns dos profissionais que compõem o quadro de efetivo já possuem formação na área de saúde, seja de nível superior ou médio, como médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Entretanto por conta do protocolo vigente na Corporação e falta de integração com a Central de Regulação Médica, esta formação acadêmica não pode ser aproveitada na atividade de APH. Por conseguinte, o conhecimento e habilidade técnica adquiridos nos cursos de formação dos profissionais não tem respaldo na condição legal do bombeiro para atuarem.

A possibilidade de criação do curso de pós graduação, no Centro de Ensino Bombeiro Militar (CEBM) na modalidade Ensino à Distância (EAD), para formação dos bombeiros militares socorristas em técnicos de enfermagem necessitaria de uma parceria com a Secretaria de Estado da Saúde, pois o CBMSC não possui estrutura de oferta de campos de estágio prático aos participantes do curso. Esta pós-graduação poderia ser oferecida a quem integra a corporação e para aqueles que ingressarem. Não necessariamente faria parte da grade curricular do Curso de Formação. Logicamente que com esta formação os integrantes

do CBMSC, desde que o serviço de APH esteja fazendo parte da Central de Regulação, poderiam realizar procedimentos sob orientação médica, proporcionando maior qualidade e conforto ao usuário do serviço.

A integração a uma Central de Regulação Médica proporcionaria ao CBMSC novas fontes de recursos, com a possibilidade de captação financeira junto ao Governo Estadual ou Federal decorrentes da realização dos procedimentos de urgência e emergência, valores estes determinados pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS). Dessa maneira o serviço de APH no CBMSC poderia ser praticamente custeado com recursos estaduais e/ou federais, desonerando o Fundo de Melhoria do Corpo de Bombeiros Militar (FUMCBM) ou mesmo os municípios de significativo dispêndio para manutenção da atividade. A integração ainda possibilitaria maior gerenciamento sobre as ocorrências e aplicação de critérios de avaliação, diminuindo o desgaste natural dos bombeiros militares socorristas, dos equipamentos e facilitando a entrada de pacientes no ambiente hospitalar, contribuindo para a eficiência do serviço público.

A exemplo do que acontece no Estado de São Paulo, o autor sugere como outra possibilidade de oportunidade a celebração de um convênio com a Secretaria de Estado da Saúde para fins de cessão de profissionais médicos para trabalhar no CBMSC. Estes profissionais seriam destacados para as principais cidades, em número de habitantes, para tripularem viaturas do Suporte Avançado do CBMSC, configurando assim a implementação do serviço de Suporte Avançado de Vida no APH do CBMSC. O SAV proporcionaria maior conforto e qualidade ao paciente, possuindo relação direta com sua chance de sobrevivência. Corroborando esse raciocínio, a Corporação e a SES já possuem uma parceria referente ao serviço de resgate aéreo do Batalhão de Operações Aéreas, através do fornecimento de profissionais médicos e enfermeiros do SAMU e recursos financeiros para manutenção das aeronaves.

Entende-se oportuno a criação de um novo modelo de APH no CBMSC que esteja em consonância com a legislação da saúde porém sem a perda de nossa identidade institucional, como a composição mínima das guarnições, estruturação das viaturas, regras de conduta e padronização de uniformes dos profissionais civis, lay-out de identificação das viaturas e principalmente as rotinas de despacho das solicitações emergenciais. Tal oportunidade deverá ser acompanhada de uma mudança normativa, como a revisão do Procedimento Operacional Padrão realizado pelo CBMSC referente ao serviço de APH e de

uma nova metodologia de ensino voltada ainda mais para a saúde. Deve-se atentar para que o protocolo vigente na central de regulação possibilite o despacho imediato sempre que o despachante do corpo de bombeiros entender que esta é a melhor conduta a ser adotada. Podendo inclusive ser elencadas, em protocolo conjunto entre o SAMU e CBMSC, as tipificações de ocorrências que possibilitem despacho imediato e posterior transferências para a regulação médica que avaliará o caso, readequando os recursos enviados ou mesmo orientando os solicitantes até a chegada de equipe de socorro. Outro fator relevante é a assinatura de um Termo de Cooperação Técnica com a Secretaria de Estado de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e demais entidades caso julgue necessário, assim como foi realizado pelo bombeiro do Estado do Paraná, visando legitimar as condutas e procedimentos adotados pelos bombeiros militares socorristas.

Por fim, poderia ainda ser criada uma legislação que defina no Estado de Santa Catarina as funções que são típicas de atendimento pelos bombeiros e as que são típicas do SAMU, que delimite os direitos, deveres, atribuições, responsabilidades por tomada de decisões, peculiaridades das ocorrências, casos específicos de atendimento, protocolo de atendimento das chamadas e a competência de despacho das viaturas, a exemplo do que foi criado no Estado de São Paulo com o Decreto nº 58.931, de 4 de março de 2013, que define as atribuições do Sistema de Resgate a Acidentados, especificando as emergências que lhe são próprias e dá providências correlatas, bem como no Distrito Federal com o Ato do Comandante do Comando Especializado, publicado em Boletim Geral de 07 de janeiro de 2013, que informa sobre a implementação do novo protocolo de atendimento da Central Integrada de Atendimento e Despacho (CIADE).

#### 4.2 RISCOS PARA O CBMSC

De encontro as possibilidades de avanço do serviço de APH e do investimento em uma nova perspectiva organizacional, há que se considerar os possíveis riscos, dentre eles: a descaracterização do serviço de APH do CBMSC, aumento do tempo de formação dos bombeiros militares socorristas, aumento do custeio do serviço devido a inclusão de itens e medicamentos que não são típicos da atividade básica, aumento do tempo resposta aos atendimentos emergenciais, diminuição das equipes mínimas para composição das guarnições de atendimento básico, subordinação do despacho das viaturas a Central de Regulação Médica

do SAMU e falta de Know-how para desempenho de atividades peculiares da saúde.

O risco de descaracterização do serviço de APH no CBMSC fica evidente quando da definição do modelo de profissional que o CBMSC poderá escolher para tripular suas viaturas, da participação de profissionais que não possuem formação militar, não sujeitos a hierarquia e disciplina e que suas condutas poderiam ser vinculadas inequivocadamente a imagem da Corporação. Bem como a identificação visual destes profissionais. Importante destacar que a tradição do Corpo de Bombeiros Militar em APH esta intimamente ligada aos atendimentos a traumas, sua destreza e rapidez no fornecimento de socorro as vitimas foi conquistada a custa de muita dedicação e aprendizado profissional. As emergências médicas exigem outra postura do profissional, que passa a tratar seus pacientes baseado em uma anamnese mais detalhada, com um rol de possibilidades muito extenso, que requer do profissional uma gama de conhecimento muito maior. Neste contexto o serviço de APH poderia ser descaracterizado ao sofrer modificações tão significativas que ao final causem uma verdadeira falta de identidade a um serviço que já esta consolidado.

O aumento do tempo de formação dos bombeiros militares socorristas resultaria em maior investimento por parte da administração pública, principalmente com a oportunidade de um novo modelo de formação técnica sugerido anteriormente, o que vem de encontro as diretrizes estabelecidas pela administração do estado, que vem sistematicamente reduzindo custeio e o investimento, por conta da crise financeira e do alto grau de endividamento do Estado.

Aumento do custeio dos serviços, que até então não existiam, devido a inclusão de itens que não fazem parte do rol necessário para o desenvolvimento da atividade básica, como medicamentos, equipamentos de acesso venoso, soros para infusão, locais para assepsia pessoal, de viaturas, equipamentos e estocagem de materiais com necessidades específicas, também são entraves para este novo modelo. Além disso, surge a necessidade de registro no conselho de classe dos profissionais que atuam na atividade, de acordo com sua formação, despesa esta que anualmente precisa ser quitada para fins de atendimento da legislação vigente e que seria mais um custeio a ser absorvido pelo Estado, na medida em que, ao ingressar na Corporação o cargo a ocupar é de bombeiro militar e não de uma função de saúde.

A integração a Central de Regulação Médica e ao protocolo de recebimento de chamadas telefônicas diferenciado do que é realizado pela Corporação poderiam resultar no

aumento do tempo de resposta aos atendimentos emergenciais, devido ao processo de triagem semelhante ao que acontece no SAMU. A resposta de curto prazo, caracteriza o serviço do bombeiro em relação aos outros prestadores, transmitindo alto grau de confiabilidade para a sociedade. Para isso, os profissionais militares que integrarem a Central de Regulação deverão receber uma qualificação específica, pois o setor é a porta de entrada das informações importantes para o gerenciamento da ocorrência. Outro fato a ser observado na integração com a central é a possibilidade de subordinação do despacho das viaturas, situação que poderia gerar conflito entre quais profissionais teriam atribuições de despacho e quais casos necessitariam passar pela regulação médica.

Conforme a definição dos profissionais que irão compor as viaturas e o fato da Corporação passar por um período de falta de efetivo, pode haver o risco de diminuição das equipes mínimas para composição das guarnições das unidades de atendimento básico. Dificuldade semelhante acontece em alguns quartéis do interior do Estado, onde guarnições de APH são compostas por apenas dois socorristas, comprometendo significativamente a qualidade do serviço prestado aos pacientes.

Por derradeiro, a falta de know-how para desempenho de atividades peculiares da saúde, como procedimentos de biossegurança, produção de relatório para repasses por procedimentos ambulatoriais, aquisição e armazenamento de materiais e medicamentos, poderia ser uma dificuldade na gestão inicial do serviço.

## **5 CONCLUSÃO**

O trabalho de conclusão de curso definiu como natureza do assunto a ser estudado o serviço de atendimento pré-hospitalar pelo Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Santa Catarina. Em que pese a complexidade e a importância do tema, em nenhum momento o trabalho teve a finalidade de findar o assunto.

O referido trabalho apresentou como objetivos específicos rever o histórico e historificar a evolução do APH no Brasil e no CBMSC, identificar os aspectos legais e de formação profissional que precisam ser atendidos pelo CBMSC para adequação as políticas nacionais de atenção as urgências, e apresentar as perspectivas de oportunidades e de riscos para o CBMSC no caso de adesão a política nacional de atenção as urgências. Desse modo,

como objetivo geral, apresentar um estudo sobre a viabilidade de adequação do serviço de APH prestado pelo CBMSC às diretrizes nacionais de atenção as urgências vigentes no Brasil

A pesquisa bibliográfica abordou primeiramente o histórico e a evolução do APH no Brasil e no mundo. Verificou-se que este serviço teve como origem a necessidade de um pronto atendimento extra-hospitalar pela sociedade e que seu engrandecimento está relacionado ao da medicina em geral. Muito dos procedimentos utilizados no âmbito civil são provenientes do meio militar, principalmente das guerras. No Brasil, destaque para o Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência da Previdência Social (SAMDU), primeiro serviço implantado pelo setor público. Para os militares, que de forma gloriosa, fundamentados no modelo norte-americano, desenvolveram o serviço pelos estados da federação. E para o Governo Federal, ao implantar uma Política Nacional, adotando como base o modelo francês através da criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Em Santa Catarina a sociedade conta com os dois modelos de serviço, tanto o norte-americano realizado pelo CBMSC quanto o francês realizado pelo SAMU.

Dando sequência, a pesquisa estudou alguns modelos de APH realizados no país, dentre eles: GSE, SIATE, SAMU e CBMSC. Destacam-se nesse contexto o GSE, do Estado do Rio de Janeiro, e o SIATE, do Estado do Paraná, ambos com dois aspectos que chamam atenção em relação ao CBMSC. O primeiro deles é o fato destas instituições serem militares, fomentadas nos alicerces da hierarquia e disciplina. O segundo, diferentemente do que acontece no CBMSC, salvo no Batalhão de Operações Aéreas, é a presença do profissional médico compondo o serviço de APH oferecido.

Nestas duas instituições há presença de profissionais médicos orientando diretamente ou à distância o atendimento das guarnições, devidamente ligados a uma central de regulação. As viaturas são equipadas e compostas de forma particular, sendo empenhadas de acordo com a exigência da ocorrência. A formação acadêmica dos profissionais sugere uma carga horária maior, tanto no Rio de Janeiro quanto no Paraná, o entendimento de um serviço de qualidade passou por um aprimoramento da capacitação profissional. Especialmente no modelo do SIATE, realizou-se uma parceria entre secretarias e demais órgãos para a concretização do serviço, o que mostra ser uma tendência visando um serviço público de qualidade.

Quanto ao APH realizado pelo CBMSC, foram analisadas as normatizações e a organização da PNAU adotada pelo Governo Federal. Inicialmente percebeu-se uma

divergência entre os modelos adotados, o modelo francês em âmbito federal e o modelo norte-americano no CBMSC. Com isso, surgiram os questionamentos sobre a fundamentação legal da prestação do serviço pela Corporação, motivado pelos princípios, diretrizes e exigências da atual política.

A primeira hipótese proposta pelo autor (o CBMSC, componente da Segurança Pública, não atende a PNAU) foi corroborada pela pesquisa. Examinando as legislações que norteiam a referida política, concluiu-se que, apesar da Corporação ser apreciada em texto normativo, não as cumpre. Com exceção das aeronaves, as guarnições que realizam os atendimentos não estão vinculadas a nenhuma central de regulação médica. Sobre o aspecto de formação e capacitação profissional não cumprem o requisito previsto de carga horária e não integram um Núcleo de Educação em Urgências (NEU), com foco na formação, capacitação, habilitação e educação continuada.

A segunda hipótese proposta pelo autor (o CBMSC ao conduzir seus pacientes para os serviços de saúde faz parte da estrutura de saúde pública e por tal deveria ser regulado, isto bastaria simplesmente para atender ao PNAU e melhorar a sua performance) é atestada em partes pela pesquisa. O autor entende que mesmo sendo um órgão previsto constitucionalmente no rol da Segurança Pública, ao conduzir seus pacientes para os serviços de saúde faz parte sim da estrutura de saúde pública e por tal deveria ser regulado. Faz parte da estrutura da saúde como uma porta complementar de entrada para o tratamento ofertado pelo SUS. O que não significa que habite seara alheia, ou seja, subordinada a área da saúde.

Contudo, o autor acredita que não basta simplesmente o CBMSC ser regulado para atender a PNAU e melhorar sua performance. A vinculação a uma central de regulação é o ponto partida para atender à norma vigente, outros fatores como reformulação da carga horária e integração da instituição ao NEU são necessários. Com relação a melhora da performance, é indispensável a elaboração de uma cultura de capacitação e educação continuada e, futuramente, uma nova composição profissional.

A terceira hipótese proposta pelo autor (é possível fazer uma adequação do serviço prestado hoje pelo CBMSC para atender as diretrizes nacionais sem a perda da característica de atendimento ofertado à população) também foi certificada pela pesquisa. Os modelos do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, GSE, e do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Paraná, SIATE, apresentados no referencial teórico, demonstraram ser possível atender as diretrizes nacionais, cada um com suas peculiaridades.

O GSE, desde o início de suas atividades, já contava com a participação de profissionais médicos em sua composição. O SIATE, após um estudo realizado em parceria com outras secretarias e órgãos e assinatura de um termo de cooperação técnica, adequou-se às diretrizes nacionais. Independentemente das possibilidades que podem ser vislumbradas para o CBMSC, o importante é manter a característica do pronto-atendimento, com menor tempo resposta e agilidade durante as chamadas telefônicas. Característica esta que mantém o grau de confiabilidade da instituição perante a sociedade.

Diante da questão problema exposta no início da pesquisa (em que medida, o serviço de APH do CBMSC poderá melhorar sua atuação, observando as recomendações da PNAU?) e do último objetivo específico formulado (Apresentar as perspectivas de oportunidades e de riscos para o CBMSC no caso de adesão a política nacional de atenção as urgências), o autor apresentou um capítulo com algumas perspectivas de harmonização frente a PNAU, suas possíveis vantagens e desvantagens para a Corporação.

Inicialmente, entende-se indispensável e urgente a integração do serviço do CBMSC a uma central médica de regulação, progredindo para um aprimoramento da formação profissional vigente, proporcionando uma maior interação com as unidades do SAMU e possibilitando a captação de recursos na esfera estadual e federal dos programas de atendimento a urgência e emergência.

Por fim, conclui-se que apesar da discordância quanto a obrigatoriedade por parte do CBMSC de recepcionar a PNAU, o autor entende que é imprescindível para a evolução do serviço e do contínuo aperfeiçoamento dos profissionais uma mudança de paradigma, com a possibilidade de adequação frente as diretrizes nacionais de atenção as urgências.

## REFERÊNCIAS

ACCIOLY, Ricardo. **SIATE: Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência**. Disponível em: <<http://novo.aph.com.br/pr.php>>. Acesso em: 08 jan. 2016.

BAPTISTA NETO, Aldo. **Análise do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina no Modelo de Gestão Descentralizada**. 2007. 55 f. Monografia (Especialização em Gestão de Serviços de Bombeiros). UNISUL, Florianópolis, Santa Catarina.

BERGERON, J. David et al. **Primeiros Socorros**. 2 ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 10 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Datasus. Secretaria de Saúde. **SAMU**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/projetos/52-samu>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 27.664, de 30 de dezembro de 1949. Regula o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social e dá outras providências. **Decreto Nº 27.664 de 30 de Dezembro de 1949**. Rio de Janeiro, RIO DE JANEIRO, Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-27664-30-dezembro-1949-340344-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 10 jan. 2016

\_\_\_\_\_. Decreto nº 46349, de 03 de julho de 1959. Aprova o Regulamento do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (S.A.M.D.U.). **Decreto no 46.349, de 3 de Julho de 1959**.

\_\_\_\_\_. **Portaria do Ministério da Saúde nº 8/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: 05 maio 2015.

\_\_\_\_\_. **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: 05 maio 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria do Ministério da Saúde nº 1.863**, de 29 de setembro de 2003. Institui a política nacional de atenção às urgências. Brasília, 2003. Disponível em: <

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_urgencias.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf)>. Acesso em: 05 maio 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria do Ministério da Saúde nº 1.864**, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território nacional. Brasília, 2003a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_urgencias.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf)>. Acesso em: 05 maio 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria do Ministério da Saúde nº 2048**, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências. Brasília, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_urgencias.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf)>. Acesso em: 05 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 1529, de 29 de agosto de 1998. **Conselho Federal de Medicina**. Brasília, DF, 29 ago. 1998.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 225, de 28 de fevereiro de 2000. Dispõe sobre cumprimento de Prescrição medicamentosa/Terapêutica à distância. **Conselho Federal de Enfermagem**. Rio de Janeiro, RJ, 28 fev. 2000.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 487, de 25 de agosto de 2015. Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade. **Conselho Federal de Enfermagem**. Brasília, DF, 25 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 354, de 20 de setembro de 2000. Dispõe sobre Assistência Farmacêutica em atendimento pré-hospitalar às urgências/emergências. **Conselho Federal de Farmácia**.

BRASIL. Resolução nº 375, de 22 de março de 2011. Dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido. **Conselho Federal de Enfermagem**. Brasília, DF, 22 mar. 2011. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-3752011\\_6500.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-3752011_6500.html)>. Acesso em: 13 jan. 2016.

CERVO, Amado L.; BERVIAN, Pedro A.; Da Silva, Roberto. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CORDEIRO JUNIOR, João Batista. **Novas Perspectivas para o Atendimento Pré-Hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina**. 2014. 56 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública com Ênfase à Atividade de Bombeiro Militar). UDESC, Florianópolis, Santa Catarina.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (Estado). Portaria nº 316, de 10 de fevereiro de 2004. **Cria e ativa, sem aumento de despesa e em caráter provisório, o Centro de Educação Profissional em Atendimento Pré-hospitalar (CEPAP), e dá outras providências**. Rio de Janeiro, RJ, 10 fev. 2004.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA. **Diretriz de Procedimento Operacional Padrão nº 02/2010/BM-3/EMG/CBMSC**. 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, 2010.

\_\_\_\_\_. **Relatório Imprensa**. Disponível em:  
<[http://www.cbm.sc.gov.br/rel\\_imprensa/index.php](http://www.cbm.sc.gov.br/rel_imprensa/index.php)>. Acesso em: 08 junho 2015.

CRETELLA JÚNIOR, J.. Valor Jurídico da Portaria. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 117, p.447-459, jul. 1974.

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA (Rio de Janeiro). **Comitê Internacional**. Disponível em:  
<<http://www.cruzvermelha.org.br/movimento-internacional/comitê-internacional-da-cruz-vermelha/>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

EID, Carlos Alberto Guglielmi; DAMASCENO, Maria Cecília de Toledo. Atendimento pré-hospitalar no Brasil e no mundo: histórico. In: SÃO PAULO. Walter Luiz Coutinho. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (Ed.). **Pré-hospitalar / GRAU: Grupo de Resgate e Atenção às Urgências e Emergências**. Barueri: Manole, 2013. Cap. 2. p. 15-26.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre, 2009. (apostila).

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

\_\_\_\_\_. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MACHADO, Cristiani Vieira; SALVADOR, Fernanda Gonçalves Ferreira; O'DWYER, Gisele. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 45, p.519-528, 2011. Bimestral.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINI, Antônio Carlos Turiani; ROZOLEN JUNIOR, Pedro J.. Atendimento pré-hospitalar no Brasil e no mundo: histórico. In: SÃO PAULO. Walter Luiz Coutinho. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (Ed.). **Pré-hospitalar / GRAU: Grupo de Resgate e Atenção às Urgências e Emergências**. Barueri: Manole, 2013. Cap. 1. p. 3-12.

MARTINS, Pedro Paulo Scremin. **Atendimento Pré-Hospitalar: Atribuição e Responsabilidade de quem? Uma Reflexão Crítica a partir do Serviço do Corpo de Bombeiros e das Políticas de Saúde “para” o Brasil à Luz da Filosofia da Práxis**. 2004. 264 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). UFSC, Florianópolis, Santa Catarina.

MERCADANTE, Otávio Azevedo (Coord.) et al. **Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil**. In: Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 236-313.

NERY, Priscilla. Marcas de pioneirismo. **Revista Emergência**, Novo Hamburgo, n. 28, p.01-60, 01 jul. 2011. Mensal. Disponível em: <<https://bc.pressmatrix.com/pt-BR/profiles/f74182b49c8d/editions/7d926db7de69f4472aee/pages>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

NUNES, Rizzato. **Manual de Introdução ao Estudo do Direito**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2007. 395 p.

OLIVEIRA, Marcos de. **Fundamentos do Socorro Pré-Hospitalar**. 4 ed. Florianópolis : Editograf, 2004.

\_\_\_\_\_, Marcos de. **Histórico do Serviço de APH do CBMSC**. Café com História. Disponível em: <<http://www.cafecomhistoriacbmsc.com.br/index.php?q=historico-aph-cbmsc>>. Acesso em: 10 maio 2015.

PARANÁ. Corpo de Bombeiros Paraná. Secretaria de Segurança Pública e Administração Penitenciária. **Como funciona o SIATE**. Disponível em: <<http://www.bombeiros.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=151>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 16.575, de 28 de setembro de 2010. **Dispõe que a Polícia Militar do Estado do Paraná (PMPR) destina-se à preservação da ordem pública, à polícia ostensiva, à execução de atividades de defesa civil, além de outras atribuições previstas na Legislação Federal e Estadual**.

PAROLIN, Mônica Koncke Fiuza. **Sistema tutor baseado em simulação para treinamento médico no atendimento pré-hospitalar**. 1999. Dissertação (Mestrado) - Curso de Informática Aplicada, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 1999.

PAZ, C. D. **O treinamento e desenvolvimento como perspectiva estratégica para o atendimento pré-hospitalar: o caso dos unimed Florianópolis**. Dissertação (Mestrado em Administração) – Centro de Ciências da Administração-ESAG, Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

RIO DE JANEIRO (Estado). Decreto nº 9.053, de 09 de julho de 1986. **Cria O “programa de Atendimento de Emergências Médicas em Vias Públicas” e Dá Outras Providências**. Rio de Janeiro, RJ, 09 jul. 1986. Disponível em: <[http://www.gse.cbmerj.rj.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=99:decreto9053&catid=57&Itemid=78](http://www.gse.cbmerj.rj.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=99:decreto9053&catid=57&Itemid=78)>. Acesso em: 10 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 41308, de 15 de maio de 2008. **Atribui à Subsecretaria de Defesa Civil Através do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro As Atividades Concernentes À Administração e Operação Atendimento Móvel de Urgência**. Rio de Janeiro, RJ, 15 maio 2008. Disponível em: <[http://www2.cbmerj.rj.gov.br/legislacoes/Decretos\\_Estaduais/Dec\\_Est\\_N\\_41308.pdf](http://www2.cbmerj.rj.gov.br/legislacoes/Decretos_Estaduais/Dec_Est_N_41308.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2016.

RIO DE JANEIRO. Grupamento de Socorro de Emergência. Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro. **Marcas de Pioneirismo: 25 anos de inovações e busca de novos desafios**. 2010. Disponível em: <[http://http://www.gse.cbmerj.rj.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=frontpage&Itemid=1](http://http://www.gse.cbmerj.rj.gov.br/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=1)>. Acesso em: 10 jan. 2016.

ROCHA, Marta Peres Sobral. **Suporte Básico de Vida e Socorros de Emergência**. Brasília, 2011. (apostila).

SANTA CATARINA. Constituição (1989). **Constituição do Estado de Santa Catarina**. Florianópolis: Assembleia Legislativa de Santa Catarina, 1989. Disponível em: <[http://www.alesc.sc.gov.br/portal/legislacao/docs/constituicaoEstadual/CEsc\\_16\\_11\\_2009.pdf](http://www.alesc.sc.gov.br/portal/legislacao/docs/constituicaoEstadual/CEsc_16_11_2009.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Deliberação nº 10, de 10 de março de 2004. **A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em reunião extraordinária de 10 de março de 2004, aprova o SAMU, conforme documento anexo**. Florianópolis, SC, 10 mar. 2004.

\_\_\_\_\_. Deliberação nº 54, de 07 de março de 2012. **A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, ad referendum aprova a administração do SAMU em Santa Catarina Por Organização Social – Os, de acordo com a ata 164ª e texto transcrito abaixo, da reunião da Comissão Intergestores Bipartite – Cib, realizada no município de São Miguel do Oeste, no dia 08 de dezembro de 2011**. Florianópolis, SC, 07 mar. 2012.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional nº 033/2003**, de 13 de junho de 2003. Florianópolis, 2003. Disponível em: <[http://www.alesc.sc.gov.br/portal\\_alesc/emendas-constitucionais?field\\_num\\_sessao\\_value=&field\\_ano2\\_value=&page=3](http://www.alesc.sc.gov.br/portal_alesc/emendas-constitucionais?field_num_sessao_value=&field_ano2_value=&page=3)>. Acesso em 10 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Lúcia Regina G. M. Schultz. Secretaria de Estado da Saúde. **SAMU 192 Santa Catarina**. Florianópolis, 2015. 37 slides, color.

\_\_\_\_\_. **Plano estadual de atenção às urgências**. Florianópolis, 2004

\_\_\_\_\_. **Resolução do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina nº 028/97**, de 13 de março de 1997. Regulamenta o Atendimento Pré-Hospitalar. Florianópolis, 1997. Disponível em: <<http://www.cremesc.org.br/conteudoresolucao.jsp?id=56>>. Acesso em 01 maio 2015.

\_\_\_\_\_. César Augusto Soares Nitschke. Secretaria de Estado da Saúde (Org.). **SAMU 192: Núcleo de Educação em Urgência (NEU) Escola de Saúde Pública de Santa Catarina**. Florianópolis: Governo do Estado de Santa Catarina, [2004?].

\_\_\_\_\_. Samu. Secretaria de Estado da Saúde. **Estrutura do SAMU estadual**. Disponível em: <<http://samu.saude.sc.gov.br/index.php/samu-sc/estrutura-do-samu-estadual>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

SERVIÇO INTEGRADO DE ATENDIMENTO AO TRAUMA EM EMERGÊNCIA. **Normas Técnicas Do Siate - Volume I: Normas Técnicas do SIATE**. Maringá, [1990]. 72 p.

\_\_\_\_\_. **Normas Técnicas Do Siate - Volume III**: Normas Técnicas do SIATE. Maringá, [1990]. 90 p.

\_\_\_\_\_. **Normas Técnicas Do Siate - Volume IV**: Normas Técnicas do SIATE. Maringá, [1990]. 116 p.

SILVA, Antonio Carlos Ribeiro de. **Metodologia da Pesquisa Aplicada à Contabilidade**: orientações de estudos, projetos, relatórios, monografias, dissertações, teses. São Paulo: Atlas, 2003.

SILVA, Rodrigo Schardong Bessouat da. **Aspectos Práticos E Jurídicos Dos Serviços De Atendimento Pré-Hospitalar Prestados Pelo Cbmec E Samu À População**. 2012. 58 f. Monografia (Especialização) - Curso de Curso de Formação de Oficiais, Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

SÃO PAULO. Portaria nº 9, de 16 de março de 1994. CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Dispõe Sobre As Condições Ideais de Transporte e Atendimentos de Doentes em Ambulâncias**. São Paulo, SP, 16 mar. 1994.

SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA (São Paulo) (Org.). **Unidades de Intervenção**. 2011. Disponível em: <[http://www.samusantacatarina.org.br/Unidade\\_Intervencao.aspx](http://www.samusantacatarina.org.br/Unidade_Intervencao.aspx)>. Acesso em: 26 fev. 2016.