



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
ALDO BAPTISTA NETO

**ANÁLISE DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DO
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA
NO MODELO DE GESTÃO DESCENTRALIZADA**

Florianópolis

2007

ALDO BAPTISTA NETO

**ANÁLISE DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DO
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA
NO MODELO DE GESTÃO DESCENTRALIZADA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização “Lato Sensu” em Gestão de Serviços de Bombeiros da Universidade do Sul Catarinense, como requisito parcial à obtenção do Título de Especialista em Gestão de Serviços de Bombeiros.

Orientador: Prof. Marcos de Oliveira, MSc.

Florianópolis
2007

ALDO BAPTISTA NETO

**ANÁLISE DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DO
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA
NO MODELO DE GESTÃO DESCENTRALIZADA**

Esta monografia foi julgada adequada à obtenção do Título de Especialista em Gestão de Serviços de Bombeiros e aprovada em sua forma final pelo Curso de Especialização “Lato Sensu” em Gestão de Serviços de Bombeiros da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Florianópolis, 24 de outubro de 2007.

Professor e orientador Marcos de Oliveira, Mestre
Tenente Coronel do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina

Carlos Alberto de Araújo Gomes, Especialista
Major da Polícia Militar de Santa Catarina

César de Assumpção Nunes, Especialista
Capitão do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina

Ao meu filho Gabriel e minha noiva Krislei,
o carinho de vocês e entre vocês, me
serviu de incentivo para a cada segunda-
feira lançar-me a um novo desafio.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me dado a vida e me protegido nos momentos mais difíceis, permitindo que eu aprendesse com todos eles e buscasse suas modificações, podendo quem sabe, tornar o mundo melhor para todos.

Aos meus queridos pais, irmã, cunhado e sobrinha, por terem me acolhido de volta à casa da família, de onde saí há dezesseis anos, retornando em busca de um porto seguro e com amor ser acolhido.

Ao meu orientador e particular amigo, Ten Cel BM Marcos de Oliveira, seu exemplo profissional e familiar me servem de guia a muitos anos. Agradeço o apoio recebido e a paciência em me orientar pelo mundo da pesquisa científica.

Aos meus amigos de turma, em especial à “Turma do Fusca”, durante os meses em que dividimos agradáveis e engraçados momentos juntos. Obrigado por terem dividido comigo, suas experiências profissionais e conhecimento técnicos.

A cada socorrista do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, que este trabalho possa trazer nova luz sobre nossas atividades, modificando conceitos e quebrando paradigmas. Em nome da qualidade do atendimento prestado aos nossos clientes, preservando sempre a vida humana.

Nossos pacientes não nos escolhem. Nós escolhemos tratar nossos pacientes. Poderíamos ter escolhido outra profissão, mas não o fizemos. Aceitamos a responsabilidade de cuidar de pacientes e, algumas vezes, nas piores condições: quando estamos cansados ou com frio, quando está chuvoso e escuro, e freqüentemente quando as condições são imprevisíveis. Devemos aceitar a responsabilidade ou desistir dela. Devemos oferecer a nossos pacientes o que há de melhor em nós...

(Pogetti)

RESUMO

Esta monografia estuda a realidade do Serviço de Atendimento Pré-hospitalar prestado pelo Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Santa Catarina. Inicialmente o autor analisou as diferentes filosofias que orientam a criação dos serviços de socorro pré-hospitalar no mundo, bem como, da revisão na legislação vigente no Brasil sobre o tema. Em seguida, foram observados os principais reflexos havidos no serviço de APH do CBMSC, a partir da opinião expressa pelos oficiais comandantes de unidades e subunidades de Bombeiro Militar, considerando que a qualidade do serviço possa ter sofrido alterações a partir da emancipação financeira e administrativa da Corporação ocorrida em 2003, sua grande expansão e descentralização por todo o Estado, bem como pelas várias alterações na legislação de saúde nacional e o surgimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que atua como um concorrente da Corporação na prestação de semelhante serviço de socorro público. Destacam-se no estudo as principais alterações ocorridas na legislação nacional de saúde, mais especificamente, na área do socorro pré-hospitalar, a diminuição dos efetivos de bombeiro decorrentes do processo de expansão com a abertura de novas organizações pelo Estado e a falta de capacitação para a administração do serviço, por parte dos responsáveis pelo gerenciamento local, no nível municipal. Ao final do trabalho propõe-se uma maior integração dos serviços de socorro prestados pelo CBMSC e pelo SAMU, a ativação de uma coordenação regional para o serviço do CBMSC e a criação de coordenadorias municipais ou regionais, além de investimentos na área de capacitação e atualização de socorristas e gestores em APH.

Palavras-chaves: Bombeiros. Atendimento Pré-hospitalar. Qualidade no serviço. Urgências. Emergências.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Unidades que possuem Atendimento Pré-hospitalar.....	36
Gráfico 2 – Nível de treinamento do efetivo em APH.....	37
Gráfico 3 – Bombeiro Militar gerenciador local do APH.....	38
Gráfico 4 – Preparação para administrar o APH.....	39
Gráfico 5 – Reflexos da expansão do CBMSC no APH.....	40
Gráfico 6 – Fator positivo do APH.....	42
Gráfico 7 – Fator negativo do APH.....	43
Gráfico 8 – Qualidade do APH.....	44
Gráfico 9 – Influência do SAMU no APH do CBMSC.....	45

LISTA DE SIGLAS

APH - Atendimento Pré-Hospitalar

APH – B – Atendimento Pré-hospitalar - Básico

CBMSC - Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina

CFM – Conselho federal de Medicina

CMT – Comandante

DtzPOP – Diretriz de Procedimento Operacional Padrão

EMG – Estado Maior Geral

GM – Gabinete Ministerial

MS – Ministério da Saúde

OBM – Organização Bombeiro Militar

OBM's – Organizações Bombeiro Militar

PMSC - Polícia Militar de Santa Catarina

PEET/PAPH-MS – Programa de Enfrentamento as Emergências e Traumas/Progeto de Atendimento Pré-hospitalar/Ministério da Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIA/SUS – Sistema Integrado de Atendimento/Sistema Único de Saúde

SC – Santa Catarina

SUS – Sistema Único de Saúde

Sv APH – Serviço de Atendimento Pré-hospitalar

EMT – B - Emergency Medical Technician - Basic:

DOT - Department of Transportation

NHTSA - National Highway Traffic Safety Administration

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS	11
1.1.1 Objetivo geral	11
1.1.2 Objetivo específicos	12
1.2 JUSTIFICATIVA	12
1.3 PROBLEMA	13
1.4 HIPÓTESES	13
1.5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	14
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO	14
2 HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR	16
3 LEGISLAÇÃO VIGENTE SOBRE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR	19
4 EMANCIPAÇÃO E EXPANSÃO TERRITORIAL DO CBMSC	28
5 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA, PARCEIRO OU CONCORRENTE	30
6 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS COLETADOS	33
6.1 INSTRUMENTO DE COLETA.....	33
6.2 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	35
7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	47
7.1 CONCLUSÕES.....	47
7.2 RECOMENDAÇÕES.....	48
REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, o modelo de gestão na atenção da saúde pública sofre intensa modificação e deixa seu caráter assistencialista, passando a preocupar-se com o cidadão de forma mais integral.

Surge o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como principal missão, o atendimento amplo e complexo do cidadão brasileiro na área da saúde.

Esse novo modelo de atenção à saúde, cria áreas diferenciadas de cuidados, ou seja, a área pré-hospitalar, a área de atenção hospitalar, a área de reabilitação e, finalmente, o acompanhamento domiciliar de reintegração.

Na área pré-hospitalar é criada uma divisão entre o serviço de pré-hospitalar fixo e o móvel.

Todas essas modificações vem acompanhadas de legislação específica, mediante portarias do Ministério da Saúde.

O Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC), com o seu Serviço de Atendimento Pré-hospitalar (Sv APH), passa a pertencer à modalidade móvel.

Paralelamente a todo esse processo na área da saúde, o CBMSC passa por um processo de emancipação administrativa e financeira, desligando-se da Polícia Militar em 2003 e iniciando um período de grande expansão no território Catarinense, passando de 37 para 87 cidades com Organizações de Bombeiro Militar ativas.

O presente trabalho objetiva realizar uma análise dos reflexos ocorridos no Serviço de Atendimento Pré-hospitalar (qualidade da prestação do serviço) realizado pelo Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, desde 1987, a partir das mudanças na legislação nacional, bem como, no processo de expansão apoiado na política expansionista do Governo Estadual.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo geral

Analisar a atual forma de gestão do Serviço de APH realizado pelo CBMSC e verificar sua qualidade sob a ótica dos oficiais comandantes de Batalhão e Companhia.

1.4.2 Objetivos específicos

- Estudar as correntes históricas que deram origem aos modelos de Atendimento Pré-hospitalar existentes no mundo;
- Estudar a legislação que rege o Serviço de Atendimento Pré-hospitalar no Brasil;
- Analisar os reflexos causados na gestão do Serviço de Atendimento Pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, em decorrência do processo de descentralização e expansão das Unidades Bombeiros Militares;
- Verificar o impacto da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), como concorrente do Serviço de Atendimento Pré-hospitalar oferecido pelo Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina;
- Analisar, através da aplicação e estudo de questionário estruturado, a avaliação da qualidade do Serviço de Atendimento Pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, pela ótica dos oficiais comandantes de Batalhão e companhia de Bombeiro Militar.

1.2 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema teve como motivação principal à necessidade de um estudo que pudesse bem avaliar situação atual do Serviço de Atendimento Pré-hospitalar (APH) do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC), em função do processo de expansão e alterações na legislação nacional.

Atualmente o CBMSC possui 87 cidades com Serviço de APH implantados.

Busca-se neste estudo, verificar se todo este processo de expansão afetou de alguma forma a qualidade do serviço prestado. Serão igualmente analisadas as mudanças promovidas pela implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), como Programa do Governo Federal, que passa a fazer parte de um modelo de Atendimento Pré-hospitalar móvel defendido pelo Ministério da Saúde.

Espera-se que o presente trabalho sirva de modelo de estudo para o Comando Geral do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Santa Catarina, auxiliando na análise do atual modelo de gestão de APH utilizado pela Corporação e na identificação de possíveis melhorias e necessidades de investimentos.

1.3 PROBLEMA

Até que ponto o processo de expansão e descentralização das Organizações de Bombeiro Militar (política de ampliação territorial), somado as recentes modificações da legislação nacional na área da saúde e o surgimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência afetaram a qualidade do Serviço de Atendimento Pré-hospitalar oferecido Corpo de Bombeiros Militar à comunidade catarinense?

HIPÓTESES

Nesta monografia, com base no problema anteriormente descrito, buscar-se-á responder as seguintes hipóteses:

O Serviço de Atendimento Pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina perdeu qualidade em relação ao processo de expansão e descentralização das Organizações de Bombeiro Militar (política de ampliação territorial).

O Serviço de Atendimento Pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina não sofreu alteração em relação a sua doutrina de emprego em função das recentes modificações da legislação nacional na área da saúde.

O Serviço de Atendimento Pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina não perdeu qualidade em função do surgimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa foi realizada através da análise da literatura nacional e estrangeira, da legislação existente sobre Atendimento Pré-hospitalar e também mediante a experiência profissional do autor.

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, que se desenvolveu a partir do método hipotético-dedutivo, a partir de três hipóteses de pesquisa.

A coleta de dados inicial foi realizada através de pesquisas documentais e bibliográficas. Posteriormente, foi utilizado o método de observação direta intensiva, através da técnica da entrevista estruturada mediante questionário, com o fim de levantar informações necessárias ao trabalho.

O questionário foi aplicado aos oficiais comandantes de Batalhões e Companhias Bombeiro Militar do CBMSC, a fim de avaliar e estudar a qualidade do serviço de APH prestado na Corporação.

ESTRUTURA DO TRABALHO

O presente trabalho está estruturado em 7 (sete) capítulos. A descrição de cada um dos capítulos é a seguinte:

O primeiro capítulo apresenta a parte introdutória, caracterizando e justificando o tema, expondo os objetivos e apresentando as informações relativas aos procedimentos metodológicos empregados.

No segundo capítulo descreve o surgimento histórico do atendimento pré-hospitalar e as correntes internacionais que originaram as duas filosofias que orientaram a maioria dos serviços empregados atualmente no mundo.

No terceiro capítulo é apresentada legislação vigente que regula as modalidades de atendimento em uso no Brasil, legislações pertinentes ao Corpo de Bombeiros Militar e ao Serviço de Atendimento Pré-hospitalar móvel.

O quarto capítulo contém informações sobre a emancipação e expansão das

unidades do Corpo de Bombeiros Militar pelo território catarinense.

O quinto capítulo trás uma avaliação do surgimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), suas responsabilidades e legalidade de atuação.

O sexto capítulo apresenta os dados coletados através da aplicação dos questionários, e sua análise e interpretação referentes à qualidade do serviço de APH prestado pelo CBMSC, pela ótica dos gestores locais do serviço.

Finalizando, o sétimo e último capítulo apresenta as conclusões finais referentes ao presente estudo, bem como recomendações sobre o APH no CBMSC.

2 HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

A idéia de um socorro médico prestado fora do ambiente hospitalar por meio do deslocamento de uma equipe e de recursos materiais, tem origem histórica no ano de 1792, quando o cirurgião militar Dominique Jean Larrey, integrante da Grande Armada de Napoleão, passou a utilizar ambulâncias puxadas por animais (ditas, ambulâncias voadoras - do latim, *ambulare*, que significa deslocar) para levar atendimento precoce aos feridos em combate, ainda no campo de batalha, juntamente com o conceito de triagem a fim de aumentar as chances de sobrevivência dos combatentes.

No entanto, foi em Nova Iorque, nos Estados Unidos, a partir de 1869, que o atendimento extra hospitalar tomou corpo, a partir da utilização de ambulâncias. Tratava-se de carruagens puxadas por cavalos e pessoal treinado para realizar manobras de suporte básico de vida para conduzir os pacientes até as unidades hospitalares.

Essa mesma idéia retornou à Europa, onde foi implementada pelos franceses, com a incorporação do conceito de Regulação Médica.

Portanto, desde o início, a trajetória do atendimento pré-hospitalar concentrou-se em duas diferentes correntes: a norte-americana (baseada no conceito *load and go -carregar e conduzir*) e a européia (baseada no conceito *stay to treat – permanecer e triar*), consolidando, respectivamente, o sistema norte-americano e o sistema francês, os quais divergem em relação à filosofia de atuação.

Percebe-se que durante muito tempo, a doutrina dominante em matéria de urgência/emergência foi a de conduzir o doente ou ferido, de qualquer maneira, o mais rápido possível a um hospital, onde médicos e enfermeiros estariam prontos a recebê-lo e tratá-lo.

No Brasil, especialmente a partir da década de 70, os profissionais da medicina começaram a constatar a surpreendente desproporção entre os meios modernos colocados à disposição da população, quando da chegada de um acidentado ao hospital e os meios arcaicos utilizados na fase pré-

hospitalar, nos longos minutos que se seguem após um acidente. Percebeu-se então, que esse tipo de transporte a qualquer custo constituía um grave risco para o acidentado. E em um número apreciável de casos, este modo de ação entregava no hospital o paciente num estado ainda mais grave, causando-lhe, freqüentemente, lesões irreversíveis ou até a morte. Ficou evidente que seria mais conveniente deslocar uma equipe de atendimento até o local do acidente do que conduzir o acidentado ao local do socorro. Assim, a chegada rápida de uma equipe de socorristas na cena da emergência, permitiria a execução dos primeiros socorros, centralizados na avaliação da vítima, sua estabilização e rápido transporte até uma unidade hospitalar.

Esta filosofia de atendimento motivou a criação dos primeiros serviços de atendimento pré-hospitalar no Brasil. Os quais iniciaram suas atividades ao final dos anos 80, em função de uma lacuna deixada pela área da saúde no enfrentamento desta problemática. Policiais militares integrantes dos Corpos de Bombeiros Militares iniciaram treinamentos e passaram a realizar serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, com base no modelo norte-americano, foram criados serviços de socorro público em APH e Resgate Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Brasília e, progressivamente, em outras capitais e grandes cidades do País.

Convém salientar que nos EUA, é a Administração Nacional de Segurança de Tráfego Rodoviário (do inglês, *National Highway Traffic Safety Administration – NHTSA*), órgão integrante do Departamento de Transportes dos EUA (do inglês, *Department of transportation – DOT*) que fornece as diretrizes nacionais para o desenvolvimento de cursos de capacitação e atualização em socorro pré-hospitalar.

A missão da NHTSA é salvar vidas, prevenir lesões e reduzir acidentes relacionados a veículos. O ponto de partida para sua criação foi à assinatura da lei intitulada *National Highway Safety Act*, motivada basicamente pelo fato de que no ano de 1965 morreram mais norte-americanos em acidentes de trânsito do que em oito anos da guerra do Vietnã.

O currículo do Curso de Formação de Técnicos em Emergência Médica (do inglês, *Emergency Medical Technician - Basic (EMT-B): National Standard Curriculum*) é a pedra angular do treinamento pré-hospitalar dos Serviços de Emergências Médicas Norte-americanos e pode ser baixado no

seguinte

endereço

eletrônico:

<http://www.nhtsa.dot.gov/people/injury/ems/pub/emtbnsnc.pdf>.

No Brasil, o primeiro serviço de socorrimento público foi criado em 1893, na cidade do Rio de Janeiro, então Capital Federal, posteriormente implantou-se em 1949, Sistema de Atendimento Médico Domiciliar (SAMDU). No final da década de 80, começam a surgir os serviços de APH similares aos atuais, com a coordenação local, na sede da unidade de bombeiros do próprio município: Blumenau – SC, Rio de Janeiro – RJ, São Paulo – SP e Curitiba - PR.

Mais tarde, 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.

3 LEGISLAÇÃO VIGENTE SOBRE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Os serviços prestados pelo Corpo de Bombeiros Militar, em todas as suas modalidades, seguem legislação específica. O presente trabalho enfoca a análise dos aspectos legais da competência do Corpo de Bombeiros Militar no tocante ao exercício do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 reconheceu os direitos à vida, à saúde, à segurança, à propriedade e a incolumidade das pessoas e do patrimônio, como direitos constitucionais.

Aos Corpos de Bombeiros Militares, entidades públicas, organizadas com base na hierarquia e disciplina, incumbidas da realização dos serviços de prevenção de sinistros, de combate a incêndios e de busca e salvamento de pessoas e bens, nos respectivos Estados e no Distrito Federal, coube garantir à população estes direito, pois, a segurança da população é dever do Estado, direito e responsabilidade da cidadania. Convém ainda salientar, que os Corpos de Bombeiros Militares, autônomos ou não (em alguns Estados os Corpos de Bombeiros Militares são parte integrante das Polícias Militares), são órgãos da Administração Pública dos Estados e do Distrito Federal. Integram, em outras palavras, o Poder Executivo, sujeitando-se, como qualquer outro órgão da Administração Pública, às normas e princípios jurídicos que regem suas atividades, em especial os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade (art. 37, caput, da Constituição da República).

Como órgãos da Administração Pública, têm o correspondente Poder de Polícia (poder instrumental conferido à Administração Pública para que possa realizar seus fins, na realização do bem comum) para que bem possam exercer a atividade fim que a norma constitucional e a infraconstitucional lhes atribuíram.

A Constituição Federal, não atribuiu aos Corpos de Bombeiros Militares competência bem definida a respeito de suas atividades, assim salvo a de execução das atividades de Defesa Civil pois, por força do art. 144, § 5º, as demais são definidas em lei.

No entanto, é de competência dessas corporações, tradicionalmente, as

atividades de prevenção e combate a incêndios, além da busca e salvamento de pessoas e de bens.

No Estado de Santa Catarina, essas atividades estão previstas para o Corpo de Bombeiros Militar na Lei nº. 6.217, de 10 de fevereiro de 1983, que dispõe sobre a Organização Básica do Corpo de Bombeiro Militar. Incumbe-lhe ainda realizar os serviços de prevenção e de extinção de incêndios, simultaneamente com os de proteção e salvamento de vidas e materiais no locais de sinistros. Bem como, os de busca e salvamento, prestando socorro em casos de afogamento, inundações, desabamentos, acidentes em geral, catástrofes e calamidades públicas, como consta no art. 2º, Capítulo II, da aludida Lei Barriga-Verde. Antecedida pelo art. 144, § 5º, da Constituição Federal, como também pelo art. 108 da Constituição Estadual Catarinense de 1989 (alterada pela Emenda constitucional 033, de 17 de junho de 2003, publicada no DOE nº. 17.176) a qual estabelece que o Corpo de Bombeiros Militar, órgão permanente, força auxiliar, reserva do Exército, organizado com base na hierarquia e disciplina, subordinado ao Governador do Estado, cabe, nos limites de sua competência, além de outras atribuições estabelecidas em Lei:

- I - realizar os serviços de prevenção de sinistros ou catástrofes, de combate a incêndio e de busca e salvamento de pessoas e bens e o **atendimento pré-hospitalar** (grifo nosso);
- II - estabelecer normas relativas à segurança das pessoas e de seus bens contra incêndio, catástrofe ou produtos perigosos;
- III - analisar, previamente, os projetos de segurança contra incêndio em edificações, contra sinistros em áreas de risco e de armazenagem, manipulação e transporte de produtos perigosos, acompanhar e fiscalizar sua execução, e impor sanções administrativas estabelecidas em Lei;
- IV - realizar perícias de incêndio e de áreas sinistradas no limite de sua competência;
- V - colaborar com os órgãos da defesa civil;
- VI - exercer a polícia judiciária militar, nos termos de lei federal;
- VII - estabelecer a prevenção balneária por salva-vidas; e
- VIII - prevenir acidentes e incêndios na orla marítima e fluvial. (SANTA CATARINA, 2003)

Com a instalação da primeira Seção de Bombeiros na cidade de Florianópolis, a 26 de setembro de 1926, tem-se o marco histórico da fundação do Corpo de

Bombeiros Militar no Estado de Santa Catarina. Criada pela Lei nº. 1.288, de 16 de setembro de 1919, a referida Seção foi instalada inicialmente em 26 de setembro de 1926, conforme ata de inauguração, documento que iniciou oficialmente a instituição.

De 1926 até 13 de junho de 2003, o Corpo de Bombeiros Militar era parte integrante da estrutura organizacional da Polícia Militar de Santa Catarina. A partir dessa data, através da Emenda Constitucional nº 033/2003, o Corpo de Bombeiros Militar, adquiri o status de corporação autônoma, subordinado a Secretaria da Segurança Pública e Defesa do Cidadão.

Atualmente a instituição Corpo de Bombeiros Militar conta com 87 Organizações de Bombeiro Militar (OBM) distribuídas no Estado, e possui um efetivo de aproximadamente 2.150 homens para o atendimento da população dentro do território Catarinense.

O Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Santa Catarina entende que o seu negócio é: “Proteger a vida, o patrimônio e o meio ambiente”. Desenvolve suas ações com base na seguinte missão: “Prover e manter serviços profissionais e humanitários que garantam a proteção da vida, do patrimônio e do meio ambiente, visando proporcionar qualidade de vida à sociedade”.

Os rumos da organização Bombeiro Militar Catarinense baseiam-se na seguinte visão estratégica: “Ser referência e modelo de excelência na prestação de serviços de bombeiro”.

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

A partir deste entendimento, o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar da Corporação, executado exclusivamente na modalidade de Suporte Básico da Vida (SBV), com procedimentos não invasivos e sem o uso de medicações, encontra-se amparado na Carta Magna Estadual, (SANTA CATARINA, Art 108, Item I, 2003).

Internamente, o serviço bombeiril de Atendimento Pré-Hospitalar é regulado pela Diretriz de Procedimento Operacional Padrão (DtzPOP), que dispõe sobre o serviço na Corporação (DtzPOP Nrº 02/2007/BM-3/EMG/CBMSC, de 29 de agosto de 2007).

O aludido regulamento cita os parâmetros a serem adotados pelos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar. Importante frisar, que o referido documento, no seu item dois das Referências, relaciona as principais legislações e portarias vigentes, que determinam procedimentos referentes ao APH no Brasil.

1.1.1.1Constituição Estadual (Capítulo III-A, Art. 108);

1.1.1.2Curso de Formação de Socorristas em Atendimento Pré-Hospitalar Básico (APH-B) do CBMSC;

1.1.1.3Resolução n.º 1.671, de julho de 2003, do Conselho Federal de Medicina (Regulamenta o APH);

1.1.1.4Portarias n.º 1.863 e 1.864, de setembro de 2003, do Ministério da Saúde;

2Doutrina de Atendimento Pré-Hospitalar do CBMSC. (CBMSC, 2007, p.01).

A Diretriz apresenta ainda, as linhas gerais sobre objetivos, termos técnicos, responsabilidades de coordenadores e guarnições de atendimento operacional e, registra no item 3 (Dos Objetivos), as duas linhas mestras do Serviço APH (Sv APH) da Corporação:

a. Orientar as Organizações de Bombeiro Militar do CBMSC quanto ao planejamento e a execução do Serviço de Atendimento Pré-hospitalar (Sv APH) no estado de Santa Catarina.

b. Reduzir, através da implantação e operacionalização do SV 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.

Todo esse cuidado se faz necessário pois, os serviços prestados pelo CBMSC, precisam estar amparados por legislação afim, para encontrar amparo jurídico e administrativo em seus atos.

Além disso, a Diretriz é amplamente difundida no Estado, pois os comandantes locais das unidades destacadas, quando seguem seus conceitos, conseguem manter o padrão de atendimento com qualidade e de forma coerente, alinhando-se aos interesses gerais da Corporação Militar.

No entanto, se faz necessário registrar que o Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina experimenta um momento histórico importante, em

decorrência de sua recente emancipação da Polícia Militar.

Como a Corporação Militar é subordinada à Secretaria de Segurança Pública e Defesa do Cidadão, a atividade de APH realizada pela Corporação acaba se justapondo ao serviço de saúde prestado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), da Secretaria de Estado da Saúde (SES). O que acaba gerando conflitos em diferentes regiões do Estado, tendo em vista choque de interesse e dificuldades de integração dos serviços concorrentes.

A Portaria Ministerial nº 2048 do Ministério da Saúde versa sobre os casos de urgência e emergência, a qual diz que as Instituições Bombeirís devem ficar atreladas à saúde, por considerar que as áreas de urgência e emergência constitui-se em importantes componentes da assistência à saúde (BRASIL, 2002).

Mediante o exposto, cita Martins (2004, p. 80):

O primeiro serviço instalado junto ao CB de Blumenau em 1987 foi sendo aperfeiçoado com o advento do PEET/PAPH-MS, a partir de 1990. Em várias cidades o CB implantou o sistema. Como na época o CB era vinculado à PM, a Central de Operações da Polícia Militar (COPOM) passou a ocupar também a função de central de atendimento de urgência/emergência pré-hospitalar, sendo que um profissional bombeiro, às vezes com formação socorrista, faz a regulação e o acionamento da unidade móvel para o local da ocorrência. Trata-se, portanto, de uma central de regulação não-medicalizada.

Mesmo com a prestação do serviço de APH já em 1987, inclusive com a realização de triagem simplificada e orientação à distância, através de Central Reguladora, o serviço ainda não possuía legislação efetiva, que amparasse suas atividades. Porém, é inegável que o Corpo de Bombeiros Militar possuía o reconhecimento da população e dos governantes locais. Pois à época, não existia serviço público similar no Estado e os resultados positivos da prestação do serviço oferecido pelo CBMSC, no salvamento de vítimas de traumas, era incontestável.

Em 1998, surge a primeira Legislação Federal, de responsabilidade do Conselho Federal de Medicina, que procura regulamentar a modalidade do socorro pré-hospitalar no País. Trata-se de Resolução nº 1529 do Conselho Federal de Medicina, que determina e diferencia as diversas classes profissionais, oriundos ou

não da saúde, além de suas competências, formação e responsabilidades:

Reconhecemos 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, 1998)

No entanto, o documento do CFM explicita que o serviço de APH é de competência médica, conforme o Art. 1º, que aponta 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, p.01).

Da mesma forma, pela primeira vez no Brasil, é empregado o termo socorrista, para designar o profissional do Corpo de Bombeiros que passa por treinamento em atendimento pré-hospitalar:

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. (Brasil, 1998, p.5).

Importante salientar que, a legislação supra-citada foi revogada no ano de 2003, sendo substituída por uma Resolução do Conselho Federal de Medicina, que vem firmar os atos médicos a serem exercidos no ambiente pré-hospitalar, como segue:

Art. 1º - Que o sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico e, portanto, sua coordenação, regulação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada por médico, com ações que possibilitem a realização de diagnóstico imediato nos agravos ocorridos com a conseqüente terapêutica. (BRASIL, 2003, p.5).

Referente à Legislação supra citada, quando de suas publicações, o CBMSC sempre manteve cautela quanto à sua aplicabilidade. Pois, em se tratando de órgão “classista”, as determinações emanadas visam padronizar e orientar as atividades dos indivíduos ligados à classe médica. Dessa forma, não produzem efeitos sobre a

Corporação Militar, constituída por profissionais ligados à área de segurança pública, com formação ampla em salvamento, porém restrita na área de saúde.

A legislação, que permanece em vigor atualmente (infra-citada), a qual é de responsabilidade do Ministério da Saúde, apresenta de forma contundente as diretrizes a serem aplicadas no Brasil, relativas ao Serviço de Atendimento Pré-hospitalar.

O documento apresenta todos os níveis e participações profissionais, responsabilidades técnicas e administrativas, campos de atuação, níveis de capacitação e materiais e equipamentos obrigatórios para veículos e instalações. Dentro das considerações iniciais, deixa claro a importância de padronizar e organizar a esfera do APH:

Considerando a expansão de serviços públicos e privados de atendimento pré-hospitalar móvel e de transporte inter-hospitalar e a necessidade de integrar estes serviços à lógica dos sistemas de urgência, com regulação médica e presença de equipe de saúde qualificada para as especificidades deste atendimento e a obrigatoriedade da presença do médico nos casos que necessitem suporte avançado à vida. (BRASIL, 2002)

O documento reforça a exigência e determinação de sua aplicabilidade na esfera nacional:

Este Regulamento é de caráter nacional devendo ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, na avaliação, habilitação e cadastramento de serviços em todas as modalidades assistenciais, sendo extensivo ao setor privado que atue na área de urgência e emergência, com ou sem vínculo com a prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2002, p.2).

A Portaria determina que o serviço prestado em ambiente extra-hospitalar é de responsabilidade da pasta da saúde. Necessitando desta forma, de implementações para bem atender a comunidade no tocante a situações de urgência/emergência. Diferenciando o atendimento hospitalar, que assume a face de atendimento fixo e os serviços com o uso de ambulâncias, que passam a ser referenciados como serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel:

O Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel deve ser entendido como uma atribuição da área da saúde, sendo vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou uma região, podendo, portanto, extrapolar os limites municipais. Esta região de cobertura deve ser previamente definida, considerando-se aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados pela clientela. O serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, devidamente regulada, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional. (BRASIL, 2002, p.19)

A mesma Portaria possibilita ainda, o trabalho integrado entre as instituições de atendimento da área da saúde, segurança e salvamento (esta última, ação constitucional dos Corpos de Bombeiros Militares), desde que sujeitos a regulação médica:

Os serviços de segurança e salvamento, sempre que houver demanda de atendimento de eventos com vítimas ou doentes, devem orientar-se pela decisão do médico regulador de urgências. Podem ser estabelecidos protocolos de despacho imediato de seus recursos de atenção às urgências em situações excepcionais, mas, em nenhum caso, estes despachos podem ser feitos sem comunicação simultânea com o regulador e transferência do chamado de socorro para exercício da regulação médica. (BRASIL, 2002, p.20)

A referida legislação aponta a participação do profissional do Corpo de Bombeiros Militar nas ações de APH, na qualidade de profissional não pertencente aos quadros da saúde. Além disso, descreve sua participação, requisitos e competências. Salienta que o profissional bombeiro deverá ter atividade regulada pelo SUS, sendo orientado pelas Centrais de Regulação:

Bombeiros Militares: Profissionais Bombeiros Militares, com nível médio, reconhecidos pelo gestor público da saúde para o desempenho destas atividades, em serviços

normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais de Regulação. Atuam na identificação de situações de risco e comando das ações de proteção ambiental, da vítima e dos profissionais envolvidos no seu atendimento, fazem o resgate de vítimas de locais ou situações que impossibilitam o acesso da equipe de saúde. Podem realizar suporte básico de vida, com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento. (BRASIL, 2002, p.25 grifo do autor)

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

Os Corpos de Bombeiros e Polícia Rodoviária Federal cadastrados no Sistema Único de Saúde **e que atuam de acordo com as recomendações previstas na Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002,** deverão continuar utilizando os procedimentos Trauma I e Trauma II da Tabela SIA-SUS, para efeitos de registro e faturamento de suas ações. (BRASIL, 2003, p.3, grifo do autor).

Mais recentemente, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n.º 1.864, de 29 de setembro de 2003, que determina a instalação de um novo sistema, denominado Serviço de Atendimento Móvel de Urgência ou SAMU, conforme segue:

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

(BRASIL, 2003, p.1)

Com o surgimento de mais este prestador de serviço de emergência, de certa forma, o serviço que já vinha sendo prestado pela Corporação Militar perdeu abrangência. Tal fato pode ter ocasionado uma atmosfera competitiva entre as instituições, uma vez que, especialmente a classe bombeiril defendia que, as Centrais Reguladoras e o Atendimento de Suporte Avançado de Vida fossem subordinados aos serviços já existentes, ou seja, complementariam o APH das Instituições de Bombeiro Militar. Além disso, o surgimento desta nova instituição para desempenho das atividades de APH, emprega profissionais, equipamentos, área física, veículos, etc... completamente autônomos e desligados dos Corpos de Bombeiros Militares. No entanto, a Portaria não possui status de Lei, o que não obriga os Corpos de Bombeiros Militares a seguirem o que está sendo preconizado.

Com relação à adaptação do Serviço de APH às exigências do Ministério da Saúde, surge a dúvida: Devem os Corpos de Bombeiros Militar seguir a legislação da saúde ou manter e aprimorar a modalidade de APH hoje aplicada, sempre voltados para a busca da excelência do atendimento ao cliente? Ressalta-se que o surgimento de legislação aplicada ao APH se refere à nova visão de saúde pública, com base na integralidade da atenção do cliente SUS, nas formas mais amplas, completas e complexas desse atendimento.

Este novo conceito difere do estabelecido pela Constituição de 1988, onde o serviço de saúde pública possuía caráter assistencialista, passando o novo modelo para um serviço de atendimento integral, que engloba a prevenção, o atendimento no ambiente extra-hospitalar, o atendimento hospitalar e a reabilitação:

[...] previa-se o desenvolvimento de um sistema de atendimento integral à saúde e não apenas o atendimento básico que poderia vir-a-ser integral, de maior abrangência ou resolubilidade. (MARTINS, 2004, p.76)

4 EMANCIPAÇÃO E EXPANSÃO TERRITORIAL DO CBMSC

Com a emancipação, garantida através da Emenda Constitucional nº 033, o CBMSC, desde 2003, vem realizando um forte trabalho de descentralização, através da instalação de novas organizações de Bombeiro Militar.

De 2003 até 2007, o CBMSC passou de 37 para 87 municípios com instalações de bombeiro militar.

Tal fato é positivo e está alinhado com a política do Governo do Estado:

Descentralização: para que o Governo esteja efetivamente presente em todo o território catarinense, propomos uma reengenharia da estrutura governamental, que promova a redistribuição de funções - sem aumentar um só cargo - substituindo funções centralizadas por regionalizadas[...] (SANTA CATARINA, 2003)

Incêndios, desabamentos, afogamentos, e toda sorte de acidentes, precisam ser atendidos rapidamente e, neste sentido a descentralização e expansão são muito positivas.

Nesta linha de pensamento, mais especificamente na área do APH, quanto mais cedo um paciente transportado por unidade de resgate do Corpo de Bombeiros, chegar a um hospital, maior será a possibilidade de sobreviver às lesões e menor a probabilidade de seqüelas. Segundo Cowley apud Poggetti (2004), pacientes que receberam tratamento hospitalar precoce nos traumas tem um índice de sobrevivência muito maior que aqueles onde há atraso no atendimento.

Percebe-se que o CBMSC acredita no conceito da descentralização de suas unidades como uma estratégia que minimiza o tempo de resposta às emergências.

Nos último 4 anos, o CBMSC ampliou seus serviços e inaugurou 4 novos Batalhões de Bombeiros Militares, além de diversos Grupos de Bombeiro Militar.

A referida expansão pelo território catarinense foi recebida com satisfação pelos cidadãos. Cidades que anteriormente não possuíam nenhum tipo de atividade do Corpo de Bombeiros passaram a ser atendidas. Entretanto, sem a inclusão de novos profissionais para completar os quadros de efetivo, o processo expansionista poderá trazer prejuízos na qualidade de

atendimento prestado à comunidade.

Para angariar ampliação, muitas unidades foram reduzidas em efetivo e recursos de ordem material. Percebe-se que um Grupo de Bombeiros Militar, menor estrutura organizacional disponível, acaba atuando tanto na área administrativa, como também na área operacional, com efetivos de menos de 12 bombeiros militares por cidade.

Tal fato reflete diretamente na qualidade do atendimento, pois as equipes que deveriam ser composta por três socorristas para tripular uma ambulância, acabam sendo ativadas com somente 2 bombeiros, às vezes, sendo um deles militar e outro civil voluntário.

De tudo, vê-se que a expansão, mesmo sendo importante e necessária, deverá ocorrer de forma planejada e financeiramente suportada pelo Estado.

5 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA, PARCEIRO OU CONCORRENTE

Criado oficialmente pela a Portaria Ministerial n.º 1.864, de 29 de setembro de 2003, o modelo SAMU já existia no Brasil anteriormente, como pode ser verificado no histórico do APH. Em SC, o SAMU foi implantado a partir de novembro de 2005.

O serviço apresenta modelos distintos, sendo por vezes estruturado a partir do Governo Estadual, a exemplo do Estado do Rio de Janeiro e Santa Catarina. E em outros casos, organizado a partir de modelos municipais, como ocorre na cidade de São Paulo e Porto Alegre.

O SAMU atua com base em filosofia oriunda do modelo francês de atendimento personalizado, com equipes multiprofissionais, oriundas da área da saúde. O sistema faz parte de um Programa Nacional de Governo, com aporte financeiro tripartite (Governo Federal, Estadual e Municipal). Apresenta conceitos, missões, responsabilidades e procedimentos devidamente estruturados:

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

Verifica-se que a premissa máxima da Legislação, quando da criação e desenvolvimento do serviço, foi garantir a integralidade da atenção ao usuário SUS: A possibilidade de acesso ao serviço via número telefônico, a identificação da necessidade e a escolha do recurso disponível, feita por profissional médico regulador, a possibilidade de requerer auxílio extra SAMU e, o envio para unidade hospitalar hierarquizada, inicialmente as do sistema SUS, podendo ser particulares, respeitando suas complexidades.

Percebe-se que o Governo Federal busca um modelo de serviço para o Brasil, mais amplo e resolutivo, com capacidade de realizar procedimentos complexos no ambiente extra-hospitalar.

Segundo Martins (2004, p.78), o atendimento de suporte básico de vida, prestado pelos Corpos de Bombeiros Militares, adota as diretrizes do modelo norte-americano, baseado no antigo Programa de Enfrentamento às Emergências e o Trauma (PEET/PAPH) do Ministério da Saúde.

Evidencia-se que, a escolha feita pelo Governo Federal é a de que, mesmo tendo que “pagar” o preço necessário em criar do início todo um sistema de atendimento pré-hospitalar, ele já está sendo construído. E que o modelo escolhido foi o modelo francês, multiprofissional e medicalizado.

Em Santa Catarina, além dos profissionais de regulação e atendimento móvel, o programa SAMU criou núcleos gestores para administração do serviço em 8 regiões territoriais:

Para os Comitês Gestores dos Sistemas Municipais de Atenção às Urgências sugere-se a seguinte composição mínima: Coordenador Municipal do Sistema de Atenção às Urgências, representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências), representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, Guarda Municipal, onde essas corporações atuem na atenção às urgências; representante da Defesa Civil Municipal e do gestor municipal da área de trânsito, e conforme a necessidade justificar, de representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros”. (BRASIL, 2006, p.41).

Preocupado com a formação dos profissionais que irão atuar nesse novo sistema de atenção pré-hospitalar, a legislação orienta a criação de Núcleos de Educação em Urgência, tanto na esfera hospitalar como extra-hospitalar,

conforme segue:

Implantar Laboratórios de Ensino de Procedimentos de Saúde como parte dos NEU (Núcleo de Educação em Urgências) e envolver de forma interinstitucional os órgãos formadores e os prestadores, para desenvolver uma abordagem temática em urgência no âmbito de todos os Pólos de Educação Permanente em Saúde. (BRASIL, 2006, p.42)

Desta forma, o SAMU representa um investimento de saúde que busca a atenção continuada às áreas pré-hospitalares e hospitalares, a cooperação dos diversos tipos de serviços móveis, incluindo ações conjuntas com órgãos de Polícia, Bombeiro e Defesa Civil.

Surge então, a partir das mudanças na Legislação Nacional, e em decorrência da implantação do SAMU, um grande desafio aos Corpos de Bombeiros Militares, qual seja, definir se haverá ou não integração ao novo modelo.

6 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS COLETADOS

Neste capítulo será apresentada a análise e a interpretação dos dados referentes a instrumento de coleta realizado para verificar a qualidade do serviço prestado pelo Serviço de Atendimento Pré-hospitalar (APH) do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC). O público alvo é formado por Oficiais Comandantes de unidades e subunidades do Corpo de Bombeiros Militar, que possuem conjuntamente, a coordenação local do serviço de APH.

A pesquisa de opinião foi realizada mediante aplicação de um questionário, previamente estabelecido, a fim de avaliar o conhecimento sobre o funcionamento e qualidade do serviço sob a ótica dos respondentes.

Foram pesquisados 21 Oficiais Bombeiros Militares, sendo 6 (seis) Tenentes, 8 (oito) Capitães, 3 (três) Majores e 4 (quatro) Tenentes Coronéis. Todos Comandantes de Companhias e Batalhões de Bombeiro Militar. Foram respondidos 21 (vinte e um) questionários, de um total de 35 (trinta e cinco) encaminhamentos, sendo 28 (vinte e oito) Companhias de Bombeiros e 7 (sete) Batalhões de Bombeiros.

6.1 INSTRUMENTO DE COLETA

O questionário foi estruturado com 9 perguntas, conforme segue:

- 1) A sua unidade e as demais sob sua responsabilidade, possuem o Serviço de Atendimento Pré-hospitalar?
 Todas;
 Mais da metade;
 Menos da metade.

2) Qual o nível de treinamento de seu efetivo na área de atendimento pré-hospitalar?

() Possuem formação como socorristas básicos (APH-B) e treinam semanalmente;

() Possuem formação como socorristas básicos (APH-B) e treinam mensalmente;

() Possuem formação como socorristas básicos (APH-B) e treinam esporadicamente;

3) As OBMs (considerar apenas aquelas em cidades diferentes) sob sua circunscrição possuem um BM específico com a função de gerenciar as atividades do serviço de atendimento pré-hospitalar?

() Sim, todos os quartéis;

() Apenas alguns;

() Não há BM nesta função, a coordenação do APH é responsabilidade do Cmt da Unidade;

() Descreva a forma utilizada em sua UBM (caso seja diferente das opções acima).

4) Na qualidade de coordenador local do Serviço de APH, você sente-se preparado e capacitado para decidir sobre todas as questões relativas ao serviço? (procedimentos técnicos, aquisição de materiais, assuntos administrativos, contatos com outras instituições de saúde e legislação específica).

() Sim, em todas as áreas;

() Tenho dúvidas nas áreas técnicas;

() Tenho dúvidas nas áreas de contato com os órgãos de saúde e legislação específica;

() Tenho dúvidas em todas as áreas.

5) Você acredita que o processo de expansão do Corpo de Bombeiros Militar alterou de alguma forma a qualidade do serviço de APH prestado pela Corporação?

() Sim;

() Não.

Explique sua resposta da forma mais simplificada possível:

6) Indique no espaço abaixo (de forma simplificada e concisa), qual o fator do Sv de APH que você considera como mais *positivo*. Em outras palavras, qual é o fator que representa nossa melhor qualidade:

7) Indique no espaço abaixo (de forma simplificada e concisa), qual o fator do Sv de APH que você considera como mais *negativo*. Em outras palavras, qual é o fator que representa nossa pior qualidade (aquilo que precisa ser corrigido, melhorado):

8) Escolha dentre as opções abaixo, o item que melhor define a qualidade do serviço de APH prestado por suas OBMs (de forma geral, considerando efetivo, treinamento, recursos materiais, tempo resposta e satisfação do cliente):

() Ótimo;

() Bom;

() Razoável;

() Ruim;

() Péssimo.

9) Qual sua opinião sobre o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) em nosso Estado?

() Representa uma instituição que irá substituir o APH do CBMSC no futuro;

() Representa uma oportunidade para melhorar o Sv de APH do CBMSC;

() Descreva outra idéia (caso você tenha opinião diferente).

Todas as perguntas estão estruturadas para avaliar o posicionamento dos respondentes em relação ao seu conhecimento e avaliação da importância do serviço de APH no Corpo de Bombeiros Militar; o conhecimento da atividade de coordenação do serviço que os mesmos possuem; a periodicidade de treinamento que é dado para os socorristas; os possíveis impactos sofridos no APH após a emancipação do CBMSC; a sensação de qualidade do serviço prestado e qual o entendimento sobre os

efeitos sobre o APH após a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

6.2 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A seguir, serão apresentadas as respostas obtidas com o questionário, bem como a análise dos dados coletados.

a) Primeira pergunta, referente à existência do serviço de APH nas unidades militares comandadas pelos oficiais que responderam ao questionário:

Pergunta: A sua unidade e as demais sob sua responsabilidade, possuem o Serviço de Atendimento Pré-hospitalar?

- 1 - Todas = 19 escolhas (50%);
- 2 - Mais da metade = 1 escolha (5%);
- 3 - Menos da metade = 1 escolha (5%).

UNIDADES COM Sv APH UNIDADES QUE POSSUEM ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

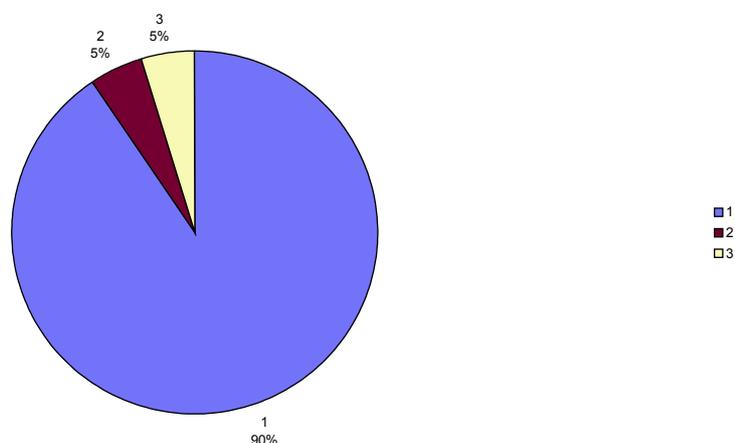


Gráfico 1 – Unidades que possuem Atendimento Pré-hospitalar

Fonte: O autor, 2007.

Observa-se que 90% (noventa) dos entrevistados indicam possuir unidades de Bombeiro Militar com o serviço de APH.

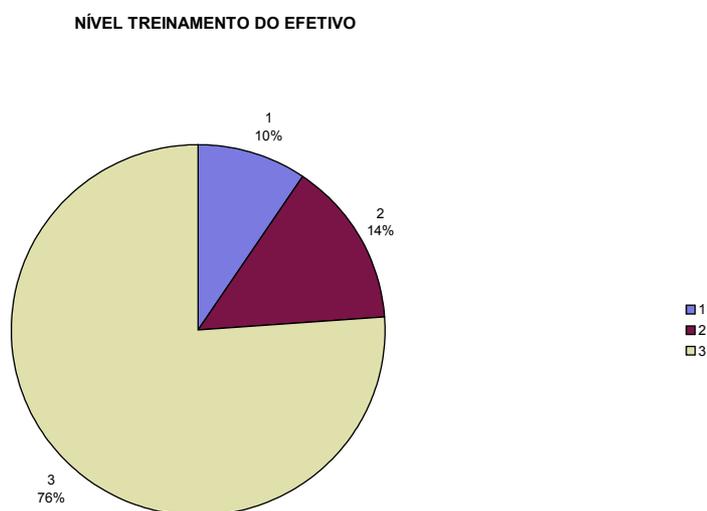
b) Segunda pergunta, referente ao nível de treinamento do efetivo na área de atendimento pré-hospitalar:

Pergunta: Qual o nível de treinamento de seu efetivo na área de atendimento pré-hospitalar?

1 - Possuem formação como socorristas básicos (APH-B) e treinam semanalmente = 2 escolhas (10%);

2 - Possuem formação como socorristas básicos (APH-B) e treinam mensalmente = 3 escolhas (14%);

3 - Possuem formação como socorristas básicos (APH-B) e treinam esporadicamente = 16 escolhas (76%).



Nível de treinamento do efetivo em APH

Gráfico 2 – Nível de treinamento do efetivo em APH;

Fonte: O autor, 2007.

Através desses dados observa-se que 76% (setenta e seis por cento) do efetivo de bombeiros socorristas possuem apenas curso de formação como socorristas e treinamento de manutenção esporádico.

Percebe-se, portanto, que a referida instrução não existe de forma institucionalmente programada.

c) Terceira pergunta, referente à existência de um Bombeiro Militar com

função específica de gerenciamento das atividades do serviço:

Pergunta: As OBMs (considerar apenas aquelas em cidades diferentes) sob sua circunscrição possuem um BM específico com a função de gerenciar as atividades do serviço de atendimento pré-hospitalar?

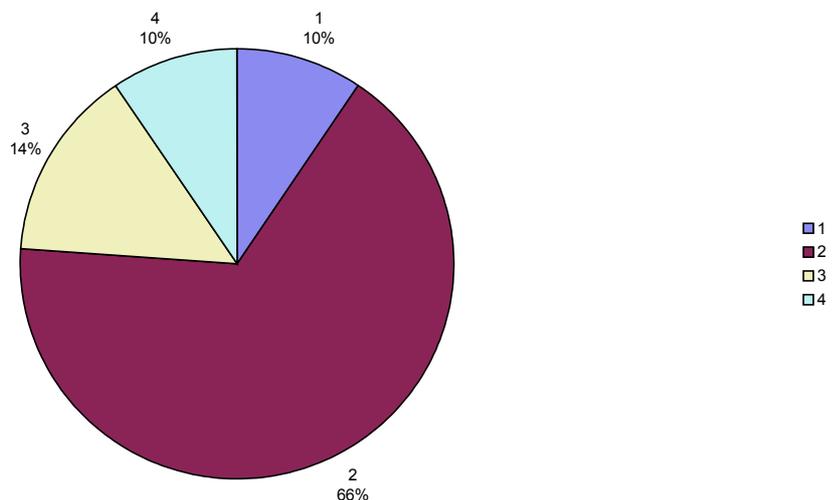
1 - Sim, todos os quartéis = 2 escolhas (10%);

2 - Apenas alguns = 19 escolhas (66%);

3 - Não há BM nesta função, a coordenação do APH é responsabilidade do Cmt da Unidade = 3 escolhas (14%);

4 - Descreva a forma utilizada em sua OBM (caso seja diferente das opções acima) = 2 (10%).

UNIDADES QUE POSSUEM COORDENADOR LOCAL PARA O APH



Bombeiro Militar gerenciador local do APH

Gráfico 3 – Bombeiro Militar gerenciador local do APH;

Fonte: O autor, 2007.

No item 4, o instrumento de coleta permite a inclusão de dado particular de cada bombeiro pesquisado. Desta forma, 2 respondentes indicaram que existe um bombeiro responsável em comprar e controlar consumo de materiais e equipamentos.

Observa-se nesses dados que, 66% (sessenta e seis por cento) dos comandantes de unidades, não designam Bombeiros Militares para trabalharem na função de gestores do APH. Referem que algumas unidades possuem profissionais apenas para comprar materiais e equipamentos e fiscalizar seu consumo.

Pode-se perceber que não existe unanimidade no procedimento, dois oficiais relatam que todas as suas unidades possuem um bombeiro com designação específica para administrar o APH.

d) Quarta pergunta, referente ao oficial coordenador local do Serviço de APH, sente-se preparado e capacitado para decidir sobre todas as questões relativas ao serviço:

Pergunta: Na qualidade de coordenador local do Serviço de APH, você sente-se preparado e capacitado para decidir sobre todas as questões relativas ao serviço? (procedimentos técnicos, aquisição de materiais, assuntos administrativos, contatos com outras instituições de saúde e legislação específica).

1 - Sim, em todas as áreas = 5 escolhas (24%);

2 - Tenho dúvidas nas áreas técnicas = 0 escolha (0%);

3 - Tenho dúvidas nas áreas de contato com os órgãos de saúde e legislação específica = 9 escolhas (42%);

4 - Tenho dúvidas em todas as áreas (procedimentos técnicos, aquisição de materiais, assuntos administrativos, contatos com outras instituições de saúde e legislação específica) = 6 escolhas (29%);

5 – Não respondeu = 1 escolha (5%).

CAPACITAÇÃO DO COMANDANTE DE COMPANHIA

Preparação para administrar o APH

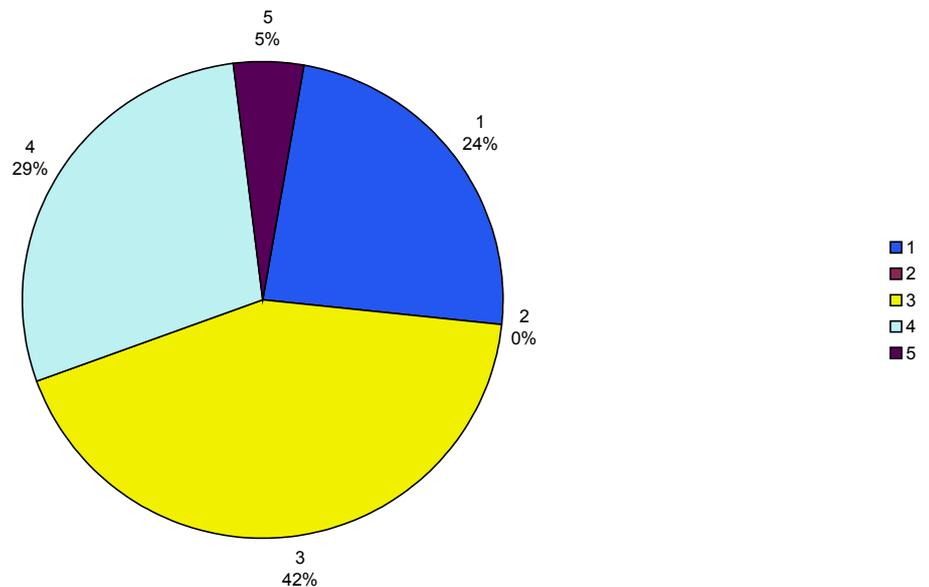


Gráfico 4 – Preparação para administrar o APH;

Fonte: O autor, 2007.

Quando analisada essa pergunta, observa-se que 42% (quarenta e dois por cento) dos oficiais referem que possuem dúvidas referentes à legislação vigente de APH, como também, possuem dúvidas na hora de tratar do atendimento extra-hospitalar com as secretarias de saúde e demais órgãos.

Acredita o autor ser o segundo problema reflexo do primeiro. E ainda, 29% (vinte e nove), tem dúvidas tanto nas áreas técnicas de APH, tendo dificuldades assim de questionar ou avaliar procedimentos realizados pelas guarnições de APH como também nas áreas administrativas, ou seja, desconhecem todas as características do serviço, mesmo estando na posição de gestores. Somente 24% (vinte e quatro) dos pesquisados consideram-se plenamente seguros para administrar o Serviço de Atendimento Pré-hospitalar do CBMSC.

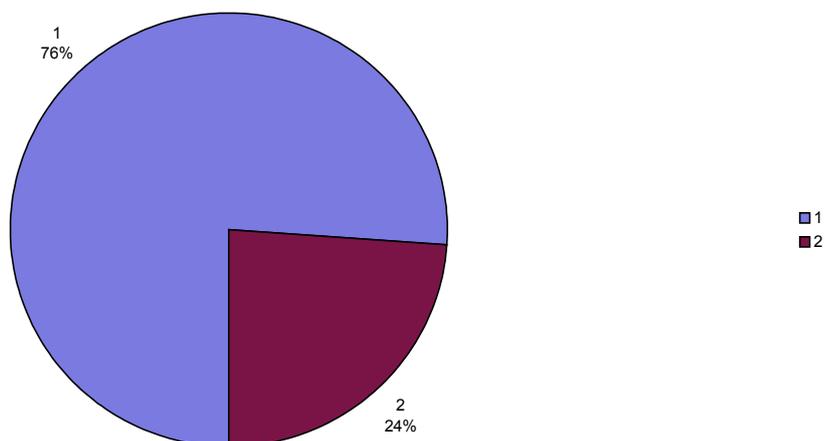
e) Quinta pergunta, referente à possibilidade do processo de expansão do Corpo de Bombeiros Militar ter alterado a qualidade do serviço de APH:

Pergunta: Você acredita que o processo de expansão do Corpo de Bombeiros Militar alterou de alguma forma a qualidade do serviço de APH prestado pela Corporação?

1 - Sim = 16 escolhas (76%);

- Não = 5 escolhas (24%).

A EXPANSÃO E SEUS REFLEXOS NO APH



Reflexos da expansão do CBMSC no APH

Gráfico 5 – Reflexos da expansão do CBMSC no APH;

Fonte: O autor, 2007.

Nesse resultado, pode-se observar que, a maior parte dos oficiais comandantes de unidades do CBMSC 76% (setenta e seis por cento), acredita que a política de expansão das unidades do CBMSC, trouxe algum tipo de reflexo, que impactou na qualidade do serviço de APH prestado.

Relatam suas opiniões conforme os dados que seguem infra-citados:

- Sim, trouxe reflexos para o APH, comprometendo a qualidade:

1 - Guarnições foram reduzidas = 7 escolhas (44%);

2 - Falta de efetivo, gerou acúmulo de função dos BM = 4 escolhas (25%);

3 - Bombeiro Militar atuando como socorrista, sem ter a devida formação = 2 escolhas (13%);

4 - Falta de treinamento de manutenção para o efetivo já em atividade = 1 escolha (6%);

5 - Trouxe reflexos mas não comprometeu a parte técnica da atividade = 1 escolha (6%);

6 - Não opinou = 1 escolha (6%).

Os oficiais pesquisados opinam que, a expansão acabou por influenciar na redução das equipes de trabalho (item 1), ocasionando muitas vezes que um mesmo bombeiro necessite responder por mais de uma atividade (item 2), prejudicando assim sua dedicação e atenção para com o serviço de APH, fazendo com que sejam escalados bombeiros sem formação em APH (item 3), em guarnições que já estão reduzidas.

- Não trouxe reflexos para o APH, sem comprometimento da qualidade:

1 - Continua o CBMSC atendendo com qualidade = 2 escolhas (40%);

2 - Falta de treinamento do efetivo não possui relação com a expansão = 2 escolhas (40%);

3 - Houve somente uma redistribuição de efetivo e atividades = 1 escolha (20%).

Mesmo relatado por 76% (setenta e seis por cento) dos oficiais pesquisados, que o processo de expansão do CBMSC trouxe reflexos para ao APH, ocasionando guarnições reduzidas e falta de treinamento por acúmulo de funções, 24% (vinte e quatro por cento) dos gestores acredita que no processo de expansão houve apenas uma redistribuição de efetivo e atividades, e que a falta de instrução não está diretamente ligado a esses fatores.

f) Sexta pergunta, foi solicitado ao oficial pesquisado que indicasse um fator que considere o mais *positivo* do APH.

Pergunta: Indique no espaço abaixo (de forma simplificada e concisa), qual o fator do Sv de APH que você considera como mais *positivo*. Em outras palavras, qual é o fator que representa nossa melhor qualidade:

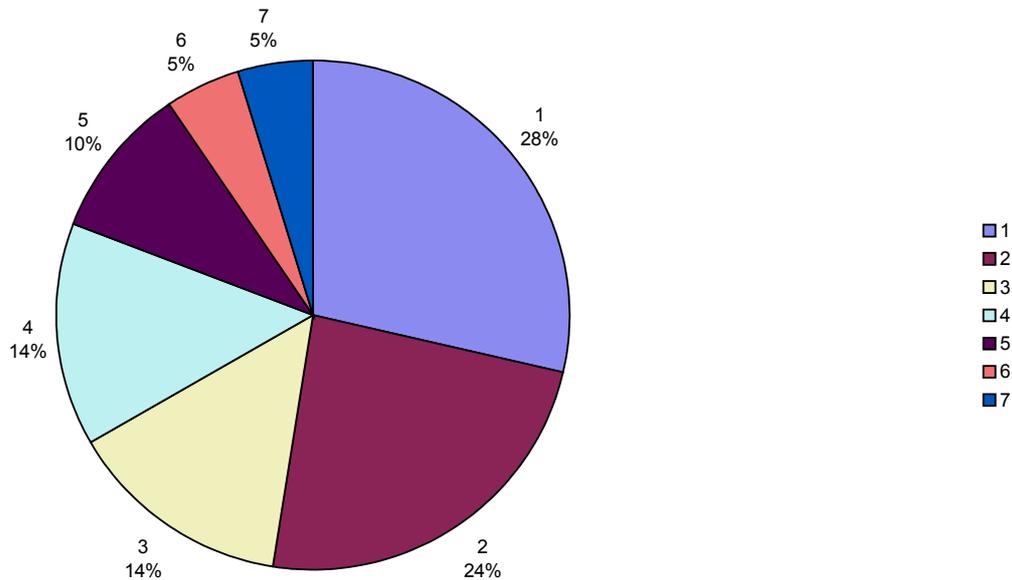
1 - Rapidez e agilidade para responder aos chamados e atender aos pacientes = 6 escolhas (28%);

2 - Comprometimento dos socorristas em bem atender as ocorrências = 5 escolhas (24%);

3 - Atenção dada ao paciente pelos socorristas = 3 escolhas (14%);

4 - Capacitação do efetivo para seguir a um protocolo = 3 escolhas (14%);

- 5 - Qualidade das viaturas e equipamentos = 2 escolhas (10%);
 6 - Disciplina militar = 1 escolha (5%);
 7 - APH esta presente em todas as OBM do Estado = 1 escolha (5%).



Fator positivo do APH

Gráfico 6 – Fator positivo do APH;

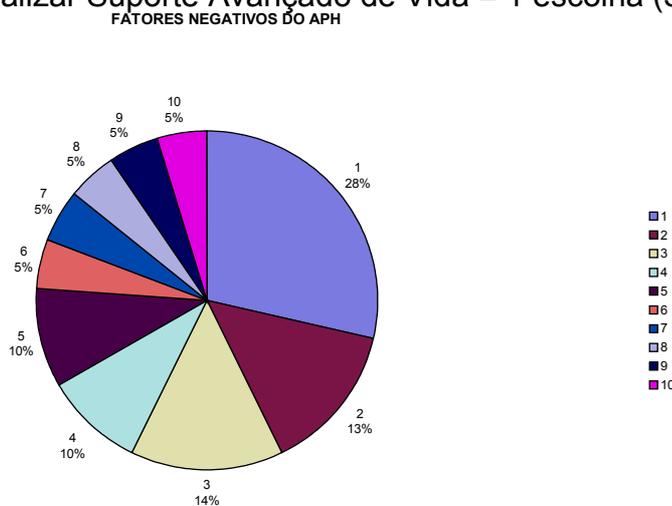
Fonte: O autor, 2007.

Quando o assunto é qualidade do serviço, sendo referido como o fator mais positivo da prestação do serviço, os gestores referem como rapidez e agilidade para chegar no local das emergências e remover os pacientes para unidades hospitalares. Como também o comprometimento dos bombeiros quando atendem aos chamados, comportando-se de forma profissional e efetuando seus atendimentos de forma correta e protocolar.

f) Sétima pergunta, foi solicitado ao oficial pesquisado que indicasse um fator que considere o mais *negativo* do APH.

Pergunta: Indique no espaço abaixo (de forma simplificada e concisa), qual o fator do Sv de APH que você considera como mais *negativo*. Em outras palavras, qual é o fator que representa nossa pior qualidade (aquilo que precisa ser corrigido, melhorado):

- 1 – Falta de treinamento periódico = 6 escolhas (28%);
- 2 – Falta de efetivo = 3 escolhas (13%);
- 3 – Atendimentos de casos clínicos (não são de responsabilidade do CBMSC) = 3 escolhas (14%);
- 4 – Falta de investimento por parte do Estado e da Saúde = 2 escolhas (10%);
- 5 – Bombeiros Militares trabalhando no APH sem formação = 2 escolhas (10%);
- 6 – Estresse profissional, ocasionando a saída de bombeiros militares da atividade de APH = 1 escolha (5%);
- 7 – Falta de coordenação Estadual geral = 1 escolha (5%);
- 8 - Socorristas que se negam a trabalhar em outras atividades = 1 escolha (5%);
- 9 - Falta de capacitação para bombeiros que atuam no COBOM = 1 escolha (5%);
- 10 - Necessidade de realizar Suporte Avançado de Vida = 1 escolha (5%).



Fator negativo do APH

Gráfico 7 – Fator negativo do APH;

Fonte: O autor, 2007.

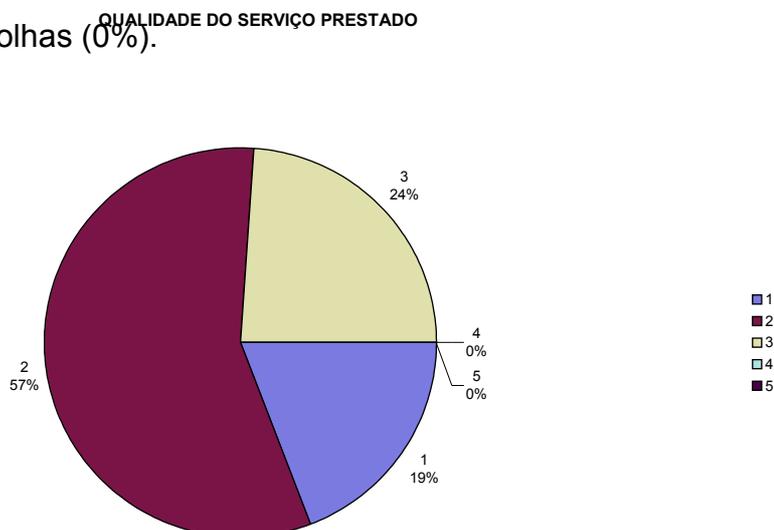
Quando solicitados a referenciar o ponto mais negativo do Serviço de Atendimento Pré-hospitalar, os oficiais gestores relataram 10 (dez) diferentes itens, destacando-se a falta de treinamento periódico e a falta de efetivo, como sendo os fatores que mais comprometem a qualidade da

atividade. Seguido do entendimento que, os casos clínicos ou mesmo o atendimento de casos crônicos como o alcoolismo, não são mais de responsabilidade da instituição, porém em cidades pequenas, esse tipo de atendimento não pode deixar de ser realizado, acreditando ser um fator negativo para o serviço.

g) Oitava pergunta, foi solicitado aos gestores que, mediante uma escala qualitativa, definissem a qualidade do serviço prestado pelo CBMSC.

Pergunta: Escolha dentre as opções abaixo, o item que melhor define a qualidade do serviço de APH prestado por suas OBMs (de forma geral, considerando efetivo, treinamento, recursos materiais, tempo resposta e satisfação do cliente):

- 1 – Ótimo = 4 escolhas (19%);
- 2 – Bom = 12 escolhas (57%);
- 3 – Razoável = 5 escolhas (24%);
- 4 – Ruim = 0 escolhas (0%);
- 5 – Péssimo = 0 escolhas (0%).



Qualidade do APH

Gráfico 8 – Qualidade do APH;

Fonte: O autor, 2007.

Mesmo com todas as dificuldades de efetivo e treinamento apontadas pelos coordenadores locais do APH, quando pedido para indicarem o nível de qualidade que o serviço encontra-se, foi indicado o nível “BOM”. Seguido de um indicativo de “RAZOÁVEL”.

O autor acredita que as escolhas do índice “ÓTIMO” estejam ligados a unidade militares que possuem baixa demanda de atendimento, podendo dar atenção especial aos pacientes, sempre em cada emergência atendida, como também o alto grau de comprometimento demonstrado por socorristas em algumas unidades específicas, com menos efetivo.

h) Nona pergunta, referente à opinião dos comandantes de unidades sobre a criação, em nosso Estado, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Pergunta: Qual sua opinião sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em nosso Estado?

1 - Representa uma instituição que irá substituir o APH do CBMSC no futuro = 0 escolhas (0%);

2 - Representa uma oportunidade para melhorar o Sv de APH do CBMSC = 10 escolhas (48%);

3 - Descreva outra idéia (caso você tenha opinião diferente) = 11 escolhas (52%).

PERCEPÇÕES SOBRE A INSTALAÇÃO DO SAMU

Influência do SAMU no APH do CBMSC

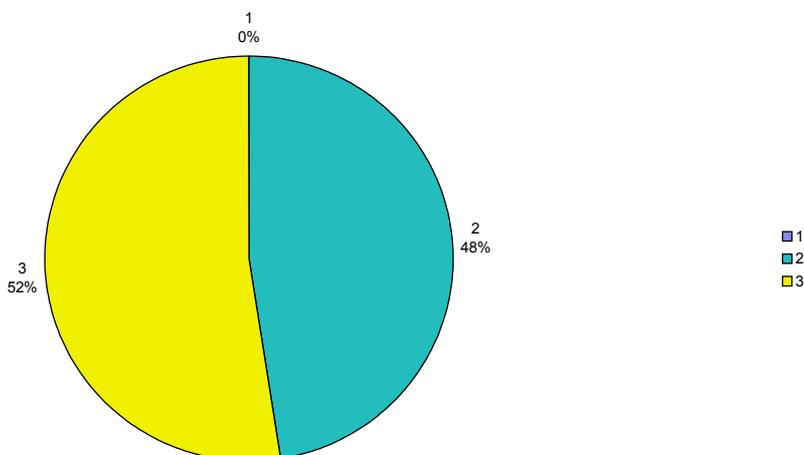


Gráfico 9 – Influência do SAMU no APH do CBMSC;

Fonte: O autor, 2007.

Nesse resultado, pode-se observar que, pouco mais da metade dos oficiais comandantes de unidades do CBMSC, 52% (cinquenta e dois por cento), possuem opiniões específicas sobre a criação do SAMU, enquanto 48% (quarenta e oito por cento) deles acredita ser uma oportunidade para que o CBMSC invista do APH para melhorar ainda mais a qualidade do serviço prestado.

Daqueles que opinarão de forma diferenciada, destaca-se, como infracitado, o SAMU ser uma instituição parceira do CBMSC, podendo dessa forma, melhorar a qualidade da atenção pré-hospitalar prestada a comunidade catarinense.

Para tanto, é necessário a implementação de legislação interna do CBMSC própria, para doutrinar a referida parceira. Que todo o efetivo possa estar ciente dessa diretriz, possibilitando todas as equipes de bombeiro militar do Estado, agirem sempre da mesma forma em relação ao SAMU.

- 1 - SAMU é uma instituição parceira do CBMSC = 4 escolhas (37%);
- 2 - SAMU só sobreviverá enquanto for um projeto do Governo = 3 escolhas (27%);
- 3 - CBMSC necessita se integrar mais com o SAMU = 1 escolha (9%);
- 4 - SAMU é uma instituição concorrente do CBMSC = 1 escolha (9%);
- 5 - SAMU não trás influência para o CBMSC na região = 1 escolha (9%);

6 - Na maioria dos atendimentos, não existe a necessidade da presença de um profissional médico = 1 escolha (9%).

7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

7.1 CONCLUSÕES

A presente monografia desenvolveu-se a partir do estudo do Serviço de Atendimento Pré-hospitalar (Sv APH) realizado pelo Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina.

Inicialmente, estudou-se a história do atendimento pré-hospitalar e as principais doutrinas que norteiam os serviços existentes no mundo e no Brasil.

O estudo avaliou os reflexos percebidos no Sv APH, a partir da emancipação do CBMSC e sua expansão pelo território catarinense nos últimos quatro anos, além das influências havidas em função do surgimento do SAMU.

A partir da aplicação de um questionário de opinião, avaliou-se como os oficiais Comandantes e Subcomandantes de Unidades BM sentem-se em relação a sua preparação para administrar os serviços em suas respectivas organizações, como também suas opiniões sobre o futuro do Sv APH no CBMSC.

Do estudo, conclui-se que as hipóteses levantadas no trabalho foram todas corroboradas pela pesquisa, tendo em vista que, em relação à primeira hipótese (O Serviço de Atendimento Pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina **perdeu qualidade** em relação ao processo de expansão e descentralização das Organizações de Bombeiro Militar - política de ampliação territorial), os dados coletados confirmaram a suposição do autor, tendo em vista que a expansão das unidades de bombeiro, trouxe enfraquecimento e perda da qualidade do serviço devido principalmente a redução do efetivo nas OBMs e, conseqüentemente, a redução no número de homens nas equipes de trabalho. Outro ponto relevante foi o acúmulo de funções, gerados pela diminuição dos efetivos que também acabou diminuindo a qualidade do serviço.

Em relação à segunda hipótese (O Serviço de Atendimento Pré-hospitalar do

Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina **não sofreu alteração** em relação a sua doutrina de emprego em função das recentes modificações da legislação nacional na área da saúde), os dados coletados confirmaram a hipótese, tendo em vista que o CBMSC realiza o Sv de APH, na categoria móvel, amparado na Constituição Estadual, que no seu Artigo 108, atribui o APH como competência do CBMSC. Apesar de todas as demais legislações em vigor no País, tanto no âmbito Federal como Estadual, remeterem o socorro extra-hospitalar com uma responsabilidade dos órgãos de saúde pública, o CBMSC não ficou desamparado legalmente. Entende-se portanto, que resta ao CBMSC manter seu serviço focado na lei Estadual que ampara suas atividades, mesmo que o Sv APH possa sofrer perdas financeiras a partir da extinção do repasse da produção ambulatorial via SAI/SUS, que é prevista na legislação da saúde somente para entidades que trabalhem de forma conjunta com o sistema SAMU. De tudo, pode-se afirmar que a nova legislação de saúde em vigor, refere-se somente as missões e obrigações das instituições de saúde, e não afeta, até o momento, o CBMSC.

Finalmente, em relação à terceira hipótese (O Serviço de Atendimento Pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina **não perdeu qualidade** em função do surgimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU), os dados coletados novamente confirmaram a hipótese, tendo em vista que a maioria dos oficiais gestores do serviço responderam que o surgimento do SAMU é uma oportunidade para o CBMSC reavaliar o serviço institucionalmente e melhorar sua atuação. Os dados coletados indicam que o SAMU poderá ser um grande parceiro do CBMSC, assumindo o atendimento dos casos clínicos e auxiliando o CBMSC quando da necessidade de encontrar vagas nas emergências dos hospitais. No entanto, cabe ao Comando Geral do CBMSC a elaboração de diretrizes específicas para regular o serviço.

7.2 RECOMENDAÇÕES

Ficou evidenciado que, o APH do CBMSC realiza uma atividade de suma importância para a comunidade. Suas unidades operacionais espalhadas pelo território catarinense, permitem uma rápida resposta aos mais diversos casos de urgências e emergências.

No entanto, faz-se necessário e urgente:

- Determinar a implementação da função de bombeiros gestores locais do serviço de APH, bombeiro militar que terá como responsabilidade fiscalizar, poiar e coordenar os profissionais que atuam no APH da OBM; administrar equipamentos e veículos; controlar e arquivar documentação pertinente à atividade; realizar contatos com unidades de saúde e SAMU e, servir de elo de contato com a supervisão Estadual da atividade;
- Criar uma capacitação exclusivamente para bombeiros gestores do serviço, abordando questões históricas do APH, características administrativas da atividade, legislações vigentes pertinentes do serviço junto aos órgãos de saúde e SAMU, características técnicas e responsabilidades dos membros operacionais (socorristas) do serviço e questões relativas aos efeitos psicológicos inerente à atividade que afetam os bombeiros;
- Aumentar a cooperação e parceria com as unidades operacionais do sistema SAMU, através da instalação de centrais de rádio, permitindo a comunicação entre as instituições, de forma a melhor utilizar o médico regulador para administrar a busca da vaga hospitalar para o paciente do CBMSC. Tal fato possibilitaria utilizar o código de trauma II do sistema SIA/SUS, na informação da produção ambulatorial (arrecadação de maior valor), pois a equipe estará sendo regulada por profissional médico. E, principalmente a possibilidade da atividade em conjunto, entre equipes e viaturas de ambas as instituições, quando da necessidade de manobras avançadas para vítimas politraumatizadas;
- Ampliar a divulgação e debates no CBMSC, sobre a DtzPOP Nrº 02/2007/BM-3/EMG/CBMSC, de 29 de agosto de 2007, que regulamenta a atividade de APH, trazendo legalidade às ações e padronização das condutas dos socorristas, principalmente orientando os gestores quanto as responsabilidade e peculiaridades na integração entre as instituições;

- Desenvolver mecanismos que possibilitem a atividade das equipes de APH sempre em guarnições de 3 (três) socorristas e concentrar esforços para contratar e formar novos bombeiros militares;
- Ativar a coordenação de APH na Diretoria Operacional do CBMSC, para servir de órgão regulador do APH, fiscalizar as ações das unidades operacionais, zelar para que todo o serviço de APH seja desenvolvido dentro da legislação em vigor, em clima de cooperação entre o CBMSC e SAMU e mantendo o alto índice técnico de procedimentos dos socorristas em relação aos procedimentos de suporte básico da vida, possíveis de serem realizados pelos membros do CBMSC;
- Investir em marketing institucional, de forma profissional e estruturada, para manter na comunidade a confiabilidade do serviço do CBMSC, gerando o constante entendimento de que a atividade de socorristas do Sv APH do CBMSC é fundamental para a sociedade catarinense.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em:<http://www.tre-sc.gov.br/legjurisp/constituicao-federal>. Acesso em: 25 set. 2007.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1529 de 28 de agosto de 1998**. Define que o sistema de Atendimento Pré-hospitalar é um Serviço Médico. Disponível em:<http://www.portalmedico.org.br>. Acesso em: 24 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº 2048 de 5 de novembro de 2002**. Aprova o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências. Disponível em:<http://www.saude.gov.br/samu>. Acesso em: 27 set. 2007.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1671 de 29 de julho de 2003**. Define que o sistema de Atendimento Pré-hospitalar é um Serviço Médico, revogando a Resolução 1529/98. Disponível em:<http://www.portalmedico.org.br>. Acesso em: 24 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº 1864 de 29 de setembro de 2003**. Institui o Componente Pré-Hospitalar Móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências. Disponível em:<http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 28 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação Médica das Urgências**. Manual do SAMU. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:<http://www.saude.gov.br/samu>. Acesso em: 27 set. 2007.

BAU, Lia Nara. Sem Padrões no APH. **Revista Emergência**, São Paulo, p. 18-29, Junho 2007.

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

NATIONAL HIGHWAY TRAFFIC SAFETY ADMINISTRATION. Disponível em: <http://www.nhtsa.dot.gov> Acesso em: 03 out. 2007.

POGETTI, Renato Sérgio (trad.). **Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado (PHTLS)**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

SANTA CATARINA. Constituição (1999). **Constituição Do Estado de Santa Catarina**. Florianópolis, SC: Assembléia Legislativa, 1999. Disponível em:<http://www.tre-sc.gov.br/legjurisp/constituicoes>. Acesso em: 25 set. 2007.

SANTA CATARINA. Plano de Governo (2003). **Plano de Governo do Estado de Santa Catarina**. O Governo do Estado precisa de uma forte reestruturação. Florianópolis, SC: Disponível em:<http://www.sc.gov.br>. Acesso em: 26 set. 2007.