

CAP QOBM MAURICIO JOSÉ ALISKI

**EXPANSÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PELO CORPO DE
BOMBEIROS DA PMPR**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Planejamento e Controle da Segurança Pública em convênio com a Universidade Federal do Paraná, para conclusão do Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais BM 2006.

Orientador de Conteúdo:
Maj. QOBM Edemilson de Barros

Orientadora Metodológica:
Helena de Fátima Nunes Silva

**CURITIBA
2006**

AGRADECIMENTOS

À memória de meus pais, Brasília e Otília, pelo inestimável legado de formação pessoal e familiar que me proporcionaram ao longo de suas vidas.

Agradeço à minha esposa Rosilane e meus filhos Bruno e Jeane, pelo apoio a mim dispensado e pela paciência que tiveram quando de minhas ausências do seio familiar para dedicar-me à consecução deste trabalho.

Agradeço ao meu amigo e orientador Major QOBM Edmilson de Barros que não poupou tempo e esforço para a conclusão deste trabalho.

Aos amigos de verdade, aqueles que sempre estão ao nosso lado nos momentos de dificuldade.

RESUMO

Diariamente as guarnições do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Paraná são acionadas para dar atendimento a ocorrências de natureza pré-hospitalar, oferecendo um serviço de excelência nas cidades onde a atenção ao trauma está formalmente instalada. Baseado neste fato, este trabalho pretende, em primeiro lugar, reunir as normas existentes em nível nacional que regulamentam a atividade de atendimento pré-hospitalar, bem como a legislação constitucional federal e estadual que norteia a missão do Corpo de Bombeiros. Em seguida, após sintetizá-las e verificados os pontos conflitantes, no que diz respeito às missões dos profissionais envolvidos e da formação dos Bombeiros-Militares socorristas, sugerir modelo de expansão do atendimento pré-hospitalar no Estado do Paraná, para ser implantado nas cidades onde existem unidades do Corpo de Bombeiros. Em linhas gerais, a proposta contempla os municípios que contam com até 50.000 (cinquenta mil habitantes) e que possuem dificuldades para implantar sistema de atenção às urgências quer por motivos financeiros ou estruturais. Da análise dos dados populacionais, verifica-se que o Corpo de Bombeiros poderá oferecer este serviço, com maior qualidade, a maior número de habitantes, com o objetivo principal de salvar vidas.

PALAVRAS-CHAVE: Atendimento pré-hospitalar; trauma; legislação.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

TABELA 1	PLANO ESTADUAL DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.....	28
TABELA 2	DIMENSIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR FIXO.....	32
TABELA 3	VEÍCULOS UTILIZADOS NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL.....	37
TABELA 4	COMPARATIVO DE CONTEÚDOS E CARGA HORÁRIA ENTRE A PORTARIA 2048 E O PLAMA DE SOCORROS DE URGÊNCIA DO CFSD BM.....	46
TABELA 5	CIDADES, POPULAÇÃO E OCORRÊNCIAS ATENDIDAS PELO SIATE NO ANO DE 2005.....	59
TABELA 6	CIDADES QUE POSSUEM APH, PORÉM NÃO FORMALIZADO.....	61
TABELA 7	MUNICÍPIOS E POPULAÇÃO ATENDIDA PELO PROGRAMA BOMBEIRO COMUNITÁRIO.....	63
TABELA 8	CUSTO PARA IMPLANTAÇÃO NAS UNIDADES DO CB/PMPR.....	67
TABELA 9	CUSTO PARA IMPLANTAÇÃO NAS CIDADES QUE ADERIRAM AO PROGRAMA BOMBEIRO COMUNITÁRIO.....	68
FIGURA1	PORCENTAGEM DE MUNICÍPIOS QUE POSSUEM ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR.....	60
FIGURA 2	POPULAÇÃO ATENDIDA ATUALMENTE.....	60
FIGURA 3	PORCENTAGEM DE MUNICÍPIOS ATENDIDOS COM A EXPANSÃO DO SIATE.....	69
FIGURA 4	NÚMERO DE HABITANTES DO ESTADO A SEREM ATENDIDOS.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SIATE	SERVIÇO INTEGRADO DE ATENDIMENTO AO TRAUMA EM EMERGÊNCIA
SESP	SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SESA	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CCB	COMANDO DO CORPO DE BOMBEIROS
PMPR	POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ
EUA	ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA
CAMEESP	COMISSÃO DE ATENDIMENTO MÉDICO ÀS EMERGÊNCIAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
GSE	GRUPAMENTO DE SOCORRO DE EMERGÊNCIA
CBMERJ	CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
COCB	CENTRAL DE OPERAÇÕES DO CORPO DE BOMBEIROS
CEPAP	CENTRO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
GM	GABINETE DO MINISTRO
CFM	CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
COREN	CONSELHO ESTADUAL DE ENFERMAGEM
COFEN	CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UTI	UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO
APVP	ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS
SAMU	SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
PAB	PLANO DE ATENÇÃO BÁSICA
PABA	PLANO DE ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADA
NEU	NÚCLEOS DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIAS
APH	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
PLAMA	PLANO DE MATERIAS
CFSD	CURSO DE FORMAÇÃO DE SOLDADOS
SICOE	SISTEMA INTEGRADO DE COMANDO E OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA
PNAU	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
1.1	ANTECEDENTES.....	8
1.2	DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	8
1.3	JUSTIFICATIVA.....	9
1.4	OBJETIVOS.....	10
1.4.1	OBJETIVO GERAL.....	10
1.4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
2	METODOLOGIA.....	10
2.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	11
2.2	PROCEDIMENTOS DA PESQUISA.....	11
3	LITERATURA PERTINENTE.....	11
3.1	HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR.....	13
3.2	HISTÓRICO DO SERVIÇO INTEGRADO DE ATENDIMENTO AO TRAUMA EM EMERGÊNCIA – SIATE.....	18
3.3	HISTÓRICO DA LEGISLAÇÃO REGULAMENTADORA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR.....	19
3.3.1	RESOLUÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.....	19
3.3.2	PORTARIA MS/GM Nº 2925/98.....	19
3.3.3	PORTARIA MS/GM Nº 824/99.....	20
3.3.4	DECISÃO COREN/SP DIR/001/2001.....	20
3.3.5	PORTARIA MS/GM Nº 814/2001.....	21
4	PORTARIA MS/GM Nº 2048/2002.....	22
4.1	OBJETIVOS E ESTRUTURA.....	23
4.2	EXTENSÃO DA APLICAÇÃO DA PORTARIA 2048.....	24
4.3	IMPLANTAÇÃO DE NOVOS SERVIÇOS.....	24
4.4	SERVIÇOS EXISTENTES.....	25
4.5	REGULAMENTO TÉCNICO DOS SISTEMAS ESTADUAIS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	25
4.6	O PLANO ESTADUAL DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.....	27
4.7	REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.....	29
4.8	ATRIBUIÇÕES DA REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.....	29
4.9	ATRIBUIÇÕES TÉCNICAS.....	29
4.10	ATRIBUIÇÕES GESTORAS.....	30
4.11	REGULAÇÃO DO SETOR PRIVADO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL.....	30
4.12	REGULAÇÃO MÉDICA DE OUTRAS ENTIDADES.....	30
4.13	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR FIXO.....	31
4.14	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL.....	32
4.15	EQUIPE PROFISSIONAL.....	32
4.16	EQUIPE DE PROFISSIONAIS ORIUNDOS DA SAÚDE.....	33
4.17	PERFIL DOS PROFISSIONAIS ORIUNDOS DA SAÚDE.....	33
4.18	PERFIL DOS PROFISSIONAIS NÃO ORIUNDOS DA SAÚDE.....	35
4.19	VEÍCULOS UTILIZADOS NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL.....	36
4.20	ATENDIMENTO HOSPITALAR.....	38
4.21	UNIDADES GERAIS.....	38
4.22	UNIDADES DE REFERÊNCIA.....	38
4.23	TRANSFERÊNCIA E TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR.....	39
4.24	RESPONSABILIDADE DOS PROFISSIONAIS.....	40
4.25	RESPONSABILIDADES/ATRIBUIÇÕES DO SERVIÇO/MÉDICO SOLICITANTE.....	40
4.26	RESPONSABILIDADES/ATRIBUIÇÕES DA CENTRAL DE REGULAÇÃO.....	41

4.27	RESPONSABILIDADES/ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE TRANSPORTE.....	41
4.28	NÚCLEOS DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIAS.....	42
4.29	ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO.....	42
4.30	PRINCÍPIOS NORTEADORES.....	43
4.31	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.....	43
4.32	OBJETIVOS OPERACIONAIS.....	44
4.33	ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS NOS CURSOS DE FORMAÇÃO DO CORPO DE BOMBEIROS.....	44
5	O SICOE E A PORTARIA 2048.....	47
6	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.....	48
6.1	OBJETIVO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.....	48
6.2	COMPONENTES FUNDAMENTAIS DA PNAU.....	49
6.3	ORGANIZAÇÃO DE REDES LOCO REGIONAIS DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.....	49
6.4	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NA PNAU.....	50
6.5	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR FIXO.....	50
6.6	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL.....	51
6.7	COMPONENTE PRÉ-HOSPITALAR NA PNAU/SAMU 192.....	51
6.8	SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA/SAMU.....	53
6.9	CENTRO DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIAS.....	54
6.10	NÚCLEOS DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIA/NEU.....	55
6.11	COMITÊ GESTOR DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.....	57
7	PROPOSTA DE EXPANSÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NO ESTADO DO PARANÁ.....	58
7.1	ASPECTOS GERAIS DOS MUNICÍPIOS ATENDIDOS PELA CORPORação.....	58
7.2	ASPECTOS GERAIS DOS MUNICÍPIOS ATENDIDOS PELO PROGRAMA BOMBEIRO COMUNITÁRIO.....	61
7.3	ASPECTOS DA PROPOSTA DE EXPANSÃO.....	64
7.3.1	SIATE NÍVEL "A".....	65
7.3.2	SIATE NÍVEL "B".....	66
7.3.3	SIATE NÍVEL "C".....	66
7.4	CUSTOS PARA IMPLANTAÇÃO.....	66
7.4.1	CIDADES JÁ ATENDIDAS PELO CORPO DE BOMBEIROS DA PMPR.....	67
7.4.2	CIDADES CONTEMPLADAS PELO PROGRAMA BOMBEIRO COMUNITÁRIO..	67
7.5	PORCENTAGEM DE MUNICÍPIOS E POPULAÇÃO ATENDIDA COM A EXPANSÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR.....	69
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
	ANEXO 1.....	73
	REFERÊNCIAS.....	81

1 INTRODUÇÃO

O crescimento da mortalidade por causas externas não é um acontecimento verificado apenas no Brasil. Em todo o mundo, especialmente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a evolução econômica, a urbanização acelerada, as complexidades da vida moderna, têm levado a um aumento da mortalidade por causas externas. O enfrentamento destes problemas tem exigido uma convergência de medidas que passam por campanhas educativas visando a ações preventivas e de segurança, pela implantação de serviços de atendimento pré-hospitalar, pela melhoria do atendimento hospitalar e das ações destinadas à reabilitação.

A literatura internacional especializada na área das emergências médicas, e mais especificamente do trauma, tem indicado que um atendimento rápido e adequado, no local da ocorrência do acidente, possibilita a diminuição dos óbitos por traumas, bem como evita o agravamento dos danos e a geração de seqüelas.

O presente trabalho tem por escopo a realização de pesquisa documental sobre os principais pontos de interesse do Corpo de Bombeiros na aplicação do instrumento regulamentar do atendimento pré-hospitalar e fazer uma análise de suas implicações atividades constitucionais da Corporação.

1.1 ANTECEDENTES

Em maio de 1990, foi criado na cidade de Curitiba o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência - SIATE, objetivando melhorar o atendimento às vítimas de trauma e que posteriormente foi expandido para mais 7 (sete) municípios do Estado.

Verificado que o SIATE atendeu às expectativas da comunidade paranaense e que serve de base para outros Estados, vislumbra-se agora atender o máximo possível da população do Estado do Paraná.

1.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

O atendimento pré-hospitalar passa por um amadurecimento necessário, após a implantação de projetos-piloto nessa área, ao longo de mais de vinte anos. O

interessante é que, mesmo tratando-se de um problema da área de saúde, bombeiros de todo o país foram envolvidos, apresentando bons resultados e expandindo o alto grau de credibilidade confiado às corporações.

Atualmente o SIATE, que é integrado pela Secretaria de Estado da Segurança Pública - SESP, Secretaria de Estado da Saúde - SESA e Secretarias de Saúde dos Municípios em que o convênio e o serviço são ativos, está presente em apenas sete municípios e, na grande maioria dos municípios onde há Posto de Bombeiros, funcionam serviços de atendimento pré-hospitalar, em grande parte devido à demanda de ocorrências nestas localidades.

Após a edição da Portaria nº 1.863, de 29 de Setembro de 2003, a qual criou a Política Nacional de Atenção às Urgências e da Portaria nº 2.048 de 05 de Novembro de 2002, pelo Ministério da Saúde, parece-nos que a saúde passa a reivindicar aquilo que é sua incumbência, o atendimento pré-hospitalar, traçando normativas que buscam regulamentá-lo, impondo condições para o exercício da atividade.

Desta forma, com este trabalho de pesquisa, pretende-se estabelecer um comparativo entre as normas que regulam o atendimento às urgências e a legislação que norteia a missão do Corpo de Bombeiros e, ao final, sugerir modelo de expansão do atendimento pré-hospitalar no Estado.

1.3 JUSTIFICATIVA

É imperativo pensar em estratégias que propiciem ao Corpo de Bombeiros a realização dos serviços de atendimento pré-hospitalar e o cumprimento de sua missão constitucional, procurando dar o melhor atendimento possível à população paranaense.

Considerando o fato que é inadmissível aceitar que vidas possam ser perdidas em função da não realização de procedimentos básicos para os socorristas, a corporação necessita de propostas para expansão e regulamentação do atendimento pré-hospitalar, vislumbrando a possibilidade do atendimento para quarenta e sete municípios do Estado, ou seja, todas as cidades que possuem unidades do Corpo de Bombeiros.

Apesar de ter ocorrido a reestruturação do quadro de organização do CCB/PMMPR, após quinze anos de efetivo serviço prestado pelos Bombeiros Militares

no atendimento pré-hospitalar, é necessário repensar seu futuro buscando adequar o serviço prestado à população paranaense às normas que regulamentam a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Ponto pacífico é que não se deve perder o conhecimento adquirido ao longo dos anos, que notabilizou o reconhecimento profissional dos Bombeiros-Militares.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GERAL

Subsidiar o Comando do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Paraná no planejamento para expansão do atendimento pré-hospitalar nos municípios já atendidos pela Corporação, integrando as normas vigentes e a missão constitucional.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Discorrer sobre os pontos de interesse do Corpo de Bombeiros na aplicação das portarias do Ministério da Saúde que regulamentam o atendimento pré-hospitalar e a Política Nacional de Atenção às Urgências e fazer uma reflexão objetiva de suas implicações em nossa atividade;

b) Sugerir modelo de expansão do atendimento pré-hospitalar no Estado, garantindo o suporte básico de vida às vítimas de trauma, estabilização e transporte ao hospital adequado de modo a atender a realidade social e econômica da população paranaense;

c) Adequar, de acordo com as normativas vigentes, o atendimento pré-hospitalar nos municípios que já possuam estrutura do Corpo de Bombeiros.

2 METODOLOGIA

Buscando alcançar o objetivo do presente trabalho de pesquisa foi reunida e analisada a legislação estadual referente à missão, estruturação e regulamentação do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Paraná, as normativas do Ministério da

Saúde acerca do atendimento pré-hospitalar e as Constituições Federal e Estadual com vistas a encontrar a resposta ao problema proposto.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Realizou-se pesquisa documental fundamentada nas Constituições Federal e Estadual e ainda na legislação vigente que se refere à missão do Corpo de Bombeiros e à Política Nacional de Atenção às Urgências.

2.2 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Foi feita a comparação objetiva da legislação vigente com as normas do Ministério da Saúde que norteiam o atendimento pré-hospitalar e a Política Nacional de Atenção às Urgências, enfocando os fatores conflitantes entre a missão do Corpo de Bombeiros e a regulamentação do atendimento pré-hospitalar buscando, ao final, sugerir modelo de expansão desta atividade aos municípios já atendidos pela Corporação.

Com base nos dados populacionais, foi estabelecida a relação entre a porcentagem da população atendida atualmente e o que se pretende alcançar com a expansão do atendimento pré-hospitalar.

Após essa correlação, foi apresentado modelo de expansão do atendimento pré-hospitalar buscando implantar o serviço em todas as cidades que possuem Unidades do Corpo de Bombeiros.

3 LITERATURA PERTINENTE

A presente revisão literária reuniu as fontes legislativas que norteiam a missão constitucional do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Paraná e as Portarias do Ministério da Saúde que regulamentam o atendimento pré-hospitalar.

Realizou-se uma síntese das Portarias do Ministério da Saúde que regulamentam o atendimento pré-hospitalar e a Política Nacional de Atenção às Urgências enfocando os fatores que influem na missão constitucional do Corpo de Bombeiros.

Ao tratar no Capítulo III (Da Segurança Pública), do Título V (Da Defesa do Estado e das Instituições Democráticas) a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece que:

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:

IV –

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.

§ 6º As polícias militares e **Corpos de Bombeiros Militares**, forças auxiliares e reserva do Exército, subordinam-se, juntamente com as polícias civis, aos Governadores dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios.

Ao tratar no Capítulo III (Dos Militares Estaduais), a Constituição Estadual de 1989 estabelece que:

Art. 45. São militares estaduais os integrantes da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar.

Ao tratar no Capítulo IV (Da Segurança Pública), a Constituição Estadual de 1989 estabelece que:

Art. 46. A Segurança Pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida, para a preservação da ordem pública e incolumidade das pessoas e do patrimônio, pelos seguintes órgãos:

Art. 48. À Polícia Militar, força estadual, instituição permanente e regular, organizada com base na hierarquia e disciplina militares, cabe a polícia ostensiva, a preservação da ordem pública, a execução de atividades de defesa civil, prevenção e combate a incêndios, buscas, salvamentos e **socorros públicos**, o policiamento de trânsito urbano e rodoviário, o policiamento ferroviário, de florestas e de mananciais, além de outras formas e funções definidas em lei.

Ao tratar, no Art 1º e seus parágrafos, da regulamentação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, a Portaria 2048, de 05 de Novembro de 2002, estabelece:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

§ 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;

§ 2º 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.

3.1 HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

O transporte de feridos e necessitados é feito desde épocas remotas, de formas diversas, começando com o transporte manual, e mais tarde utilizando-se de animais domésticos, o cavalo, por exemplo. No início do segundo milênio, os anglo-saxões começaram a utilizar carruagens para transportar feridos.

Em 1675, Dominique-Jean Larrey idealizou a “ambulância voadora” – uma carruagem puxada por cavalos, com equipe médica treinada. Ela evoluiu para carroças de duas rodas, e posteriormente para ambulâncias motorizadas. Desta forma, minimizou-se o desconforto causado por um transporte demorado e reduziram os riscos de infecções no decorrer deste deslocamento.

Nesta ocasião criou-se também a palavra ambulância (do latim *Ambulare* – “deslocar”) designando uma ambulância móvel para ser fixada no campo de batalha, para funcionar como estrutura correspondente a um hospital de campanha. Larrey atendia aos feridos (“debaixo do fogo inimigo”), iniciando no local o tratamento precoce, com suturas, incisões de partes lesadas, imobilizações e quando necessárias amputações. Optando pelo tratamento no local, era observada maior chance de sobrevivência.

O serviço também se desenvolveu muito na Rússia, durante a Guerra da Crimeia, em 1860, com a atuação do cirurgião Nikolay Ivanovich Pirogov, pai da medicina de emergência no país. Apesar de todo o conhecimento desenvolvido por conta das guerras, levou quase duas décadas para que as técnicas de salvamento utilizados nos campos de batalha chegassem às grandes cidades. Paris inaugurou seu primeiro “serviço de ambulâncias urbanas”, que era executado pela Chefatura de Polícia, em 1888. No carro-ambulância seguiam um médico anestesista, um enfermeiro e material necessário para os primeiros socorros.

Fato importante é que por toda a cidade havia clínicas e hospitais aptos a receber os doentes. O modelo francês serviria de inspiração para o brasileiro, com a diferença de que faltavam hospitais. A cidade de Porto Alegre foi a primeira a ter um serviço de ambulância com tração animal, em 1898. No ano de 1893, o Senado da jovem República Brasileira aprova a Lei que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência na via pública. O Rio de Janeiro, capital do país, contava na época com uma população em torno de 522 mil habitantes (dados de 1890). Em 1904, foram instalados postos de Pronto Socorro e em 1907, o Prefeito Pereira Passos encomendou na Europa várias ambulâncias.

Em 1904, a “Associação dos Empregados do Commercio” adquiriu por conta própria um automóvel-ambulância para socorrer vítimas de acidente de trabalho. Nesse campo, até a vizinha Argentina estava muito à frente do Brasil, pois contava com ambulâncias de plantão. Assim que ocorria um acidente, era só telefonar para o serviço de emergência que um médico se dirigia para o local. Era o mesmo sistema utilizado em Nova York, nos Estados Unidos, onde o Emergency Medical Service do Bellevue Hospital começou a usar o telégrafo em 1870.

No Rio de Janeiro, os serviços de urgência sempre contaram com grande participação dos estudantes de medicina. Existiam concorridos concursos, para a função de Acadêmicos Bolsistas, que atuavam nos Prontos Socorros, como nas

ambulâncias. Não eram apenas as bolsas que atraíam os acadêmicos, mas a experiência que vivenciavam e o peso curricular, por terem sido aprovados no concurso. Hoje, o Rio de Janeiro, onde se iniciou no Brasil a primeira organização de urgência, vive uma militarização deste atendimento no que se refere ao “socorro médico de urgência na via pública”, talvez em função do caos tanto da rede pública e privada da saúde, como a violência e a dificuldade “civil” de acesso. Grande número de médicos foi incorporado à carreira do Corpo de Bombeiros.

Na assistência médica, as ambulâncias foram consideradas durante muito tempo mais como um Sistema de Transporte do que como unidade de atendimento e cuidados precoces, diferente da utilização que teve principalmente nas guerras. Frequentemente, a gerência das frotas de ambulâncias sequer estava ligada diretamente a Serviços de Saúde, aos Serviços Municipais de Transporte, quando não diretamente aos gabinetes do Executivo.

Com a Lei Federal nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, que dispunha sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, o município ficou com a responsabilidade do atendimento às urgências, por meio de serviços próprios, conveniados ou transferidos para localidades com recursos. A profusão de informação exterior era sempre inversamente proporcional aos recursos disponíveis, maca e a sirene. Os veículos escolhidos, em sua grande maioria não eram apropriados para o transporte de pacientes em boas condições, pois a altura e o espaço físico não permitiam sequer que o paciente pudesse fazer uso de “soro fisiológico ou uso de O₂”, no caso de paciente crítico. A função de transporte foi a que cumpria até recentemente, independente do estado do paciente, pois com recurso humano, contava-se apenas, com um motorista “ágil” no volante. Fica difícil se ter idéia de quantas vidas foram “salvas” ou “ceifadas” no transporte por ambulância.

Atualmente, nas grandes cidades, o conceito de ambulância, deixa de ser o de Sistema de Transporte e Remoção e se incorpora, como parte do Sistema de Saúde, com a função de diminuir o intervalo terapêutico nas urgências. Os primeiros serviços organizados são destinados ao trauma e posteriormente estendido às urgências clínicas. Hoje, cidades como São Paulo, Porto Alegre, Fortaleza, Natal, Maceió, Aracaju, Vitória da Conquista, Betim, Ribeirão Preto, Araras, Belo Horizonte, Belém, Campinas, Recife, Curitiba e a Região do Vale da Ribeira contam com Atendimento Pré-Hospitalar, adaptados às suas realidades. Não existem dois

sistemas exatamente iguais quanto a sua organização: em alguns o Corpo de Bombeiros, e não o Sistema de Saúde, tem o comando, como no Rio de Janeiro; outros são mistos como São Paulo, já Curitiba prioriza o trauma, Porto Alegre e Campinas são ligados às Secretarias Municipais de Saúde e Belém, também municipal, tem grande experiência no atendimento fluvial.

A troca de informações, de discussão de modelos tem sido freqüente e existem duas formas polares de organização, já consagradas, que influenciam a opção de como estruturar o atendimento. Muitas vezes ocorre uma mixagem, do modelo francês e do modelo americano.

O modelo francês nasceu da necessidade sentida dos médicos anestesistas-reanimadores, responsáveis pelo atendimento às urgências, que começaram a sair nas ambulâncias, pois perceberam que tanto nos casos clínicos como no trauma, se medidas terapêuticas fossem tomadas no local, as chances de sobrevivência e redução de seqüelas aumentavam. Hoje a França conta com um serviço nacional não só para a Comunidade Européia, como tem influenciado a implantação semelhante em vários países, inclusive o Brasil.

Este tem como pilar o médico, tanto na Regulação do Sistema, como no atendimento e monitoramento do paciente, até a recepção hospitalar, e é um serviço ligado ao Sistema de Saúde, hierarquizado e regionalizado, junto aos Centros Hospitalares.

O modelo americano trabalha com paramédicos, que tem um programa de formação extenso (três anos após o término do 2º grau). A guerra do Vietnã resultou em uma grande experiência para os EUA na formação de paramédicos, por ser uma guerra de guerrilha e ser, portanto, impossível contar com profissionais em todas as frentes de combates. Soldados foram treinados no primeiro atendimento, foram delegadas ações até então exclusivamente médicas, e equipamentos de fácil transporte também foram desenvolvidos.

As cidades que já implantaram seus serviços e as que estão planejando, tem buscado um modelo que responda a sua realidade, desde demanda, perfil de morbimortalidade, recursos técnicos, tecnológicos e financeiros. Os dois modelos polares têm servido de referência.

Como exemplo da implantação do modelo ligado ao Corpo de Bombeiros podemos verificar a evolução do Estado de São Paulo que em 1986, por meio da Associação de Intercâmbio entre EUA e Brasil, denominada "Companheiros da

América", foi enviado um grupo de 4 Oficiais, juntamente com 01 Oficial da Defesa Civil e 3 médicos à cidade de Chicago para a realização de um Curso de Técnico em Emergências Médicas. Já em 1987, foi criada a CAMEESP - Comissão de Atendimento Médico às Emergências do Estado de São Paulo, que apresentou proposta para a criação de um projeto piloto de atendimento pré-hospitalar denominado "SISTEMA INTEGRADO DE ATENDIMENTO ÀS EMERGÊNCIAS DO ESTADO DE SÃO PAULO". Em 1989, os Secretários Estaduais da Segurança e da Saúde assinam a resolução Conjunta SS/SSP Nº. 42, que definia as formalidades de implantação do PROJETO RESGATE. Em 1990, foi colocado em prática o Serviço de Resgate com atuação na Grande São Paulo e em 14 municípios do estado, sendo empregadas 36 Unidades de resgate, 02 Unidades de Suporte Avançado e 01 helicóptero. Em 1994, o Serviço de Resgate do Estado de São Paulo é consolidado por meio do Decreto Lei nº. 38.432, garantindo sua operacionalização pela Polícia Militar do Estado de São Paulo, por intermédio do Corpo de Bombeiros e do Grupamento de Radiopatrulha Aérea.

No Rio de Janeiro, o Grupamento de Socorro de Emergência (GSE) do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ) foi criado em 1986, sendo pioneiro no Brasil neste tipo de atividade. Sua operação é estruturada em um sistema com médicos, operando com ambulâncias configuradas com suporte básico e avançado de vida, reguladas por profissionais médicos e de enfermagem durante 24 horas por dia, em uma Central de Operações (COCB). Possui atendimento pré-hospitalar aeromédico desde 1988, sendo um dos primeiros serviços no país, que conta hoje com duas aeronaves configuradas para suporte avançado de vida. Em 1990, colaborou com o Programa Nacional de Enfrentamento às Emergências e Traumas, do Ministério da Saúde, promovendo a difusão da experiência médica do GSE e contribuindo na implantação de outros serviços de atendimento pré-hospitalar nas capitais brasileiras.

Diferentemente dos Corpos de Bombeiros Militares de outros Estados que possuem serviço de atendimento pré-hospitalar, todos os 700 profissionais envolvidos no atendimento ao paciente são oriundos da área da saúde: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos e auxiliares de enfermagem. Todas as equipes profissionais, antes de serem incorporadas ao serviço, são treinadas pelo Centro de Educação Profissional em Atendimento Pré-hospitalar (CEPAP), em instalações modernas e empregando manequins de simulação de última geração e técnicas

baseadas em protocolos de atendimento voltados para emergências pré-hospitalares em nível de suporte básico e avançado de vida. Várias tecnologias que eram exclusivas de países desenvolvidos foram utilizadas em primeira mão pelo GSE, como por exemplo, o uso de desfibriladores semi-automáticos.

3.2 HISTÓRICO DO SERVIÇO INTEGRADO DE ATENDIMENTO AO TRAUMA EM EMERGÊNCIA – SIATE

Por meio da portaria interministerial nº 18 de 25 de Maio de 1987, foi implantado um projeto piloto de atendimento ao trauma da região metropolitana de Curitiba (Projeto Piloto de Atenção ao Acidentado de Tráfego), o que determinou a criação do Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência - SIATE.

Em março de 1990, foi assinado um convênio de cooperação técnica para implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar, tendo como participantes a Secretaria Estadual de Saúde (SESA), a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e Secretaria Estadual de Segurança Pública (SESP).

Em maio de 1990 foram iniciadas as atividades do SIATE ainda em fase experimental, sendo operacionalizadas no Corpo de Bombeiros, na Central de Operações no quartel central, com as ambulâncias localizadas nos diversos quartéis do Corpo de Bombeiros da capital.

A missão do SIATE é prestar o socorro às vítimas de acidentes ocorridos em vias públicas, em ambientes profissionais e domiciliares, garantindo o suporte básico e avançado de vida, transportá-las para os hospitais de referência integrados ao sistema, por meio de ambulâncias, com equipamentos e procedimentos médicos indispensáveis ao suporte de vida, evitando o agravamento das lesões e melhorando suas condições clínicas.

O atendimento do SIATE é exclusivo ao trauma, sendo que em torno de 70% das ocorrências estão relacionadas a acidentes de trânsito, como atropelamentos, colisões, capotamentos, 10% a acidentes interpessoais como agressões, ferimentos por arma de fogo, ferimentos por arma branca, 10% devido a quedas e os 10% restantes dos atendimentos são de causas variadas como queimaduras, soterramentos, acidentes de trabalho ou ainda problemas clínicos com risco iminente de vida.

Hoje, o SIATE está disponível para a população em sete cidades-pólo do Estado: Curitiba, São José dos Pinhais, Londrina, Foz do Iguaçu, Ponta Grossa, Cascavel e Maringá. O serviço foi concebido em 1987, sendo implantado como projeto piloto em Curitiba no ano de 1990. A escolha dos municípios obedeceu a critérios populacionais, epidemiológicos e existência de rodovias com tráfego significativo, atravessando áreas urbanas.

3.3 HISTÓRICO DA LEGISLAÇÃO REGULAMENTADORA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

As Portarias e Resoluções a seguir apresentadas foram editadas a partir de 1988 e procuraram, em um primeiro momento, regulamentar o serviço de atendimento pré-hospitalar no Brasil.

Observamos que tais normas causaram descontentamento por parte de algumas categorias profissionais que ali se achavam inseridas culminando em ações judiciais, sendo então vetadas.

Considerando a existência de vários modelos de atendimento pré-hospitalar no Brasil e as muitas instituições que realizam tal serviço, vislumbrou-se a necessidade de se uniformizar as ações de tais organizações, sendo então editada a Portaria 2048/GM de 05 de Novembro de 2002.

3.3.1 RESOLUÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA Nº 1529/98

Criou a figura do “socorrista” e do “técnico de emergências médicas”, delegando aos mesmos, intervenções privativas de profissionais médicos ou enfermeiros, de significativa complexidade, criando descontentamento por parte do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, o que culminou com embate judicial junto à 1ª Vara da Justiça Federal do Distrito Federal, que vetou a criação e excluiu a figura do “SOCORRISTA”.

3.3.2 PORTARIA MS/GM Nº 2925/98

Considerando as dificuldades do atendimento hospitalar e os reflexos da problemática do trânsito na sua esfera de competência, o Ministério da Saúde

publicou a Portaria MS/GM nº. 2.925, de 9 de junho de 1998, mediante a qual instituiu o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência. Trata-se de um programa de recuperação dos serviços de emergência que envolve: a implantação de uma central de regulação, conforme definida na Resolução CFM nº. 1.529/98, de grande importância como observatório epidemiológico; o incentivo à hierarquização e regionalização dos serviços; e a criação de unidades especializadas de urgência.

3.3.3 PORTARIA MS/GM Nº 824/99 – NORMATIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Esta resolução acabou sendo vetada pela Justiça Federal, que em decisão conclusiva, determinava ser ilegal a criação dessas atividades e “profissões”, pois somente ao Congresso Nacional compete a regulamentação de uma profissão, além da constatação de conflitos com legislação já existente.

O socorrista era definido como:

“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.”

Esta Portaria foi revogada em 1º de Junho de 2001 e substituída pela Portaria 814/GM, de 01 de junho de 2001.

3.3.4 DECISÃO COREN-SP-DIR/001/2001, DE 22 DE MARÇO DE 2001

A decisão foi homologada pelo Conselho Federal de Enfermagem por meio da Decisão COFEN Nº. 021/2001 de 03/04/2001, entre outros pontos reconheceu aos militares das Forças Armadas, Bombeiros e Policiais Militares das Forças Auxiliares, enquanto investidos na função de militar junto à guarnição, e desde que treinados para atuar em situações de resgate, a execução de quaisquer procedimentos essenciais ao Suporte Básico de Vida, à preservação da vida e integridade das

vítimas/pacientes/clientes, em situações de urgência/emergência, até que seja possível o acesso pelo profissional de Saúde (parágrafo único do art. 5º).

3.3.5 PORTARIA MS/GM N° 814/2001

Regulamentou totalmente o atendimento pré-hospitalar no Brasil, reconhecendo o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem, como aqueles que têm efetiva competência para intervir na área.

Regulamentou o papel do bombeiro (enquanto militar), dos demais profissionais da área de segurança (militares, policiais rodoviários), nos seguintes termos:

4. PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELA SEGURANÇA:

Policiais militares, rodoviários ou outros profissionais reconhecidos pelo gestor público da saúde para o desempenho destas atividades, em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais Públicas de Regulação Médica das Urgências. Atuam na identificação de situações de risco, exercendo a proteção das vítimas e dos profissionais envolvidos no atendimento. Fazem 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, sempre que a vítima esteja em situação que impossibilite o acesso e manuseio pela equipe de saúde, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos nesta Portaria.

5. BOMBEIROS MILITARES

Profissionais Bombeiros Militares reconhecidos pelo gestor público da saúde para o desempenho destas atividades, em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais Públicas de Regulação Médica das Urgências. 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 nesta Portaria.

Deixaram de figurar os termos SOCORRISTA e TÉCNICO DE EMERGÊNCIAS MÉDICAS enquanto leigos. Foi assegurada a obrigatoriedade do

enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem em todo serviço de atendimento pré-hospitalar.

A portaria 2048/GM, de 05 de novembro de 2002, revogou a Portaria GM/MS nº. 814, de 01 de junho de 2001.

4 PORTARIA Nº 2048/GM, DE 05 DE NOVEMBRO DE 2002

A existência de vários modelos de atendimento pré-hospitalar no país, criados a partir de 1986, criou a necessidade de se uniformizar as ações de tais organizações.

O modelo carioca trouxe os médicos para dentro do Corpo de Bombeiros, já o modelo paranaense manteve os profissionais fora do CB, todavia trabalhando juntos sem sua militarização. Para gerir e uniformizar os sistemas estaduais de atendimento às urgências, o Ministério da Saúde baixou a Portaria 2048, que estabelece requisitos mínimos para o funcionamento de tais serviços, visto a proliferação de modelos variados, muitas vezes com qualidade duvidosa.

Fatores decisivos para esta tomada de decisão pelo Ministro da Saúde foram levados em conta:

1. O crescimento da demanda, devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede;

2. As ações já desenvolvidas pelo Ministério da Saúde que, em parceria com as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, tem realizado grandes esforços no sentido de implantar um processo de aperfeiçoamento do atendimento às urgências e emergências no País;

3. Necessidade de aprofundar o processo de consolidação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

4. A grande extensão territorial do País, que impõe distâncias significativas entre municípios de pequeno e médio porte e seus respectivos municípios de referência para a atenção hospitalar especializada e de alta complexidade, necessitando, portanto, de serviços intermediários em complexidade, capazes de garantir uma cadeia de reanimação e estabilização para os pacientes graves e uma cadeia de cuidados imediatos e resolutivos para os pacientes agudos não-graves;

5. A necessidade de ordenar o atendimento às Urgências e Emergências;

6. 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;

7. A necessidade de estimular a criação de estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços e estabelecer o nexo entre trabalho e educação, de forma a resgatar o processo de capacitação e educação continuada para o desenvolvimento dos serviços e geração de impacto em saúde dentro de cada nível de atenção e ainda de propor currículos mínimos de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências, em face dos inúmeros conteúdos programáticos e cargas horárias existentes no país e que não garantem a qualidade do aprendizado.

Antes de passarmos ao ponto seguinte devemos esclarecer a diferença entre urgência e emergência. A Portaria 2048 não esclarece, todavia buscando uma definição no Código de Ética Médica, instituído pela Resolução CFM nº. 1.246, de 8 de janeiro de 1988, em síntese, nos informa que:

“(...)”.

Define-se por "emergência" a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. Define-se por "urgência" a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

“(...)”

Exemplificando, na rotina pré-hospitalar, tratamos como emergência, paradas cardiorrespiratórias e hemorragias internas graves. Fraturas, dependendo do comprometimento podem ser urgências, todavia se romper importantes vasos será considerada emergência. Entorses e luxações são geralmente urgências, pois não trazem risco potencial à vida.

4.1 OBJETIVOS E ESTRUTURA

A Portaria 2048 tem por escopo aprovar o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, estabelecendo os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios

de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e é estruturada em sete capítulos, que tratam dos seguintes assuntos:

Capítulo I - Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências;

Capítulo II - A Regulação Médica das Urgências e Emergências;

Capítulo III - Atendimento Pré-Hospitalar Fixo;

Capítulo IV - Atendimento Pré-Hospitalar Móvel;

Capítulo V - Atendimento Hospitalar - Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências;

Capítulo VI - Transferências e Transporte Inter-Hospitalar;

Capítulo VII - Núcleos de Educação em Urgências.

4.2 EXTENSÃO DA APLICAÇÃO DA PORTARIA 2048

A Portaria tem aplicabilidade em todo o território 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.

4.3 IMPLANTAÇÃO DE NOVOS SERVIÇOS

A abertura de qualquer serviço de atendimento às urgências e emergências deverá ser precedida de consulta ao Gestor do SUS, de nível local ou estadual, sobre as normas vigentes, a necessidade de sua criação e a possibilidade de cadastramento do mesmo. O processo de cadastramento deve ser instruído com:

1. Documentação comprobatória do cumprimento das exigências estabelecidas no Regulamento Técnico aprovado pela Portaria 2048;

2. Relatório de Vistoria - a vistoria deverá ser realizada "in loco" pela Secretaria de Saúde responsável pela formalização do Processo de Cadastramento que avaliará as condições de funcionamento do Serviço para fins de cadastramento:

área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas nesta Portaria;

3. Parecer Conclusivo do Gestor - manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, tanto municipal, quanto estadual, em relação ao cadastramento.

A classificação, habilitação e cadastramento de novos serviços de atendimento às urgências e emergências, em qualquer modalidade assistencial, tem efeitos a contar de 05 de novembro de 2002, ou seja, da data de publicação da Portaria 2048.

4.4 SERVIÇOS EXISTENTES

A Portaria 2048 estabeleceu o prazo de 2 (dois) anos para a adaptação dos serviços de atendimento às urgências e emergências já existentes e em funcionamento, em todas as modalidades assistenciais, às normas e critérios estabelecidos pelo Regulamento Técnico.

As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, devem, dentro do prazo estabelecido, adotar as providências necessárias para dar cumprimento ao disposto na Portaria e classificar, habilitar e cadastrar os serviços de atendimento às urgências e emergências já existentes e em funcionamento.

4.5 O REGULAMENTO TÉCNICO DOS SISTEMAS ESTADUAIS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O Regulamento Técnico, como anexo, a exemplo da Portaria, traça uma introdução a respeito do tema, que acaba identificando-se com as “Considerações iniciais” da própria Portaria.

Ponto que foi colocado em evidência é a crescente demanda por serviços na área do atendimento pré-hospitalar, o que têm contribuído para a sobrecarga de serviços de urgência e emergência existentes.

Com o aumento dos casos de acidentes e violência houve forte impacto sobre o SUS e a sociedade tendo em vista:

1. O aumento dos gastos realizados com internação hospitalar;
2. A necessidade de assistência em UTI;
3. A alta taxa de permanência hospitalar deste perfil de pacientes.

Na questão social, verificamos o aumento de 30% no índice APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos) em relação a acidentes e violências nos últimos anos, enquanto que por causas naturais este dado encontra-se em queda.

Verificou-se que os pronto-socorros são a "porta de entrada" do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita e pacientes que requereriam talvez mero tratamento ambulatorial, isto por questões estruturais, como a falta de triagem de risco.

A "proliferação" de unidades de "pronto atendimento" que oferecem atendimento médico nas 24 horas do dia, porém sem apoio para elucidação diagnóstica, sem equipamentos e materiais para adequada atenção às urgências e, ainda, sem qualquer articulação com o restante da rede assistencial, contribuem para a baixa qualidade e pequena resolubilidade dos atendimentos, que implicam em repetidos retornos e enorme produção de "consultas de urgência".

O Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios tem tomado diversas medidas para reverter o quadro, como:

1. Programa de Apoio à Implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência;
2. Na área de assistência pré-hospitalar, incentivando a criação de Centrais de Regulação;
3. Promover a capacitação de recursos humanos, para a organização e estruturação das redes assistenciais na área de urgência e emergência.

A implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, além de permitir uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas, é elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada.

Assim, torna-se imperativo estruturar os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência de forma a envolver toda a rede assistencial, desde a pré-hospitalar, os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SIATE, SAMU, ambulâncias do setor

privado, etc.), até a malha hospitalar de alta complexidade, capacitando e responsabilizando cada um destes componentes da rede assistencial pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitados os limites de sua complexidade e capacidade de resolução.

Estes diferentes níveis de atenção devem relacionar-se de forma complementar por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contra-referência, sendo de fundamental importância que cada serviço se reconheça como parte integrante deste Sistema, acolhendo e atendendo adequadamente a parcela da demanda que lhe ocorre e se responsabilizando pelo encaminhamento desta clientela quando a unidade não tiver os recursos necessários a tal atendimento.

4.6 O PLANO ESTADUAL DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

O Sistema Estadual de Urgência e Emergência deve ser estruturado a partir de um estudo de caso envolvendo todo o meio social em saúde, em que ele será implantado; isto tudo dentro de uma estratégia de “Promoção da Qualidade de Vida”, devendo o mesmo atender aos diversos padrões municipais dentro da possibilidade de cada meio social.

O Sistema Estadual de Urgência e Emergência deve valorizar a prevenção dos agravos e a proteção da vida, gerando uma mudança de perspectiva assistencial.

Após a compreensão da situação da saúde neste meio social, deverá o estado elaborar um Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências, que deve ser baseado nas propostas de estruturação das redes regionalizadas NOAS 01/02, segundo as seguintes atribuições / complexidade / distribuição:

Tabela 01: Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências

MUNICÍPIOS	AÇÕES
PAB*	Responsabilidade por pacientes agudos de menor complexidade.
Satélite PABA **	Realizam atenção básica, mas devem conter áreas físicas para observação de pacientes até 8 horas.
Sede de Módulo Assistencial	PABA + procedimentos hospitalares e diagnósticos mínimos da média complexidade (M 1); M1: Unidades Não hospitalares de Atendimento às urgências e Unidades Hospitalares Gerais tipo 1; Deve ter atendimento pré-hospitalar móvel (municipal) e serviço de transporte inter-hospitalar.
Pólo Microrregional	realizam procedimentos médicos de média complexidade (M2); M2: estruturas acima + Unidades Hospitalares Gerais tipo 2; Atendimento pré-hospitalar móvel municipais ou microrregionais.
Pólo Regional	Realizam os demais procedimentos mais complexos da média complexidade (M3); Estruturas acima + Unidades Hospitalares de referência tipo 1 e 2; Centrais Reguladoras Regionais de Urgências; Serviço Pré-Hospitalar móvel da micro/macro região solicitante.
Pólo Estadual	Realizam procedimentos de alta complexidade; Estruturas acima + Unidades Hospitalares gerais tipo 3 Centrais Estaduais de Regulação.
Salas e Estabilização	Colocam-se nos claros assistenciais, como ao longo de estradas e em regiões carentes. Estrutura mínima de atenção primária à saúde;

* Atenção básica

** Atenção básica ampliada

Fonte: Portaria nº 2048/GM - 2002

4.7 REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A regulação médica é baseada em Centrais de Regulação, que é o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, nos níveis estaduais, regionais e municipais, os quais qualificam o fluxo dos pacientes no sistema, por meio do qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados.

Devem ser interligadas entre si, ou seja, nos níveis estaduais, municipais e regionais e implantadas de acordo com normas específicas.

Ao médico regulador devem ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos, como de equipamentos incluindo toda a gama de respostas pré-hospitalares.

4.8 ATRIBUIÇÕES DA REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A competência técnica do médico regulador se sintetiza na sua capacidade de julgar, discernindo grau presumido de urgência e prioridade de cada caso.

4.9 ATRIBUIÇÕES TÉCNICAS

1. Julgar e decidir sobre a gravidade de um caso, via rádio ou telefone;
2. Enviar recursos necessários ao atendimento;
3. Monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado, por profissional da área de segurança ou Bombeiro-Militar (no limite das competências desses profissionais);
4. Definir e acionar o serviço de destino do paciente;
Julgar a necessidade ou não do envio de meios móveis de atenção;
5. Estabelecer em protocolo os limites do telefonista auxiliar de regulação médica;
6. Definir protocolo de intervenção médica pré-hospitalar;
7. Registrar sistematicamente os dados das regulamentações;
8. Submeter-se à capacitação específica e habilitação formal para a função de regulador;

9. Velar para que os profissionais da área de atendimento pré-hospitalar observem rigorosamente a ética e o sigilo profissional;

10. Manter-se nos limites do sigilo e da ética médica ao atuar como porta-voz em situações de interesse público.

4.10 ATRIBUIÇÕES GESTORAS

1. Ao médico regulador cabe tomar as decisões gestoras sobre os meios disponíveis, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios;

2. Decidir qual recurso deverá ser mobilizado frente a cada caso;

3. Decidir sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar;

4. Decidir os destinos hospitalares não aceitando o "vaga zero";

5. Acionar planos de atenção a desastres que estejam pactuados com outros interventores;

6. Requisitar recursos públicos ou privados em situações excepcionais, com pagamento ou contrapartida posteriori;

7. Exercer a autoridade de regulação pública sobre a atenção pré-hospitalar móvel privado, sempre que esta necessitar conduzir os pacientes ao setor público;

8. Contar com acesso às demais centrais do complexo regulador.

4.11 REGULAÇÃO DO SETOR PRIVADO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

O setor privado deve contar, obrigatoriamente, com uma central reguladora médica. Estas centrais devem ser submetidas à regulação pública, sempre que as ações ultrapassem os limites estritos das instituições particulares não conveniadas ao SUS.

4.12 REGULAÇÃO MÉDICA DE OUTRAS ENTIDADES

Os Corpos de Bombeiros, Polícia Rodoviária e outras organizações da área de segurança pública deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS.

4.13 O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR FIXO

O atendimento pré-hospitalar fixo é aquela assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar ao sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.

O atendimento pré-hospitalar fixo foi dividido em:

1. As urgências e emergências e a atenção primária à saúde e o programa de saúde da família;
2. unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências.

O dimensionamento e a organização assistencial destas unidades devem observar os seguintes critérios:

Tabela 2: Dimensionamento e organização assistencial do atendimento pré-hospitalar fixo

Porte	População da região de cobertura	Número de atendimentos médicos em 24 horas	Número de médicos por plantão	Número de leitos de observação	Percentual paciente em observação	Percentual internação
I	50.000 a 75.000 habitantes	100 pacientes	1 pediatra 1 clínico	6 leitos	10 %	3 %
II	75.000 a 150.000 habitantes	300 pacientes	2 pediatras 2 clínicos	12 leitos	10 %	3 %
III	150.000 a 250.000 habitantes	450 pacientes	3 pediatras 3 clínicos	18 leitos	10 %	3 %

Fonte: Portaria nº 2048/GM

4.14 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

Nos termos da Portaria 2048, “considera-se como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar ao sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

Podemos chamá-lo de atendimento pré-hospitalar móvel primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento pré-hospitalar móvel secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento”.

O serviço de atendimento pré-hospitalar móvel deve ser atribuído à área de saúde, sendo vinculado a uma central de regulamentação. Hoje, após a retomada do atendimento pré-hospitalar pela área da saúde após quase 20 anos de exercício

pelo Corpo de Bombeiros, chegou a hora de repassarmos nossa função residual para o SAMU, pois nada justifica termos dois serviços para atender a uma mesma demanda, ou seja, estaremos quebrando o “Princípio Constitucional da Eficiência”, na medida em que os recursos financeiros e humanos estariam sendo empregados na mesma atividade.

O serviço de atendimento pré-hospitalar móvel deve ser vinculado a uma central médica por meio de um número de emergência 192, todos os chamados que adentrarem por outras fontes como 193 e 190 devem reportá-los a central de médica, devendo este regular o acionamento das ambulâncias bem como os meios de salvamento, este último pode ser estabelecido por protocolo.

4.15 EQUIPE PROFISSIONAL

Todo profissional desta área deve estar habilitado de acordo com a grade curricular proposta no capítulo VII da Portaria 2048. Ela é composta por profissionais oriundos da área de saúde e não oriundos da área de saúde.

4.16 EQUIPE DE PROFISSIONAIS ORIUNDOS DA SAÚDE

1. Coordenador do serviço: experiência comprovada na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas;

2. Responsável técnico: médico responsável pelas atividades médicas;
Responsável de enfermagem: enfermeiro responsável pelas atividades de enfermagem;

3. Médicos reguladores: responsáveis pela definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para o atendimento à vítima;

4. Médico intervencionista: médico responsável pelo atendimento no local do evento;

5. Enfermeiros Assistenciais: enfermeiro responsável pelo atendimento de enfermagem no local do evento;

6. Auxiliares e técnicos de enfermagem: atuam sob supervisão imediata do profissional enfermeiro.

4.17 PERFIL DOS PROFISSIONAIS ORIUNDOS DA SAÚDE

1. Médico: Titular de Diploma médico, inscrito no Conselho Regional de Medicina, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar; tem como competência exercer a regulação médica, fiscalizar o atendimento pré-hospitalar, estar atualizado sempre com relação ao seu sistema;

2. Enfermeiro: nível superior titular do diploma, inscrito no Conselho Regional de Enfermagem, habilitado para ações de enfermagem no ambiente pré-hospitalar, tem como competência supervisionar a equipe de enfermagem, executar prescrições médicas por tele medicina, realizar manobras de extração manual de vítimas;

3. 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. 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;

4. Auxiliar de Enfermagem: Profissional com Ensino Médio completo e curso regular de Auxiliar de Enfermagem e curso de especialização de nível médio em urgências, titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem com especialização em urgências, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição. Exerce atividades auxiliares básicas, de nível médio, habilitado a realizar procedimentos a ele delegados, sob supervisão do profissional Enfermeiro, dentro do âmbito de sua qualificação profissional.

Ponto interessante é que a equipe de saúde, em situações de atendimento às urgências relacionadas às causas externas ou de pacientes em locais de difícil acesso, dever agir em ação pactuada, complementar e integrada de outros profissionais não oriundos da saúde – bombeiros-militares, policiais-militares e rodoviários, tais como: sinalização do local, estabilização de veículos acidentados, reconhecimento e gerenciamento de riscos potenciais (incêndio, materiais energizados, produtos perigosos) obtenção de acesso ao paciente e suporte básico de vida.

Preocupante é a afirmação da Portaria 2048 em que fará tal ação integrada não só com bombeiros-militares, policiais-militares e rodoviários, mas com outros, formalmente reconhecidos pelo gestor público para o desempenho das ações de segurança, socorro público e salvamento.

A atribuição é cometida a quem tem competência legal, então como o gestor público pode reconhecer competência a alguém que esteja se imiscuindo em nossa atividade profissional?

A Portaria não pode e não deve reconhecer serviços, sem a anuência dos órgãos oficiais de segurança pública, sob pena de responsabilização do gestor público que escolheu mal, intrometendo-se em seara alheia. Qual a capacidade técnica do gestor público em saúde, em definir os outros órgãos, visto que já estão definidos constitucionalmente. Tal ponto deve ser taxativo e não aberto como está contido na Portaria.

4.18 EQUIPES DE PROFISSIONAIS NÃO ORIUNDOS DA SAÚDE, PERFIS E RESPECTIVAS COMPETÊNCIAS

1. Telefonista: habilitado a prestar atendimento telefônico, profissional de nível básico, supervisionado pelo regulador, sendo maior de 18 anos;

2. Radioperador: profissional de nível básico, habilitado a operar sistemas de radiocomunicação, sendo maior de 18 anos e supervisionado pelo médico regulador;

3. Condutor de Veículos de Urgência:

3.1 Terrestre: nível básico, maior de 21 anos, habilitado a conduzir veículos de urgência, tendo por função auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida; auxiliar a equipe nas imobilizações e transporte de vítimas; realizar medidas de reanimação cardiorespiratória básica; identificar todos os tipos de materiais existentes nos veículos de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde;

3.2. Aéreos: Profissional habilitado à operação de aeronaves, segundo as normas do comando da aeronáutica com ênfase no atendimento pré-hospitalar, com as mesmas competências do condutor de veículos terrestres;

3.3 Aquáticos: Habilitado à operação com embarcações segundo as normas vigentes no país, com as mesmas competências do condutor de veículos terrestres.

4. Profissionais responsáveis pela Segurança Pública: Policiais Militares, Rodoviários ou outros profissionais: Além dos requisitos básicos próprios da carreira, fazem resgate de vítimas de locais ou situações que impossibilitam o acesso a equipe de saúde. Podem realizar suporte básico de vida com ações não-invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, devem comunicar imediatamente a existência das ocorrências à central de regulação médica, reportar ao médico regulador ou à equipe de saúde, identificar e gerenciar situação de risco na cena do acidente, remover as vítimas para local seguro onde possa receber atendimento da equipe de saúde.

Aqui, junto aos profissionais responsáveis pela segurança, policiais militares e rodoviários, coloca-se o termo “outros profissionais”. Novamente a Portaria incorre numa imprecisão terminológica, visto que está bem definido nas Constituições Federal e Estadual quem são os profissionais responsáveis pela segurança pública.

Outro ponto é que os profissionais responsáveis pela segurança tem que possuir nível médio, todavia em nossas fileiras, e, com certeza nas de outros Estados, existem profissionais que não o possui. Desta forma é que entendemos estar o termo mal colocado, razão pela qual, cabe somente à Organização em questão definir qual o grau mínimo de escolaridade de seu integrante. Lógico que com a adoção de uma padronização dos currículos mínimos de formação dos integrantes dos órgãos de segurança, tal problema já foi suprido. Resta somente a questão dos profissionais que não possuem nível médio, pois à época de sua inclusão não era exigido.

5. Bombeiros-Militares: São os requisitos básicos próprios da carreira, desempenhando todas as atribuições dos profissionais responsáveis pela segurança pública mais o comando de ações de proteção ambiental e a realização de triagem de múltiplas vitimas.

4.19 VEÍCULOS UTILIZADOS NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

Todo veiculo destinado ao transporte de enfermos seja ele aquático, terrestre ou aéreo devem obedecer às especificações da NBR 14561/2000, de julho de 2000.

Podemos classificar as ambulâncias, levando em conta as características técnicas e a tripulação necessária ao exercício da atividade, segundo a tabela:

Tabela 3: Veículos utilizados no atendimento pré-hospitalar móvel

AMBULÂNCIAS		
Tipo	CARACTERÍSTICAS	TRIPULAÇÃO
A	Pacientes que não apresentam risco de vida e precisam ser transportados em decúbito dorsal, para remoções simples e de caráter eletivo.	2 profissionais, sendo um o motorista e o outro um Técnico ou Auxiliar de Enfermagem.
B	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.	Idem ao A
C	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).	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.
D	Atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos	3 profissionais, sendo um motorista, um enfermeiro e um médico.
E	Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa	Piloto, um médico, e um enfermeiro e mais um profissional em caso de salvamento.
F	Embarcação de Transporte Médico: veículo motorizado aquaviário	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.

Fonte: Portaria 2048/GM

Existem ainda os “veículos de intervenção rápida”, que tem a função de fazer a ligação médica, utilizados para transporte de médicos com equipamentos que possibilitam oferecer suporte avançado de vida nas ambulâncias do Tipo A, B, C e F.

4.20 ATENDIMENTO HOSPITALAR - UNIDADES HOSPITALARES DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

O Regulamento Técnico da Portaria 2048 definiu nova nomenclatura e classificação para a área de saúde hospitalar de urgência e emergência.

As unidades são classificadas levando-se em conta critérios como:

1. Recursos Humanos;
2. Área física;
3. Características específicas de cada tipo;
4. Recursos tecnológicos.

Partindo da premissa que nenhum pronto-socorro hospitalar poderá apresentar infra-estrutura inferior à de uma unidade não hospitalar de atendimento às urgências e emergências, podemos classificar as Unidades Hospitalares de Atendimento em Urgência e Emergência como segue:

4.21 UNIDADES GERAIS

1. Tipo I: são aquelas instaladas em hospitais gerais de pequeno porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1).

2. Tipo II: são aquelas instaladas em hospitais gerais de médio porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao segundo nível de assistência hospitalar da média complexidade (M2).

4.22 UNIDADES DE REFERÊNCIA

1. Tipo I: são aquelas instaladas em hospitais especializados e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das

urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria ou traumatologia-ortopedia ou cardiologia.

2. Tipo II: são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica.

3. Tipo III: são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica. Estes hospitais devem, ainda, desempenhar atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos envolvidos com as atividades-meio e fim da atenção às urgências/emergências.

4.23 TRANSFERÊNCIAS E TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

O Corpo de Bombeiros normalmente não realiza transferências inter-hospitalares. Todavia excepcionalmente realiza tal serviço, mais precisamente em pequenas localidades, em que se agrega o fator político como determinante para a atuação da Corporação.

Embora, em grandes centros como Curitiba dificilmente ocorra o transporte inter-hospitalar, por se tratar de um centro de referência, que possui serviço próprio para a realização de tal tarefa, parece-nos importante conhecer os principais pontos ligados à problemática do atendimento deste tipo de ocorrência.

Dentro da perspectiva de estruturação de Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, de caráter regionalizado e hierarquizado, de acordo com as diretrizes do SUS, os serviços especializados e de maior complexidade deverão ser referência para um ou mais municípios de menor porte.

Os municípios menores devem se estruturar para acolher os pacientes acometidos por agravos de urgência, realizar a avaliação e estabilização inicial destes e providenciar sua transferência para os serviços de referência loco regionais.

O transporte inter-hospitalar refere-se à transferência de pacientes entre unidades não hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, e tem como principais finalidades:

1. A transferência de pacientes de serviços de saúde de menor complexidade para serviços de referência de maior complexidade;

2. A transferência de pacientes de centros de referência de maior complexidade para unidades de menor complexidade, com o objetivo de agilizar a utilização dos recursos especializados na assistência aos pacientes mais graves e/ou complexos.

Este transporte poderá ser aéreo, aquaviário ou terrestre, de acordo com as condições geográficas de cada região.

As diretrizes técnicas abrangem as responsabilidades e atribuições dos profissionais da saúde, sendo elas:

4.24 RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS

4.25 RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES DO SERVIÇO/MÉDICO SOLICITANTE

1. O médico responsável pelo paciente deve realizar as solicitações de transferências à Central de Regulação e realizar contato prévio com o serviço potencialmente receptor;

2. Não remover paciente em risco iminente de vida, sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento respiratório;

3. Esgotar seus recursos antes de acionar a central de regulação ou outros serviços do sistema loco regional;

4. A decisão de transferir um paciente grave é estritamente médica e deve considerar os princípios básicos do transporte, quais sejam: não agravar o estado do paciente, garantir sua estabilidade e garantir transporte com rapidez e segurança;

5. Elaborar documento de transferência que deve acompanhar o paciente durante o transporte e compor seu prontuário na unidade receptora, registrando informações relativas ao atendimento prestado na unidade solicitante, como diagnóstico de entrada, exames realizados e as condutas terapêuticas adotadas. Este documento deverá conter o nome e CRM legíveis, além da assinatura do solicitante;

6. Obter a autorização escrita do paciente ou seu responsável para a transferência. Poder-se-á prescindir desta autorização sempre que o paciente não esteja apto para fornecê-la e não esteja acompanhado de possível responsável;

7. A responsabilidade da assistência ao paciente transferido é do médico solicitante, até que o paciente seja recebido pelo médico da unidade responsável pelo transporte. O início da responsabilidade do médico da viatura de transporte ou do médico da unidade receptora não cessa a responsabilidade de indicação e avaliação do profissional da unidade solicitante;

8. Nos locais em que as Centrais de Regulação ainda não estejam estruturadas ou em pleno funcionamento, é vedado a todo e qualquer solicitante, seja ele público ou privado, remover pacientes sem contato prévio com a instituição/serviço potencialmente receptor;

9. Nos locais em que as Centrais de Regulação já estão em funcionamento, nenhum paciente poderá ser transferido sem contato prévio com a mesma ou contrariando sua determinação.

4.26 RESPONSABILIDADES/ATRIBUIÇÕES DA CENTRAL DE REGULAÇÃO, MÉDICO REGULADOR

1. O acionamento e acompanhamento da unidade e equipe de transporte;

4.27 RESPONSABILIDADES/ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE TRANSPORTE

1. Informar ao médico regulador caso as condições clínicas do paciente no momento da recepção do mesmo para transporte não sejam condizentes com as informações que foram fornecidas ao médico regulador e repassadas por este à equipe de transporte;

2. No caso de transporte terrestre, deverão ser utilizadas as viaturas de transporte simples para os pacientes eletivos, em decúbito horizontal ou sentados, viaturas de suporte básico ou suporte avançado de vida, de acordo com o julgamento e determinação do médico regulador, a partir da avaliação criteriosa da história clínica, gravidade e risco de cada paciente, estando tais viaturas, seus equipamentos, medicamentos, tripulações e demais normas técnicas estabelecidas no presente Regulamento;

3. O transporte inter-hospitalar pediátrico e neonatal deverá obedecer às diretrizes estabelecidas neste Regulamento, sendo que as viaturas utilizadas para tal devem estar equipadas com incubadora de transporte e demais equipamentos necessários ao adequado atendimento neonatal e pediátrico;

4. Registrar todas as intercorrências do transporte no documento do paciente;

4.28 NÚCLEOS DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIAS

A Portaria 2048 trata dos Núcleos de Educação em Urgências, que são voltados aos médicos e enfermeiros que trabalham no atendimento de urgências. Apresentam também um currículo mínimo para a formação dos profissionais que trabalharão com urgências e emergências, apresentando um conteúdo programático com carga horária definida.

As urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é insuficiente. No que diz respeito à capacitação, habilitação e educação continuada dos trabalhadores do setor, observam-se ainda a fragmentação e o baixo aproveitamento do processo educativo tradicional e a insuficiência dos conteúdos curriculares dos aparelhos formadores na qualificação de profissionais para as urgências, principalmente, em seu componente pré-hospitalar móvel.

Considerando o grau de profissionalização, a falta de formação e educação continuada dos trabalhadores das urgências, a necessidade de resgatar o processo de capacitação e educação continuada para o desenvolvimento dos serviços, a necessidade de estabelecimento de currículos mínimos de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências, os inúmeros conteúdos programáticos e cargas horárias existentes no país e que não garantem a qualidade do aprendizado, o grande número de trabalhadores já atuando no setor e a necessidade de garantir-lhes habilitação formal, obrigatória e com renovação periódica, é que o Regulamento Técnico propõe aos gestores do SUS a criação, organização e implantação de Núcleos de Educação em Urgências – NEU.

4.29 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Os Núcleos de Educação em Urgências devem se organizar como espaços de saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências, sob a administração de um conselho diretivo, coordenado pelo gestor público do SUS, tendo como integrantes as secretarias Estaduais e Municipais de saúde, hospitais e serviços de referência na área de urgência, escolas de bombeiros e polícias, instituições de ensino superior, de formação e capacitação de pessoal na área da saúde, escolas técnicas e outros setores que prestam socorro à população, de caráter público ou privado, de abrangência municipal, regional ou estadual.

4.30 PRINCÍPIOS NORTEADORES

1. A organização com o processo de formulação de políticas públicas para a atenção integral às urgências.
2. A promoção integral da saúde com o objetivo de reduzir a morbimortalidade regional.
3. A educação continuada.
4. A transformação da realidade e seus determinantes, fundamentada na educação, no processamento de situações-problema, extraída do espaço de trabalho e do campo social.

4.31 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. Constituírem-se em núcleos de excelência regional, estadual e nacional, para a formação de profissionais de saúde a serem inseridos na atenção às urgências.
2. Elaborar, implantar e implementar uma política pública, buscando construir um padrão nacional de qualidade de recursos humanos.
3. Ser espaço interinstitucional combinando conhecimentos e meios materiais que permitam abarcar a dimensão qualitativa e quantitativa das demandas de educação em urgências, potencializando as capacidades e respondendo ao conjunto de demandas inerentes a um sistema organizado de atenção.

4. Ser estratégia pública privilegiada para a transformação da qualificação da assistência às urgências, visando a impactos objetivos em saúde populacional.

5. Constituir os meios materiais (área física e equipamentos) e organizar corpo qualificado de instrutores e multiplicadores, que terão como missão, entre outras, produzir os materiais didáticos em permanente atualização e adaptação às necessidades das políticas públicas de saúde, dos serviços e trabalhadores da saúde.

4.32 OBJETIVOS OPERACIONAIS

São objetivos operacionais dos Núcleos de Educação em Urgências:

1. Promover programas de formação e educação continuada na forma de treinamento em serviço a fim de atender ao conjunto de necessidades diagnosticado em cada região, fundamentando o modelo pedagógico na problematização de situações.

2. Capacitar os recursos humanos envolvidos em todas as dimensões da atenção regional, ou seja, atenção pré-hospitalar - unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família, pré-hospitalar móvel, unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências e ambulatórios de especialidades; atenção hospitalar e atenção pós-hospitalar - internação domiciliar e serviços de reabilitação, sob a ótica da promoção da saúde.

3. Estimular a criação de equipes multiplicadoras em cada região, que possam implementar a educação continuada nos serviços de urgência.

4. Congregar os profissionais com experiência prática em urgência, potencializando sua capacidade educacional.

5. Desenvolver e aprimorar de forma participativa e sustentada as políticas públicas voltadas para a área da urgência.

6. Certificar anualmente e re-certificar a cada dois anos os profissionais atuantes nos diversos setores relativos ao atendimento das urgências.

7. Propor parâmetros para a progressão funcional dos trabalhadores em urgências, vinculados ao cumprimento das exigências mínimas de capacitação, bem como à adesão às atividades de educação continuada.

4.33 ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS NOS CURSOS DE FORMAÇÃO DO CORPO DE BOMBEIROS

Considerando que o currículo do Curso de Formação de Soldados Bombeiro Militar atende quase que integralmente ao exigido na Portaria, caberia no Plano de Matérias do Curso de Formação de Soldados, para que seja atendida a integralidade da carga horária exigida:

1. incluir a disciplina de Intoxicações exógenas (02 h/a);
2. aumentar o número de aulas na disciplina de Remoções (28 para 34 h/a);
3. incluir o estágio hospitalar (12 h/a);
4. incluir o estágio em Ambulâncias (24 h/a).

Assim, os Soldados que passassem a pronto para o serviço, poderiam atuar desde logo no APH exercido pelo Corpo de Bombeiros, visto o preparo técnico que o curso lhe proporciona.

Outra questão recorrente em nossa Corporação é a do chamado “3º homem”, que atua nas ambulâncias, não como socorrista, mas apenas como condutor da viatura, ficando a atenção à vítima sob a responsabilidade dos outros tripulantes. Observamos que pela Portaria 2048 são necessários 03 (três) tripulantes, e, que para ser condutor de uma viatura “tipo C”, é necessário o mesmo curso que para o Bombeiro-Militar socorrista.

Então, a prática atual, de colocar um bombeiro que não é socorrista como condutor, fere a Portaria 2048, assim como manter somente dois bombeiros socorristas na tripulação, já que a guarnição deve ser formada por 03 (três) bombeiros com formação de socorrista, conforme o currículo específico. A solução é corrigir a formação do Soldado BM, aplicando as correções já mencionadas, com a inclusão das matérias faltantes.

Problema suscitado é com relação à formação de Soldados, Cabos e Sargentos, em momento anterior aos atuais Planos de Matérias. Sugerimos que seja feita uma análise do PLAMA, em que se formou o BM, e, diante disto, se faça uma complementação conforme conteúdo da Portaria 2048, em relação aos tópicos não ministrados. Com relação aos Soldados formados no PLAMA atual, em que se baseou nossa análise, sugerimos a complementação das matérias de Intoxicações exógenas (02 h/a), Remoções (mais 06 h/a), estágio hospitalar (12 h/a) e estágio em

Ambulâncias (24 h/a), num total de 44 h/a, a cargo do Centro de Ensino e Instrução do Corpo de Bombeiros.

Tabela 4: Comparativos de conteúdo e carga horária entre a Portaria 2048 e o Plana de Socorros de Urgência do CFSd BM

TEMA	PORTARIA 2048/GM	CURSO DE FORMAÇÃO DE SOLDADOS BM (Socorros de Urgência)
Introdução	01	01
Sistema de Saúde Local	01	01
Serviço Pré-Hospitalar Móvel	01	01
Central de Regulação e Equipamentos	01	01
Anatomia e Fisiologia	10	12
Cinemática do Trauma	03	04
Abordagem do Paciente	44	44
Ferimentos	10	12
Trauma Músculo-esquelético	12	18
Traumatismos Específicos	12	13
Remoção de Vítimas	34	28
Assistência ao Parto	04	04
Intervenção em Crises	02	02
Afogamento	02	04
Intoxicação Exógena	02	Não contém
Emergências Clínicas	06	09
Acidentes com Múltiplas Vítimas	04	10
Acidentes com Produtos Perigosos	02	04
Estágios Hospitalares	12	Não contém
Estágios em Ambulâncias	24	Não contém
Salvamentos/Módulo Complementar	30	Incluso em outra disciplina
Avaliação Teórica e Prática	10	14
TOTAL	200	210

Carga horária além do exigido

Carga horária inferior

Carga horária incluída em outra disciplina do curso de formação

Fonte: Coordenação Estadual do SIATE

5 O SICOE E A PORTARIA 2048

Diz a Portaria 2048 que “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”. No entanto, cabe ressaltar que ao contrário do que se pode presumir, o único procedimento pelo qual a guarnição de bombeiros deve orientar-se por decisão do médico regulador de urgências é por qual “porta de entrada do SUS”, a vítima atendida pelo Corpo de Bombeiros vai entrar. Aqui, vale ressaltar que o médico intervencionista é o melhor profissional do qual uma vítima pode ter atenção e sua atuação é imprescindível no seu atendimento.

As áreas de acidente com múltiplas vítimas, catástrofe e desastres, no Estado do Paraná, são orientadas pelo Decreto Estadual nº. 6416/02, que estabelece o “Regulamento do Sistema Integrado de Comando e Operações em Emergência” – SICOE.

O SICOE caracteriza-se como um instrumento de operacionalização e apoio ao Sistema Estadual de Defesa Civil, tendo por finalidade integrar esforços dos órgãos públicos e da comunidade para fazer frente às adversidades dos desastres causados pela natureza ou por ação do homem, que coloquem em risco a integridade das pessoas, a segurança pública e o meio ambiente, estabelecendo normas gerais de ação.

No cumprimento de sua finalidade, cabe ao SICOE:

1. A padronização das ações dos órgãos públicos e da comunidade nos desastres.
2. A atribuição de missões às autoridades envolvidas.
3. Aplicação de técnicas e táticas, visando à integração de meios humanos e materiais.

A integração dos órgãos públicos e da comunidade são imprescindíveis para o enfrentamento das calamidades, cabendo ao Coordenador Estadual de Defesa Civil, articular os órgãos e buscar recursos humanos e materiais necessários ao atendimento da emergência, bem como, prestar auxílio e orientações necessárias para restabelecimento da normalidade.

Nas atividades emergenciais de defesa civil, o comandante da emergência, subordina-se operacionalmente ao Coordenador Estadual de Defesa Civil. Os Comandantes dos Grupamentos e Subgrupamentos Independentes do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Paraná são também os Coordenadores Regionais de Defesa Civil.

Desta forma, a regulação médica faz parte de um sistema maior, que é o Sistema Estadual de Defesa Civil. Por incumbência constitucional, ao Corpo de Bombeiros, dentre outras atividades definidas em lei, cabe a execução dos serviços de defesa civil. E, sua coordenação se dá por meio dos Comandantes de Corpos de Bombeiros Militares locais.

6 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS – PNAU

Objetivando a organização e a qualificação da atenção às urgências, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1863/GM, de 29 de Setembro de 2003, editou a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), composta pelos sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, que visa ao desenvolvimento e adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida e à organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências.

6.1 OBJETIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS:

1. Promoção da Qualidade de Vida como estratégia de enfrentamento das causas das urgências, valorizando a prevenção dos agravos e a proteção da vida;
2. Leitura sistemática das necessidades sociais em saúde e o respeito ao imperativo das necessidades humanas nas urgências;
3. Estruturação de Sistemas de Atenção Integral às Urgências;
4. Regionalização do Sistema;
5. Hierarquização da atenção;
6. Educação permanente, profissionalização e qualificação dos profissionais envolvidos.

6.2 COMPONENTES FUNDAMENTAIS DA PNAU

1. Adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida;
2. Organização de redes loco regionais de atenção às urgências;
3. Componente Pré-Hospitalar Fixo;
4. Componente Pré-Hospitalar Móvel;
5. Componente Hospitalar;
6. Componente Pós-Hospitalar;
7. Instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências;
8. Capacitação e educação continuada das equipes de saúde;
9. Orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção.

6.3 ORGANIZAÇÃO DE REDES LOCO REGIONAIS DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

É de grande importância a organização de um Sistema de Atenção às Urgências que envolva toda a rede assistencial loco - regional, estratificada nos seguintes componentes: pré-hospitalar fixo; pré-hospitalar móvel; hospitalar; pós-hospitalar.

O componente pré-hospitalar fixo é formado pelo conjunto das unidades básicas de saúde, unidades do programa de saúde da família, programa de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades de pronto-atendimento e pronto-socorros não ligados a hospitais.

O componente pré-hospitalar móvel é formado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências.

O componente hospitalar é composto pelo conjunto de todos os hospitais ligados ao SUS, públicos, filantrópicos ou privados, em todos os seus níveis de complexidade, desde uma simples unidade mista de saúde, até hospitais gerais ou especializados, de alta complexidade e seus respectivos pronto socorros.

O componente pós-hospitalar é formado por serviços de internação domiciliar e outros de suporte a pacientes com patologias crônicas ou incapacitantes, e tem por funções primordiais a humanização do atendimento prestado a estes pacientes, sua desospitalização, reabilitação e reintegração em suas famílias, além disso,

promove a desobstrução da rede hospitalar, ao devolver o paciente à sua comunidade, com a maior autonomia possível.

Cada um desses componentes deve ser capacitado e responsabilizado pelo atendimento de uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitando os limites de sua complexidade e capacidade de resolução, criando, assim, uma hierarquia resolutiva com responsabilidade sanitária.

6.4 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NA PNAU

Atendimento Pré-Hospitalar é todo atendimento inicial fora do ambiente hospitalar prestado à vítima de agravo à saúde, a qual pode ser encaminhada para um hospital para tratamento definitivo, dependendo a gravidade do agravo.

A instituição da Política Nacional de Atenção às Urgências evidenciou a necessidade da implantação e implementação de sistemas de atendimento pré-hospitalar organizados, que permitam uma assistência eficiente e eficaz, exercida por profissionais capacitados e qualificados para desenvolver as atividades.

A Política Nacional de Atenção às Urgências classifica o Atendimento Pré-Hospitalar em Fixo e Móvel.

6.5 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR FIXO

A Portaria nº 2048/GM, do Ministério da Saúde, de 5 de novembro de 2002, define o Atendimento Pré-Hospitalar Fixo como sendo aquele prestado num primeiro nível de atenção aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar ao sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte.

Conforme a Portaria nº 1863/GM, este atendimento é prestado por unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências.

6.6 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, conforme definição dada pela Portaria nº 2048/GM, é o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar ao sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

É constituído, conforme Portaria nº 1863/GM, pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192.

É considerado componente estratégico para a implementação e qualificação da atenção às urgências, tanto que o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1864/GM, datada de 29 de setembro de 2003, preconiza e incentiva sua estruturação em todo o território nacional, por meio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

6.7 COMPONENTE PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DA PNAU/SAMU-192

A Portaria nº 1864/GM instituiu a primeira etapa da Política Nacional de Atenção às Urgências, o componente pré-hospitalar móvel, 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 Urgências, com previsão de recursos financeiros para o custeio e de financiamento para a implantação.

O SAMU deve dar garantia de atenção integral às urgências, ou seja, garantir a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios).

A Portaria nº 1864/GM estabelece que as despesas de custeio do componente pré-hospitalar móvel são de responsabilidade compartilhada entre a União, os estados e os municípios, correspondendo à União 50% (metade) do valor

estimado para estes custos, mediante repasses regulares e automáticos do Ministério da Saúde aos respectivos fundos de saúde, para manutenção das equipes efetivamente implantadas.

Conforme prevê a Portaria nº 1828/GM, do Ministério da Saúde, datada de 02 de setembro de 2004, confirmando o que já previa a Portaria nº 1864/GM, os repasses financeiros para o custeio e manutenção do componente pré-hospitalar móvel e de sua Central de Regulação Médica, será feito segundo os seguintes critérios: R\$ 12.500,00 por mês por Equipe de Suporte Básico; R\$ 27.500,00 por mês por Equipe de Suporte Avançado; R\$ 19.000,00 por mês por Equipe da Central SAMU-192.

O restante dos recursos necessários para o custeio das equipes será coberto pelos estados e municípios, em conformidade com o convênio estabelecido em cada Comissão de Gestores.

A captação dos recursos federais necessários à implantação do componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências ficará condicionada à comprovação do cumprimento de vários pré-requisitos e compromissos, dos quais salientamos os seguintes:

1. Elaboração, formalização e apresentação de Planos de Atenção Integral às Urgências.
2. Apresentação de projeto de implantação/implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).
3. Apresentação de proposta de implantação/implementação da área de Educação em Urgências
4. Implantação das Coordenações de Urgência, Estaduais, Municipais e Regionais, quando necessário
5. Elaboração, formalização e apresentação de proposta de estruturação e funcionamento do Comitê Gestor do Sistema de Atenção às Urgências, nos âmbitos Estadual, Regional e Municipal, conforme estrutura e atribuições constantes no Item "C" do Anexo da Portaria nº 1864/GM.

Aos SAMU é vedada a apresentação de faturamento de serviços com base na tabela SIA-SUS, por intermédio dos procedimentos Trauma I e Trauma II, uma vez que seus custos devem estar previstos no projeto a ser contemplado no âmbito do componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências.

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

O Anexo da Portaria nº 1864/GM norteia a implantação do componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências nos seus seguintes aspectos:

1. Acompanhamento e avaliação das ações, por meio da apresentação trimestral de casuística e de indicadores de desempenho.
2. Papéis e responsabilidades dos gestores do Sistema Único de Saúde na regulação da atenção às urgências
3. Definições da estrutura e das responsabilidades no âmbito dos Comitês Gestores Estaduais, Regionais e Municipais dos Sistemas de Atenção às Urgências.
4. Objetivos e compromissos a serem contemplados nos Projetos dos Núcleos de Educação em Urgências (NEU).
5. Planejamento da operação dos sistemas de atenção às urgências - componente pré-hospitalar móvel e sua avaliação prospectiva.
6. Padronização visual das ambulâncias, uniformes, materiais e áreas de urgência dos hospitais de referência.

6.8 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

A Portaria nº 2048/GM classifica as ambulâncias em:

1. Tipo “A” – Ambulância de Transporte;
2. Tipo “B” – Ambulância de Suporte Básico;
3. Tipo “C” – Ambulância de Resgate;
4. Tipo “D” – Ambulância de Suporte Avançado;
5. Tipo “E” – Aeronave de Transporte Médico;
6. Tipo “F” – Embarcação de Transporte Médico.

Interessa conhecermos as definições e composição das equipes exigidas pela Portaria nº 2048/GM para as ambulâncias Tipo “B”, “C” e “D”:

1. 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. Equipe: 02 (dois) profissionais, sendo um motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem;

2. 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). Equipe: 03 (três) 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;

3. 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. Equipe: 03 (três) profissionais, sendo um motorista, um enfermeiro e um médico.

A Portaria nº 1864/GM adotou o critério populacional para definir a quantidade de ambulâncias a serem adquiridas: Uma ambulância de Suporte Básico de Vida (SBV) para cada 100 mil a 150 mil habitantes, e uma ambulância de Suporte Avançado de Vida (SAV) para cada 400 mil a 450 mil habitantes.

6.9 CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIAS

A Central de Regulação Médica de Urgências deve atender ao usuário e também aos profissionais de saúde, que após prestarem o primeiro atendimento ao paciente, necessitem remanejá-lo para outra unidade assistencial, geralmente de maior complexidade, para a continuidade do tratamento, de acordo com a articulação e hierarquização da rede loco regional de atenção. O médico regulador deve ser formalmente reconhecido, por meio de legislação específica, como autoridade sanitária, podendo determinar o remanejamento de recursos e pacientes, além de acionar múltiplos meios, quando necessário ao adequado atendimento às necessidades da população.

Para aquisição de equipamentos para as centrais de regulação, a Portaria nº 1864/GM prevê a disponibilidade de recursos à medida do porte das centrais proporcionalmente à população a ser atendida:

- Municípios com população até 250.000 habitantes: Até R\$ 100.000,00.
- Municípios com população entre 250.000 e 500.000 habitantes: Até R\$ 150.000,00.
- Municípios com população acima de 500.000 habitantes: Até R\$ 200.000,00.

A Portaria nº 1828/GM instituiu incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões do território nacional, confirmando a Portaria nº 1864/GM. Para tanto, adota como critério o porte populacional da área coberta pelo SAMU, nos seguintes parâmetros:

- Porte I – Municípios ou regiões com população até 250.000 habitantes: Até R\$ 50.000, 00.
- Porte II – Municípios ou regiões com população entre 250.000 e 500.000 habitantes: Até R\$ 100.000, 00.
- Porte III – Municípios ou regiões com população acima de 500.000 habitantes: Até R\$ 150.000, 00.

6.10 NÚCLEOS DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIA – NEU

A Portaria nº 2048/GM prevê a atuação de profissionais capacitados nas viaturas de atendimento pré-hospitalar de urgência, coordenados centralmente, à distância, por um médico regulador. Estabelece também os parâmetros para desempenho desta função, propondo currículos mínimos de capacitação e habilitação para a sua formação profissional. Desta forma, a educação permanente, visando à atualização e formação de técnicos especializados, reveste-se de especial importância.

Um programa de formação de técnicos especialistas em urgência pré-hospitalar deve superar qualquer “currículo mínimo”, buscando o desenvolvimento da competência profissional na perspectiva da integralidade do cuidado e da melhoria da atenção às urgências. Deve ter por objetivo formar especialistas de nível

técnico, para a atenção à urgência pré-hospitalar, capazes de, em sua prática profissional, mobilizar conhecimentos, tomar decisões e refletir criticamente de forma a desenvolver a competência profissional que os habilite a:

1. Atuar no atendimento de urgência em ambiente pré-hospitalar.
2. Contribuir para o desenvolvimento do campo da atenção às urgências, comprometido com a melhor qualidade do serviço.
3. Participar ativamente na produção de conhecimento relativo à atenção às urgências.

Além dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e suas Centrais de Regulação (Central SAMU-192), a Portaria nº 1864/GM institui os Núcleos de Educação em Urgência. Para capacitação de multiplicadores que atuarão junto aos Núcleos de Educação em Urgências está previsto o repasse pelo governo federal, mediante convênio, no montante de até R\$ 150.000,00 por Núcleo.

Conforme prescrição do Item “D” do Anexo da Portaria nº 1864/GM, os Projetos dos Núcleos de Educação em Urgências (NEU) deverão contemplar os seguintes objetivos e compromissos.

4. Promover profundo processo de capacitação e de educação permanente dos trabalhadores da saúde para o adequado atendimento às urgências e emergências, em todos os níveis de atenção do sistema.
5. Estimular a adequação curricular nas instituições formadoras, de forma a atender às necessidades do SUS e da atenção integral às urgências.
6. Implantar Laboratórios de Ensino de Procedimentos de Saúde como parte dos NEU 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.
7. Financiar a aquisição de equipamentos técnicos para a estruturação de Laboratórios dos Núcleos de Educação em Urgências articulados com os Pólos de Educação Permanente em Saúde, onde estes estiverem implantados, sendo no mínimo um por estado (ação imediata: formação de multiplicadores).

6.11 COMITÊ GESTOR DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

A atuação do SAMU é acompanhada pelo Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências. Esse comitê assessora gestores e instituições diretamente envolvidas na estruturação e na organização da atenção às urgências no país.

O Comitê tem como missão analisar os indicadores do SAMU e fazer o mapeamento detalhado da urgência no Brasil. Os dados subsidiarão ações setoriais e permitirão correções necessárias que garantam a perfeita adequação da Política Nacional de Atenção às Urgências. O Comitê possibilita um Plano de Atenção a Desastres, instrumento que definirá as ações estratégicas em saúde para casos de grandes catástrofes com múltiplas vítimas, como enchentes, deslizamentos de terra, acidentes com materiais químicos e até nucleares.

O órgão, instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 2072/GM, de 30 de outubro de 2003, é formado por representantes dos ministérios da Saúde, da Defesa, dos Transportes, das Cidades e da Justiça, e de membros de entidades e órgãos ligados à saúde e à segurança pública, como a Defesa Civil, o Corpo de Bombeiros e a Polícia Rodoviária Federal.

Por meio do Item "C" do Anexo da Portaria nº 1864/GM, é determinada a constituição e coordenação dos Comitês Gestores Estaduais, Regionais e Municipais dos Sistemas de Atenção às Urgências, bem como as definições das respectivas estruturas e responsabilidades.

Composição mínima para os Comitês Gestores Estaduais, Regionais e Municipais, sugerida por meio do Item "C" do Anexo da Portaria nº 1864/GM:

1. Comitês Gestores Estaduais do Sistema de Atenção às Urgências: Coordenador Estadual do Sistema de Atenção às Urgências; COSEMS, representado por Coordenadores Municipais do Sistema de Atenção às Urgências; Defesa Civil Estadual; Corpo de Bombeiros; Secretaria Estadual de Segurança Pública; Polícia Rodoviária; empresas concessionárias de rodovias; estudar a necessidade ou oportunidade de se incorporarem a eles representantes das Forças Armadas Brasileiras.

2. Comitês Gestores Regionais dos Sistemas de Atenção às Urgências: Coordenador Regional do Sistema de Atenção às Urgências ou outro representante da Secretaria Estadual de Saúde que assuma tal função; Coordenadores municipais

do Sistema de Atenção às Urgências; representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências); Corpo de Bombeiros; Polícias Rodoviária, Civil e Militar, as quais atuam na atenção às urgências; Defesa Civil; gestores municipais e estaduais da área de trânsito e transportes; e, conforme a necessidade justificar, representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército.

3. Comitês Gestores Municipais dos Sistemas de Atenção às Urgências: Coordenador Municipal do Sistema de Atenção às Urgências; representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências); Corpo de Bombeiros; Polícias Rodoviária, Civil e Militar e Guarda Municipal, os quais atuam na atenção às urgências; Defesa Civil Municipal; gestor municipal da área de trânsito; e, conforme a necessidade justificar, representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército Brasileiro.

7 PROPOSTA DE EXPANSÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NO ESTADO DO PARANÁ

7.1 ASPECTOS GERAIS DOS MUNICÍPIOS ATENDIDOS PELA CORPORACÃO

Com a implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências existiu a necessidade de adequação à Portaria 2048, a qual entre outros assuntos trata do componente pré-hospitalar do atendimento de emergências no Brasil.

Diante do fato, a partir de 2005, no Estado do Paraná, houve a implantação de SAMU em alguns municípios que possuíam o SIATE, sendo feito os ajustes necessários. É importante frisar que em tal situação coube ao SAMU o atendimento aos casos clínicos e ao SIATE o acolhimento aos casos de trauma.

O Corpo de Bombeiros está presente em 47 (quarenta e sete) municípios no Paraná, sendo que deste total 26 (vinte e seis) possuem convênio celebrado para implantação do SIATE atendendo a uma população de 4.896.399 (quatro milhões, oitocentos e noventa e seis mil e trezentos e noventa e nove) habitantes, conforme tabela abaixo:

TABELA 5: CIDADES, POPULAÇÃO E OCORRÊNCIAS ATENDIDAS PELO SIATE NO ANO DE 2005.

CIDADES	TOTAL APH 2005	POPULAÇÃO
APUCARANA	177	107.819
ARAPONGAS	318	85.415
ARAUCÁRIA	121	94.137
CAMBÉ	349	88.314
CAMPO LARGO	603	92.713
CAMPO MOURÃO	598	80.420
CASCAVEL	1.478	245.066
CASTRO	217	63.546
CIANORTE	703	57.360
CURITIBA	8.184	1.586.898
FAZENDA RIO GRANDE	59	62.618
FOZ DO IGUAÇU	1.483	258.368
FRANCISCO BELTRÃO	596	67.118
GUARAPUAVA	236	154.990
IRATI	825	52.318
LONDRINA	1.995	446.849
MARINGÁ	2.655	288.465
PARANAGUÁ	1.130	127.171
PARANAVAÍ	1.117	75.663
PATO BRANCO	564	62.167
PONTA GROSSA	2.658	273.469
SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	1.223	204.198
SARANDI	471	71.392
TELÊMACO BORBA	504	61.115
TOLEDO	765	98.189
UMUARAMA	677	90.621
TOTAL	29.706	4.896.399

Fonte: SISBM – Consulta em 02 de Outubro de 2006

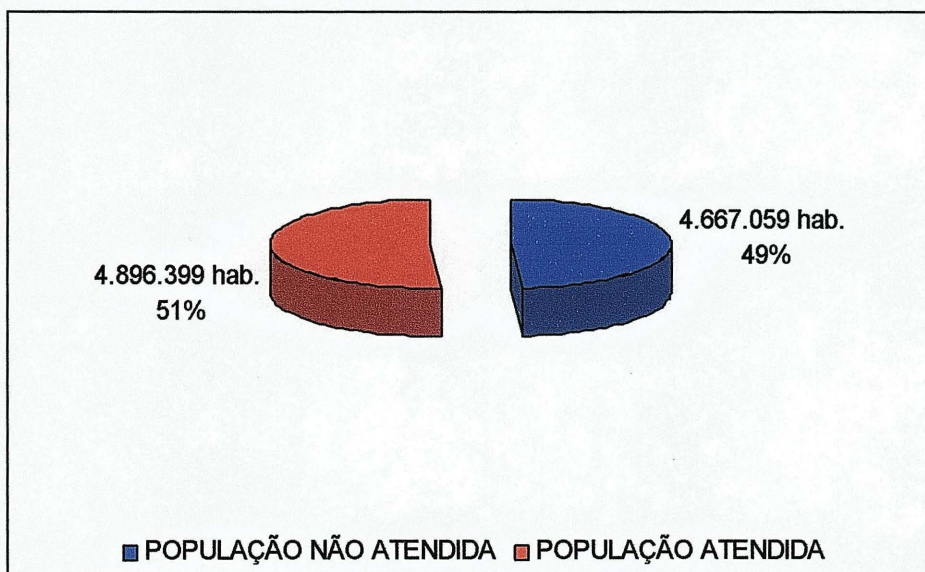
Os gráficos abaixo indicam a porcentagem de municípios (figura 1) e da população (figura 2) atendida pelo Corpo de Bombeiros onde concluímos que 93% (noventa e três por cento) dos municípios do Estado não possuem atendimento pré-hospitalar formalmente instalado e de um universo de 9.563.458 (nove milhões, quinhentos e sessenta e três mil e quatrocentos e cinqüenta e oito) habitantes, 4.667.059 (quatro milhões, seiscentos e sessenta e sete mil e cinqüenta e nove) habitantes não têm acesso a esse serviço.

Figura 1: Porcentagem de Municípios que possuem atendimento pré-hospitalar.



Fonte: Coordenadoria Estadual do SIATE

Figura 2: População atendida atualmente



Fonte: Autor

Verificamos que 21 (vinte e um) Municípios que possuem unidades do Corpo de Bombeiros não contam ainda com o atendimento pré-hospitalar formalmente instalado, porém, nestas cidades, existem ambulâncias e socorristas formados prestando atendimento a uma população de 657.346 (seiscentos e cinquenta e sete mil, trezentos e quarenta e seis) habitantes. Estas unidades atenderam a 4.697 (quatro mil seiscentos e noventa e sete) ocorrências de atendimento pré-hospitalar no ano de 2005, conforme tabela abaixo:

Tabela 6: Cidades que possuem APH, porém não formalizado.

CIDADES	TOTAL APH 2005	POPULAÇÃO
ANTONINA	255	19.416
BANDEIRANTES	30	33.729
CORNÉLIO PROCÓPIO	228	46.868
CORONEL VIVIDA	255	23.290
DOIS VIZINHOS	182	31.984
GUARATUBA	244	27.242
IBIPORÁ	209	42.182
IVAIPORÁ	510	32.245
JACAREZINHO	230	39.580
JAGUARIAÍVA	15	30.737
MATINHOS	189	24.178
MEDIANEIRA	489	37.800
MORRETES	88	15.273
PALMAS	366	34.783
PALMEIRA	114	30.856
PONTAL DO PARANÁ	172	14.297
RIO NEGRO	266	28.636
ROLÂNDIA	295	49.404
SANTA TEREZINHA DO ITAIPU	137	18.361
SANTO ANTONIO DA PLATINA	106	39.947
SÃO MATEUS DO SUL	317	36.538
TOTAL	4697	657.346

Fonte: SISBM – Consulta em 02 de Outubro de 2006

7.2 ASPECTOS GERAIS DOS MUNICÍPIOS ATENDIDOS PELO PROGRAMA BOMBEIRO COMUNITÁRIO

Através do Programa Bombeiro Comunitário está sendo ampliada a presença do Corpo de Bombeiros da PMPR em mais 50 (cinquenta) Municípios, representando 13% (treze por cento) dos municípios do Estado e 15% da população, com o objetivo principal de proporcionar prevenção, combate a incêndios e ações de defesa civil, atendendo aos preceitos constitucionais.

Considerando a demanda de ocorrências envolvendo atendimento pré-hospitalar, que perfazem aproximadamente 90% (noventa por cento) do total de ocorrências atendidas pelo Corpo de Bombeiros, vislumbra-se a implementação do serviço profissional de socorristas do Corpo de Bombeiros da PMPR também no Programa Bombeiro Comunitário, em função do hiato existente nestes Municípios, onde não existe o serviço pré-hospitalar prestado à população de forma eficiente, vinte quatro horas por dia.

Com isto estaríamos proporcionando um serviço de qualidade ao cidadão, que comprovadamente apresenta resultados significativos considerando a capacitação e o nível técnico-profissional dos bombeiros-militares socorristas. Não obstante ofereceríamos um tempo resposta menor no atendimento à população destes municípios e evitando desta forma o deslocamento das ambulâncias do Corpo de Bombeiros a grandes distâncias, muitas vezes desguarnecendo as cidades de origem.

Na tabela abaixo verificamos a relação dos Municípios atendidos pelo Programa Bombeiro Comunitário, bem como a população contemplada:

Tabela 7: Municípios e população atendida pelo Programa Bombeiro Comunitário.

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO
ALMIRANTE TAMANDARÉ	88.139
ALTÔNIA	19.224
AMPÉRE	15.261
ANDIRÁ	21.662
ARAPOTI	23.835
ASSAÍ	18.050
ASTORGA	23.644
BELA VISTA DO PARAÍSO	15.029
CAMBARÁ	22.732
CAMPINA GRANDO DO SUL + QUATRO BARRAS	51.256
CAPANEMA	18.229
CHOPINZINHO	20.543
CLEVELÂNDIA	18.296
COLOMBO	183.353
COLORADO	20.949
CRUZEIRO DO OESTE	20.191
FAXINAL	15.601
GENERAL CARNEIRO	13.895
GOIOERÊ	29.741
GUAÍRA	28.663
GUARANIAÇÚ	17.133
IBAITI	26.423
IPORÁ	16.444
ITAPEJARA DO OESTE	9.164
JANDAIA DO SUL	19.672
LAPA	41.777
LARANJEIRAS DO SUL	29.958
LOANDA	19.533
MALLET	12.602
MANDAGUARÍ	31.359
MANOEL RIBAS	13.065
MARECHAL CÂNDIDO RONDON	41.014
MARIALVA	28.728
NOVA ESPERANÇA	25.713
NOVA LONDRINA	13.172
ORTIGUEIRA	25.180
PALOTINA	25.765
PINHÃO	28.350
PIRAÍ DO SUL	21.656
PITANGA	35.841
PLANALTO	14.117
PRUDENTÓPOLIS	46.323
QUEDAS DO IGUAÇÚ	27.365
REALEZA	16.008
REBOUÇAS	13.645
RIO BRANCO DO SUL	29.321
SANTA HELENA	20.487
SANTO ANTÔNIO DO SUDOESTE	17.856
SÃO MIGUEL DO IGUAÇÚ	24.314
TIBAGI	18.471
TOTAL	1.378.749

Fonte: 8ª Sec/EM - CCB

Analisando a tabela acima verificamos que municípios que possuem população em número expressivo, como no caso de Colombo e Almirante Tamandaré passariam a contar com o atendimento pré-hospitalar, o que implicaria em “desafogar” as cidades pólo (no caso Curitiba) que prestam atendimento.

7.3 ASPECTOS DA PROPOSTA DE EXPANSÃO

Como já foi abordado neste presente estudo, um dos grandes desafios para o sistema de saúde no Brasil é a questão financeira referente à implantação do Serviço Móvel de Atendimento Pré-Hospitalar, o que nos remete as seguintes questões:

Como propiciar o atendimento do SIATE nos municípios com uma estrutura onerosa para os padrões financeiros destes?

De que forma o atendimento pré-hospitalar exercido pelo Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Paraná se adequará à situação atual?

Será justo que as cidades com menor potencial populacional e financeiro, e que possuem unidades do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar e do Programa Bombeiro Comunitário continuem a não contar com um serviço de atenção às emergências?

Seria justo, por parte do Estado, vislumbrar a possibilidade de garantir a sobrevivência às vítimas de acidentes, doenças cardíacas, afogamentos, queimaduras e inúmeras outras situações cotidianas e não tomar nenhuma medida para sanear tal questão?

Simplesmente devemos aceitar passivamente que o cidadão paranaense, vítima de traumas continue a morrer por falta de um atendimento inicial adequado nas cidades de menor população?

Em primeira vista, parece ilógico apresentar uma proposta para um novo sistema em uma área onde já existe a excelência no atendimento, bem como legislação específica. Importante, porém, é citar as tipicidades específicas de cada município do Estado do Paraná e as dificuldades que cada um apresenta para a implantação do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar.

Neste contexto, considerando a estrutura já existente do Corpo de Bombeiros, a qual conta com ambulâncias e socorristas em todas as unidades do Estado e ainda a inserção do serviço de atendimento pré-hospitalar nas cidades contempladas pelo Programa Bombeiro Comunitário apresentamos proposta para prover estes locais com o atendimento pré-hospitalar na mesma qualidade existente nos grandes centros urbanos do Estado.

Evidentemente a Política Nacional de Atenção às Urgências disciplina a forma que deve ser feita a implantação do atendimento pré-hospitalar, onde exista a necessidade de que se organizem centrais de regulação médica, bem como comitês gestores municipais.

O escopo de presente trabalho é, em um primeiro momento, apresentar propostas exequíveis em curto prazo para que se aumente a abrangência do SIATE no Estado.

Entendamos ainda que a continuidade deste programas se trate de um planejamento em longo prazo, onde existe a necessidade de se estruturar além do atendimento pré-hospitalar também o atendimento hospitalar, pois os municípios deverão se adequar paulatinamente às exigências da Portaria 2048, ou seja, a implantação do SIATE será apenas o primeiro passo para que se garanta ao cidadão seu direito constitucional de tranqüilidade e salubridade.

Podemos considerar que este primeiro passo é perfeitamente possível de ser realizado utilizando a estrutura atual do Corpo de Bombeiro da PMPR e do Programa Bombeiro Comunitário. Quanto às demais adequações hospitalares tais como centrais de regulação, adequação dos hospitais e hierarquização da rede são de competência da área da saúde e não serão abordados na presente monografia.

Buscando a resolução dos problemas apresentados e objetivando o atendimento pré-hospitalar das ocorrências envolvendo trauma em todas as cidades do Estado que possuem fração do Corpo de Bombeiros e respeitando as peculiaridades regionais bem como a Política Nacional de Atenção as Urgências, didaticamente apresentaremos a proposta abaixo discriminada:

7.3.1 SIATE NIVEL "A"

O SIATE nível "A", o mais avançado, possuindo central de regulação com médico regulador e médico de área no serviço. Neste nível se enquadram as

idades de Curitiba, Londrina, Maringá, Cascavel, Foz do Iguaçu, Ponta Grossa e São José dos Pinhais, nos moldes já existentes.

7.3.2 SIATE NÍVEL “B”

O SIATE nível “B” ou intermediário utiliza o médico regulador do SAMU sendo que, em caso de necessidade verificada pela regulação, o médico intervencionista do SAMU atua à distância ou no próprio local da ocorrência, quando necessário. Neste nível se enquadram 19 (dezenove) municípios com população superior a 50.000 (cinquenta mil) habitantes e que em uma fase preliminar firmaram convênio no ano de 2003. Conforme contatos com a Coordenação Estadual de Urgências da Secretaria de Estado do Saúde está em fase de implantação o SAMU/SIATE nestes Municípios.

7.3.3 SIATE NÍVEL “C”

O SIATE nível “C” visa atender a uma demanda nas cidades com população inferior a 50.000 (cinquenta mil) habitantes, as quais, em um primeiro momento não aderiram ao SAMU.

Observa-se que diariamente ocorrem situações onde se faz necessário o atendimento pré-hospitalar, o qual é competência constitucional do Corpo de Bombeiros e, portanto o serviço já é feito pelas unidades, porém, em algumas situações, sem o emprego de materiais e equipamentos adequados. Entendemos que a proposta do Nível “C” é a que melhor se enquadra nas necessidades atuais por apresentar menor custo de implantação para os Municípios.

Esta estrutura contemplaria também os municípios que aderiram o Programa Bombeiro Comunitário.

7.4 CUSTOS PARA IMPLANTAÇÃO

Apresentaremos a seguir as necessidades de investimentos para expansão do atendimento pré-hospitalar no Estado, primeiramente discriminando entre as cidades atendidas pelo Corpo de Bombeiros da PMPR e em seguida nas cidades que aderiram ao Programa Bombeiro Comunitário.

7.4.1 CIDADES JÁ ATENDIDAS PELO CORPO DE BOMBEIROS DA PMPR

Para tal implantação nas cidades do Estado que possuem Unidades do Corpo de Bombeiros da PMPR existe a necessidade de renovação da frota de ambulâncias, apresentada na tabela a seguir:

Tabela 8: Custo para implantação nas Unidades do CB/PMPR

NECESSIDADE DE AQUISIÇÃO	CUSTO	
	UNITÁRIO	TOTAL
21 (VINTE E UMA) AMBULÂNCIAS PARA SUPORTE BÁSICO DE VIDA – 01 VÍTIMA -	R\$ 130.000,00	R\$ 2.730.000,00

Fonte: Autor

O custo para implantação desta fase é de R\$ 2.730.000,00 (dois milhões, setecentos e trinta mil reais) considerando-se a aquisição de 21 (vinte e uma) novas ambulâncias de valor unitário de R\$ 130.000,00 (cento e trinta mil reais).

7.4.2 CIDADES CONTEMPLADAS PELO PROGRAMA BOMBEIRO COMUNITÁRIO

Para implantar o atendimento pré-hospitalar nas cidades que aderiram ao Programa Bombeiro Comunitário são necessários, além da aquisição de 50 (cinquenta) ambulâncias preparadas para suporte básico de vida, a realização de concurso público visando a inclusão de 350 (trezentos e cinquenta) Bombeiros Militares os quais devem, paralelamente ao Curso de Formação de Soldados Bombeiro-Militar, realizar o Curso de Socorrista, sendo que a grade curricular deve atender ao proposto na tabela 4¹.

¹ Idem folha 46

Tabela 9: Custo para implantação nas cidades que aderiram ao Programa Bombeiro Comunitário

NECESSIDADE DE AQUISIÇÃO	CUSTO	
	UNITÁRIO	TOTAL
50 (CINQUENTA) AMBULÂNCIAS PARA SUPORTE BÁSICO DE VIDA – 01 VÍTIMA -	R\$ 130.000,00	R\$ 6.500.000,00
NECESSIDADE DE CONCURSO PÚBLICO	CUSTO	
	UNITÁRIO	TOTAL
350 (TREZENTOS E CINQUENTA) BOMBEIROS MILITARES	R\$ 1.668,83 (*)	R\$ 550.713,90 (**)

Fonte: Autor

(*) Considerando o salário de Soldado com 05 (cinco) anos de serviço.

(**) Custo mensal com salários de Soldado de primeira classe, com 05 (cinco) anos de serviço.

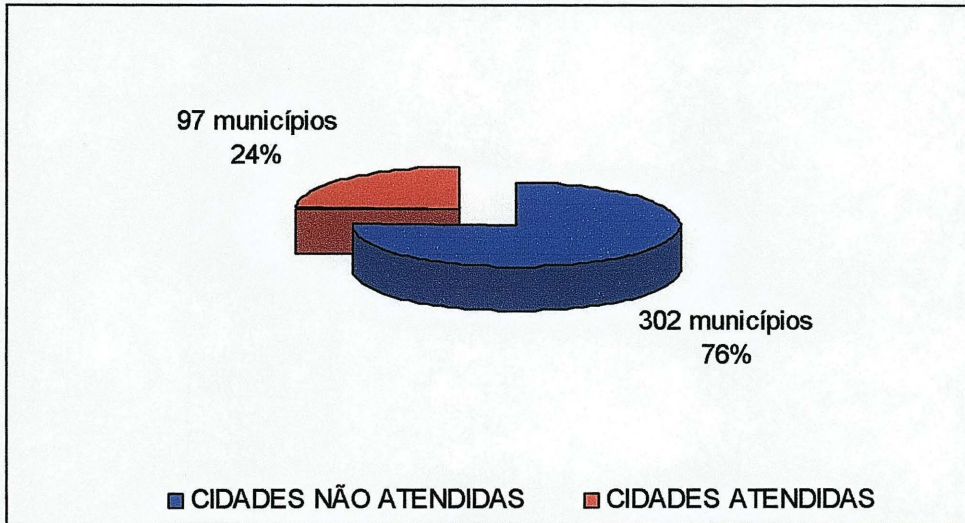
O custo para implantação desta fase é de R\$ 6.500.000,00 (seis milhões e quinhentos mil reais) considerando-se a aquisição de 50 (cinquenta) novas ambulâncias de valor unitário de R\$ 130.000,00 (cento e trinta mil reais), e ainda, o custo mensal estimado de R\$ 550.713,90 (quinhentos e cinquenta mil, setecentos e treze reais e noventa centavos) com o pagamento de salários dos novos Bombeiros Militares.

Em ambos os casos serão necessários a elaboração de convênios com os Municípios, onde seja firmado que o médico plantonista do pronto socorro municipal, ou equivalente, deslocará ao local das ocorrências quando a sua natureza assim exigir. Para tal situação deverão ser elaborados protocolos que tratem sobre o eventual deslocamento do médico, conforme modelo de proposta do convênio em anexo.

A regulação nestes casos será feita, como já é, pelo atendente do Corpo de Bombeiros, porém devidamente treinado e capacitado nos novos protocolos a serem implantados.

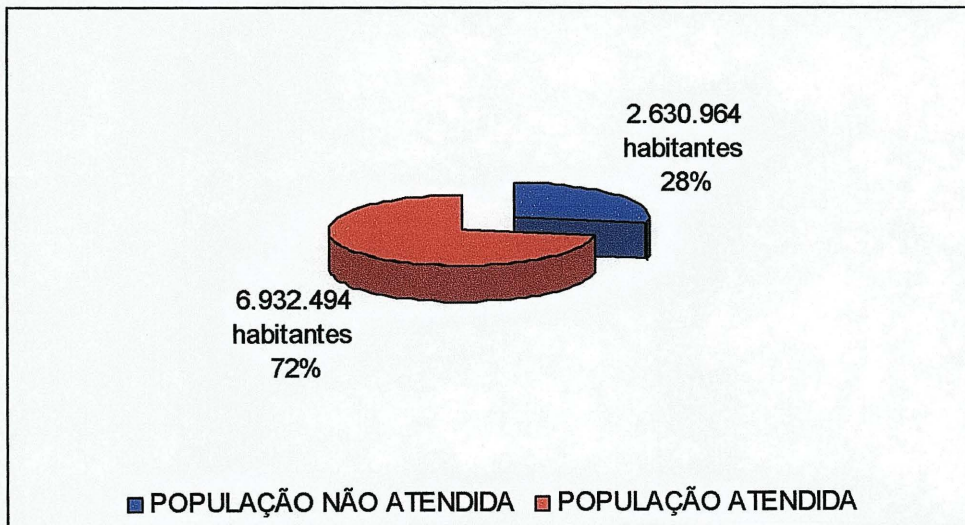
7.5 PORCENTAGEM DE MUNICÍPIOS E POPULAÇÃO ATENDIDA COM A EXPANSÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR:

Figura 3: Porcentagem de Municípios atendidos com a expansão do SIATE.



Fonte: Autor

Figura 4: Número de habitantes do Estado a serem atendidos.



Fonte: Autor

Analisando o gráfico acima verificamos que com a expansão do atendimento pré-hospitalar de imediato a demanda populacional que passaria a receber o serviço no Estado passa de 3.296.396 (três milhões, duzentos e noventa e seis mil e trezentos e noventa e seis) habitantes para 6.932.494 (seis milhões, novecentos e

trinta e dois mil e quatrocentos e noventa e quatro) habitantes, o que representa aproximadamente 72% da população paranaense.

Deve-se considerar que serviço semelhante ao proposto no nível "C" já vem sendo realizado, porém passará a ser oferecido com maior qualidade à população paranaense, com o objetivo principal de salvar vidas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento pré-hospitalar é aquele que procura chegar à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo a sua saúde que possa levar a deficiência física ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e transporte adequado a um hospital devidamente hierarquizado e integrado.

Para que o APH fosse implantado criaram-se convênios entre SESA - Secretaria de Estado da Saúde, SESP – Secretaria de Estado da Segurança Pública e SMS - Secretaria Municipal da Saúde, com isso, surgiu o SIATE nos sete principais municípios do Estado do Paraná.

Com o evento da implantação do SAMU no âmbito federal, e posteriormente a criação do quadro do SIATE a nível Estadual, foi possível, preservar o SIATE, integrá-lo ao SAMU, e ainda, expandir o SIATE para mais 19 (dezenove) municípios do Estado do Paraná.

Manter a eficiência do atendimento pré-hospitalar e estabelecer mecanismos confiáveis para alterar contextos desfavoráveis, mediante a integração e parcerias com a sociedade, é responder às expectativas e aos anseios do momento presente.

Devido a esses fatores, foi necessária a alteração dos convênios, onde, com o surgimento do SAMU, passou-se a visualizar o SIATE em níveis.

Considerando que, além destes 26 (vinte e seis) municípios onde se implantou o SIATE nível "A" ou "B", o Corpo de Bombeiros possui mais 21 (vinte e uma) unidades, onde há a existência de viaturas, equipamentos e mão-de-obra especializada, e ainda as 50 (cinquenta) cidades que aderiram ao Programa Bombeiro Comunitário, que podem estar inseridos no atendimento pré-hospitalar, apresentamos a proposta de implantação do sistema SIATE nível "C" - Básico.

Durante a execução deste trabalho nos deparamos com grande quantidade de normas. Algumas, como já aludido anteriormente, acabaram sendo revogadas por decisões judiciais por terem interferido diretamente em determinadas categorias profissionais, outras por simples necessidade de atualização e adequação. Apesar das normas possuírem abrangência em nível nacional, ainda há distorções ocasionando falta de padrão de atendimento pré-hospitalar entre as várias instituições que oferecem este serviço.

Entendemos que a situação relativa ao SIATE níveis "A" e "B" está bem encaminhado em função dos convênios já firmados com os Municípios, aliados ao gerenciamento da Coordenação Estadual do SIATE do Corpo de Bombeiros e da Coordenação Estadual de Urgências da Secretaria de Estado da Saúde.

Resta, portanto, nos aprofundarmos na implantação do SIATE nível "C", cabendo ao Estado as necessidades abaixo listadas:

- A aquisição de 71 (setenta e uma) ambulâncias de suporte básico de vida;
- Concurso público para 350 (trezentos e cinquenta) novos Bombeiros-Militares e capacitação dos mesmos como socorristas.

Aos Municípios que aderirem ao Programa de expansão do SIATE caberia:

- Regionalização do atendimento às urgências por meio dos Comitês Gestores de Saúde;
- Implantação de centrais de regulação;
- Adequação e hierarquização da rede hospitalar;
- Fornecimento de insumos e consumos além dos serviços previstos nos convênios a serem firmados.

Ressaltamos que tais necessidades devem ser planejadas e programadas em conjunto com a Coordenação Estadual de Urgências da Secretaria de Estado da Saúde.

O custo aproximado para implantação do SIATE nível "C" é da ordem de R\$ 9.230.000,00 (nove milhões e duzentos e trinta mil reais) com a aquisição de 71

(setenta e uma) ambulâncias, e ainda, o custo mensal estimado de R\$ 550.713,90 (quinhentos e cinquenta mil, setecentos e treze reais e noventa centavos) com o pagamento de salários dos novos Bombeiros-Militares, cabendo ao Estado arcar com tais despesas.

Com tal implantação concluímos que estaremos contribuindo de maneira muito relevante para a diminuição das conseqüências causadas pelos traumas em todo o Estado do Paraná, aproveitando uma estrutura praticamente pronta, com racionalização de recursos e meios.

Não consideramos o presente trabalho fechado deve-se ainda haver um aprofundamento sobre o tema e futuros estudos com a adoção de novos protocolos de atendimento e convênios celebrados entre o Estado e Municípios.

Finalmente, levando em consideração o custo dos investimentos necessários e o valor das vidas que serão salvas, torna-se muito mais que uma necessidade, uma obrigação nos envolvermos na defesa desse projeto, o qual será celebrado pela sociedade como uma vitória de todos sobre um mal comum, que já atinge o segundo lugar em causa de morte no país, o trauma.

ANEXO 1

TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA Nº ___/___

TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA E FINANCEIRA QUE ENTRE SI FIRMAM O ESTADO DO PARANÁ, ATRAVÉS DA SECRETARIA ESTADUAL DA SEGURANÇA PÚBLICA, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE E O MUNICÍPIO DE _____ PARA A IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SIATE.

O Estado do Paraná através da Secretaria de Estado da Saúde/Instituto de Saúde do Paraná, de direito público interno, inscrito no CGC/MF n.º 76.683.986/0001-03, com sede à Rua Piquiri, 170, nesta cidade de Curitiba - Paraná, de ora em diante denominado **SESA/ISEP**, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde e Diretor Presidente, _____, portador da Cédula de Identidade RG n.º _____ e do CPF n.º _____, residente e domiciliado nesta cidade, a Secretaria Estadual de Segurança Pública por intermédio do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Paraná doravante denominada **SESP/CB/PMPR**, representadas por seus titulares e o Município de _____, de ora em diante denominado **MUNICÍPIO** neste ato representado pelo Prefeito, _____, portador da Cédula de Identidade RG n.º _____ e do CPF n.º _____ resolvem celebrar o presente **TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA E FINANCEIRA**, mediante as cláusulas e condições a seguir estipuladas:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

O presente instrumento tem por objetivo implantar e manter o Serviço de Atendimento ao Trauma em Emergência - SIATE, no MUNICÍPIO de _____, para o atendimento pré-hospitalar às vítimas de trauma.

§ 1º - O atendimento pré-hospitalar do SIATE, às vítimas de trauma far-se-á pelo atendimento no local onde se encontra a vítima, sua estabilização e seu transporte seguro ao hospital (Pronto Socorro Municipal) indicado pelo **MUNICÍPIO**.

§ 2º - Além da manutenção do atendimento pré-hospitalar, cabe aos partícipes desencadear ações voltadas para o desenvolvimento de programas de prevenção de acidentes e de resposta à catástrofe e desastres.

CLÁUSULA SEGUNDA: DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

Na distribuição de competências cabem as seguintes atribuições a cada uma das signatárias:

- I – Secretaria de Estado da Saúde;
- II – Secretaria de Estado da Segurança Pública;
- III – Município de _____

I – Compete à SESA/ISEP

a) nos aspectos omissos da portaria MS 2048/02, oferecer todas as especificações técnicas para o desenvolvimento do SIATE, conforme consolidadas nos instrumentos de normatização a serem desenvolvidos, bem como prestar Assessoria Técnica aos órgãos envolvidos através da Coordenação Estadual de Urgência/DSS;

b) fornecer veículos devidamente equipados, em número adequado à cobertura das necessidades do SIATE, de acordo com as especificações técnicas elaboradas em conjunto com a SESP/CB-PMPR, bem como a reposição quando necessária;

c) fornecer modelos de formulários oficiais para o registro dos dados assistenciais e funcionais;

- d) Receber as informações coletadas em forma de relatórios padronizados;
- e) apoiar o processo de capacitação de recursos humanos do SIATE, através da integração com os Pólos de Educação Continuada do Estado, Escola de Saúde Pública do Paraná, Coordenação Estadual do SIATE/CB-PMPR e Coordenação Estadual de Urgência/DSS;
- f) hierarquizar e regionalizar a rede hospitalar local e regional, através da Regional da Saúde em conjunto com o Município;
- g) fiscalizar as atividades do SIATE em nível de assistência às vítimas e ao processo de desenvolvimento de recursos humanos;
- h) Dar início ao processo de obrigatoriedade de notificação dos agravos provocados por causas externas ao serviço de vigilância epidemiológica (ambulatórios, hospitais, IML, BPTRAN, Delegacia Regional do Trabalho e outros);
- i) Disponibilizar pessoal técnico - administrativo para compor o Comitê Gestor Municipal/Regional de Urgências, designando-os oficialmente;

II - Compete à SESP/CB-PMPR

- a) atender aos chamados de socorro, interagindo com o Pronto Socorro Municipal/Regional, a fim de garantir o apoio médico ao SIATE, quando necessário;
- b) deliberar, em conjunto com o Pronto Socorro Municipal/Regional, sobre o destino final da (s) vítima(s), garantindo a recepção dos pacientes nos serviços de saúde próprios ou contratados do SUS;
- c) operar as ambulâncias utilizando apenas bombeiros militares habilitados, não permitindo participação de qualquer outro profissional não habilitado, com exceção do condutor, na atenção direta às vítimas;

- d) disponibilizar o efetivo de socorristas para as atividades de educação permanente;
- e) viabilizar espaço físico coberto para a guarda da frota de ambulâncias e equipamentos repassados pela SESA;
- f) seguir integralmente os protocolos conjuntos do SIATE na operação da sala de comunicações, na condução e operação as ambulâncias, submetendo todos os chamados de socorro com vítimas em potencial à regulação médica quando existente a nível municipal ou regional;
- g) garantir o contato da (s) equipe (s) das ambulâncias com Pronto Socorro Municipal/Regional, conforme protocolo estabelecido de comum acordo entre os partícipes;
- h) efetuar a limpeza e a desinfecção dos veículos e seus equipamentos fixos, dando destinação adequada ao lixo hospitalar, de acordo com as rotinas estabelecidas pelo MUNICÍPIO;
- i) identificar e comunicar ao MUNICÍPIO a necessidade de manutenção das ambulâncias (combustível, revisões periódicas, reparos, substituição de peças e acessórios dos veículos) e dos equipamentos utilizados pelos socorristas e médicos;
- j) registrar as informações relativas aos atendimentos, digitar dados, produzir e encaminhar relatórios conforme as normas estabelecidas, dando ciência ao (s) gestor (es);
- k) enviar toda a informação produzida e globalizada à Coordenação Regional do SIATE/CB-PMPR;
- l) quando necessário, instalar em conjunto com o MUNICÍPIO, espaço físico apropriado para as aulas teórico-práticas do curso de formação de Socorristas, bem como para as atividades de educação permanente;

m) participar das atividades do Comitê Gestor Municipal/Regional de Urgência, atendendo às suas deliberações;

n) disponibilizar pessoal bombeiros-militares socorristas para executar as ações operacionais do serviço, além da participação no Comitê Gestor de Urgência, devendo designá-los oficialmente.

III - Compete ao MUNICÍPIO

a) garantir o apoio operacional necessário às ações do SIATE, deliberando, conjuntamente com o CB-PMPR, sobre o destino final da(s) vítima(s), garantindo a recepção dos pacientes nos serviços de saúde próprios ou contratados do SUS;

b) apoiar o processo de capacitação de profissionais do serviço, em conjunto com o Pólo Regional de Educação permanente;

c) responsabilizar-se pela lavagem, desinfecção e esterilização de materiais, equipamentos e ambulâncias utilizados em serviço em regime de plantão permanente, através da construção de área própria para assepsia, que poderá ser na unidade do Corpo de Bombeiros, de acordo com as normas da vigilância sanitária.

d) responsabilizar-se pelos custos de abastecimento da frota do SIATE, da manutenção preventiva dos veículos (incluindo reparos, substituição de peças e acessórios), e dos equipamentos utilizados pelos socorristas e médicos;

e) participar da hierarquização de rede hospitalar local, colocando recursos humanos e materiais à disposição da equipe da SESA/ISEP para realização deste levantamento, e colaborar com a elaboração da Grade de Referência dos Serviços de Saúde, utilizando-a para referenciar o atendimento dos pacientes;

- f) observar as normas técnicas adotadas pela SESA/ISEP para regular o SIATE, bem como garantir a observância dos protocolos assistenciais oficializados;
- g) repassar à SESA/ISEP informações consolidadas sobre os agravos provocados por causas externas, conforme modelo adotado pela SESA;
- h) disponibilizar pessoal técnico-administrativo para compor o Comitê Gestor Municipal/Regional de Urgência, inclusive seu Coordenador, designando-os oficialmente;
- i) designar um profissional médico na função de Coordenador Municipal de Urgência, e um de enfermagem para desempenhar as funções de responsabilidade técnica pelo serviço, atendendo à legislação vigente.
- j) manter médico em escala de 24 (vinte e quatro) horas no pronto socorro municipal/regional, para intervenção de apoio às vítimas de trauma, quando solicitado pela central de operações do Corpo de Bombeiros;
- k) disponibilizar veículo do município, de utilização exclusiva, para o médico, contendo rádio VHF/FM, que deverá estar programado na frequência do Corpo de Bombeiros, com a finalidade de agilizar a comunicação em caso de necessidade da presença do médico no local da ocorrência;
- l) providenciar a instalação de linha direta entre a central de comunicações do Corpo de Bombeiros e o Pronto Socorro municipal/regional para a efetiva comunicação, quando do encaminhamento de vítimas e ou da solicitação de apoio médico;
- m) dotar toda a equipe médica de plantão com o curso do ATLS (Curso de Suporte Avançado de Atendimento ao Trauma);

n) prever a equipe de apoio ao SIATE, contendo no mínimo um enfermeiro para as atividades de capacitação e um funcionário técnico administrativo para a área de controle e emissão de documentos e relatórios;

o) Instalar e administrar o almoxarifado do SIATE para a reposição de materiais de consumo e insumos, de forma a garantir o perfeito funcionamento do serviço;

CLÁUSULA TERCEIRA: DO COMITÊ GESTOR DE URGÊNCIA

Os partícipes deste acordo integrarão o Comitê Gestor Municipal/Regional de Urgência, conforme estabelecido pela Portaria MS/GM 1864, de 29 de Setembro de 2003, devendo integrar as ações do SIATE à Política Nacional de Urgência de acordo com a Portaria MS/GM 2048, de 05 de Novembro de 2002, indicando cada um, por ato oficial, dois representantes (um titular e um suplente) para integrá-lo.

CLÁUSULA QUARTA: DO COLEGIADO TÉCNICO - COTEC

Caberá ainda aos órgãos celebrantes, a indicação de técnicos nas suas áreas específicas de atuação, para integrar o Colegiado Técnico do SIATE – COTEC cuja atribuição é assessorar e executar os trabalhos definidos pelo Comitê Gestor de Urgência, bem como aqueles pertinentes a cada área de atuação.

CLAUSULA QUINTA: DA EXTENSÃO DO CONVÊNIO

O **MUNICÍPIO** poderá firmar o Consórcio Intermunicipal de Saúde com outros Municípios/entidades, desde que atenda a legislação em vigor, visando atender os objetivos do presente.

CLÁUSULA SEXTA: DA RESCISÃO

O presente termo poderá ser rescindido, no todo ou em parte, mediante declaração formal e com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA SETIMA: DO PRAZO

O presente termo terá vigência até _____, sendo que a sua prorrogação através de termo aditivo dar-se-á mediante revisão das cláusulas pelos consignatários através dos seus representantes legais.

CLÁUSULA OITAVA: DO FORO

As partes elegem o Foro da Comarca de Curitiba para dirimir toda e qualquer controvérsia que se fundar neste instrumento e que não puder ser solucionada pelos signatários.

E, por assim estarem justos e acertados, assinam as partes convenientes, através de seus representantes, firmando o presente em 04(quatro) vias de igual teor e forma, na presença de 02(duas) testemunhas.

Curitiba, __de____de____

**Secretário de Estado da Saúde e
Diretor Presidente do ISEP**

**Secretário de Estado da Segurança
Pública**

Prefeito Municipal

Comandante Geral da PMPR

Secretaria Municipal de Saúde

Comandante do Corpo de Bombeiros

TESTEMUNHAS

Fonte: Coordenadoria Estadual do Siate

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988

PARANÁ. **Constituição do Estado do Paraná**, 1989

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.048**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2925**. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 824**. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 814**. Brasília 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1863**. Brasília 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1864**. Brasília 2003.

SÃO PAULO. Conselho Regional de Enfermagem. **Decisão DIR/001**. São Paulo 2001.