



SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO
ACADEMIA DE POLÍCIA MILITAR DO BARRO BRANCO
PROGRAMA DE DOUTORADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS POLICIAIS
DE SEGURANÇA E ORDEM PÚBLICA I-2016

MAJ MED PM ADEMIR EUZÉBIO CORRÊA

**SISTEMA INTEGRADO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR ENTRE A
SECRETARIA DA SAÚDE MUNICIPAL DE SÃO PAULO E AS SECRETARIAS
ESTADUAIS DA SAÚDE E DA SEGURANÇA PÚBLICA**

São Paulo
2016

MAJ MED PM ADEMIR EUZÉBIO CORRÊA

**SISTEMA INTEGRADO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR ENTRE A
SECRETARIA DA SAÚDE MUNICIPAL DE SÃO PAULO E AS SECRETARIAS
ESTADUAIS DA SAÚDE E DA SEGURANÇA PÚBLICA**

Tese apresentada no Centro de Altos Estudos de Segurança “Cel PM Nelson Freire Terra” como parte dos requisitos para a aprovação no Programa de Doutorado em Ciências Policiais de Segurança e Ordem Pública.

Cel PM Max Mena – Orientador.

São Paulo

2016

MAJ MED PM ADEMIR EUZÉBIO CORRÊA

**SISTEMA INTEGRADO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR ENTRE A
SECRETARIA DA SAÚDE MUNICIPAL DE SÃO PAULO E AS SECRETARIAS
ESTADUAIS DA SAÚDE E DA SEGURANÇA PÚBLICA**

Tese apresentada no Centro de Altos Estudos de Segurança “Cel PM Nelson Freire Terra” como parte dos requisitos para a aprovação no Programa de Doutorado em Ciências Policiais de Segurança e Ordem Pública.

- () Recomendamos disponibilizar para pesquisa
- () Não recomendamos disponibilizar para pesquisa
- () Recomendamos a publicação
- () Não recomendamos a publicação

São Paulo, 24 de Outubro de 2016

Cel PM Max Mena

Doutor - PMESP

Cel PM Roberto Rodrigues Junior

Doutor - PMESP

TenCel PM Cezar Angelo Galetti Junior

Doutor - PMESP

TenCel PM Jean Carlos de Araújo Leite

Doutor – PMESP

TenCel PM Luiz Alberto Rodrigues da Silva

Doutor - PMESP

A minha esposa Lúcia Catarina Pecora, com quem divido meus conflitos diários e alegrias, minhas filhas Juliana Pavilonis Corrêa e Andrea Pavilonis Corrêa, pela atenção, amor e carinho que sempre me dedicaram.

Aos meus falecidos pais, Antonio Euzébio Corrêa e Adélia Augusto Corrêa, pela educação e existência.

Aos meus irmãos e familiares, pelo amor, dedicação e incentivo nos momentos mais difíceis.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Senhor dos Mundos, o Grande Arquiteto do Universo que me deu a benção da existência e o livre arbítrio. Agradeço também à Polícia Militar do Estado de São Paulo por mais esta oportunidade de evolução.

Ao Coronel Max Mena, pelas sábias orientações nos momentos de dúvida, quando me foi necessário.

Ao Comando do CAES, instrutores, professores e demais integrantes dessa digna casa de ensino, pelos conhecimentos que foram transmitidos.

Aos inúmeros amigos e irmãos da Corporação policial-militar encontrados na labuta pela vida e na diminuição do sofrimento humano.

“Uma vez que tenha voado, andará pela Terra olhando para o céu, porque lá esteve e para lá desejará voltar” (DA VINCI, 1519 apud KAMEL, 2006, p. 166).

RESUMO

A **finalidade** deste trabalho é mostrar a importância de uma atuação conjunta no atendimento pré-hospitalar entre os serviços públicos do Estado e do Município de São Paulo, com uma proposta de compartilhamento do espaço físico do CICCR. O **método** empregado é o hipotético-dedutivo baseado em pesquisas bibliográficas comparativas, visitas e entrevistas a outros serviços que trabalham em regime unificado. A pesquisa é classificada como pesquisa exploratória, explicativa e diagnóstica. Houve também pesquisa quantitativa junto aos bombeiros que trabalham no COBOM/SP visando mensurar duplicidades de atendimentos. Os **resultados** da pesquisa apontaram que a possibilidade de integração das centrais de operações de despacho dos serviços de atendimento pré-hospitalar trará benefícios para os sistemas envolvidos, tais como, diminuição do número de ocorrências atendidas em duplicidade, melhor aproveitamento dos recursos humanos, menor custo de manutenção e operação, que proporcionarão maior disponibilidade da frota e melhor qualidade no serviço prestado ao usuário. **Concluiu-se** que há viabilidade técnica e legal para uma integração e interação operacional de despacho de viaturas dos serviços de Resgate do Corpo de Bombeiros e do SAMU na cidade de São Paulo.

Palavras-chave: Ciências Policiais. Emergências Médicas. Integração do Corpo de Bombeiros e SAMU. Resgate. Atendimento Pré-hospitalar.

RÉSUMÉ

Le but de ce travail est de montrer l'importance d'une action commune dans les soins pré-hospitaliers entre les services publics et l'État de São Paulo, avec une proposition de partage d'espace Physicien CICCR. La méthode employée est l'hypothétique-déductive basée sur la littérature comparative des recherches, des visites et des entretiens avec d'autres services de travail dans le régime unifié. La recherche est classée comme la recherche exploratoire, d'explication et de diagnostic. Il y avait aussi une enquête quantitative des pompiers travaillant dans COBOM / SP visant à mesurer les appels duplications. Les résultats du sondage ont indiqué que la possibilité d'intégration d'envoi central des opérations de services de soins pré-hospitaliers sera bénéfique pour les systèmes concernés, tels que la réduction du nombre d'occurrences servi en double exemplaire, une meilleure utilisation des ressources humaines, à moindre coût entretien et de fonctionnement, qui fournira une plus grande disponibilité de la flotte et une meilleure qualité du service fourni à l'utilisateur. Il a été conclu qu'il ya faisabilité technique et juridique pour les véhicules des services de secours du service d'incendie et le SAMU à São Paulo intégration et opérationnelle interaction expédition.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Ocorrências de Resgate no Estado de São Paulo desde 1990.....	68
Gráfico 2 – Ocorrências em duplicidade na Cidade de São Paulo.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APH	Atendimento Pre-hospitalar
CCB	Central do Corpo de Bombeiros
CECOM	Central de Comunicações
CICC	Centro Integrado de Comando e Controle
CICCR	Centro Integrado de Comando e Controle Regional
COBOM	Central de Operações do Corpo de Bombeiros
CRM	Conselho Regional de Medicina
DS	Diretoria de saúde da Polícia Militar
EPI	Equipamento de proteção individual
GRAU	Grupo de Resgate e Atendimento às Urgências e Emergências
GRPAE	Grupamento de Radiopatrulha Aérea
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPM	Organização Policial Militar
PHTLS	Pré Hospital Trauma Life Suport
PM	Policial Militar
POP	Procedimento Operacional Padrão
QOPM	Quadro de Oficiais da Polícia Militar
QOS	Quadro de Oficiais de Saúde da Polícia Militar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SET	Sistema Estadual de Transplantes
SMEOT	Suporte Médico Emergência em Operações Táticas
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SUS	Sistema Único de Saúde
TIHA	Transporte inter-hospitalar
UIS	Unidade Integrada de Saúde
UR	Unidade de Resgate

SUMÁRIO

1 Introdução.....	14
2 Panorama do atendimento de emergências no brasil.....	18
2.1 Política nacional de atenção às urgências	28
2.2 Atendimento Pré-hospitalar	30
3 Sistemas de atendimento de emergência no Estado de São Paulo	32
3.1 Corpo de Bombeiros	32
3.1.1 História do Corpo de Bombeiros	32
3.1.2 História do sistema de resgate	34
3.1.3 Sistema de regulação do Corpo de Bombeiros	38
3.2 O serviço de atendimento de emergências municipal	42
3.2.1 História do serviço de pronto socorro municipal	42
3.2.2. O SAMU	48
3.2.3 Central de regulação do SAMU	53
4 Integração no APH Entre Sistemas de Emergência	59
4.1 Características principais dos serviços de atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo	63
4.2 Conjuntura operacional	66
4.2.1 Atendimentos em duplicidade	68
5 Análise da pesquisa comparada.....	71
5.1 Pesquisa nacional	71
5.1.1 Sorocaba	71
5.1.2 São José dos Campos	73
5.1.3 Mogi das Cruzes	74
5.1.4 Belo Horizonte	75
5.2 Pesquisa internacional	77
6 Análise de centrais de regulação de segurança pública na Cidade de São Paulo e propostas de solução.....	79
6.1 O COPOM.....	79

6.2 CICCR (Centro Integrado de Controle e Comando Regional).....	82
6.3 Requisitos normativos para uma central de regulação.....	84
6.3.1 Do dimensionamento técnico para a estruturação física das centrais de regulação médica de urgências – centrais samu-192.....	84
6.3.1 Vantagens do CICCR.....	85
6.4 Da manifestação do Ministério Público de São Paulo.....	86
6.5 Interação do despacho de atendimento de emergências no município de São Paulo – proposta.....	87
7 Conclusão.....	89
Referências.....	91
Apêndice A – Visita ao Sistema Integrado de Atendimento Pré-hospitalar entre Corpo de Bombeiros e SAMU de Sorocaba.....	98
Apêndice B – Visita ao Sistema Integrado de Atendimento Pré-hospitalar entre o Corpo de Bombeiros e SAMU da cidade de Belo Horizonte.....	101
Apêndice C – Viagem de estudos ao Chile – Carabineiros.....	106
Anexo A – Ação Civil Pública.....	111

1 Introdução

O autor desta tese é Oficial médico da PMESP e já trabalha compondo equipes de atendimento pré-hospitalar aéreo e terrestre por vários anos. Pôde constatar, dentre outros, que não raro, observa-se solicitação de atendimento onde já está presente viaturas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) juntamente com viaturas de resgate do Corpo de Bombeiros. Como não existe comunicação entre os serviços (SAMU X Resgate do Corpo de Bombeiros) devido a freqüências de rádios incompatíveis e de sistemas operacionais diferentes existe um desperdício da oferta de serviços, risco no deslocamento das viaturas ou mesmo a necessidade de pouso da aeronave para uma simples comunicação o que aumenta, também, o risco à segurança de vôo. Observa ainda, em muitos casos, a vítima já havia sido atendida e encaminhada ao hospital.

Este trabalho se incumbe de apresentar a solução para uma enorme **problemática** existente na prestação de serviço público de urgência na cidade de São Paulo, o atendimento em duplicidade de ocorrências de origem traumática que exigem socorro de emergência. Muitas ocorrências geram duplo encaminhamento de equipes para o local da urgência, uma equipe estadual e uma municipal. Mena (2013, p.17), conforme informação verbal do então Major PM Moretti, Chefe de Operações do Corpo de Bombeiros da Região Metropolitana de São Paulo, já apontava tal gravidade há algum tempo quando dizia que:

“É comum o envio de Unidades de Resgate (UR) do Corpo de Bombeiros, para atendimento a vítimas de acidentes de trânsito e deparar com viaturas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) no mesmo local e isto acontece de 15 a 20 vezes ao dia.”

Diante disso, vale investigar quais seriam as melhores práticas no processo de acolhimento e despacho de chamadas no atendimento emergencial dos serviços existentes no Brasil e/ou algum outro país.

Algumas centrais de regulação de emergências já compartilham o mesmo espaço físico para atendimento a qualquer dos números de emergência solicitados. É um atendimento mais abrangente, descentralizado e menos burocratizado, conforme o princípio constitucional de eficiência.

Assim, dentro da análise que será proposta nesta tese, também é oportuno verificar qual seria a melhor forma de uma possível integração de sistemas.

Integrar sistemas operacionais, as informações ou compartilhar o mesmo espaço físico, ou ainda, definir novos protocolos?

A **justificativa** na proposição desta monografia é a necessidade de buscar maiores informações sobre o tema proposto com o intuito de formular propostas no acolhimento das solicitações de atendimento pré-hospitalar e no despacho do melhor recurso com racionalização da operacionalidade e alavancar os meios de ambos os serviços.

A linha de pesquisa desta monografia é voltada na Prevenção, Emergências e Acidentes. Tem conteúdo relacionado com a área de concentração de Ciências Policiais de Segurança e Ordem Pública, alinhado com as diretrizes do atual comando da Polícia Militar (PM) nos itens de Eficácia Administrativa e Operacional e Integração das atividades policiais com todas as instituições que compõem o sistema de segurança pública. Apesar do SAMU não fazer parte do sistema de segurança pública, ele tem um papel secundário importante no restabelecimento da ordem pública, atuando no socorro de feridos, agravos de saúde da população e em todos grandes eventos e acidentes.

Este trabalho está também alinhado com os objetivos estratégicos do Governo do Estado em seu Plano Plurianual (PPA) 2016-2018, instrumento de planejamento governamental onde estabelece diretrizes, objetivos e metas da Administração Pública Estadual, entendidos como mudanças desejadas para a sociedade paulista. Um dos itens referenciados no PPA refere-se a Cidades integradas, conectadas, territorialmente ordenadas, com melhor acessibilidade a bens e serviços e desequilíbrios regionais reduzidos. O PPA se refere a uma Gestão Pública inovadora, eficiente e comprometida com o planejamento e a execução dos programas e serviços públicos de qualidade.

Em relação à **hipótese**, viável a interação dos serviços de despacho de equipes de atendimento de emergência do Resgate (Corpo de Bombeiros) e do SAMU, na cidade de São Paulo, centralizados em uma única central de regulação localizada no Centro Integrado de Controle e Comando Regional (CICCR).

O **objetivo** é mostrar a viabilidade física e funcional de uma integração e interação de serviços que evite duplicidade de atendimento por parte do Corpo de Bombeiros e do SAMU da cidade de São Paulo.

O **objetivo principal** deste trabalho é mostrar a importância de uma atuação conjunta no atendimento pré-hospitalar entre os serviços públicos do Estado e do Município de São Paulo, com uma proposta de compartilhamento do espaço físico do CICCR pelas equipes de despacho de viaturas de ambos os serviços.

Para tal, será necessária uma pesquisa do atual formato das centrais de regulação do Sistema de Resgate aos Acidentados do Corpo de Bombeiros e do SAMU, bem como as seguintes providências:

- a) Fornecer um panorama do atendimento de emergências no Brasil, da política nacional de atenção às urgências e do Atendimento Pré-hospitalar;
- b) Apresentar os sistemas de atendimento de emergência no Estado de São Paulo, do Corpo de Bombeiros e do SAMU, bem como dos seus sistemas de regulação;
- c) Mostrar como se dá a integração no APH entre sistemas de emergência e as características principais dos serviços de atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo; e
- d) Analisar as centrais existentes em SP e apresentar propostas de solução.

O **método empregado** será o hipotético-dedutivo baseado em pesquisas bibliográficas comparativas, visitas e entrevistas a outros serviços que trabalham em regime unificado.

O levantamento de dados será feito junto às principais Centrais de Operações do país, em especial nas grandes Capitais devido a uma boa infraestrutura presente e suas boas práticas.

A pesquisa é classificada como pesquisa exploratória, explicativa e diagnóstica.

Houve também pesquisa quantitativa junto aos bombeiros do COBOM/SP visando mensurar duplicidades de atendimentos.

Esta tese tem como **estruturação** cinco seções além da parte introdutória e conclusiva.

Na segunda seção foi ofertado um panorama do atendimento de emergências no Brasil e sua política nacional de atenção às urgências. Na terceira seção foram estudados os sistemas de atendimento de emergência no Estado de São Paulo, notadamente do Corpo de Bombeiros e do SAMU, bem como seus históricos e sistemas de regulação de atendimento de emergências. A quarta seção

dedicou-se a entender como se dá a integração no APH entre sistemas de emergência, assim como as características principais dos serviços de atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. Na quinta seção foi analisada a pesquisa comparada realizada nacional e internacional. Na sexta e última seção foram analisadas as centrais existentes em SP e apresentadas propostas de interação do despacho de atendimento de emergências no município de São Paulo.

2 Panorama do atendimento de emergências no Brasil

A estimativa dos Custos dos Acidentes de Trânsito no Brasil no relatório do IPEA 2015 observou que os acidentes em rodovias custam à sociedade brasileira cerca de R\$ 40,0 bilhões por ano, enquanto os acidentes nas áreas urbanas, em torno de R\$ 10 bilhões, sendo que o custo relativo à perda de produção responde pela maior fatia desses valores, seguido pelos custos hospitalares. Observou-se também nesse trabalho que quanto maior a gravidade do acidente, maiores os custos associados a ele, principalmente, quando há vítimas fatais envolvidas, elevando substancialmente o custo final, em função do componente perda de produção. Isso implica a necessidade de políticas públicas que visem reduzir tanto a quantidade total de acidentes de trânsito quanto sua gravidade, como políticas de fiscalização e controle da velocidade, habilitação dos condutores e verificação das condições dos veículos, além da efetivação daquelas voltadas para a educação e para a melhoria da infraestrutura viária. Vale ressaltar que política específica para reduzir acidente com pedestres e motociclistas deve diminuir a gravidade dos acidentes, já que essas modalidades respondem por parte importante das mortes de trânsito no Brasil (IPEA; ANTP, 2003).

“A violência letal no país é um tema que deve ser prioritário para as políticas públicas [...]”. Em 2014, pelo menos 59.627 pessoas sofreram homicídio no Brasil, o que elevou nossa taxa para 29,1 mortes por 100 mil habitantes. Trata-se de uma situação gravíssima, ainda mais quando notamos que mais de 10% dos homicídios do mundo acontecem em solo nacional. Desde 2004, a evolução da prevalência de homicídio tem se dado de maneira desigual no território. Enquanto oito unidades federativas lograram diminuição em suas taxas, em outros seis estados o aumento das taxas foi superior a 100%, sendo que a maioria deles é situada no Nordeste. Um ponto interessante a notar é que naqueles estados em que se verificou queda dos homicídios, políticas públicas qualitativamente consistentes foram adotadas, como no caso de São Paulo, Pernambuco, Espírito Santo e Rio de Janeiro. Com efeito, entre 2004 e 2014, a maior diminuição da taxa foi observada em São Paulo (-65%), em 2014, 61 jovens entre 15 a 29 anos sofreram homicídio para cada 100 mil jovens (IPEA; FBSP, 2016).

Nos últimos 35 anos ocorreram cerca 1,5 milhões de assassinatos no Brasil, o que levou o país à condição de campeão mundial em homicídios. São tempos bárbaros que nunca nos abandonaram e que tonificaram a escalada da violência em face do adensamento populacional ocorrido nos grandes centros urbanos nas últimas décadas. As taxas de homicídio no Brasil, hoje, são parecidas com as que vigiam em muitos países europeus – como Inglaterra, Alemanha, Suíça e Holanda – entre os séculos XIII e XVI, no limiar do Renascentismo (FERREIRA, MARCIAL, 2015).

Nos últimos anos o governo federal tem dado prioridade na atenção de urgência e emergência, SAMU e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e à ampliação de leitos (emergência e retaguarda). Estão em funcionamento 205 centrais de regulação do SAMU e 491 UPAs no país. Nesse sentido, foi publicada a Portaria nº 3.390/13, que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), estabelecendo as diretrizes para a reorganização dos serviços hospitalares na rede pública de atenção à saúde e tentando lidar com os problemas estruturais e de gestão existentes, o principal problema declarado é a falta de leitos em algumas áreas, um problema recorrente no SUS e que não parece de fácil solução (IPEA, 2015).

A Lei 8.080 (BRASIL, 1990) dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde regulamentando o capítulo da Saúde na Constituição, onde afirma princípios e diretrizes, como a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, equidade no acolhimento conforme as necessidades, integralidade da assistência, resolutividade do sistema a partir da idéia que os serviços são responsáveis pelos cidadãos de sua região, descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo e ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, além da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

A assistência do atendimento às urgências e emergências deve ser realizada de maneira adequada e humanizada, faz-se necessário trabalhar com acolhimento primário de demanda mediante a estratificação de risco em todos os níveis assistenciais além do atendimento de referência e contra referência e o

encaminhamento aos serviços de atendimento hospitalar de maneira segura e de acordo com a gravidade e o risco dos usuários (BRASIL, 2004).

Assim, com o objetivo principal de reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada, é necessário muito mais do que a ampliação da rede de serviço: é necessário, de forma qualificada e resolutiva, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

A política de atendimento público pré-hospitalar, principalmente nas grandes capitais é um grande desafio e exige um bom planejamento estratégico, haja vista que a gestão de serviços em saúde pública no APH é um processo complexo, com um infinito de possibilidades a serem consideradas no atendimento de urgência e emergência, além do provimento do acesso hospitalar de acordo com as necessidades.

A área de atendimento médico de urgência e emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde; a demanda é crescente devido ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana. A referência ao termo atendimento pré-hospitalar (APH) é aquela assistência realizada aos agravos à saúde fora do âmbito assistencial hospitalar, buscando o acesso rápido, com equipes treinadas na manutenção da vida e a não piora da enfermidade, com diminuição de seqüelas aos vitimados e transporte adequado ao hospital de tratamento definitivo e, se necessário, cuidados médicos durante o transporte (LOPES; FERNANDES, 1999).

O encaminhamento dos usuários ao acolhimento primário, conforme necessidade, em todos os níveis, em observância a Portaria GM/MS nº 1.863/03, onde define que a Política Nacional de Atenção às Urgências deve ser implementada a partir dos componentes fundamentais de organização das redes regionais de atenção integral às urgências tecendo-as nos diversos componentes, tais como, unidades básicas de saúde, ambulatórios especializados, unidades não hospitalares de atendimento às urgências, atendimento pré-hospitalar, Centrais de Regulação e rede hospitalar hierarquizada, conforme regulamenta a Portaria GM/MS nº 2.048/02 que organiza o componente pré-hospitalar móvel (SAMU), a operação e

instalação das Centrais de Regulação Médica das Urgências com número único nacional 192 para solicitação de atendimento pré-hospitalar.

Os princípios constitucionais de respeito à dignidade da pessoa humana, de cidadania, promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação devem presidir todas as ações da Regulação Médica das Urgências (BRASIL, 2004).

As Centrais de Regulação das Urgências, funcionando 24 horas por dia, acolhe todos os pedidos de ajuda médica, julga a gravidade, prioriza as necessidades e gerencia os recursos disponíveis de forma a oferecer a melhor resposta possível a cada demanda (BRASIL, 2006).

As solicitações de ajuda devido aos agravos à saúde que regulamenta o atendimento pelo SAMU como componente da rede de atenção às Urgências e emergências que objetiva ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, psiquiátrica, cirúrgica, traumática, ginecológica, obstétrica, pediátrica, e psiquiátrica (Portaria 1.010/12 GM/MS) além dos atendimentos a desastres, catástrofes, acidentes com múltiplas vítimas, intoxicações, queimaduras, maus-tratos, tentativas de suicídio, choque elétrico e todas as demandas solicitadas gratuitamente pelo número único nacional 192. O conceito de Regulação Médica das Urgências que utilizamos no país tem sua origem no APH francês há 60 anos e tem o objetivo de responder às solicitações de atendimento com meios exclusivamente médicos às situações de urgência, decidindo e enviando no menor período possível a resposta mais adequada ao solicitante de acordo com as necessidades, assegurando o acesso adequado ao hospital de destino após prévio contato. No APH francês, existe uma legislação própria que regulamenta os Centros de Regulação e deve, obrigatoriamente, manter comunicação com as centrais de operação do Corpo de Bombeiros.

No Brasil, as normas que orientam a operacionalização das Centrais de Regulação e explica as ferramentas de apoio como potencial organizador ao processo de trabalho e gerenciamento das demandas no acolhimento de pedidos de socorro é a Portaria GM/MS 2.657/04 com avaliação inicial e monitoramento do grau de urgência de cada caso, disponibilidade dos meios para resposta efetiva definitiva de acordo com grades de serviços previamente pactuadas e que deverão mostrar a

cada instante a condição de capacidade instalada do sistema disponível. Para as portas de entrada de cada grade pactuada e hierarquizada deverá ter também uma porta de saída pactuada, qualificada e organizada de forma acessível, garantindo acesso à rede de saúde de acordo com a necessidade do usuário no momento de sua passagem pelo atendimento público de saúde.

A Cidade de São Paulo é contemplada, também, com o Serviço de Resgate aos Acidentados, convênio entre Secretaria de Saúde e Corpo de Bombeiros, com uma Central de Regulação integrada com a Polícia Militar desde outubro de 2015, onde os pedidos de resgate, salvamento e atendimento pré-hospitalar são realizados através dos telefones 190/193 (Corpo de Bombeiros/Polícia Militar), onde recebe uma média de 45 mil ligações diária, em um sistema de acolhimento de chamadas e despacho de viaturas conhecida como Central de Operações da Polícia Militar (COPOM).

Cabe contextualizar alguns conceitos, como Atendimento Pré-hospitalar (APH) e atendimento de resgate. O APH é o conjunto de procedimentos técnicos realizados no local do evento emergencial e durante o transporte da vítima, visando mantê-la com vida e em estabilidade até sua chegada à unidade hospitalar. Atendimento de resgate é a modalidade de salvamento que, por meio de procedimentos técnicos padronizados, visa garantir o acesso à vítima, fornecer-lhe o suporte básico à vida, retirá-la do local adverso (edifício em chamas, local elevado, energizado, confinado ou com vazamento de produtos perigosos, preso nas ferragens de um acidente automobilístico, de aviação entre outros) e transportá-la ao hospital mais adequado, de acordo com suas necessidades (ALENCAR JUNIOR, 2007).

Outro conceito que vale a pena contextualizar é a definição de urgência e emergência, de acordo com o Conselho Federal de Medicina, em sua resolução CFM nº 1.451/95:

Urgência: ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.
Emergência: constatação médica de condições de agravo à saúde que implique em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo tratamento médico imediato (BRASIL, 1995)

O Sistema de Resgate a Acidentados teve sua implantação através da Resolução Conjunta SS-SSP 42/89, em parceria entre Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria de Segurança Pública com atuação integrada do Corpo de Bombeiros,

Polícia Militar, Grupamento de Radiopatrulha Aérea, tal Resolução de 1988. Tal resolução previa um Projeto Piloto para intervenção rápida aos acidentados, com pessoas treinadas no intuito de salvar vidas e minimizar seqüelas, baseado em protocolos, com um transporte adequado para os hospitais de tratamento definitivo, obedecendo a uma regulação médica desde a saída do quartel até chegada ao hospital.

A regulamentação e consolidação do Sistema de Resgate a Acidentados do Estado de São Paulo foi no ano de 1994, com o Decreto Estadual nº 38.432/94 que atribui incumbências próprias da atividade.

Atualmente o Sistema de Resgate aos Acidentados conta com 242 postos e bases de atendimento distribuídas no Estado com três aeronaves dedicadas exclusivamente para o Resgate Aéreo baseadas nos municípios de São Paulo, São José dos Campos e Campinas, além de 801 embarcações para atender doze postos de bombeiro marítimo e um posto de bombeiro aquático, o 4º GB.

Na Constituição Federal de 1.988, artigo 37, *caput*, com a nova redação estabelecida pela EC nº 19/98, deixa explícito como princípios básicos da Administração Pública destinada a atender de modo direto e imediato as necessidades concretas da coletividade com os seguintes princípios: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, ou seja, a prestação de serviços e a aplicação de dinheiro público com qualidade e eficiência nos produtos e serviços da administração pública.

O Princípio da Eficiência, introduzido como Emenda Constitucional em 1988 (EC 19/88), relaciona-se com as normas da boa administração no sentido de que a Administração Pública, em todos seus setores, deve concretizar suas atividades com vistas a extrair o maior número possível de efeitos positivos ao administrado, sopesando a relação custo benefício, buscando a excelência de recursos, enfim, dotando de maior eficácia possível as ações do Estado (MIRANDA, 2008, p. 7).

Di Pietro (2009) por sua vez pontua que o princípio da eficiência apresenta dois aspectos. O primeiro em relação ao modo de atuação do agente público, do qual se espera o melhor desempenho possível de suas atribuições, para lograr os melhores resultados. O segundo é em relação ao modo de organizar,

estruturar, disciplinar a Administração Pública, também com o mesmo objetivo de alcançar os melhores resultados na prestação do serviço público.

A lei 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, em seu artigo 2º, prevê que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

A saúde pública é administrada pelo Ministério da Saúde, por meio do Sistema Único de Saúde que constitui um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, conforme o artigo 4º da Lei 8.080/90. Já o artigo 7º, trata da organização dos serviços públicos visando evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

A duplicidade no atendimento às ocorrências de APH entre os serviços do SAMU e o de Resgate a Acidentados do Corpo de Bombeiros causa um aumento do custo operacional e diminui suas capacidades de respostas para o atendimento ao público solicitante, além de comprometer a força de trabalho.

A integração entre os serviços de APH em uma única Central de Regulação seria uma maneira eficiente de aumentar a capacidade operacional e diminuir o tempo-resposta para as solicitações de serviços de APH, otimiza a força de trabalho operacional e diminui custos nas Centrais de Regulação.

Maior eficiência e eficácia se, além do sistema integrado no atendimento de regulação e despacho de viaturas de ambos os serviços houvesse a existência de um número único para atendimento às solicitações, nos moldes do número 911 americano, 000 australiano, 118 francês ou 112 europeu.

Em tramitação na Câmara o Projeto de Lei 175/11 do Deputado Antônio Carlos Mendes Thame, do número único de emergência nacional e punição aos trotes, com a seguinte justificativa:

[...] esta proposta pretende simplificar a vida do cidadão brasileiro, adotando o número 190 como número único nacional para chamadas de emergência, a exemplo do que ocorre em outros países. Nos EUA, por exemplo, o número 911 cumpre tal função. Hoje o usuário é obrigado a decorar uma variedade de números (190 para polícia militar, 192 para atendimento médico de emergência, 193 para bombeiros, 199 para defesa civil, 147 para polícia civil, 181 para disque-denúncia e assim por diante), cabendo-lhe o ônus de selecionar apropriadamente o serviço mais adequado à sua necessidade do momento. A adoção do número único propiciará um

atendimento mais eficaz à população, na medida em que o atendente, ao receber a chamada, terá o treinamento e as condições para avaliar rapidamente a linha de ação mais apropriada a ser tomada.

Desse modo, a população estará melhor protegida nos casos de dano ao patrimônio público, de risco ou calamidade pública e de ameaça à saúde, ao patrimônio ou à segurança pessoais.

Aproveitamos para estabelecer, dentre as obrigações das operadoras de telefonia, a manutenção desse sistema. Observe-se que os custos desse serviço serão elevados, mas estamos falando de um setor cujo faturamento agregado tem sido da ordem de \$ 160 bilhões anuais. Finalmente, da parte do usuário, determinamos penalidades para o uso indevido do serviço, para trotes ou manobras diversionistas, hoje infelizmente uma prática relativamente frequente em nosso país. A proposta foi elaborada a partir de observações do Sr. Jonas Ferreira Barros, professor do colégio piracicabano, a quem presto meu reconhecimento. Convencido que estou da relevância do tema para melhorar a qualidade de vida da população, espero contar com o apoio dos nobres colegas parlamentares à iniciativa, por certo indispensável à sua discussão e aprovação. sala das sessões, em de 2011 (THAME, 2011).

Uma vantagem para o usuário de serviços é a que ele não precisaria memorizar os principais números de emergência existentes, 190 (Polícia Militar), 193 (Corpo de Bombeiros), 197 (Polícia Civil), 199 (Defesa Civil), 181 (Disque Denúncia), 192 (SAMU), 153 (Guarda Civil Municipal), 194 (Polícia Federal), 191 (Polícia Rodoviária Federal) (MONTEIRO, 2013).

O Projeto de Lei nº 175/11 de autoria do Deputado Federal Antônio Carlos Mendes Thame, cuja relatora é a Deputada Federal Keiko Ota, encontra-se parado na Comissão de Constituição e Justiça desde 2011.

Na proposta, os serviços de telecomunicações de interesse coletivo, quando destinados à oferta de telefonia fixa, móvel ou acesso em terminal de uso público deverão assegurar a prestação de serviço de segurança e atendimento a emergências por meio de número único emergencial, disponível em todo território nacional.

A justificativa para esta proposta seria a de simplificar a vida do cidadão brasileiro com o número 190 para todas as chamadas sem precisar ter o ônus de selecionar apropriadamente o serviço mais adequado a sua necessidade no momento, deste modo a sociedade estaria mais bem protegida nos casos de dano ao patrimônio público, de risco ou calamidade e de ameaça à saúde, ao patrimônio ou à segurança pessoal, semelhante ao existente em outros países.

Mas, para pensar neste grande projeto proposto pelo Deputado, deve-se considerar a complexidade do arranjo policial no Brasil, onde existe, além das três Forças Armadas, uma Força Nacional, três Polícias Federais, 27 Polícias Militares,

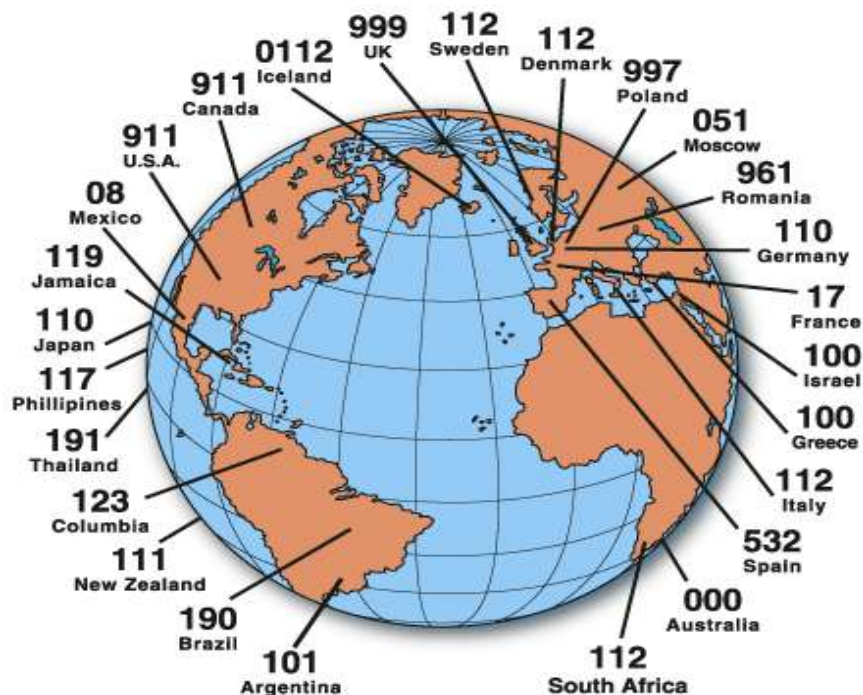
27 Polícias Civis e 993 Guardas Municipais, cada uma com características de operacionalidade diferentes e as instituições relacionadas, sem subordinação, compartilhamento de informações ou padronização de serviços, muitas vezes atuando como concorrentes.

O padrão mais rico possível de interação seria proporcionado pela implementação de um sistema de banda larga, no qual cada entidade permanecesse conectada, com plena interoperabilidade. Na outra extremidade seria um sistema em que cada agente só pode falar com um, ou talvez outros dois atores (um superior e um subordinado), as suas interações são muito limitadas (banda estreita) e a interoperabilidade é baixa entre alguns ou todos dos elementos constitutivos.

Em um sistema de trabalho compartilhado e integrado é importante a informação e sua distribuição, para tornar a informação disponível é necessário tecnologia e rede disponível com controle da alimentação ou alteração das informações, em um trabalho compartilhado a maioria das informações devem estar disponíveis, minimizando as restrições do compartilhamento.

Figura 1 – Número de emergências no mundo.

NÚMEROS DE EMERGÊNCIA NO MUNDO



Conforme tendências, várias cidades do mundo tem um numero único para solicitações de atendimento de emergência, que direciona o solicitante para diversos serviços, tais como, Polícia, Corpo de Bombeiros ou atendimento pré-hospitalar com uma atuação coordenada entre os serviços. Na maioria dos países os números de emergência têm como característica entre si o fato de serem três números, apesar de diferentes em cada país, são facilmente lembrados, rapidamente discados e gratuitos (figura 1).

No mundo, dois números são facilmente lembrados e divulgados, o numero emergencial 911 nos Estados Unidos e o 112 na União Européia, historicamente o 911 foi implantado em 1959 em Winnipeg, capital e maior província canadense de Maitoba, importante centro comercial localizada na região central do Canadá e utilizado a partir de 1968 pelos Estados do Alasca e Alabama, em 1980 foi difundido para o país inteiro.

A principal vantagem do trabalho conjunto dos serviços de emergência em uma única Central com o acionamento por um numero único é que, na necessidade de complementação de serviços, a resolução da complementação para finalização de ocorrências ou acidentes torna-se mais célere.

No país, desde 2013, a Agência Nacional de telecomunicações (ANATEL) utiliza os números 911 e 112 para chamadas de emergência no território nacional, em complemento ao telefone 190, tais números correspondem aos números de emergência nos Estados Unidos e na União Européia, respectivamente, em benefício aos turistas que por aqui chegam e quando estes números são discados. O ideal seria a possibilidade da localização geográfica emitido pelos equipamentos, conforme determinação da ANATEL para as empresas operadoras de telefonia, facilitando a localização geográfica, principalmente para turistas, devido às dificuldades naturais para os estrangeiros informarem a localização.

O beneficio do trabalho integrado em emergências é em prol de maior operacionalidade dos serviços que participam com melhor planejamento operacional e execução descentralizada e desburocratizada, com as organizações envolvidas com o maior grau de entrosamento e cooperação desejável através de integração formal.

2.1 Política nacional de atenção às urgências

No ano 2000, na cidade de Goiânia, foi realizado o IV Congresso da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências com a participação do Ministério da Saúde, nesse evento tiveram início discussões por grupos de trabalho ligados ao tema emergências, com seminários e planejamento de redes organizadas de atenção às urgências envolvendo gestores públicos, estaduais e municipais, estendeu até o ano de 2002, foi revista a Portaria GM/MS nº 824/99 e republicada como Portaria GM/MS nº 814/01. Foram também elaboradas diretrizes técnicas para transporte inter hospitalar, grades de referências para a rede, regionalizada de atenção às urgências e elaborada a Portaria GM/MS 2.048/02, onde, em seu artigo 1º, aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

A Portaria GM/MS nº 2.048/02 (BRASIL, 2002) também estabelece os princípios e diretrizes dos sistemas estaduais de urgência e emergência, define normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos hospitais de urgência, determina a criação das coordenações do Sistema Estadual de Urgências. O ano de 2003 teve como prioridade a área de urgências e emergências.

A Portaria GM/MS nº 1.863/03 (BRASIL, 2003) institui a Política Nacional de Atenção às Urgências em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Considera ainda o quadro brasileiro de morbimortalidade relativo a todas as urgências e estrutura a rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados às urgências, inclusive as urgências relacionadas ao trauma e à violência contemplada no anexo da Portaria MS/GM nº 737/01, Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Em seu artigo 3º define que a Política Nacional de Atenção às Urgências deve ser instituída com várias ações, uma delas é o componente Pré-Hospitalar Móvel, Serviço de Atendimento Móvel de Urgências e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas, o número emergencial 192.

A Portaria GM/MS nº 1.864/03 institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de

Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo território brasileiro, vinculadas às Centrais de Regulação em municípios e regiões de todo território brasileiro e define os parâmetros de estruturação desses serviços, sendo um veículo de suporte básico a cada 100.000 a 150.000 habitantes e um veículo de suporte avançado à vida para cada 400.000 a 450.000 habitantes.

Na seqüência, define os recursos para a estruturação da área física das Centrais do SAMU em proporção ao número de habitantes assim como o custeio tripartite entre União, estados e municípios, correspondendo à União 50% do valor estimado para os custos, o restante em conformidade com o pactuado em cada Comissão Inter gestores “Bipartite” entre estado e município. O recurso de custeio repassado pelo Ministério da Saúde via Fundo Nacional da Saúde, no âmbito desta Portaria, deverão ser destinados exclusivamente à manutenção e qualificação do SAMU.

A Portaria esclarece que aos SAMUs não será autorizada a apresentação de faturamento de serviços com base na tabela Sistema de Atendimento Ambulatorial – Sistema Único de Saúde (SAI-SUS), por intermédio dos procedimentos Trauma I e II, uma vez que seus custos devem estar previstos no projeto instituído. Já aos Corpos de Bombeiros e à Polícia Rodoviária Federal cadastrada no Sistema Único de Saúde e que atuam de acordo com as recomendações previstas na Portaria nº 2.048/02, deverão continuar utilizando os procedimentos Trauma I e II da tabela SAI-SUS, para efeito de registro e faturamento de suas ações (BRASIL, 2003).

A Portaria estabelece, ainda, que o acompanhamento e avaliação das ações, serão verificados por meio de uma lista de indicadores de desempenho a serem sistematicamente produzidos e analisados, conforme segue:

- a) Tempo médio de resposta entre a chamada telefônica e a chegada da equipe no local da ocorrência;
- b) Tempo médio decorrido no local da ocorrência;
- c) Tempo médio de transporte até a unidade de referência;
- d) Tempo médio de resposta total (entre a solicitação telefônica de atendimento e a entrada do paciente no serviço hospitalar de referência);
- e) Indicadores de adequação da regulação (% de saídas de veículos de Suporte Avançado após avaliação realizada pela equipe de Suporte Básico);

- f) Taxas de mortalidade evitável e mortalidade geral no ambiente de atenção pré-hospitalar, com avaliação do desempenho segundo padrões de sobrevida e taxa de seqüelas e seguimento no ambiente hospitalar;
- g) Mortalidade hospitalar imediata dos pacientes transportados; e
- h) Casuística de atendimento de urgência por causa clínica e as relacionadas às causas externas, considerando localização das ocorrências e suas causalidades, idade, sexo, ocupação, condição gestacional.

2.2 Atendimento Pré-hospitalar

O atendimento pré-hospitalar (APH) pode ser definido como toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, com o intuito de dar a melhor resposta à solicitação de ajuda ao usuário. Essa resposta pode variar de um simples conselho ou orientação médica ao envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência, visando à manutenção da vida e/ou a minimização das seqüelas (LOPES; FERNANDES, 1999).

O APH móvel primário compreende três etapas distintas de igual importância. A primeira corresponde ao atendimento realizado na cena do evento, seguida pela assistência durante o transporte até o hospital de referência e finalmente a chegada ao hospital (PAVELQUEIRES, 1997).

O APH móvel objetiva estabilizar as condições vitais, evitando a morbimortalidade por meio de condutas adequadas durante a fase de estabilização e transporte, evitando iatrogênicas que possam culminar com adventos variados desde as incapacidades físicas temporárias ou permanentes ou até a morte (PAVELQUEIRES, 1997).

No contexto do APH, as ações são divididas em suporte básico e avançadas de vida. O suporte básico de vida é definido como sendo a estrutura de apoio oferecida à pacientes com risco de morte desconhecido, promovida por profissionais de saúde, por meio de medidas conservadoras não invasivas, tais como: imobilização cervical, compressão de sangramento, curativos oclusivos, imobilização em prancha longa. O suporte avançado de vida corresponde à estrutura de apoio oferecida aos pacientes em risco de morte, promovida por profissionais

médicos, por intermédio de medidas não invasivas ou invasivas tais como: intubação endotraqueal, toracocentese, drenagem de tórax, pericardiocentese, acesso venoso etc. (BRASIL, 2001).

A assistência exercida pelos profissionais de saúde do APH está centrada em agravos de natureza clínica ou traumática, porém quando analisamos as lesões presentes nos pacientes politraumatizados constatamos que, segundo a curva de mortalidade por trauma, o APH passa a ser de grande valia principalmente no segundo pico de morte, aquele que ocorre entre os primeiros minutos e algumas horas após o acidente. As lesões potencialmente reversíveis são melhores tratadas quando atendidas neste espaço de tempo. A atuação dentro da chamada Hora de Ouro ou **Golden Hour** dá prioridade para as medidas terapêuticas mais emergentes (FERNANDES, 2004).

3 SISTEMAS DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA NO ESTADO DE SÃO PAULO

O Estado de São Paulo, unidade federativa do Brasil, ocupa uma área territorial de 248.223,21 quilômetros quadrados, extensão litorânea de 642 quilômetros, com uma estimativa populacional de 42.333.308 habitantes (IBGE, 2013), sendo 20.120.227 pessoas na região metropolitana de São Paulo e 22.213.081 pessoas no interior e litoral, corresponde a 21,6 % da população brasileira.

3.1 CORPO DE BOMBEIROS

3.1.1 História do Corpo de Bombeiros

O Corpo de Bombeiros do Estado de São Paulo foi criado em 10 de março de 1880 após alguns incêndios no centro de São Paulo com perdas materiais e literárias irreparáveis e grande comoção popular, como o da biblioteca da Faculdade de Direito e o arquivo do Convento de São Francisco.

Um mês após os dois últimos incêndios relatados, houve a inauguração da Seção de Bombeiros, composta por 20 homens vinculados à Companhia dos Urbanos (guardas-civis), tendo como primeiro Comandante o Tenente José Severino Dias, oriundo do Corpo de Bombeiros do Distrito Federal, onde tinha o posto de Alferes (GabCmtCB).

No tempo em que a Capital da Província não chegava a cobrir três colinas, em que as construções começaram a ser mais valiosas, começou-se a pensar em combater as chamas. Em caso de incêndio, mulheres, homens e crianças ficavam em fila, e, do poço mais próximo iam os baldes passando de mão em mão, até chegarem ao prédio em chamas. Em dezembro de 1850, na Rua do Rosário, hoje XV de Novembro, houve um incêndio, que foi extinto por uma bomba manual emprestada por um francês chamado Marcelino Gerard e devido a este incêndio, em 1851 foram tomadas as primeiras posturas municipais relativas aos casos de fogo em consequência do incêndio havido no ano anterior com a aquisição de duas bombas. No ano seguinte, ainda em decorrência de tal incêndio, é apresentado na Assembléia Provincial, pelo então Brigadeiro Machado de Oliveira um Projeto de Lei de um Código sobre Prevenção de Incêndios. Nesse Código estavam regulamentados os serviços de prevenção e extinção de incêndios, ficando o povo, por lei, obrigado a cooperar com a Polícia nos dias de incêndio. Em 1861, ocorre um incêndio em uma livraria na Rua do Carmo e em 1863 ocorre novo incêndio, desta vez na Rua do Comércio em uma loja

de ferragens. Já em 1870 um barril de pólvora explode no centro da cidade de São Paulo.

Apesar das constantes advertências dos chefes policiais sobre a perigosa situação, muito pouco foi feito. Afinal, em termos de Brasil, apenas em 1856 havia surgido o Corpo de Bombeiros da Corte, criado em 2 de julho, no Rio de Janeiro, devido aos acontecimentos anteriores, somente em 1875 houve a primeira tentativa de estabelecimento de um serviço de bombeiros que estaria agregado à Companhia de Urbanos (guardas-civis). Reunindo um total de 10 homens conhecidos como "Turma de Bombeiros", convenientemente adestrados para a função, egressos do Corpo de Bombeiros da Corte. Algumas providências foram tomadas, como a compra de baldes de couro, machadinhas e um saco salva-vidas. Entretanto, como a lei não estabelecia qual a prioridade dos Urbanos, se policiamento ou combate a incêndios, logo esta função foi abandonada e os bombeiros designados para tomar conta das ruas. As autoridades, ou a maior parte delas, ainda não haviam se conscientizado da importância do serviço e a cidade continuou sob o risco de uma nova tragédia. E foi assim, em meio a paliativos, que chegou o fatídico 15 de fevereiro de 1880, trazendo o incêndio que destruiu a biblioteca da Faculdade de Direito e o arquivo do Convento de São Francisco, no tradicional largo da capital paulista. No dia seguinte, num indignado discurso, o deputado Ferreira Braga propôs a criação de uma Seção de Bombeiros, composta de 20 homens, vinculada à Companhia dos Urbanos. A lei foi votada e aprovada, tendo sido publicada em 10 de março de 1880, data que determina a criação Oficial do Corpo de Bombeiros de São Paulo.

Conforme monografia do Max Mena em seus relatos da história do Cobom: "O primeiro documento completo (ou a mais completo) sobre a situação do Corpo de Bombeiros é o relatório do Tenente Coronel Argemiro da Costa Sampaio (Capitão reformado do Exército e comissionado em tal posto) sobre o ano de 1895, apresentado ao Comandante da Força Pública, Coronel José Carlos da Silva Teles e que seguiu anexo ao relatório apresentado ao Presidente do Estado pelo Secretário de Negócios da Justiça do Estado de São Paulo, datado de 31 de dezembro de 1895". Por três anos seguidos o mesmo comandante produziu relatórios minuciosos sobre as atividades, materiais, promoções, disciplina, necessidade etc., do Corpo de Bombeiros, sendo que desses relatórios extraímos alguns dados que demonstram o crescimento e a melhoria da qualidade dos serviços, os quais descreveremos e analisaremos através de seus requisitos básicos:

Em abril de 1896 são inauguradas 50 caixas de aviso de incêndio, chamadas "Linhas Telegráficas de Sinaes de Incêndio" (1º Sistema de Alarmes Generst), com aproximadamente 70 quilômetros de extensão, operadas por telegrafistas civis graduados militarmente.

Em, 1911 foi atingido o auge neste setor; pois entra em funcionamento um sistema de comunicações idêntico ao de melhor padrão do mundo e dimensionado adequadamente às necessidades de época. Tal sistema proporcionava rapidez no chamado e no atendimento do socorro, além de permitir comunicação bombeiro-bombeiro. Posteriormente, por não crescer nem se modernizar; o sistema Gamewell foi perdendo sua eficiência.

Paralelamente à evolução das instalações físicas, que possibilitaram a descentralização dos serviços, impunha-se a necessidade de se adotar uma nova sistemática de comunicações. Isso ocorreu no ano de 1955, quando se deu a inauguração da rede de rádio do Corpo de Bombeiros.

A primeira iniciativa de aplicação tecnológica que se assemelha aos moldes do atual fluxo de trabalho do COBOM ocorreu com a inauguração da rede de rádio, em 1955, entre o quartel e as viaturas. Esse empreendimento resultou em um salto de qualidade, visto que a Central de Comunicações do Corpo de Bombeiros, como era denominada a época, passou a acompanhar a evolução da ocorrência, informando o melhor caminho e assistindo o comandante do socorro com informações para o sucesso da missão. Nesse período foram centralizados os pedidos da população, por meio dos

números telefônicos 351700 e 312171. Finalmente em 1979 é inaugurado o código de emergência “193”. (SÃO PAULO, 2016).

3.1.2 HISTÓRIA DO SISTEMA DE RESGATE

Historicamente, o cenário de atendimento aos feridos no local em que ocorre o acidente tem origem nos períodos de guerras, quando os feridos em combate precisavam ser resgatados e submetidos a cuidados médicos. Com o passar do tempo maior foi a possibilidade de resgate e atendimento aos feridos, cada vez com maior sobrevivência e menor mortalidade e a observação de que quanto mais rápido o atendimento no local pós acidente, com pessoas treinadas e transporte adequado para o hospital, melhor o prognóstico.

A evolução de uma melhoria no resgate aos feridos foi conforme a evolução das indústrias automobilística, aeronáutica, de medicamentos, de comunicações, engenharia dentre outras.

O primeiro regulamento sobre a utilização de ambulâncias encontra-se nos relatos da Guerra Civil Americana (1861-1865), sendo que tais veículos seriam as carruagens ou vagões de trens. Desta mesma época, datam os conceitos de medicina de campanha criados pelo Doutor Charles Stuart Tripler do Exército de Potomac, autor do Manual do Cirurgião Militar, em 1861.

Nos últimos conflitos de guerra que ocorreram, Segunda Grande Guerra Mundial (1939 - 1945), Guerra da Coreia (1950 – 1975) e a Guerra do Vietnã (1.961 – 1.975), apesar de toda a catástrofe do elevadíssimo número de mortos e feridos, o avanço na área do APH foi importante, pois os fundamentos da sistemática do atendimento atual são baseados nos moldes das últimas guerras.

Nas grandes cidades, o APH para atendimento aos civis, vítimas de acidentes teve início na década de 60 com os primeiros relatos na cidade de Chicago, considerada pioneira no atendimento e desenvolvimento do APH.

A padronização do treinamento no atendimento emergencial pré-hospitalar teve início em 1966 com uma proposta de curso estabelecida pelo *Department of Transportation – National Highway Traffic Safety Administration – DOT – NHTSA* (Departamento de Transportes da Administração Nacional de Tráfego e Segurança das Estradas) com uma carga horária de 81 horas, aqueles aprovados no curso seriam reavaliados a cada dois anos. O padrão criado na

ocasião estabeleceu as primeiras diretrizes e currículos básicos para treinamento de pessoas habilitadas a prestar atendimento pré-hospitalar profissional nos locais de acidentes e emergências médicas (COLLA, 2005, p.18-19).

Os sistemas de atendimento em vias públicas nas cidades americanas não tinham, também, uma coordenação, comunicação ou padronização de atendimento. Muitas vezes o atendimento realizado poderia agravar o quadro dos acidentados.

Sua primordial função era 'correr' para o local do acidente, carregar a vítima para o interior da ambulância e voltar em disparada para o hospital. Em muitos casos, só havia o motorista na guarnição de emergência e seus equipamentos consistiam de uma simples maca, um estojo de primeiros socorros e um cilindro portátil de oxigênio. Equipamentos de radiocomunicação, quando existiam, serviam tão somente para solicitar uma viatura policial para o local do acidente, nos casos em que a ambulância era o primeiro veículo a chegar (CARCHEDI, 1996, p. 26).

A *Division of Medical Sciences* publicou em 1966 um documento conhecido como *Accidental Death and Disability: The Neglected Disease of modern Society* que, para o atendimento médico, foi um marco histórico importante, no mesmo ano, o congresso americano aprovou a *Highway Safety Act*, ato que os estados que não demonstrassem intenção de desenvolver um programa efetivo de serviços médicos de emergência estariam sujeitos à perda de 10% de seus fundos federais para construção de estradas em seus territórios.

No ano de 1976, um acordo entre o Município de Chicago e Universidades, definiu três níveis de profissionais de atendimento pré-hospitalar, quais sejam:

- a) Técnico em Emergências Médicas nível Básico (*Emergency Medical Technician Basic, EMT-B*);
- b) Técnico em Emergências Médicas nível Intermediário (*Emergency Medical Technician Intermediate, EMT-I*); e
- c) Técnico em Emergências Médicas Paramédico (*Emergency Medical Technician Paramedic, EMT-P*).

No mesmo Decreto ficaram estabelecidos dois níveis de atendimento pelos profissionais, as intervenções simples com procedimentos básicos (*Basic Life Support, BLS*) e os procedimentos mais complexos (*Advanced Life Support, ALS*). Esta padronização de atendimento de APH baseado em protocolos foi o modelo para os serviços que a partir daí se desenvolveram.

Segundo Cowley (2004 apud TRUNKEY, 1983, p. 28) médico americano criador da famosa Unidade de Choque-Trauma denominada *Shock Trauma Unit*, em Baltimore-Mariland, disse que

[...] a sobrevivência de uma vítima de politraumatismo está diretamente relacionada com a rapidez do tratamento cirúrgico definitivo. Se o paciente, com lesões graves, adentrar na sala de cirurgia até uma hora após a ocorrência do acidente, a possibilidade de vir a falecer gira em torno de 15%, aumentando em dobro a cada hora perdida, para o início das medidas cirúrgicas emergenciais.

Cowley (2004) ainda conceituou a noção de um período de tempo crucial durante o qual seria importante iniciar o tratamento definitivo do traumatizado grave. Em uma entrevista ele ressaltou que há uma hora de ouro, entre a vida e a morte e quem estivesse gravemente ferido teria menos de 60 minutos para sobreviver. Que não morreria imediatamente, uma vez que isso ocorreria em três dias ou duas semanas, mas ocorreria alguma coisa irreparável em seu organismo. Este conceito ficou conhecido como **Hora de Ouro**.

Se um paciente grave puder receber tratamento definitivo, entendido como reanimação e controle da hemorragia, dentro do Período de Ouro, as suas chances de sobrevivida aumentam muito (LERNER; MOSCATI, 2001).

Nenhum atendimento pré-hospitalar é igual ao outro. O fundamental é realizar uma boa avaliação e seguir protocolos. Os pacientes de atendimento pré-hospitalar têm aspectos comuns nas suas lesões e poderiam morrer secundariamente às lesões devido a três causas básicas, quais sejam: hemorragia aguda (36%), lesão grave de órgãos vitais como o cérebro (30%), obstrução de vias aéreas e insuficiência respiratória aguda (25%) (TSYBULIAK; PAVLENKO, 1975).

O período de ouro representa um intervalo de tempo no qual o choque, embora esteja piorando, é reversível, se o paciente receber atendimento adequado. Se não forem iniciadas as intervenções na tentativa de reversão, o choque evolui e se torna irreversível.

Os estudos mostram que, após iniciadas as manobras de reversão do choque, o transporte para o hospital adequado dentro do menor tempo possível não deve ser retardado. Muitos acidentados têm problemas que não podem ser resolvidos no atendimento pré-hospitalar, tais como a reposição de sangue e o controle da hemorragia interna, que deve ser controlado com cirurgia em ambiente hospitalar. Na vigência de hemorragia não é possível fazer uma reanimação adequada, por isto é importante o transporte ao centro de tratamento definitivo

dentro do menor tempo possível, que não deve ser confundido com transporte sem estabilização inicial do paciente. Além disto, a reanimação deve ser mantida durante o transporte até o hospital. Esta filosofia do período de transporte dentro de 10 minutos após a chegada dos socorristas é conhecido como “10 minutos de Platina” dentro da “Hora de Ouro” (COWLEY, 2007).

O sistema de atendimento pré-hospitalar utilizado no país é derivado do SAMU francês que se baseia no conceito de **fica e estabiliza** (*Stay and Stabilize*), ou seja, a equipe de atendimento pré-hospitalar transporta a vítima para o local de tratamento definitivo, após a estabilização clínica (CARCHEDI, 1988; MARTINI, 1989; SÃO PAULO, 1987, 1989).

Em 1983, um grupo de trabalho formado por médicos do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, na análise da alta mortalidade e seqüelas decorrentes de acidentes realizaram um projeto para gerenciar o atendimento as estas vítimas, foi criado pela Prefeitura Municipal o *Projeto Vaga Zero* e a Coordenação dos Recursos Assistenciais aos Prontos Socorros (CRAPS), com a função de gerenciamento nos prontos atendimentos públicos quando na racionalização do atendimento aos feridos.

Em 1986, a Polícia Militar do Estado de São Paulo prevendo suas responsabilidades no processo de atendimento de emergências médicas, enviou um grupo composto por cinco Oficiais PM do Corpo de Bombeiros, à cidade de Chicago, nos EUA, onde realizaram um Curso de Técnico em Emergências Médicas, promovido por uma associação de intercâmbios (Brasil-EUA), denominada “Companheiros das Américas”. Após o encerramento do curso, estes Oficiais apresentaram um relatório ao Comandante Geral da Corporação, onde foi proposta a reformulação dos conceitos de instrução de primeiros socorros ministrada ao efetivo do Corpo de Bombeiros e a ampliação dos serviços de Salvamento e Resgate já existente, utilizando novos equipamentos e viaturas, com pessoal especializado para o atendimento e transporte das vítimas de acidentes. (ALVES JUNIOR, 1996).

Em 13 de julho de 1988, o então Secretário do Estado da Saúde, o Professor Dr. José Aristodemo Pinotti, constituiu o GEPRO/EMERGÊNCIA (Grupo Especial de Programas de Emergência), sob a coordenação do Professor Dr. Fernando Bueno Pereira Leitão (Resolução SS-116). Em 17 de julho de 1989, foi

dada nova composição ao GEPRO/EMERGÊNCIA, sob a coordenação administrativa do Capitão Médico PM Antônio Carlos Turiani Martini (Resolução SS-48?). Definido os membros integrantes, o grupo passou a se reunir e desenvolver o projeto do Sistema Integrado de Atendimento às Emergências do Estado de São Paulo, conhecido junto à população como RESGATE, onde foram traçados os objetivos a serem alcançadas, definições das missões de cada membro integrante do sistema, atendimento pré-hospitalar, centro de comunicações, fixação das fases para sua implantação e definição dos protocolos de atendimento (ALVES JUNIOR, 1996).

No ano de 1989 foi enviado à França o Capitão Médico Antônio Carlos Turiani Martini para observação operacional e administrativa do SAMU francês para fazer o Curso de Atendimento Pré Hospitalar e Regulação do Sistema, conforme intercâmbio criado entre a Secretaria de Saúde de São Paulo e o Ministério para Assuntos Estrangeiros da França, junto ao Consulado Francês. Ao retornarem ao Brasil foi criada toda a padronização no atendimento pré-hospitalar, materiais e equipamentos das bolsas, medicamentos, padronização de atendimentos na Central de Regulação e no local da ocorrência.

As primeiras experiências no Brasil foram relatadas com propostas de encaminhamentos, visando à construção adequada de um sistema de urgências e emergências que refletisse a política pública do governo. Desta forma, um maior número de pacientes graves começa a chegar às portas de emergências despreparadas para o atendimento. (GONÇALVES; RODRIGUES, 2001; OLIVEIRA; PAROLIN; TEIXEIRA JR., 2002).

3.1.3 SISTEMA DE REGULAÇÃO DO CORPO DE BOMBEIROS

O Corpo de Bombeiros está presente em 153 dos 645 municípios do Estado de São Paulo por meio de convênio administrativo, conta com 244 postos e bases. No ano de 2015 atendeu ocorrências em 637 municípios, ou seja, na quase totalidade deles (SEADE; SÃO PAULO, 2016).

No Estado de São Paulo, com característica de grande densidade populacional nos grandes centros urbanos, há mais pessoas vivendo na cidade de São Paulo do que em alguns países, a capital tem uma população maior que a de

Portugal (10.825.309), Bélgica (10.323.973), Suécia (9.801.616), Paraguai (6.783.272) e Uruguai (3.341.893), por exemplo. Se a cidade de São Paulo fosse um país, seria o 78º mais populoso.

No período de janeiro a dezembro de 2015 houve 5,499 milhões de solicitações telefônicas para o telefone de emergência 193 em todo Estado, com uma média diária de 15 mil ligações. O Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo (CBPMESP) conta com um total de 2.488 viaturas, sendo 1.924 viaturas para a atividade operacional e 564 viaturas para a administrativa, além de 801 embarcações. Para atendimento de ocorrências de resgate, salvamento ou incêndio e suporte em ambiente aquático, o efetivo total é de cerca de 8.600 homens em suas 296 edificações, sendo 244 destinadas ao serviço operacional. De um efetivo fixado de 10.031 pessoas, 2.617 bombeiros são destinados para cidade de São Paulo e 1.636 destinados para o efetivo com função classificada como territorial, de acordo com a matriz organizacional (SÃO PAULO, 2.016).

No mesmo período relatado houve 215.136 atendimentos próprios de resgate, destes atendimentos 179.784 vítimas e 3.741 mortos, já para os atendimentos não considerados próprios do sistema resgate, ou seja, atendimentos de agravos à saúde de natureza clínica totalizaram 70.377 atendimentos.

A estrutura organizacional operacional distribuída para o estado e cidade de São Paulo, respectivamente é assim constituída:

- a) Grupamento de Bombeiros: 20 para o Estado, sendo 4 para a capital;
- b) Subgrupamento de Bombeiros: 51;
- c) Postos e Bases de Bombeiros operacionais: 175, sendo 45 na capital;
- d) Bases de Bombeiros: 62;
- e) Grupos de Bombeiros: 7;
- f) Bombeiro Comunitário: 8 (não é considerado uma instalação); e
- g) Municípios com a presença do Corpo de Bombeiros: 169

O Movimento Paulista de Segurança no Trânsito (MPST), que prevê a realização de projetos relacionados à segurança viária, gerou um convênio com o Corpo de Bombeiros com novas tecnologias para aumento da eficácia operacional, conforme programa de modernização tecnológica e convênio celebrado entre a

Polícia Militar do Estado de São Paulo, por meio do Corpo de Bombeiros e do Departamento Estadual de Trânsito (DETRAN), firmado em janeiro de 2014 com um investimento de R\$ 6,6 milhões. Foram adquiridos 1100 rastreadores e 600 *tablets* para uso em 1.100 viaturas de atendimento operacional, com SIOPM e COPOM ONLINE (PMESP, 2016).

O MPST foi lançado em agosto de 2015 pelo governador Geraldo Alckmin visando reduzir pela metade as vítimas fatais de acidentes de trânsito até o ano de 2020, com base nos fundamentos estratégicos da Organização das Nações Unidas (ONU), integrando o trabalho das instituições que compartilham responsabilidades do tema e do envolvimento da sociedade civil.

Também faz parte do convênio a contratação de um desenvolvedor de *softwares* para integrar as informações com a base dos bombeiros e de um gerenciador de dispositivos móveis, que vai garantir a segurança do sistema (em caso de furto, é possível o bloqueio das funções do equipamento).

A integração do CBPMESP ao Sistema de Informações Operacionais (SIOPM-Corp) foi no final de 2015, todas as ocorrências atendidas pelo Bombeiro são cadastradas nesse Sistema, o que torna o primeiro serviço da Polícia a estar 100% integrado a este Sistema, desta forma o Corpo de Bombeiros deixa de utilizar o SDO para encerramento e coleta de dados das ocorrências atendidas, que passam a ser realizadas pelo SIOPM-Web, possibilitando assim, o uso do COPOM-Online para a visualização de mapas e o Gerador de Relatórios de Ocorrência (GRO) para a realização de estatísticas.

A Central de Operações do Corpo de Bombeiros (COBOM) atua de forma integrada às Centrais de Operações da Polícia Militar (COPOM) regionais de São Paulo e região metropolitana, São José dos Campos, Presidente Prudente e Ribeirão Preto, com uma forte tendência a regionalizar todo o atendimento emergencial e a comunicação crítica (SÃO PAULO, 2016).

Em relação ao seu efetivo, força operacional, tem-se uma demanda reprimida do ponto de vista de Recursos Humanos, o Quadro Particular Organizacional (QPO) tem o número fixado de 10.031 homens e o existente é de 8.601, sendo que, destes, 8.315 destinados para a atividade operacional nos seus 20 GBs e 1.950 (23%) para a atividade administrativa; do total do efetivo a distribuição entre os sexos é de 8.333 homens (96%) e 322 mulheres (4%). Existem

ainda, 492 bombeiros civis (bombeiro profissional municipal) em 57 municípios que fornece BPMun a título de cooperação (SÃO PAULO, 2016).

A atividade de DEJEM (Diária Especial por Jornada Extraordinária de Trabalho Policial Militar), cujo escopo é a remuneração de uma diária aos policiais militares que atuarem voluntariamente e fora de seu horário normal de trabalho, nas atividades operacionais de acordo com a demanda, no intuito de ampliação do número de policiais militares em serviço em benefício à sociedade, regulamentadas pela Lei Complementar nº 1.287/16. O Corpo de Bombeiros tem 86.026 vagas abertas ao longo do ano, sendo 98% das vagas oferecidas para o serviço operacional nos quartéis dos bombeiros, corresponde a um incremento na força operacional diária de 200 bombeiros.

O *Turn Over* em 2015 foi de 613 homens, houve uma entrada de 845 por meio de movimentações e cursos (CBO, CHQAOPM, CBS e CBCS).

Até um passado recente, existia uma mesma escola militar para formação de soldados destinados ao Corpo de Bombeiros e para o policiamento, o que poderia, num primeiro momento, ser a causa da defasagem do quadro particular de organização (QPO) do CBPMESP, pois a Polícia Militar absorve um percentual maior de policiais recém-formados para a atividade-fim, que é a de policiamento, devido a uma pressão da sociedade no anseio na presença do policial militar nas ruas para aumentar a sensação de segurança. As escolas de formação de soldados do Corpo de Bombeiros e da Polícia Militar, apesar de separadas, a destinação final do soldado recém-formado depende de estudos elaborados pelo EM/PM, de modo que o módulo básico seja realizado por ambas as escolas.

A demanda reprimida de pessoal e o “claro” no efetivo planejado fez com que novos estudos para adequação do operacional nas atividades próprias, no intuito de diminuir o efetivo na composição de suas viaturas, com novos protocolos para atendimento às ocorrências para adequação da força operacional. Desde 1989, quando teve início o serviço de resgate aos acidentados do CBPMESP até os dias de hoje, tivemos um aumento populacional desproporcional ao crescimento do efetivo da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros, o ajuste fez-se necessário para atendimento à demanda de serviços.

3.2 O serviço de atendimento de emergências municipal

No intuito de apresentar os sistemas a serem integrados, conforme a proposta constante da penúltima seção deste trabalho segue um panorama do serviço municipal iniciando-se por seu histórico.

3.2.1 HISTÓRIA DO SERVIÇO DE PRONTO SOCORRO MUNICIPAL

Até o final do século XIX, a assistência à saúde era feita em estabelecimentos hospitalares, que mais serviam de hospedaria para loucos e banidos pela sociedade. Os poucos médicos então existentes prestavam apenas serviços privados às classes mais abastadas da sociedade.

No período da presidência de Tobias de Aguiar (1831 a 1835) a Província de São Paulo contava com 362.902 habitantes. Na Capital havia 5 médicos e 4 cirurgiões. Em Santos, um médico e 5 boticários. Na província inteira havia 14 boticários. Cidades importantes como Curitiba, Piracicaba, Franca, Itapetininga, Jundiaí, Pindamonhangaba não contavam com médicos.

O desenvolvimento da economia cafeeira propiciou expansão dos transportes ferroviários e marítimos, além dos portos de exportação do Rio de Janeiro e de Santos. Este processo atraiu grande número de migrantes e imigrantes para novos postos de trabalho gerando aglomeração de pessoas nas grandes cidades com desorganização sanitária e alastramento de doenças infectocontagiosas como peste, varíola e febre amarela. Neste período foram implantadas políticas de saneamento com Oswaldo Cruz (1903), Rodrigues Alves (1902), Carlos Chagas, Emílio Ribas e Saturnino de Brito, com a fundação do Instituto Adolfo Lutz e Butantã para pesquisa, produção de vacinas e controle de doenças.

O Estado assumiu pela 1ª vez a assistência médica à população, na forma de socorro de urgência em 1893 no Rio de Janeiro com atendimento de ambulâncias nas vias públicas e em domicílio, além do apoio de rede hospitalar privada.

Em São Paulo, os médicos do serviço médico legal ficam subordinados à Segunda Seção da Repartição Central de Polícia, responsabilidade da Polícia Civil, no Decreto 395 de 7 de outubro de 1893 os médicos tem atribuições de atender a qualquer hora as requisições do Chefe de Polícia, dos delegados e subdelegados da Capital.

O Decreto 1.392/10 ratifica estas incumbências, determinando ainda que os médicos permaneçam na repartição durante o expediente e eventualmente à noite, se o Secretário determinasse. Cria-se assim a primeira prontidão para situações de emergência e calamidades, obrigando os médicos a permanecerem na repartição em casos de incêndios de maiores proporções, sinistros e acidentes.

Em 25 de abril de 1933, o general Waldomiro de Oliveira, administrador de São Paulo, ampliou consideravelmente os serviços de atividade policial e mobilizou para ele 30 médicos, um enfermeiro-mordomo, 8 enfermeiros de primeira classe, 8 de segunda classe, 20 de terceira classe e 4 serventes, além de escriturários para os registros competentes.

O Decreto 9.377/38 transfere os serviços de Assistência do Estado para o Município de São Paulo, apesar do Decreto, tal fato não ocorreu na prática. O Decreto Estadual 16.629/50 extinguiu o posto médico da Assistência Policial e autorizou o Secretário da Segurança a firmar com a Prefeitura o ajuste a que se referia aquela Lei, ficando o posto médico subordinado à municipalidade da Capital Paulista. O prefeito Armando de Arruda Pereira inaugurou esses serviços em 28 de abril de 1951, com plantonistas e ambulâncias pertencentes à Prefeitura para atendimento domiciliar. Antônio Pires Vila Lobos foi o primeiro chefe deste posto.

Na época, Ignácio Proença de Gouvêa era o Diretor do Departamento de Higiene e o serviço do Hospital das Clínicas dividido entre a equipe de Médicos da Prefeitura que ficavam no pronto-atendimento e nos atendimentos externos, chamados domiciliares, o motorista da ambulância para serviços externos de atendimento era um policial.

Este convênio com o Hospital das Clínicas se dá pela Lei 3.977 de 14 de dezembro de 1950 ao custo de 20 milhões de cruzeiros e dá origem em 1951 ao Posto de Pronto Socorro Municipal do Hospital das Clínicas e teve como 1º chefe Carmino Caricchio. O Pátio do Colégio foi o primeiro posto isolado de Pronto Socorro

Municipal, logo em seguida foi instalado outro posto junto ao Hospital Municipal, na Rua Castro Alves.

O período de 1951 a 1955 caracteriza-se por uma progressiva criação de serviços de atendimento de urgência pela Prefeitura. Em 1953 houve um concurso para médicos, marco no sentido de oficializar o efetivo médico da prefeitura.

A Portaria 14, de 25 de fevereiro de 1954, determinou as normas de funcionamento do PS Municipal que deveria atender as vítimas de acidentes, agressões e tentativas de suicídio, de acidentes de trabalho, de mal súbito, de moléstias de caráter agudo ou a agudização das moléstias de evolução crônica, vítimas de hemorragia e casos de parto.

Na gestão Jânio Quadros é aprovado a Lei 4.658/55, criando a Divisão de Pronto Socorro Municipal do Departamento de Higiene e Saúde da Secretaria de Higiene. A partir desta data, o Pronto Socorro Municipal passa a ter existência legal. O prefeito promove entendimentos com as diretorias do Hospital das Clínicas, da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e da Escola Paulista de Medicina, à qual estava subordinado o Hospital São Paulo a fim de obter das mesmas a necessária assistência aos doentes correspondentes às zonas que lhes fossem determinadas.

Os serviços prestados pela Divisão de Pronto Socorro Municipal eram gratuitos para aqueles reconhecidamente pobres ou indigentes, mas cobrados dos que possuíssem recursos, regulamentado pelo Decreto 4.220/59 quanto à cobrança dos assistidos que possuíssem recursos. Caberia ao médico que efetuasse o socorro atestar a pobreza na ficha de ocorrência para isenção de pagamento ou então, constatada a possibilidade, preencher a guia de pagamento. O Decreto criou também taxas para os serviços de urgência do PS Municipal dando margem à proliferação de organizações particulares especializadas na execução dessa tarefa.

No seu relatório e prestação de contas, o prefeito Prestes Maia, eleito em 1961, coloca que a primeira e fundamental mudança é a moralização administrativa, principalmente, no serviço de pronto socorro. Houve a aquisição de numerosas ambulâncias, todas providas de tacômetro e rádio, foram assinados convênios com diversos hospitais, totalizando 750 leitos.

Em 1972, começa a ser viabilizado o atual serviço de comunicação e chamado à distância pelo dígito 192. Em 1978, foi implantado pela Prefeitura do Município de São Paulo, um projeto piloto de Atendimento Pré-hospitalar por meio

do telefone 192 e a ambulância pertencia ao Departamento de Sistema Viário (DSV) e a guarnição era composta por um Policial Militar como motorista chegando a atender até 10 chamadas diárias.

Na reorganização administrativa de SHS, em 1978, foram constituídas duas divisões, quais sejam: a Divisão Técnica de Fiscalização, Comunicações e Informações e a Central de Comunicações (CECOM). Integra ainda as ações de pronto atendimento, a Central e Comunicações que controle a remoção e o resgate de pacientes por meio do serviço de comunicação e transporte por ambulâncias.

Em 1979, teve a primeira instrução de ressuscitação cardiopulmonar com o uso de manequins, no Primeiro Grupamento de Busca e Salvamento do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo (1º GBS), atualmente, 1º Grupamento de Bombeiros (1º GB) para os funcionários da Prefeitura de São Paulo que iriam trabalhar nas ambulâncias do serviço municipal de APH. Em tal curso foram confeccionados os primeiros exemplares de prancha de madeira para imobilização de coluna e também o primeiro curso de primeiros socorros. (COLLA, 2005).

Os prontos-socorros da Barra Funda, Jabaquara, Santo Amaro, Santana, Lapa e o posto de Perus eram coordenados por uma central de PBX que controlava as vagas conveniadas e o movimento das ambulâncias. Estes postos passam a ser vinculados ao Departamento de Saúde da Comunidade (DSC) na reorganização da Secretaria em 1978.

Cria-se então o serviço posteriormente denominado Central de Comunicação (CECOM), instalado no prédio da Av. Brigadeiro Luiz Antônio no antigo Hospital Sylla Mattos, contando com um PBX e quatro controles de rádio.

Em 1980, o Decreto 16.432/80 alterou a subordinação dos postos de prontos-socorros que passaram para a Superintendência Médico Hospitalar de Urgência, no ano seguinte a Divisão de PS Municipal tornou-se Departamento, conforme Lei 9.286/81.

Interessante a transcrição no trabalho monográfico do Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais do então Cap PM Roberto Lemes da Silva (1984), intitulado *O Policial Militar no Atendimento Pré-hospital*, onde relata que

Com uma experiência de 15 anos trabalhando em ações de salvamento, atendendo inúmeros chamados envolvendo vidas humanas, existe uma falta de interligação dos órgãos envolvidos quer na área municipal, estadual ou federal. Chegou a hora de propor mudanças [...]

Mas, devido à nossa presença constante, dinâmica e espalhada por todas as regiões do Estado, a Polícia Militar é a instituição oficial mais solicitada para o encaminhamento de vítimas e doentes aos Serviços Médicos de Emergência. Além disso, seu apurado e constantemente aprimorado sistema de comunicação faz com que a Corporação seja lembrada para qualquer eventualidade, não só policial, como também médico-social também [...]

As vítimas atendidas pelas nossas viaturas são encontradas, nas mais diversas condições, presos em ferragens de veículos, por escombros, soterradas, feridas a bala, atropeladas, etc. Quando os policiais militares não conseguem remover essas vítimas são acionadas as viaturas de salvamento do Corpo de Bombeiros. Tem-se verificado que o encaminhamento de acidentados para o Serviço Médico de Emergência é feito preferencialmente com recursos próprios da população. Ou quando os serviços públicos tornam-se mais carentes, grande sobrecarga, já abate sobre a Polícia Militar, principalmente de madrugada.

Praticamente, o único instrumento de assistência que o Estado dispõe na rua são as viaturas de radiopatrulha, dos Tácticos Móveis, da Rota ou a saleta dos postos policiais – seja para acudir um menor, seja para socorrer a um hospital, ou para estancar uma hemorragia; imobilizar uma fratura; para condução de uma parturiente que, esperando a última hora, tem nos patrulheiros o seu parceiro [...]

O Cap PM Roberto Lemes da Silva relata o preparo das equipes paramédicas na época, desenvolvido pela então Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura e pela Polícia Militar. O curso dava ênfase às técnicas de assistência respiratória e circulatória, medidas de hemostasia, imobilizações e mobilização de acidentados, prioridades no atendimento de politraumatizados, responsabilidades éticas e limitações da assistência paramédica, com uma carga horária de 40 horas.

Fato interessante é que, na época, já havia a preocupação entre a integração dos sistemas de atendimento e a necessidade de aperfeiçoamento dos homens do Corpo de Bombeiros, conforme segue:

Mas, o que vemos são sistemas fechados, estanques, com recursos humanos e materiais não interligados.

Nós do Corpo de Bombeiros, sabemos o que temos.

Os funcionários da Prefeitura – Pronto Socorro - conhecem seus recursos. Os elementos de outros órgãos, tais como Dersa, DNER, DER, DSV, INAMPS, Pronto Socorro do Hospital das Clínicas e até entidades particulares, tem conhecimento de suas estruturas, mas todos são independentes.

Com isso, vemos um violento desperdício de recursos com prejuízo do atendimento pré-hospitalar [...] (SILVA, 1984).

Relata ainda, após a realização de cursos integrados com envolvimento de médicos, Bombeiros e funcionários da Prefeitura:

Hoje somos reconhecidos quando chegamos a esses pronto-socorros e cruzamos com aqueles socorristas que foram treinados no GBS. Quem ganhou com isso foi a comunidade e principalmente os integrantes do GBS [...]

Ao final do trabalho ele conclui:

Os órgãos envolvidos direta ou indiretamente devem unir forças. Não queremos competir com médico ou enfermeiro, queremos sim, delimitar atribuições [...] (SILVA, 1984).

O histórico do SAMU, conforme relato na monografia de CAO/07 do então Cap PM Kleber Danúbio Alencar Junior (2007) – Atuação integrada do SAMU e do Serviço de Resgate do Corpo de Bombeiros, assim diz:

Em 1980, o Município de São Paulo, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde, inaugurou o “Projeto 192” para atendimento a emergências, dispondo então de 80 ambulâncias que permaneciam estacionadas em prontos-socorros municipais com 360 funcionários, entre motoristas e atendentes de enfermagem, treinados em técnicas de primeiros socorros pelo Corpo de Bombeiros.

O denominado Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar do Município de São Paulo – APH foi instituído apenas em 1992, através da Portaria nº. 386 da Prefeitura, que justificou o ato com base no alto índice de morbimortalidade por causas externas, decorrente das condições de vida a que estava submetida a população paulistana, na experiência acumulada pela Secretaria Municipal da Saúde no atendimento às emergências médicas (Projeto 192) e na necessidade de garantir um atendimento rápido e eficaz aos munícipes.

O serviço municipal de atendimento médico de urgência prosseguiu, então, com altos e baixos, por mais de uma década, o que foi suficiente, inclusive, para a criação do Sistema Resgate e todo o seu sucesso.

Em 2003, como parte das políticas públicas do Governo Federal para a área de saúde, especificamente denominada Política Nacional de Atenção às Urgências, foi lançada o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências – SAMU-192, numa parceria com os municípios em todo o país.

Em julho de 2002 já fora estabelecido uma parceria com a permanência de uma ambulância, do então Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar APH -192 do Município de São Paulo, baseada no PB Capão Redondo, sistema de APH que seria designado SAMU no ano seguinte. Em 2003 onde foram colocadas ambulâncias do SAMU-192 baseadas em três Postos de Bombeiros na Capital, quais sejam: PB Capão Redondo e PB Guarapiranga, ambos do 4º GB, e PB Jaraguá, 2º GB. A presença de viaturas do SAMU nos Postos de Bombeiros chegou a 32 no ano de 2009, integradas com os bombeiros nos postos de bombeiros e nas Centrais de Regulação, pois as ambulâncias do SAMU eram despachadas para atendimento às ocorrências por ambas as Centrais (ALENCAR JUNIOR, 2007).

As tentativas de integração foram baseadas na presença física de viaturas nos postos de bombeiros, mantendo cada sistema a sua Central de Regulação e despacho de viaturas, sem compartilhamento de informações das ocorrências, georreferenciamento ou mesmo o acionamento das viaturas. O acordo operacional entre os serviços seria a presença física de viaturas e RH nos quartéis com

alimentação e alojamento. Particularidade interessante nesta parceria foi o estipulado que as viaturas do SAMU baseadas nos quartéis dos bombeiros poderiam ser acionadas tanto pelo Central de Regulação do SAMU, como pelo COBOM (ALENCAR JUNIOR, 2007).

3.2.2. O SAMU

A construção de uma política federal para atenção às urgências no Brasil pode ser dividida para melhor entendimento em três fases, quais sejam:

- a) 1998-2002 – primeiras iniciativas de regulamentação;
- b) 2003-2008 – formulação e implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, com priorização do SAMU; e
- c) a partir do final de 2008, continuidade do SAMU e implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

O primeiro momento (1998-2002) foi caracterizado pela emissão de normas para a implantação dos sistemas de atendimento de urgência e publicação da primeira portaria voltada para o APH móvel. O segundo momento (2003-2008) foi marcado pela formulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e pelo destaque na agenda governamental da estratégia do SAMU a ser implantado como primeiro componente dessa política. O último componente foi à organização das redes de atenção integral as urgências em pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar (MACHADO, 2010).

Considera-se como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência aquele atendimento que busca chegar precocemente à vítima, após um agravo à sua saúde, que pode ser de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica ou psiquiátrica, agravo este que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo a morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Podemos chamá-lo de atendimento pré-hospitalar móvel primário, quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão, ou de atendimento pré-hospitalar secundário, quando a solicitação partir de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do

quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento (BRASIL, 2003a).

A Portaria GM/MS Nº 1.863/03, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, vincula o atendimento pré-hospitalar móvel a uma Central de Regulação de Urgências e Emergências, esta central deve ser de fácil acesso ao público, por via telefônica, em sistema gratuito (192, como número nacional de urgências médicas ou outro número, se o 192 não for tecnicamente possível) onde o médico regulador, após julgar cada caso, define a resposta mais adequada, seja um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios. O número de acesso à saúde para socorros de urgência deve ser amplamente divulgado junto à comunidade. Todos os pedidos de socorro médico que entra por meio de outras centrais, como a da Polícia Militar (190), do Corpo de Bombeiros (193) e quaisquer outras existentes, devem ser retransmitidos à Central de Regulação para que possam ser adequadamente regulados e atendidos. O local do atendimento será monitorado via rádio pelo médico regulador, que orienta a equipe de intervenção quanto aos procedimentos necessários à condução do caso. Deve existir uma rede de comunicação entre a Central, as ambulâncias e todos os serviços que recebem os pacientes.

A equipe profissional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências é composta de profissionais oriundos ou não da área da saúde, os primeiros são os coordenadores de serviço, os responsáveis técnicos, responsáveis de enfermagem, médicos reguladores, médicos intervencionistas, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem. Já os profissionais não oriundos da área de saúde envolvidos no SAMU são os telefonistas, os radioperadores, os condutores de veículos de urgência, os profissionais da segurança pública (policiais militares e bombeiros). Todos os colaboradores, devem necessariamente passar por treinamento específico para a obtenção da habilitação ao serviço e posterior desempenho das funções (BRASIL, 2003a).

No atendimento pré-hospitalar de resgate existe o princípio de não causar mais danos ao paciente a ser transportado. O socorrista deve perguntar a si mesmo se as intervenções a serem realizadas no local irão beneficiar o paciente, e se poderia ser realizada em nível hospitalar. As intervenções devem ser limitadas às aquelas fundamentais para evitar ou corrigir a piora das condições já existentes.

Para que o paciente sobreviva, o atendimento deve seguir uma ordem de prioridades que determinam um plano de ação eficiente e efetivo. O plano deve ser baseado nos limites de tempo e riscos no local. O hospital adequado para atendimento deve estar situado numa área de abrangência próxima, com especialidades médicas, exames e retaguarda adequada ao paciente, pois de nada adianta o atendimento adequado no local, juntamente com transporte adequado e no período de ouro se o hospital não continuar a reanimação e não trabalhar com o conceito de “Hora de Ouro”. É claro que no Atendimento Pré-hospitalar, mesmo com planejamento e execução dentro de protocolos, nem todas as vítimas podem ser salvas, mas uma porcentagem maior pode sobreviver com menor morbidade (COWLEY, 2007).

O serviço prestado pelo SAMU é oferecido pelo governo federal na forma de parcerias, estaduais e/ou municipais, o que faz com que os SAMUs no país tenham formas diferentes de gestão, porém com uma mesma padronização na colheita de dados. O Ministério da Saúde, conforme especifica a Portaria GM/MS nº 1.010/12, tem o controle qualitativo e quantitativo dos recursos físicos e financeiros para custeio do serviço no território nacional.

Das 5.570 municípios no país, 2.055 possuem bases do SAMU, e 188 Centrais de Regulação que consegue abranger 57,5% dos municípios com atendimento pré-hospitalar com um total de 37.082 profissionais, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, socorristas e condutores. As cidades que não possuem bases do SAMU são atendidas por municípios vizinhos por meio de convênios intermunicipais (PORTAL DA SAÚDE, 2016).

O Estado de São Paulo não tem SAMU estadual e sim 52 regionais que abrangem 365 municípios. Na capital paulista está concentrado o maior número de bases, totalizando 63, sendo que na coordenadoria leste são 13, na sudeste 12, norte 15, sul 13, centro 6 e na coordenadoria oeste, 4 bases (SÃO PAULO, 2016).

O atendimento pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências foi implantado no país em 2003. A Portaria GM/MS nº 1.864/03 propõe a disponibilização de um veículo de suporte básico à vida a cada 100 a 150 mil habitantes e uma viatura de suporte avançado à vida a cada 400 a 450 mil habitantes, sendo que, as despesas de implantação e de custeio são de responsabilidade tripartite, ou seja, compartilhada entre União, estados e municípios,

na proporção de 50% da União e o restante dividido entre o estado e o município em proporções iguais, no caso de São Paulo, o governo estadual não participa do custeio previsto na Portaria, sendo as responsabilidades mantidas entre a União e municípios.

No Município de São Paulo, o Atendimento Pré-hospitalar é realizado por duas instituições:

- a) Serviço de Resgate a Acidentados consolidado pelo Decreto nº 38.432/94, planejado e administrado de forma integrada pela Secretaria da Saúde, por intermédio do Grupo de Resgate e Atenção às Urgências (GRAU) e pela Secretaria da Segurança Pública, por intermédio do Corpo de Bombeiros e do Grupamento de Rádio Patrulha Aérea, da Polícia Militar do Estado de São Paulo; e
- b) Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), programa do Ministério da Saúde do Governo Federal por meio da Portaria MS/GM Nº 1.864/03 que instituiu o componente pré-hospitalar móvel, por intermédio da implantação do SAMU em municípios e regiões de todo território brasileiro, no âmbito do SUS.

Os serviços atuam de forma complementar, o SAMU atende pelo número telefônico emergencial 192 e o Sistema de Resgate a Acidentados atende pelo número telefônico emergencial 193 e suas atribuições de atendimento são regidas pelo Decreto Estadual nº 58.931/13 e a Portaria do Ministério da Saúde 2.048/02, especificando as emergências que lhe são próprias.

O Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel é entendido como uma atribuição da área da saúde, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades da população de um determinado município ou uma região com cobertura previamente definida considerando aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos utilizados pela população. O serviço deve contar com a retaguarda de serviços de saúde devidamente regulada e disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco - regional.

O SAMU da Cidade de São Paulo está subordinado à Secretaria Municipal da Saúde e a COMURGE (Coordenadoria do Sistema Municipal de Atenção às Urgências e Emergências). Atua apenas no município de São Paulo e

tem uma Central única de Regulação situada no bairro do Bom Retiro que gerencia 63 bases descentralizadas, 15 unidades de Suporte Avançado, 107 ambulâncias de suporte básico e 36 motolâncias (além de 100 ambulâncias na reserva técnica), sendo que a capacidade média de veículos em atendimento por dia é aproximadamente 95 ambulâncias durante o dia e 80 no período noturno.

O Município de São Paulo extrapola os números de todos os demais municípios do Estado, possui uma área total de 1.523km², sendo a área urbana de 1.000 km², dividido em 32 subprefeituras e 96 distritos municipais, conforme censo do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) em 2010. Possui 11.253.000 de habitantes com uma densidade demográfica populacional de 7.387,69 hab/km², concentrando mais de 50% da população da Região da Grande São Paulo e pouco mais de 6% da população do Brasil.

O SAMU-192 da cidade de São Paulo recebeu, no ano de 2014, 2.326.111 ligações que gerou 346.000 atendimentos. No ano de 2015, 1.566.436 ligações com a geração de 335.9087 atendimentos, com um acolhimento de ligações de 14,9 e 21,4%, respectivamente. O detalhe da queda do número de atendimentos foi decorrente de uma grave situação relacionada ao prestador contratado de tele atendimento no acolhimento inicial das chamadas. O número de ocorrências foi de 232.888 e 240.305 para os anos de 2014 e 2015. No ano de 2015, o acolhimento de ligações foi de 71,5% e o atendimento de ocorrências foi de 21,4%.

Com uma média de 5.400 ligações por dia, das quais cerca 65% são orientações diversas, 15% das chamadas são “troles” e cerca de 800 efetivamente tornam-se atendimentos com saídas registradas das viaturas, perfazendo a média de 24.000 atendimentos/mês. O tempo-resposta médio para os atendimentos classificados como emergência (perda de consciência, parada cardiorrespiratória e suspeição de morte), de acordo com os protocolos de classificação de risco adotado no acolhimento primário das ligações está na média de 11,4 minutos para as 5 regiões do município, sendo que aproximadamente 70% dos atendimentos realizados são de natureza clínica (SÃO PAULO, 2016).

O SAMU do município de São Paulo utiliza, desde 2012, como instrumento de apoio para as ações de regulação e despacho, uma solução informatizada baseada em protocolo de classificação de risco inicial reconhecido

pela Academia Internacional de Despachos Médicos de Emergência, onde as ocorrências são classificadas variando de “Echo” (prioridade 1) a “Alpha” (prioridade 5), sendo a primeira a de maior prioridade.

3.2.3 CENTRAL DE REGULAÇÃO DO SAMU

Conforme a Portaria SAS/MS nº 356/00, o Complexo Regulador Assistencial ligado ao Sistema Único de Saúde compreende a concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo. O Complexo Regulador é composto por uma ou mais estruturas denominadas Centrais de Regulação, que compreendem toda a ação meio do processo regulatório, isto é, recebem as solicitações de atendimento, processam e agendam. As Centrais de Regulação atuam em áreas assistenciais inter-relacionadas, tais como a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência, centrais de internações, consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade.

A Central de Regulação das Urgências é definida na Portaria MS/GM nº 1.010/12 como uma estrutura física constituída por profissionais médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádioperadores, treinados e capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contra referências dentro de uma Rede de Atenção.

Conforme a Portaria GM/MS nº 2.048/02, a Central de Regulação das urgências e emergências, baseada na implantação de suas Centrais de Regulação, é o elemento ordenador e orientador dos sistemas estaduais de urgência e emergência, as Centrais organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no sistema e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, por meio do qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados. Todas devem estar interligadas constituindo um complexo regulador

da assistência, ordenador dos fluxos gerais das necessidades/resposta, que garantem ao usuário a multiplicidade de respostas necessárias.

O processo decisório de despacho de viaturas nas solicitações de urgência e emergência e o melhor recurso e hospital, cabe ao médico regulador. Para tal, são oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos como de equipamentos para o bom exercício de sua função, incluída toda a gama de respostas pré-hospitalares previstas, com portas de entrada de urgências com hierarquia resolutiva previamente definida e pactuada e atribuição formal de responsabilidades. A competência técnica do médico regulador, previsto na Portaria nº 2.048/02, e transcrita abaixo se sintetiza em sua capacidade de “julgar”, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes.

Assim, deve o médico regulador:

- julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, estabelecendo uma gravidade presumida;
- enviar os recursos necessários ao atendimento, considerando necessidades e ofertas disponíveis;
- monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado (médico intervencionista, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem), por profissional da área de segurança ou bombeiro militar (no limite das competências desses profissionais) ou ainda por leigo que se encontre no local da situação de urgência;
- definir e acionar o serviço de destino do paciente, informando-o sobre as condições e previsão de chegada do mesmo, sugerindo os meios necessários ao seu acolhimento;
- julgar a necessidade ou não do envio de meios móveis de atenção. Em caso negativo, o médico deve explicar sua decisão e esclarecer o demandante do socorro quanto a outras medidas a serem adotadas, por meio de orientação ou conselho médico, que permita ao solicitante assumir cuidados ou buscá-los em local definido pelo médico regulador;
- reconhecer que, como a atividade do médico regulador envolve o exercício da telemedicina, impõe-se a gravação contínua das comunicações,
- o correto preenchimento das fichas médicas de regulação, das fichas de atendimento médico e de enfermagem, e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados que definam os passos e as bases para a decisão do regulador;
- estabelecer claramente, em protocolo de regulação, os limites do telefonista, auxiliar de regulação médica, o qual não pode, em hipótese alguma, substituir a prerrogativa de decisão médica e seus desdobramentos, sob pena de responsabilização posterior do médico regulador;
- definir e pactuar a implantação de protocolos de intervenção médica pré-hospitalar, garantindo perfeito entendimento entre o médico regulador e o intervencionista, quanto aos elementos de decisão e intervenção,

objetividade nas comunicações e precisão nos encaminhamentos decorrentes;

- monitorar o conjunto das missões de atendimento e as demandas pendentes;

- registrar sistematicamente os dados das regulações e missões, pois como freqüentemente o médico regulador irá orientar o atendimento por radiotelefonia (sobretudo para os profissionais de enfermagem), os protocolos correspondentes deverão estar claramente constituídos e a autorização deverá estar assinada na ficha de regulação médica e no boletim/ficha de atendimento pré-hospitalar;

- saber com exatidão as capacidades/habilidades da sua equipe de forma a dominar as possibilidades de prescrição/ orientação/intervenção e a fornecer dados que permitam viabilizar programas de capacitação/revisão que qualifiquem/habilitem os intervenientes;

- submeter-se à capacitação específica e habilitação formal para a função de regulador e acumular, também, capacidade e experiência na assistência médica em urgência, inclusive na intervenção do pré-hospitalar móvel;

- participar de programa de educação continuada para suas tarefas;

- velar para que todos os envolvidos na atenção pré-hospitalar observem, rigorosamente, a ética e o sigilo profissional, mesmo nas comunicações radiotelefônicas;

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

Ao médico regulador também compete funções gestoras:

- tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com seu julgamento.

Assim, o médico regulador deve:

- decidir sobre qual recurso deverá ser mobilizado frente a cada caso, procurando, entre as disponibilidades a resposta mais adequada a cada situação, advogando assim pela melhor resposta necessária a cada paciente, em cada situação sob o seu julgamento;

- decidir sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar;

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

- o médico regulador de urgências regulará as portas de urgência, considerando o acesso a leitos como uma segunda etapa que envolverá a regulação médica das transferências inter hospitalares, bem como das internações;

- acionar planos de atenção a desastres que estejam pactuados com os outros interventores, frente a situações excepcionais, coordenando o conjunto da atenção médica de urgência;

- requisitar recursos públicos e privados em situações excepcionais, com pagamento ou contrapartida a posteriori, conforme pactuação a ser realizada com as autoridades competentes;

- exercer a autoridade de regulação pública das urgências sobre a atenção pré-hospitalar móvel privada, sempre que esta necessitar conduzir pacientes ao setor público, sendo o pré-hospitalar privado responsabilizado pelo transporte e atenção do paciente até o seu destino definitivo no Sistema;

- contar com acesso às demais centrais do Complexo Regulador, de forma que possa ter as informações necessárias e o poder de dirigir os pacientes para os locais mais adequados, em relação às suas necessidades (BRASIL, 2002).

As ligações telefônicas acolhidas pela Central de Regulação do SAMU da cidade de São Paulo são registradas e monitoradas por dois sistemas que são o Sistema de Atendimento, Regulação e Despacho (SISGRAPH/IBITEC) e o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS). Tais sistemas permitem o gerenciamento de informações das ligações. O número atual total de médicos reguladores é de 51 e 120 tele atendentes terceirizados.

A geração da ocorrência se dá conforme o Protocolo *International Academy of Emergency Dispatch* no sistema operacional ProQA, onde é realizada uma classificação e priorização dos chamados em cinco tipos (alfa, bravo, charlie, delta e echo), classificados conforme regulação médica direta ou supervisionada. As ocorrências geradas são encaminhadas e direcionadas pela localização geográfica do chamado ou da necessidade assistencial.

O sistema de georreferenciamento das ocorrências, viaturas e comunicação via rádio em tempo real no sistema operacional I/CAD.

O SAMU da cidade de São Paulo possui a seguinte estrutura:

- a) uma Central de Regulação Médica de Urgência;
- b) 63 Bases Descentralizadas;
- c) 107 Unidades de Atendimento de Suporte Básico;
- d) 14 Unidades de Atendimento de Suporte Avançado; e
- e) 36 Unidades Rápidas de Atendimento (Motos).

O espaço físico da Central de Regulação é dividido em 30 posições para acolhimento primário e priorização inicial das ligações (nível I) e três posições para gerenciamento deste nível. Na regulação (nível II) são 20 posições para o despacho de viaturas sendo 5 para médicos e 16 auxiliares de regulação médica que atuam na avaliação, despacho e regresso de viaturas; e 4 posições para gerenciamento.

O atendimento é baseado em um protocolo internacional de atendimento, utilizado em 43 países, 3500 centrais de regulação em 19 línguas diferentes. É um protocolo que funciona através da formulação de um conjunto de perguntas realizadas pelo atendente ao solicitante e, de acordo com as respostas, o sistema

aponta para diagnósticos presumidos que são avaliados e a seguir depurados pelo médico regulador para maior rapidez no despacho da ambulância.

O SAMU é destinado ao atendimento inicial de urgências e emergências de saúde, na modalidade pré-hospitalar móvel, conforme normas e critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e seu fluxo é caracterizado pela classificação das urgências, divididas em quatro níveis, conforme a Portaria/GM nº 2.048/02, assim determinadas:

- a) Nível 1– emergência ou urgência de prioridade absoluta. Atende casos em que haja risco de morte. Encaminhamento imediato;
- b) Nível 2– urgência de prioridade moderada. Atende os casos em que há necessidade de atendimento médico, não necessariamente, de imediato;
- c) Nível 3– urgência de prioridade baixa. Atende casos em que há necessidade de uma avaliação médica, mas não há risco de morte, podendo aguardar o atendimento; e
- d) Nível 4– urgência de prioridade mínima com atendimento feito por um médico regulador que orienta sobre o uso de medicamentos, cuidados gerais e encaminhamentos.

Para garantir uma resposta efetiva às especialidades das demandas de urgência, a grade de referência deve estar suficientemente detalhada, explicitando quem são as unidades e levando em conta quantidades, tipos e horários dos procedimentos ofertados, bem como a especialidade de cada serviço, com a devida hierarquização. As grades de atenção deverão mostrar, a cada instante, a condição de capacidade instalada do sistema hierarquizado, de tal modo que deve haver um mecanismo informatizado para manutenção da grade atualizada em tempo real.

Ao médico regulador devem ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos, como de equipamentos, para o bom exercício de sua função, incluída toda a gama de respostas pré-hospitalares e portas de entrada de urgência com hierarquia resolutiva previamente definida e pactuada, com atribuição formal de responsabilidades. A competência técnica do médico regulador se sintetiza em sua capacidade de julgar, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os

diversos níveis assistências do sistema, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades do paciente, seguindo protocolos institucionais normatizados que definam os passos e as bases para decisão do regulador (BRASIL, 2002).

A Central de Regulação de Atendimento e despacho do SAMU da cidade de São Paulo obteve o Certificado de Acreditação como Centro de Despacho de Emergências Médicas de Excelência em 2012 e renovado em Janeiro de 2016, sendo que apenas 159 Centros de Regulação no mundo tem esse título e São Paulo é a única cidade na América Latina que o obteve.

O certificado é concedido pela Academia Internacional de Despacho de Emergência (*International Academies of Emergency Dispatch – IAED*). São 20 pontos de excelência analisados com base nas gravações das ligações recebidas e posteriormente analisados os critérios de eficiência operacional do Sistema. Outro ponto analisado é a educação continuada e treinamento de todas pessoas envolvidas no processamento de chamadas de emergência.

A IAED é uma organização sem fins lucrativos, que estabelece padrões seguros e eficazes de serviços de despacho de emergência em todo o mundo, composta por quatro academias integradas por médicos, bombeiros, agentes de polícia e um Sistema de Triagem de Enfermeiros. A IAED oferece suporte para pesquisas, aplicação de um protocolo único, regulação de legislação para centrais de operações de emergência por meio de treinamento, certificação e credenciamento. O título de Centro Credenciado de Excelência (ACE) é a mais alta distinção em Serviços de Despacho de Emergência que uma Central pode receber (SÃO PAULO, 2016).

4 INTEGRAÇÃO NO APH ENTRE SISTEMAS DE EMERGÊNCIA

Devido à atual situação política, econômica e social, a atividade de APH nos municípios e estados precisa ser repensada. O momento é de se fazer mais com menos, aperfeiçoar recursos e meios existentes. A duplicidade no atendimento entre as viaturas e serviços de APH observada na cidade de São Paulo não deveria existir, ou ser mínima. Existe uma demanda reprimida para as solicitações de atendimento dos serviços públicos de emergência e uma problemática de recursos humanos em todas as áreas. A integração pode minimizar o desperdício da oferta de atendimento em duplicidade e aumentar a operacionalidade de ambos os serviços.

É preciso melhorar a comunicação entre os serviços, com investimentos em tecnologia de informação e comunicação. Nos dias atuais, nada consegue explicar ou justificar o problema da duplicidade existente. Os serviços de esfera federal, estadual ou municipal precisam se comunicar. A interferência política deve ser minimizada nos serviços de atendimento de emergência em benefício da sociedade. Os gestores devem buscar eficácia, eficiência e transparência dos serviços públicos e alavancar os meios para maior operacionalidade.

Os serviços de APH do Corpo de Bombeiros e do SAMU, desde a criação dos serviços tiveram um aumento gradativo do número de solicitações e atendimentos, até atingir suas capacidades máximas de atendimento, onde os serviços pouco conseguem atender além daquele limite devido à máxima capacidade operacional de cada um. O momento é de rever conceitos com intuito de alavancar a prestação dos serviços por meio de uma integração.

A integração iria alavancar os esforços para uma melhoria do atendimento dos serviços públicos na área de APH prestados ao cidadão. Além de aumentar consideravelmente a capacidade operacional máxima de atendimento, é preciso aperfeiçoar os recursos humanos, materiais, equipamentos, inteligência e gestão de comunicação eficiente entre os serviços.

A integração física entre os serviços, ou seja, o “compartilhamento ombro-a-ombro”, sem a necessidade de compartilhar sistemas ou informações próprias e reservadas de cada serviço é de vital importância para resolução de inúmeros problemas existentes, tais como a duplicidade, demora ou eventualmente a falta de atendimento nas solicitações de emergência, teremos como efeito prático o

alavancamento da força operacional no APH. A proposta ao final desse trabalho é um sistema integrado de despacho das ocorrências do APH no CICCR, pois esta foi a proposta encontrada com menores custos, maior facilidade na implantação e com bons resultados a médio e longo prazo. A integração poderia ser no COPOM, mas toca uma problemática de transferência dos COPOMs metropolitanos para o Central, como exemplo a recente implantação do COPOM de Osasco ocupando um espaço físico que começa a tornar-se limitado, e que pode tornar-se um problema a médio ou longo prazo, exceto se houvesse a construção de mais andar ou andares naquele prédio, o que poderia acomodar com tranqüilidade o sistema de integração proposto.

Faz-se necessário uma integração dos serviços públicos sejam do Corpo de Bombeiros, serviços de saúde e educação, Polícia Militar, Polícia Civil, Defesa Civil e outros. É a maneira de evitar duplicidade de oferta na prestação dos serviços públicos e promover maior eficiência.

Num país de instabilidade política como o Brasil, com carência de recursos humanos e muitas limitações de ordem econômica, o emprego de meios em duplicidade ou em excesso, de forma desnecessária salta aos olhos, principalmente numa cidade como São Paulo, com diferenças sociais e econômicas profundas entre as diversas camadas da população e carências de serviços básicos.

O crescimento populacional é um fator externo que constitui ameaça aos serviços de emergência. O Brasil deve chegar ao ano de 2020 com uma taxa média de crescimento populacional de 0,71% ao ano. A constatação faz parte da publicação Estatísticas do Século XX, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Desde 1970, quando o Censo revelou que a população brasileira era de 93,1 milhões de habitantes, houve crescimento de 82%, segundo o documento, ao longo do Século XX, a população tornou-se quase dez vezes maior.

O Censo de 1900 contou mais de 17,4 milhões de pessoas. Em 1950, a população triplicou, passando a 51,9 milhões e, na segunda metade do século, mais que triplicou. Em 2000, havia 169,5 milhões de brasileiros, de acordo com a publicação a taxa média de crescimento da população no século passado foi de 2,91% ao ano, nas duas primeiras décadas, caindo para 1,49% nas duas décadas seguintes, conforme relatório da Fundação SEADE, em outubro de 2015.

Um fator importante no aumento populacional decorrente ao aumento da longevidade na população paulista. Houve um aumento de quatro anos de

esperança de vida para este século e é salientada a importância da queda das taxas de mortalidade por causas externas e a redução expressiva dos riscos de morte por doenças do aparelho circulatório e o impacto nos ganhos de vida para a população residente no Estado de São Paulo. O estudo concluiu que a esperança de vida no Estado de São Paulo aumentou 21,5 anos entre 1950 e 2014, com crescimento médio de quatro meses de vida a cada ano, passando de 54,2 para 75,7 anos, nesse período. Foi ainda observado que em 2014, as maiores expectativas de vida foram observadas nas Regiões Administrativas de São José do Rio Preto (76,1 anos), Ribeirão Preto (76,0), Franca (75,9) e Campinas (75,9).

Estudos mostram que a expectativa de crescimento populacional, considerando os movimentos migratórios, ocorre principalmente na população idosa e decorrente deste aumento teremos também um aumento na prevalência de doenças mais comumente encontradas nesta faixa populacional tais como as doenças cardiovasculares e problemas neurológicos (BRITO, 2007).

O Sistema Único de Saúde tem a função de planejar e organizar ações de saúde integradas em níveis federal, estadual e municipal na promoção, prevenção, curativa e reabilitação. O modelo do sistema de atendimento à saúde encontra-se voltado, principalmente, no tratamento de condições agudas ou na agudização de problemas crônicos (BRASIL, 1990).

Os estudos mostram que os acidentes de trânsito consomem quase 3% do PIB mundial, enquanto nos países em desenvolvimento, uma média de 5% do PIB de cada país não pode desconsiderar que os danos e seqüelas provoquem além de enormes custos, prejuízos intangíveis incalculáveis.

O país está caminhando a passos largos na promoção de um trânsito mais seguro, como afirmou a Diretora Geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), Margaret Chan, na abertura da 2ª Conferência Global de Alto Nível sobre Segurança no Trânsito, realizado em Novembro de 2015, em Brasília, voltado à promoção de um trânsito mais seguro e ações multissetoriais com parcerias com a indústria e a sociedade civil, além da necessidade de aplicar tecnologia para a produção de veículos e em vias mais seguras. O evento reuniu representantes de mais de 120 países com o objetivo de avaliar o andamento das iniciativas para redução das mortes e lesões ocorridas no trânsito em todo o mundo, com um novo planejamento estratégico envolvendo as mortalidades de trânsito até o ano de 2020.

Segundo o Ministro da Saúde, Marcelo Castro, em coletiva de imprensa,

Entre 2012 e 2013, o Brasil reduziu em 6% o número de vítimas nas estradas e rodovias. Ainda é um número pequeno, mas ele só foi possível em função das várias medidas adotada que contribuíram para esse resultado, como o uso obrigatório do cinto de segurança e o trabalho de conscientização que vem sendo feito com a população (CASTRO, 2015).

Ele enfatizou a necessidade de o Governo Federal atuar mais fortemente na redução de acidentes envolvendo motociclistas, responsáveis por maior parte do número de mortes e internações no país.

Conforme o relatório referente ao ano de 2015 do sistema de informações gerenciais de acidentes de trânsito do Estado de São Paulo (INFOSIGA - SP), que analisou os dados de acidentes quando comparados ao ano de 2014. Durante os meses de abril a dezembro, houve uma redução de 11% de mortalidade, sendo que, no ano de 2015, houve 4.583 óbitos decorrentes de acidentes de trânsito, com predomínio do sexo masculino em 77%.

Existem vários modelos de atendimento pré-hospitalar no mundo. No Brasil, é utilizado o modelo francês, que atualmente é realizado pelo Corpo de Bombeiros e SAMU, onde existem equipes com médicos e enfermeiros, somente com enfermeiros ou somente com socorristas. As solicitações de atendimento pré-hospitalar chegam a uma central de regulação onde existe uma triagem com posterior despacho de viaturas de acordo com protocolos existentes ou de acordo com avaliação médica presente nesta Central (SILVA; TRIPPLE; SOUZA; BRASIL, 2010).

O modelo de atendimento pré-hospitalar americano (utilizado também no Japão e Inglaterra) ocorre por meio de solicitação de um número emergencial único e o atendimento realizado por técnico em emergências médicas ou paramédicos que, de acordo com a legislação de cada estado, poderá realizar procedimentos invasivos ou administrar medicamentos. O propósito deste modelo é a remoção rápida para o centro de atendimento médico (MINAYO; DESLANDE, 2008).

Já as características do modelo pré-hospitalar francês, conhecido como "Service d'Aide Médicale d'Urgence" (SAMU) e criado em 1968, é baseado no atendimento médico no local da cena e o transporte dos pacientes direcionados para hospitais adequados, após consulta com médico regulador. Basicamente temos equipes nas ambulâncias de suporte básico de vida ou equipe composta por médicos e chamadas de suporte avançado de vida. A principal diferença entre os

modelos é que o modelo francês permite o início precoce do tratamento aos pacientes. Já no local da cena, tal modelo é utilizado em países como Alemanha, Espanha, Portugal, alguns países da África e Brasil.

As ferramentas disponíveis para a fiscalização da atividade operacional e despacho de viaturas de Resgate do Corpo de Bombeiros são dispostos em diversos sistemas, tais como: SIOPM, COPOM *online*, PCS, GPS do TMD (Terminal Móvel de Dados embarcado nas viaturas) CCS que pode reduzir a zero o empenho das viaturas (KAFFER, 2013).

4.1 Características principais dos serviços de atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo

Os dois serviços públicos de Atendimento Pré-hospitalar existentes na cidade de São Paulo, o Serviço de Resgate a Acidentados do Corpo de Bombeiros e o SAMU têm competências em comum no cenário da ocorrência, em atendimento aos feridos, as atividades e os serviços se confundem estão diferenciados apenas pelo uniforme e cor das viaturas, realizam praticamente a mesma atividade na grande maioria das ocorrências, com protocolos de atendimento iguais e uma convivência pacífica em prol da população.

Ao Corpo de Bombeiros compete com exclusividade a atividade de Salvamento e Resgate, que é compreendido como a fase inicial da atividade de busca, onde envolve a retirada da vítima de um local adverso com procedimentos padronizados de estabilização primária. Ao SAMU compete o atendimento de urgência e emergencial a todo agravo da saúde, seja ele de origem clínica ou de origem traumática.

No Município de São Paulo, os serviços de bombeiros são prestados por 1.979 homens e mulheres do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo, distribuídos em 42 Postos de Bombeiros, pertencentes a 04 Unidades Operacionais do Comando de Bombeiros Metropolitano, a saber: o 1º Grupamento de Bombeiros (1º GB), que atende a região Centro; o 2º Grupamento de Bombeiros (2º GB), que atende a região Norte; o 3º Grupamento de Bombeiros (3º GB), que atende a região Leste e o 4º Grupamento de Bombeiros (4º GB), que atende a região Oeste da Capital.

Em todos os Postos de Bombeiros fica baseada uma viatura do tipo Unidade de Resgate (UR) e em 04 Postos de Bombeiros (Cambuci, Casa Verde, Butantã e Itaquera) ficam baseadas Unidades de Suporte Avançado (USA), sendo que 01 helicóptero do Grupamento de Radiopatrulhamento Aéreo opera, também, como uma USA (equipe médica – médico e enfermeiro).

A Unidade de Resgate é tripulada por guarnições compostos por 03 bombeiros, credenciados pelo Sistema, que se revezam num regime de trabalho de 24 por 48 horas, apoiados pela guarnição da Unidade de Suporte Avançado composta por médicos e enfermeiros contratados pela Secretaria Estadual da Saúde e um bombeiro (motorista), garantindo o atendimento a uma solicitação num tempo-resposta médio de 8 minutos.

O despacho do sistema operacional do sistema de resgate a acidentados do Corpo de Bombeiros, acontece da seguinte forma:

a) nas solicitações de atendimento de emergência pelo telefone 193 é feito uma triagem e a seguir ocorre o despacho de viaturas, conforme a gravidade do acidente, de acordo com protocolos operacionais;

b) para os atendimentos de casos clínicos existe uma triagem de um médico da Secretaria da Saúde presente, que decide o despacho de viaturas ou repasse da solicitação para o SAMU;

c) no momento em que as viaturas despachadas chegam ao local da ocorrência, comunica ao COBOM as primeiras informações da cena e necessidade de apoio de outras viaturas do bombeiro ou apoio do helicóptero;

d) enquanto uma equipe acessa a vítima para fazer os procedimentos de suporte básico de vida, outro garante a segurança da cena do acidente;

e) após estabilidade da vítima, ela é levada para a Unidade de Resgate, com trabalho ininterrupto de suporte básico de vida com reavaliações constantes;

f) as informações do estado clínico e os sinais vitais são repassados ao médico regulador da Central de Operações do COBOM;

g) de acordo com as informações e os sinais clínicos repassados, ele contata o hospital mais adequado e encaminha a viatura; e

h) nos casos de maior gravidade é despachado o Suporte Avançado ou outras viaturas de acordo com o protocolo de “trem de socorro”.

Os serviços se equivalem na força de trabalho, frota, centrais de regulação, quantitativo de solicitações e de atendimentos. No qualitativo, os serviços se compõem dos seguintes elementos:

- a) Sistema de Resgate a Acidentados do Corpo de Bombeiro sem convênio com a Secretaria Estadual da Saúde, na seguinte forma:
- Uma Central de Operações (COBOM), integrada à Central de Operações da Polícia Militar (COPOM) que atende pelo número 190 ou 193,
 - Unidade de Resgate terrestre (UR), composta por três profissionais bombeiros, sendo um deles condutor de veículos de emergência,
 - Unidade de suporte intermediário de vida, composta por dois profissionais enfermeiros, pertencentes à Secretaria Estadual da Saúde e um bombeiro condutor de veículos de emergência,
 - Suporte avançado de vida terrestre, composta por médico e enfermeiro (também pertencentes à Secretaria Estadual de Saúde - SES) e um bombeiro condutor de veículos de emergência,
 - Suporte avançado de vida aéreo, composta por médico da SES ou Oficial Médico PM, tripulante-enfermeiro PM, piloto e co-piloto PM do Grupamento de Radiopatrulha Aérea, e
 - Motocicletas, composto por duplas que atende ocorrências durante o dia, fora do período de chuvas;

b) Sistema de Atendimento Móvel de Urgência:

- Central de Regulação Médica das Urgências (SAMU-192) atende às solicitações pelo número 192,
- Unidade de suporte básico de vida terrestre, tripulada por no mínimo dois profissionais, sendo um auxiliar ou técnico de enfermagem e um condutor de veículos de emergência,
- Unidade de suporte avançado terrestre, tripulada por no mínimo três profissionais, sendo um enfermeiro, um médico e um condutor de veículos de emergência, e
- motolâncias, composta por duplas de nível médio ou superior de enfermagem.

4.2 Conjuntura operacional

A violência e o trauma acompanham a evolução da humanidade. No último século a evolução industrial, a alta tecnologia, o aumento da velocidade dos meios de transporte e a verdadeira guerra civil dos conglomerados urbanos agravaram a problemática do trauma como doença no meio social (GAWRYSZEWSKI; HIDALGO; VALENCICH, 2005; MESQUITA FILHO, 2003).

A redução da morbimortalidade por causas externas (violências e acidentes) constitui um dos maiores desafios no âmbito da Saúde Pública mundial. Os aumentos da morbimortalidade decorrente de violências e acidentes, assim como, o aumento do número de internações hospitalares têm contribuído significativamente para a redução da expectativa de vida em adolescentes e jovens e da qualidade de vida da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

As lesões decorrentes de causas externas (acidentes e atos relacionados à violência) são responsáveis pela morte de mais de cinco milhões de pessoas em todo o mundo a cada ano. As mortes por lesões acidentais resultam de colisões no trânsito, afogamentos, envenenamentos, quedas e queimaduras, enquanto as mortes por violência incluem agressões interpessoais, violência autoinfligida (suicídio) e atos de guerra ou conflitos civis. Além da perda de familiares, essas mortes podem repercutir na vida dos sobreviventes (dor, sensação de medo, dano psicológico e seqüelas físicas) e no âmbito socioeconômico (absenteísmo, custos com assistência à saúde, indenizações previdenciárias, entre outras) (WHO, 2007).

No ano de 2011, no Brasil, as causas externas representaram 8,6% do total de internações hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ocupando a quinta posição entre as principais causas. As maiores taxas de internações por essas causas ocorreram entre homens de 20 a 39 anos (89,7 por 10 mil homens) e entre as mulheres de 60 e mais anos de idade (74,3 por 10 mil mulheres). Entre 2012 e 2015 houve um aumento de 18% no número de internações hospitalares decorrentes de acidentes de trânsito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

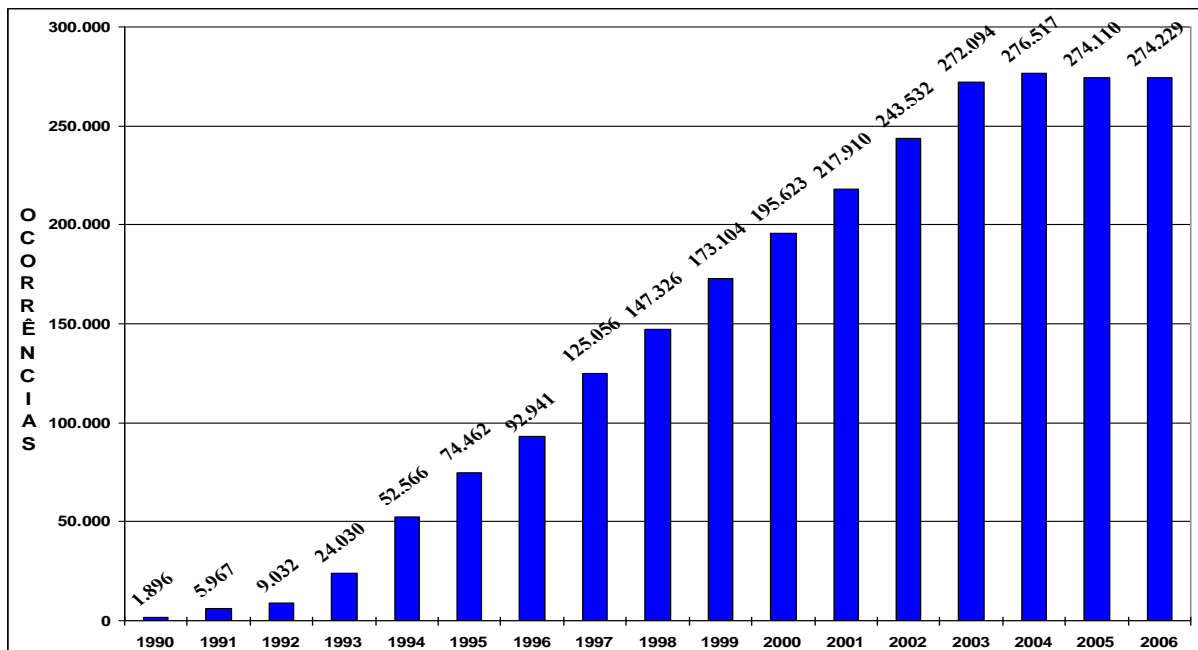
O coeficiente de mortalidade por causas externas no Brasil variou de 69,3 óbitos por 100 mil habitantes em 2001 a 75,1 óbitos por 100 mil habitantes em 2010 (aumento de 8,4%). Em 2010, as causas externas ocupavam a terceira posição entre as mortes da população total e a primeira posição entre óbitos de adolescentes (de 10 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 39 anos). As mortes por agressões e acidentes de transporte terrestre foram responsáveis em 67% dos óbitos por causas externas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

De 1980 a 2010, cerca de 950 mil pessoas morreram em razão de acidentes de transporte no Brasil. Ocorrem no Estado de São Paulo cerca de 20 mortes por 100 mil habitantes a cada ano, taxa inferior à média brasileira. A Região Metropolitana de São Paulo apresenta os menores níveis de mortalidade, mantendo-se abaixo de 15 óbitos por 100 mil habitantes. Trabalhos mostram, que os acidentes no Estado se concentram, temporalmente nos fins de semana e, geograficamente nas cidades cortadas por rodovias. As mortes no trânsito acontecem mais entre homens do que entre mulheres, os atropelamentos são mais freqüentes entre as pessoas mais velhas, ao passo que os acidentes de motocicleta atinge os grupos mais jovens (SEADE, 2013).

Dados sobre acidentes de trânsito em São Paulo revelam que em 2009, 123 mil pessoas foram internadas pelo SUS. Em 2010, 145 mil; em 2011, 153 mil; e 157 mil em 2012. Em 2011, o Sistema Único de Saúde gastou R\$ 200 milhões em internações com pessoas que sofreram acidentes de trânsito (BRASIL, 2013).

Na análise de dados de 701 prontuários de pacientes atendidos pelo resgate aéreo, no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2005, realizado por este autor, mostraram que os atropelamentos (21,8%), acidentes automobilísticos (18,6%) e motociclísticos (18,4%) foram os principais mecanismos de trauma em que foi necessária a intervenção de resgate aéreo na Região Metropolitana de São Paulo.

Gráfico 1 - Ocorrências de Resgate no Estado de São Paulo desde 1990.



Fonte: Departamento de Operações do Comando do Corpo de Bombeiros de SP

Conforme observação do então Capitão Danúbio em sua monografia de CAO, mostrado pelo gráfico anterior (1), em onde escreve uma tendência de queda no número de ocorrências atendidas, o que demonstra, em parte, que o Sistema Resgate está chegando ao seu limite de atendimento, mesmo porque a demanda não diminui, ou seja, atingiu a capacidade operacional máxima e deve ser objeto de estudo pelos sistemas de APH existentes.

4.2.1 ATENDIMENTOS EM DUPLICIDADE

Foi realizada entrevista com despachadores das viaturas do resgate do COBOM no período de 19 a 22 de setembro de 2016, tais despachadores do COBOM são bombeiros militares e trabalham exclusivamente na atividade de regulação, o intuito é a obtenção de uma amostragem de dados que mostre a duplicidade de ocorrências, com respostas de caráter subjetivo, haja vista que no fechamento eletrônico das ocorrências atendidas pelas viaturas do sistema resgate do Corpo de Bombeiros não existe um campo para preenchimento de quais viaturas estavam presentes no local da ocorrência, com especial interesse deste autor para

as viaturas do SAMU, objetivando da obtenção do quantitativo do percentual numérico de atendimento de ocorrências em duplicidade entre ambos os serviços nos últimos meses anteriores a pesquisa.

O propósito do questionamento foi uma resposta subjetiva de quantas vezes ele ouve, via rádio ou via telefone que a viatura do SAMU está no local, já atendeu ou chegou posteriormente ao local dos fatos, ao longo dos anos de trabalho do entrevistado no COBOM.

Foram entrevistados os bombeiros responsáveis pela comunicação e despacho de viaturas do 1º, 2º, 3º e 4º GBs, ou seja, todas as áreas da capital, **a mesma região que o SAMU da cidade de São Paulo também atende.**

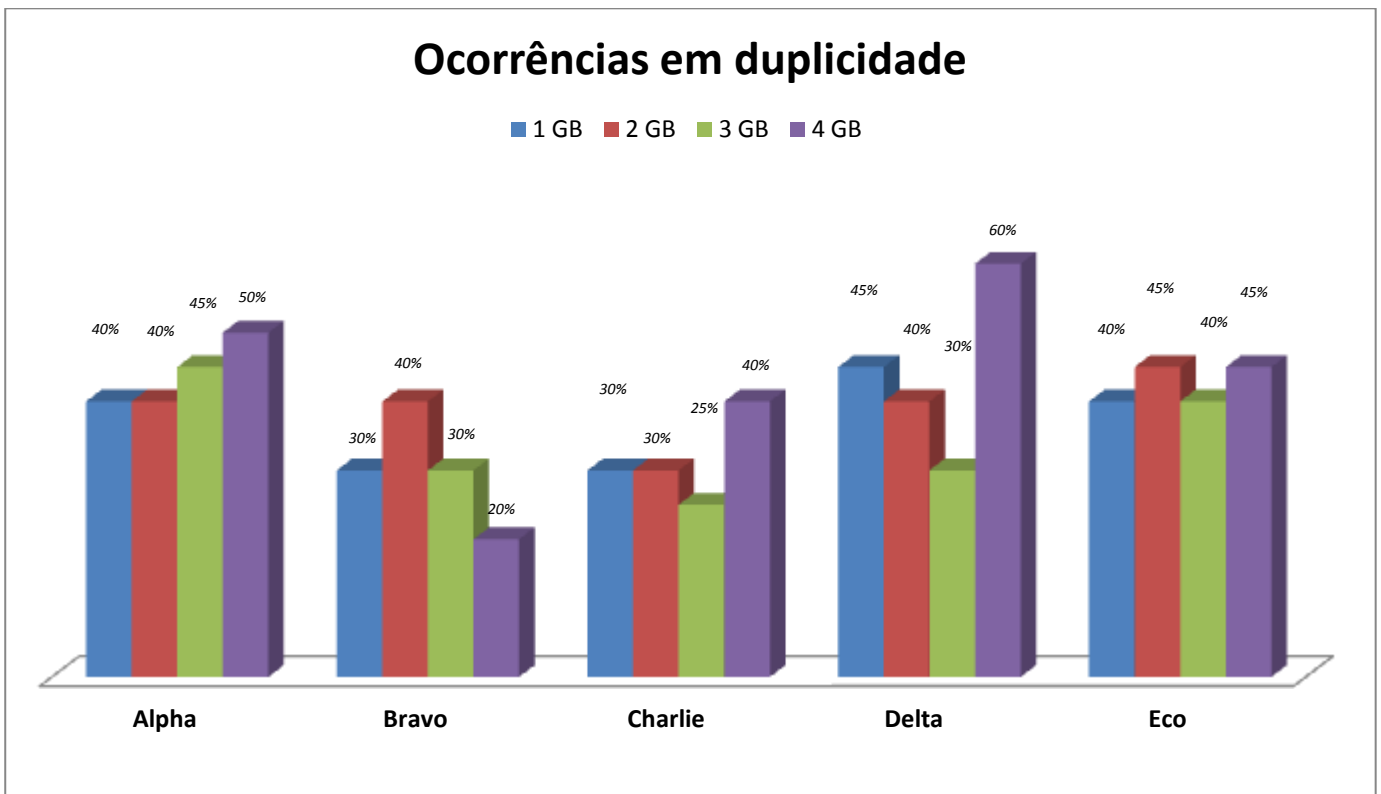
Os entrevistados são componentes das cinco equipes que fazem o rodízio para cobertura diuturna na central de comunicações dos bombeiros, perfazendo o total de 20 bombeiros entrevistados, com questionamento de nome, patente, tempo de serviço no COBOM e o percentual de ocorrências em que os serviços têm redundância de atendimento.

Os dados foram enumerados na seqüência das entrevistas e acompanhados pelos sargentos chefes das equipes e pelo Capitão supervisor de serviço e avalizados pelo chefe do COBOM, o Major PM Kaffer.

Os dados obtidos na entrevista foi uma média dos questionamentos de cada despachador dos diversos setores (GBs), sendo que o 1º GB houve 36,25%, no 2º GB 39,00%, no 3º GB 34,00% e no 4º GB uma média de 43,00% de atendimento em que a viatura de resgate do Corpo de Bombeiros e a viatura do SAMU já estava no local, chegou simultaneamente, chegou posterior ou já havia socorrido o paciente vítima de trauma (Fig. 2)

O tempo médio de serviço dos bombeiros trabalhando como despachador de ocorrências do COBOM foi de 7,1 anos, sendo que o mais novo entrevistado tinha 1 ano como cabineiro despachador e o mais antigo com 20 anos de serviço.

Gráfico 2 – Ocorrências em duplicidade



Fonte: COBOM/SP.

5 ANÁLISE DA PESQUISA COMPARADA

Já realizada por MENA (2013) a análise de pesquisa nacional e internacional de processos em Centrais de Operações de Emergências em todas capitais do País e também no exterior, tais como, Washington, Nova York, Paris, Madrid, Londres, Finlândia e Santiago do Chile para conhecimento dos graus de integração entre instituições de segurança, formatos de atendimento telefônico e avaliação de melhores práticas

Aqui foram somente confirmadas experiências que se coadunam às propostas que seguirão ao final desta seção.

5.1 PESQUISA NACIONAL

O contexto da utilização do método comparado por meio de pesquisa de campo e estudo de caso levou ao debruçamento emblemático do que ocorre nos municípios de dois estados federados; um no próprio estado da proposta deste trabalho, São Paulo, e outro no estado de Minas Gerais.

5.1.1 Sorocaba

Mediante pesquisa de campo conforme Apêndice apresentou a seguir o funcionamento do sistema integrado na Regional de Sorocaba.

O SAMU 192 Regional de Sorocaba funciona integrado operacionalmente ao serviço de Resgate do Corpo de Bombeiros, conforme protocolo específico em sua regulamentação e de acordo com a Portaria MS/GM 2.048/02 para atuação conjunta nos casos de trauma em geral e acidentes. Os protocolos operacionais relacionados ao funcionamento integrado com bombeiros são respeitados sob todos os aspectos, na regulação e na cena do acidente, considerando as prerrogativas e competências de cada profissional. O SAMU 192 regional de Sorocaba, desde março de 2012, faz a regulação dos destinos aos Serviços de Urgências, assim como a regulação solicitada pelo serviço do Corpo de Bombeiros (193). Na avaliação inicial da cena do acidente o bombeiro deverá comunicar o médico regulador para que este defina o prosseguimento ao atendimento, é ele quem deverá fornecer o

destino do paciente. Cabe ao médico do SAMU receber o caso passado pelos bombeiros e indicar o serviço mais adequado para tratamento definitivo: um pronto atendimento ou um Hospital. É responsabilidade do médico do SAMU informar o hospital da chegada de pacientes encaminhados pelos bombeiros ou aqueles do SAMU.

O SAMU regional com projeto iniciado no ano de 2012 envolveu inicialmente 12 municípios nas proximidades, sendo que houve a desistência de quatro municípios ao longo do desenvolvimento dos trabalhos, hoje o SAMU é responsável por oito municípios envolvidos no sistema de cooperação, é um convênio que atende a população de Sorocaba, estimada em 650 mil habitantes e atende os municípios de Sorocaba, Araçariguama, Ibiúna, Iperó, Mairinque, Piedade, Pilar do Sul e Votorantim com uma população total atendida de 1.037 habitantes.

O sistema de cooperação entre os municípios é pactuado e sem rateio de custos junto ao comitê gestor do SAMU Regional Sorocaba e as viaturas, embora sejam de um determinado município poderão ser acionadas pelo Médico Regulador para apoio, de acordo com o melhor tempo resposta e a oferta do melhor serviço.

A Central Regional é também uma Central integrada ao 193/COBOM; cabendo, portanto, a equipe de regulação realizar todo o processo regulatório às Unidades de Resgate (UR) do 193, conforme determinação encaminhada a coordenação regional pelo comando do Corpo de Bombeiros.

As solicitações de atendimento pré-hospitalar realizadas pelo número emergencial 193 do Corpo de Bombeiros são atendidas numa Central de Operações do Corpo de Bombeiros, geradas no SIOPM e despachadas por 2 bombeiros presentes na Central de Regulação do SAMU, sendo que, antes de despachar a viatura para atendimento da ocorrência é consultado o médico da regulação para saber qual o melhor recurso a ser oferecido e quem irá atender, viaturas do SAMU ou do Corpo de Bombeiros e ainda qual serviço poderá atender a demanda mais rapidamente, além de proporcionar o melhor recurso.

O modelo apresentado é para despacho de viaturas e atendimento pré-hospitalar na Regional de Sorocaba, as demais ocorrências consideradas próprias de bombeiros são despachadas e reguladas pela própria central de operações do Corpo de Bombeiros e essa Central está em prédio próprio do Bombeiro, sem

compartilhamento de espaço físico com a Central de Operações da Polícia Militar ou qualquer outro serviço público.

Para a cidade de Sorocaba existem cinco ambulâncias de suporte básico e uma de suporte avançado além de duas viaturas de resgate do Corpo de Bombeiros. A decisão de envio do melhor recurso e o destino hospitalar cabe ao médico regulador, podendo ser destinado para um dos três prontos-socorros da região, sendo o Hospital Regional de Sorocaba o de maior complexidade, considerado hospital de referência terciária. Os hospitais da cidade estão em zonas distintas no município, sendo zona norte, zona oeste e zona leste.

A Central de Operações faz ainda a Regulação Médica das ambulâncias classificadas como tipo A, conhecidas na região como “ambulâncias brancas” que atuam nas buscas de casos de baixo risco, transferências simples, transferências inter-hospitalares simples (baixa complexidade), retornos de acamados e transportes para realização em exames em nível municipal ou intermunicipal.

Dos serviços atendidos e prestados daquele SAMU, 75% são transportes inter-hospitalares e 25% atendimentos pré-hospitalar.

Na cidade de Sorocaba existem três postos de bombeiros (PB Cerrado, PB Santa Rosália e PB Éden) com uma unidade de resgate em cada um dos primeiros postos, além de uma base do SAMU com cinco viaturas, existe ainda uma proposta de gestão do SAMU pelo Corpo de Bombeiros, sendo que todo o sistema integrado apresentado não está oficializado por meio de convênio administrativo.

5.1.2 São José dos Campos

O modelo de sistema de atendimento integrado na Cidade de São José dos Campos, por intermédio da Prefeitura de São José dos Campos e a Secretaria de Segurança Pública de São Paulo desde julho de 2011, operacionalizou o Centro de Operações da Polícia Militar do Estado de São Paulo com o Centro de Operações Integradas (COI), subordinado ao município.

Neste modelo de atendimento emergencial englobando 39 municípios com suas demandas de chamadas de urgência e emergência e uma população aproximada de 2.300.00 habitantes por meio do número emergencial único 190. Após seis anos de implantação, esta reestruturação de serviços mostra uma grande

eficiência com aumento da capacidade máxima de atendimento e, após a implantação deste sistema integrado, houve uma otimização de 200 policiais para a atividade de policiamento na região.

Outro aspecto foi a economia para os municípios que participaram do projeto, pois o investimento em tecnologia foi centralizado e focado no COPOM de São José dos Campos.

5.1.3 Mogi Das Cruzes

O modelo de trabalho integrado entre o Corpo de Bombeiros e o SAMU foi, na percepção deste autor um ótimo modelo de boas práticas em gestão de sistemas integrados para o Sistema de Atendimento pré-hospitalar para a Cidade de São Paulo.

O Corpo de Bombeiros da região metropolitana de Mogi das Cruzes, 17º GB, é subordinado ao CBM, compreende o atendimento às cidades de Mogi das Cruzes, Salesópolis, Itaquaquecetuba, Suzano e Ferraz de Vasconcelos. Desde 2011 iniciou atividades integradas com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) considerado uma novidade para os modelos de integração existentes, haja vista que o SAMU tem suas instalações dentro do quartel do Corpo de Bombeiros, com uma comunicação parcialmente integrada e os servidores do SAMU não são funcionários públicos efetivos, trabalham sob o regime celetista.

A comunicação do Corpo de Bombeiros daquele GB é centralizada na Central de Operações do Corpo de Bombeiro da região metropolitana. O sistema 192 é loco-regional, as solicitações de serviços são provenientes de chamadas na região do consórcio formado pelos municípios participantes.

Atualmente o sistema de resgate atua com 11 viaturas básicas e 2 avançadas para atender a região consorciada. O Consórcio formado é o CRESAMU, atende a população de Mogi das Cruzes e municípios próximos e uma população estimada de 550 mil habitantes.

A integração entre os serviços é parcial, sem compartilhamento de informações ou de sistemas é um compartilhamento de espaço físico o Corpo de Bombeiros naquela região tem apenas uma unidade de resgate do CB, todo o serviço de APH prestado é pelo SAMU, administrado entre o consórcio e a administração pública, o que resultou em benefício para o serviço prestado com

aumento do efetivo destinado a atividade fim do CB que é a de salvamento e combate a incêndio.

Apesar do aumento populacional e abertura de novos postos e o efetivo de recursos humanos defasado, o Corpo de Bombeiros consegue manter a demanda de atendimento de ocorrências sob efetivo controle, o QPO fixado é de 249 e o existente é de 220 homens.

5.1.4 Belo Horizonte

Na data de 07 de março de 2012, foi celebrado o convênio de cooperação técnica entre o CBMMG e o SAMU para o município de Belo Horizonte com o objetivo de estabelecer diretrizes para regular as ações e coordenação dos atendimentos a ocorrências de urgências e emergências pré-hospitalares na região de Belo Horizonte e municípios pactuados, buscando melhor qualidade na prestação de socorro às vítimas de urgências e emergências com uma aproximação tecnológica e metodológica visando uma integração operacional no atendimento pré-hospitalar com uma estreita colaboração técnica e articulação operacional visando uma melhor resposta no atendimento pré-hospitalar.

Outros objetivos do contrato administrativo de cooperação foram o sinergismo na cooperação e trabalho integrado evitando duplicidade de meios e o compartilhamento de informação operacional entre o COBOM e a Central de Regulação e Despachos do SAMU (conhecida como Centro Integrado de Atendimento e Despacho – CIAD) de forma a aumentar a eficiência e eficácia no atendimento às solicitações de emergência da população, compartilhando os *softwares* das centrais operativas e permitindo a cada serviço visualizar os dados básicos dos recursos operacionais.

As formas de acionamento para atendimento às emergências tanto pelo SAMU, como pelo COBOM, mantêm uma intercomunicação eficiente com a escala de um bombeiro militar nas dependências do Centro de Regulação e Despacho do SAMU e acompanhamento *on-line* das ocorrências, tanto na triagem como na regulação e despacho, compartilhando a informação entre os serviços evitando duplicidade ou retardo no atendimento.

O acompanhamento das ocorrências no intuito de evitar duplicidades ou retardo de atendimento se dá por meio de sistemas operacionais de cada instituição e via rádio.

O CBMMG tem 14 postos de bombeiros na capital, sendo que em seis deles com Unidades de Resgate. Considerando-se a região metropolitana teremos um total de 10 Unidades de Resgate e apoio do suporte avançado aéreo contando com a presença de médico e enfermeiro do SAMU. Este tem, na região metropolitana, 19 bases e conta com 21 viaturas básicas e 5 viaturas de suporte avançado terrestre.

O CBMMG disponibiliza ainda suas bases para posicionamento das viaturas do SAMU buscando um melhor posicionamento estratégico operacional para atendimento das ocorrências, possibilitando também, a composição de equipes móveis mistas nas viaturas, tanto do Corpo de Bombeiros, como SAMU, com obrigações trabalhistas, tributárias, previdenciárias e afins, permanecendo sob responsabilidade do órgão ao qual o profissional estiver vinculado.

Na divisão das ocorrências geradas, tanto pelo número de emergência 190 ou o 192, aquelas que envolvam casos clínicos, obstétricos ou psiquiátricos, o SAMU será despachado para atendimento emergencial. Àquelas que demandem ações de salvamento terrestre, aquático ou altura, bem como produtos perigosos ou ações de combate a incêndio, serão atendidas pelo CBMMG. Os casos de trauma serão atendidos por ambas as instituições, conforme a melhor resposta. Os casos de múltiplas vítimas, o acionamento será simultâneo de ambos os serviços.

Existe, ainda, um esforço muito grande no compartilhamento de materiais, equipamento e instalações físicas destinadas ao atendimento pré-hospitalar. Nas premissas estipuladas pela ANVISA para higienização adequada das viaturas, foi estabelecido um local para limpeza concorrente a cada atendimento de ocorrência, de acordo com a necessidade, e limpeza terminal a cada cinco dias em uma base do SAMU, serviço este realizado por empresas terceirizadas. Assim como o descarte de materiais contaminados, resíduos sólidos ou outros contaminantes serão descartados em local adequado, conforme protocolos de biossegurança.

A qualidade dos serviços prestados é aferida por seminários e reuniões mensais visando aprimorar o funcionamento do sistema de APH daquelas instituições garantindo a eficácia e qualidade dos serviços prestados à população.

Visando proporcionar um tratamento rápido, de alta qualidade, integrado e excelente recurso, foi criado um sistema de despacho compartilhado no CBMMG a fim de se determinar competências e responsabilidade de cada ente envolvido além da integração de comunicações.

Através do convênio entre a Prefeitura de Belo Horizonte e Secretaria de Estado de Defesa Social e de municípios partícipes (Caeté, Ribeirão das Neves, Ouro Preto, Nova Lima e Santa Luzia) houve a aquisição de um helicóptero bi turbina modelo EC 145 para o atendimento de pacientes acidentados em vias públicas ou para transporte inter-hospitalar com uma população beneficiada de aproximadamente 2,4 milhões de habitantes. Convênio com características semelhante também realizado e inaugurado um segundo Batalhão de Operações Aéreas em Varginha, no mês de junho deste ano, para atendimento de ocorrências em municípios vizinhos.

Para as ocorrências destinadas ao serviço aeromédico, é feita uma triagem inicial pela Central de Regulação Médica do SAMU ou COBOM e uma segunda triagem pelo médico tripulante do helicóptero. O empenho da aeronave irá ocorrer principalmente no atendimento de múltiplas vítimas ou pacientes graves na capital ou região metropolitana em equipe composta por piloto, co-piloto, tripulante operacional médico e enfermeiro do SAMU. No local do atendimento é feito a regulação entre médico e Central de Regulação para destinar o paciente ao melhor recurso hospitalar.

5.2 PESQUISA INTERNACIONAL

A pesquisa internacional valeu-se do já apresentado em outros estudos, sobretudo MENA (2013). A opção pelo Chile deveu-se a inúmeros fatores, quais sejam:

- a) Realidade geopolítica – país Sul americano integrante de acordos regionais dos quais o Brasil também é signatário;
- b) Dinâmica cultural – existem intercâmbios de formações na área de emergências entre os dois países, sobretudo em atendimento de estruturas colapsadas etc; e
- c) Viagem de estudos do CSP/16 que viabilizou a interação *in loco*.

O número de emergência dos Carabineiros é 133, cuja ligação é direcionada às Centrais de Comunicações (CENCO), existem ainda outros números de atendimento emergencial, tais como 132 para solicitação de bombeiros ou naquelas pequenas cidades o quartel mais próximo, o 131 liga ao serviço de ambulância (SAMU), o 134 é o número da Polícia de Investigações, o 139 serviço de informações, o 147 serviço de emergência infantil e 149, violência doméstica.

São cinco Centrais de Comunicações totalmente integradas para atendimento às solicitações de emergência aos Carabineiros em todo o Chile. Nas Centrais trabalham Carabineiros (em sua grande maioria) como também Carabineiros aposentados e recontratados, além de funcionários civis que além do recebimento das chamadas consideradas próprias, existe ainda uma central de monitoramento de bancos, empresas privadas e domicílios que contribuem com uma quantia semestral, e se ocorrer o acionamento de alarme falso pagam o deslocamento da equipe ao local dos fatos.

Em Santiago, a central de monitoramento dos Carabineiros conta com aproximadamente 2.500 câmeras posicionadas em ruas, praças, rodovias, grandes avenidas e metrô abrangendo uma população de aproximadamente 7.5 milhões de habitantes.

Nas ocorrências de acidente de trânsito envolvendo vítimas, a primeira viatura a ser despachada e chegar ao local é a viatura dos Carabineiros que analisa a cena do acidente, a princípio considerado cena de crime. Se necessário, solicita ambulância do SAMU ou a ambulância dos Carabineiros dependendo da proximidade da ocorrência, ou ainda, se não houver gravidade nos ferimentos socorre a vítima ao hospital.

A viatura do SAMU poderá atender diretamente o acidente, caso a chamada seja pelo número de emergência 131, sempre com atenção à cena do crime que deverá ser preservada, mas na grande maioria das vezes já está no local uma viatura dos Carabineiros. A viatura do SAMU é despachada após a regulação da chamada que é atendida por paramédicos, profissionais reanimadores ou médicos, em sistema de despacho semelhante ao existente em São Paulo, onde as solicitações são classificadas conforme a gravidade e despachado o melhor recurso de acordo com a necessidade de cada solicitação.

6 ANÁLISE DE CENTRAIS DE REGULAÇÃO DE SEGURANÇA PÚBLICA NA CIDADE DE SÃO PAULO E PROPOSTAS DE SOLUÇÃO

As propostas de solução, conforme objetivado nesta tese consistirá em ações práticas e viáveis considerando-se as experiências regionais e internacionais que demonstram e confirmam a hipótese inicialmente apontada.

6.1 O COPOM

A Polícia Militar é a única instituição pública presente em todos os municípios do Estado de São Paulo, e se faz presente em praticamente todos os eventos relacionados com a quebra da ordem pública ou acidentes. Atende pelo telefone de emergência 190 em uma central reguladora de atendimento e despacho de viaturas conhecido como Central de Operações da Polícia Militar (COPOM). Geralmente é a Polícia Militar quem primeiro comparece ao local das ocorrências, devido ao grande número de policiais e viaturas, além da característica própria de policiamento ostensivo.

O COPOM é o órgão administrativo de atendimento ao público, que pode ser acessado por meio do telefone de emergência 190, da Intranet, e-mail ou outro meio de comunicação. É uma central de gerenciamento de chamados e despacho de ocorrências, de controle de rede-rádio e de setor técnico existente em OPM de maior escalão de uma determinada região, planejado e organizado de acordo com as normas desta Diretriz, com base em critérios técnicos e de demandas da localidade abrangida.

Devido à imensa concentração demográfica da cidade de São Paulo, o COPOM instalado na Capital é o de maior complexidade estrutural e tecnológica. Devido à grande demanda de solicitações de serviços pela população, o COPOM atende pelos números emergencial 190, 193, 911 (padrão emergencial americano) ou 112 (padrão emergencial europeu), com atendentes com proficiência em inglês ou espanhol para aquelas solicitações nos números de emergência dos padrões americano ou europeus realizada por turistas estrangeiros.

Atualmente, existem 15 unidades do COPOM no Estado de São Paulo, todos com características semelhantes na padronização do atendimento

emergencial e nos serviços no atendimento ao cidadão com viaturas e policiais militares, tais unidades estão instaladas nos Comando de Policiamento do Interior (CPI) dos municípios paulistas ou no Comando de Policiamento de Área, na capital e região metropolitana da cidade de São Paulo.

O COPOM possui também um setor de videomonitoramento com 352 câmeras próprias distribuídas nas áreas conhecidas como área de interesse em segurança pública, aproximadamente 2000 câmaras em sistema integrado com outras instituições, além do sistema “olho de águia”, produção de imagens geradas nas câmeras instaladas nas aeronaves da Polícia Militar do Estado de São Paulo (helicópteros Águia), com sistema de resolução na produção e distribuição de imagens de primeira qualidade, semelhante àquelas produzidas pelas empresas da mídia televisiva.

O sistema de comunicações da Polícia Militar na Cidade de São Paulo iniciou no ano de 1910 e foi bem estudada pelo TenCel PM Walter Romano que apresentou em sua tese de doutorado no Centro de Altos Estudos de Segurança, em 2011 um breve histórico e que vale a pena sua transcrição:

A criação do Centro de Operações da Polícia Militar do Estado de São Paulo remonta ao início do século XX, especificamente o ano de 1910, quando surge o sistema de aviso telégrafopolicial denominado “GAMEWELL FIRE ALARM TELEGRAPF CO”, instalado em pontos estratégicos da Milícia Paulista e da Central da Polícia. O atendimento era pessoal quando o solicitante encontrava o miliciano. Por meio do Decreto Nº 7.299, de 05 de julho de 1935, foi criado o Departamento de Comunicações e o Serviço de Radiopatrulha da Secretaria de Segurança Pública, o qual era provido de dezoito furgões. As guarnições eram constituídas de investigadores de polícia, radiotelegrafistas, guardas-civis e componentes da Força Pública. De 1968 a 1980, por meio do Decreto Nº 50.300, de 02 de novembro de 1968, artigo 5º, é transferido o planejamento e execução de serviço de Radiopatrulha à Força Pública, pois passou a operar com o nome genérico de Controle de Radiopatrulha (CORP), com pessoal especializado e sob o comando de oficiais da Força Pública, ainda vinculado ao Centro de Comunicações da Secretaria de Segurança Pública (CCOSSP). Continuava funcionando, a título precário, junto ao serviço de comunicações da Polícia Civil, no DEIC. Em 06 de dezembro de 1971, foi inaugurado o Centro de Operações da Polícia Militar (COPOM), instalado no prédio do Quartel do Comando Geral, dotado de um telefone com vinte troncos sequenciais, com atendimento por meio do número 227-3333. O registro das solicitações era manual e lançado em formulários, os quais, após preenchimento, eram retirados pelo estafeta, que efetuava a distribuição às cabines de rádioperadores, de acordo com a região. O Rádioperador, por sua vez, verificava a viatura disponível e designava a equipe para atendimento do evento. Em 20 de março 1976, foi criado o Centro de Comunicações e Operações da Polícia Militar (CECOPOM), com o Posto Diretor da Rede (PDR) e o órgão de Assessoramento do Alto Comando, PDR do Sistel/Cmdo Geral, previsto no anexo nº 3 da Nota de Serviço Nº 15/009/74

- Plano de Comunicações da Polícia Militar, que comanda e coordena os demais sistemas de telecomunicações. Em 1981, surge o atual número do telefone de emergência da Polícia Militar – 190 – e o CECOPOM possuía mais de 500 policiais militares e atendia diariamente mais de 12 mil solicitações. Em 05 de maio de 1983, foi instalado no CECOPOM o Distribuidor Automático de Chamadas (DAC), com capacidade para atender 25 chamadas simultaneamente. Em face do crescimento demográfico assustador da nossa metrópole, o sistema de atendimento telefônico não conseguia mais suportar a demanda de chamadas e obrigou adoção de uma nova sistemática de atendimento. Apesar dessa evolução tecnológica, os equipamentos foram se desgastando, a ponto de ser necessária a substituição de todo o equipamento. Como essa substituição não havia ocorrido, no final de 1984 o CECOPOM foi desativado, e os Centros de Operações foram desmembrados, retornando a seus órgãos de origem. O COPOM manteve sua atuação restrita ao controle de viaturas de Radiopatrulhas da capital. Em março de 1986, o Governo de São Paulo liberou verba para a implantação de um novo COPOM, que fora construído no 2º andar do prédio do Comando de Policiamento Metropolitano, na Rua Ribeiro de Lima, 140 - Luz, onde se encontra instalado até hoje. A inovação significativa constituía na instalação “Sistema Operacional da Polícia Militar (SIOPM) versão 1.0”, operado por computador, que agilizou sobremaneira a recepção da ocorrência, o acionamento da viatura e o controle. Simultaneamente encontrava-se em desenvolvimento o “Projeto SIOPM - versão 2.0”, que visava a substituir o Sistema Operacional versão 1.0. Em novembro de 1988, ocorreu a implementação do SIOPM 1.0, de modo que todas as rotinas operacionais, até então manuais, tornaram-se informatizadas, e o COPOM foi equipado com terminais IBM 3270, que acessavam diretamente o computador de grande porte (Main Frame) do Centro de Processamento de Dados (CPD). O SIOPM foi dividido em três subsistemas, a saber: DVAC – Despacho de Viatura Assistido por Computador -, SICO – Subsistema de Informações de Controle Operacional - e o SIPO – Subsistema de Informações Policiais. O estafeta deixa de existir, os dados relativos às solicitações e gerações de ocorrências eram inseridos diretamente no computador, que, por meio do subsistema DVAC, fazia a distribuição automática às cabines de rádio respectivas, onde ocorria o fato. O DAC - Distribuidor Automático de Chamadas -, foi substituído pelo SIDAC – Sistema Identificador do Assinante Chamador -, que, além de efetuar a distribuição das chamadas, identificava o número telefônico que acessava o sistema. Em 1991, o COPOM recebia o projeto *Trunking*, sistema em “troncos” de radiocomunicação com potencial para solucionar os graves problemas de rádio enfrentados pela Polícia Militar, em virtude do congestionamento de frequências existentes na região metropolitana e as diversidades geográficas, que formavam as chamadas regiões de “sombra”, onde não havia propagação do sinal de rádio.

Em 1992, o Despacho de Viatura Assistido por Computador (DVAC), hoje Seção Técnica, criava a rede Administrativa do COPOM, a qual aperfeiçoou várias rotinas administrativas e operacionais, antes realizadas manualmente. Possibilitava também o acesso ao SIOPM, tornando-se, assim, uma rede administrativa e operacional conjugada. O sistema evoluiu e cada despachador e atendente de emergência teve acesso individual à PRODESP. A consulta de cadastro de veículos automotores obrigatória é incorporada à rotina de serviço, por solicitação direta dos patrulheiros e em outras demandas congêneres. Foi criado o serviço de Avaliação de Atendimento em 1993, que consistia na verificação da qualidade e presteza do atendimento 190 e dos patrulheiros, mediante contato direto com o cidadão usuário dos serviços. Entre 1997 e 2000, o COPOM ampliava seu atendimento, controle e despacho. Foram implantadas novas versões de computadores e de radiocomunicação. Com o advento da reestruturação do CPM/CPC, aumentaram os números de cabines (redes rádio) para o

despacho; o COPOM entrava na era da Qualidade total. A preocupação primeira foi a atenção ao solicitante e aos usuários do complexo sistema do COPOM a fim de que o serviço prestado atingisse a sua completa satisfação. A versão Corporativa do SIOPM foi iniciada em 2002 e finalizada em 2005 com as funcionalidades do SIOPM versão 3, porém integrou todos os CAD e COPOM em um único banco de dados e implementou o conceito de Modalidade de Serviço (emergência policial, resgate, ambulância, assistência social, etc.), que permite a integração dos vários serviços de emergência da esfera estadual e municipal (ROMANO, 2011, p. 19-21).

6.2 CICC (Centro Integrado de Controle e Comando Regional)

O Estado de São Paulo, devido a sua grandeza econômica e territorial, torna o Estado vulnerável a todo tipo de ocorrências, pequenas ou grandes, e obriga o Poder Público a ter uma resposta adequada aos atendimentos de urgências e emergências nas áreas de segurança pública, proteção de pessoas e defesa civil, principalmente, em grandes eventos e naqueles que exigem uma resposta coordenada de vários sistemas de atendimento público.

Cidades importantes como Nova Iorque e Los Angeles – nos Estados Unidos da América (EUA), e Madri, na Espanha, dentre outras, possuem Centros Integrados para respostas de suas urgências e emergências. Experiências vividas com as questões ligadas ao terrorismo e às ações da natureza – terremotos, furacões e ciclones, alagamentos e longas estiagens -, são apenas exemplos de problemas que motivaram a estruturação desse tipo de atendimento integrado que, independente da nomenclatura utilizada, se baseia na doutrina de “Comando e Controle” (GIAQUINTO, 2015).

Em 2013, foram criados Centros Integrados de Comando e Controle (CICC) em 12 Estados da Federação, buscando o trabalho integrado das forças de segurança – federais, estaduais e municipais.

O Centro Integrado de Comando e Controle (CICC) é um órgão de gestão integrada de decisões para acidentes, incidentes ou eventos naturais, criado em julho de 2014, por meio do Decreto N.º 60.640, alterado pelo Decreto N.º 60.811, de 29 de setembro de 2014, dotado de equipes multidisciplinares de órgãos estratégicos. Busca integrar os serviços de atendimento de emergências e urgências do Estado e município possui ferramentas de inteligência com sistemas tecnológicos modernos das várias equipes envolvidas, é um modelo criado pela Secretaria Extraordinária para Grandes Eventos, do Ministério da Justiça (SESGE/MJ).

A Secretaria Extraordinária de Segurança para Grandes Eventos, do Ministério da Justiça (SESGE/MJ), foi criada em 01 de agosto de 2011, por meio do Decreto presidencial N.º 7.538, alterado pelo Decreto N.º 7.682, de 28 de fevereiro de 2012, cujo objetivo é o de acompanhar a Jornada Mundial da Juventude de 2013; a Copa das Confederações FIFA de 2013; a Copa do Mundo FIFA de 2014; os Jogos Olímpicos e Paraolímpicos de 2016.

Sua regulamentação levou em consideração a “[...] necessidade de integrar os serviços de atendimento de emergências e urgências dos órgãos do Poder Público com atuação no Estado de São Paulo, no tocante às áreas de segurança pública, de proteção e de defesa civil.” (SÃO PAULO, 2014). E, como segue:

Art. 12 - O CICC responderá no âmbito de planejamento e execução operacional, pelas atividades consideradas como Grandes Eventos pelo Governo Federal, adequando suas diretrizes e dinâmicas de trabalho às responsabilidades formalmente assumidas pelo Governo Estadual em relação à matéria.

É um modelo de integração por colaboração onde trabalham colaboradores públicos ou privados de várias agências, órgãos ou instituições, trabalhando em conjunto para um objetivo em comum, sem o compartilhamento de informações ou sistemas dos órgãos envolvidos. Os sistemas trocam opiniões sobre as informações e a melhor estratégia para atendimento da ocorrência.

O Centro Integrado de Comando e Controle Regional de São Paulo executa cinco funções estratégicas, conforme o artigo 2º da Resolução SSP N.º 133, de 12 de setembro de 2014, quais sejam:

I - Centro Integrado de Operações Coordenadas - CIOC;
 II - Agência de Atuação Integrada Contra o Crime Organizado - AAI; III - Centro Integrado de Inteligência de Segurança Pública do Estado de São Paulo - CIISP-SP;
 IV - Disque-Denúncia;
 V - Gabinete de Gestão de Crises - GGC (SÃO PAULO, 2014).

Um exemplo de trabalho integrado conforme a monografia do Cap Giampaolo foi a operação integrada sobre as chuvas de verão na capital paulista, por exemplo, envolveu efetivo da Polícia Militar – incluindo Corpo de Bombeiros e Grupamento de Radiopatrulha Aéreo; do Conselho Municipal de Defesa Civil (COMDEC) e da Coordenadoria Estadual de Defesa Civil (CEDEC); da Companhia de Engenharia de Tráfego (CET) de São Paulo e da AES Eletropaulo – energia

elétrica; do Metrô, da CPTM; e do Departamento de Águas e Energia Elétrica do Estado de São Paulo (DAEE).

6.3 Requisitos normativos para uma central de regulação

Como parâmetro para a discussão desta subseção, será o previsto na Portaria MS/GM 2.048/02, que regula toda a atividade pré-hospitalar para os SAMUs. Isto vem ao encontro da proposta que será elencada mais à frente, pois assim será possível analisar a viabilidade do local a ser apontado como hábil a receber um centro integrado para o despacho de atendimento de emergências na cidade de São Paulo.

6.3.1 DO DIMENSIONAMENTO TÉCNICO PARA A ESTRUTURAÇÃO FÍSICA DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIAS – CENTRAIS SAMU-192

“A sala de regulação médica deve ser estruturada de acordo com as seguintes diretrizes e características:

a) a sala de regulação deverá ser dimensionada levando-se em conta o tamanho da equipe e o número de postos de trabalho, conforme recomendações técnicas desta Portaria, considerando que cada posto de trabalho utiliza 2 m² de área, projetando-se, além disso, os espaços dos corredores de circulação e recuos, além das portas e janelas;

b) acesso restrito aos profissionais que nela trabalham, exceto em situações de ensino com prévia aprovação da coordenação;

c) isolamento acústico, iluminação e temperatura adequadas;

d) propiciar a integridade da conduta profissional, a imparcialidade no manejo dos casos e o sigilo ético-profissional das informações;

e) sistema de telefonia com número suficiente de linhas disponíveis à população, número de aparelhos telefônicos adequado aos postos de trabalho de médicos e auxiliares de regulação e equipamento de fax;

f) sistema de comunicação direta entre os radio-operadores, as ambulâncias, suas bases operacionais e de estabilização, outras unidades de saúde

e outras centrais de regulação, bem como com outros atores diretamente relacionados aos atendimentos móveis, como o Corpo de Bombeiros, a Defesa Civil, a Polícia Militar, Operadoras Privadas de Serviços Móveis de Urgência e outros;

g) sistema de gravação digital contínua para registro de toda a comunicação efetuada por telefone e rádio, com acesso protegido, permitido apenas às pessoas autorizadas pela Coordenação do Serviço; e

h) sistema de gestão informatizado para arquivamento dos registros gerados pela regulação.”

Do elencado, depreender-se-á que o oferecido na proposta, quando indica as instalações do CICCRR como aptas a receber o Despacho do sistema integrado, **é viável e atende requisitos já estabelecidos para o serviço que seria deslocado**, neste caso.

Ainda, continuemos, e verifiquemos o estabelecido quanto às dependências do centro, quais sejam:

“a) sala de equipamentos: devido ao ruído emitido pelos equipamentos (servidores de rede, central telefônica, *nobreak* e estabilizador), é recomendada a existência de uma área isolada, contígua à sala de regulação, onde esses equipamentos serão instalados, de forma a não prejudicar o ambiente de trabalho, com área mínima de 4,5 m²;

b) banheiros contíguos ou próximos da sala de regulação;

c) área de conforto e alimentação para a equipe;

d) área administrativa, com espaço para a coordenação e a equipe de apoio do serviço.”

Outros elementos são elencados na legislação, porém referem-se às centrais de atendimento. No caso a ser aqui analisado, deve-se considerar somente o necessário para uma central de despacho, pois a central atual do SAMU continuaria ativa para o atendimento, gestão de trotes e todas as atividades correlatas a este nível de trabalho.

6.3.1 VANTAGENS DO CICCRR

O CICCRR está situado na Rua Jorge Miranda, centro da capital paulista, próximo a grandes avenidas, como a dos Estados e Tiradentes e à Marginal Tietê, o

que o coloca numa posição privilegiada e de fácil acesso. Está muito próximo igualmente da Estação Tiradentes do Metrô e da Estação de trem Luz, sendo assim bastante acessível para os pedestres.

O Centro está situado numa área militar tendo como vizinhança o Comando de Policiamento de Choque e do seu Segundo Batalhão, logo em frente, o Centro Odontológico, o Corpo Musical, o Museu, o Hotel de Trânsito e restaurante central, todos da PMESP. O terreno da edificação possui estacionamento, com acesso controlado e acesso de pedestres com acessibilidade para portadores de necessidades especiais.

O local era propriedade da PMESP até recentemente quando foi transferido para a Secretaria do Planejamento do Governo de São Paulo. Era ocupado pelo Centro de Altos Estudos de Segurança (CAES), escola de pós-graduação da PMESP tendo havido uma grande reforma em 2010/2011 incrementando o prédio com modernas salas de aula, auditório, biblioteca, salas de estudo, salas moduláveis para dinâmicas de grupo, reuniões etc. Foi equipado com equipamento de segurança, alarmes, câmeras e controle de acesso. Boa parte desta moderna infraestrutura foi incorporada pelo CICCR, o que **atende boa parte das exigências impostas pela legislação do Ministério da Saúde** e já tratado na subseção anterior.

Após os grandes eventos, conforme já mencionado neste trabalho, o Centro ficou prioritariamente sob administração da PMESP, tanto que caminham tratativas de que o atendimento do 193, Corpo de Bombeiros, seja estruturado em central de regulação naquele centro.

O aproveitamento de toda infraestrutura ademais construída para os grandes eventos coloca-se como um dos principais atributos do local para receber uma central única de despacho de atendimento de emergências. Não obstante o que já havia

6.4 Da manifestação do Ministério Público de São Paulo

Mediante ação civil pública, o Ministério Público paulista (MPSP) manifestou-se recentemente, 2 de setembro de 2016, a respeito das dificuldades de atendimento do SAMU na cidade de São Paulo. A Promotora de Justiça, Dora Martin

Strilicherck, manifestou-se em peça cuja íntegra está no Anexo deste trabalho, dizendo que

[...] a melhor forma de ampliar o atendimento e diminuir os chamados não atendidos é a interação dos sistemas, requer-se a concessão da tutela provisória de urgência com o fim de determinar ao Estado de São Paulo que proceda à **interação do SAMU e do Resgate**, pois, embora tal medida não resolva o problema, com a visualização simultânea dos recursos humanos e materiais disponíveis e das ocorrências abertas pelas duas centrais de atendimento, evitaremos a duplicidade de chamados, racionalizando a utilização dos recursos existentes no território, obstando a ociosidade de um dos serviços, enquanto o outro possui ocorrências em aberto (SÃO PAULO, 2016, grifos nossos).

Vale ressaltar que a Promotora usa a palavra interação dos sistemas. A força do termo interação deve ser trabalhada no contexto desta proposta podendo ser utilizada para permear a regulamentação que eventualmente derive do processo de unificação de uma central de despacho, conforme determinado na ação civil mencionada. Ademais, poderá igualmente pautar as instruções e orientações a serem transmitidas ao pessoal que trabalhará no centro comum do Resgate e SAMU.

O objetivo da ação pública é de ampliar o atendimento, mas, sobretudo diminuir os chamados não atendimentos, no caso, pelo SAMU, conforme constato na pesquisa realizada pelo próprio MPSP. Em outro momento é igualmente mencionado que o Estado de São Paulo deverá contribuir com o sistema municipal na porcentagem que lhe compete, conforme legislação já tratada neste trabalho.

6.5 Interação do despacho de atendimento de emergências no município de São Paulo – proposta

Vislumbra-se inicialmente que a interação ocorra somente para o Despacho de viaturas, seja do Resgate, seja do SAMU, conforme conveniência, disponibilidade, proximidade do local da ocorrência, mas, sobretudo que priorize a guarnição com capacidade técnica de melhor atender o tipo de emergência e/ou sua conveniência de integrar eventual “trem de socorro” para compor equipe de salvamento, resgate e APH no local dos fatos.

Atualmente, o espaço físico da Central de Regulação do SAMU é dividido em 30 posições para acolhimento primário e priorização inicial das ligações (nível 1) e três posições para gerenciamento deste nível. Na regulação (nível 2) são 20

posições para o despacho de viaturas sendo 5 para médicos e 16 auxiliares de regulação médica que atuam na avaliação, despacho e regresso de viaturas; e quatro posições para gerenciamento.

O sistema de acolhimento das chamadas do Resgate/193 é unificado com o sistema de acolhimento das chamadas do COPOM 190, e possui abrangência metropolitana.

Desta forma, seria necessário interagir 20 profissionais de cada setor, Resgate (Corpo de Bombeiros) e SAMU, totalizando 40 pessoas, incluindo-se todos os níveis técnicos, execução e gerenciamento, para finalizar com a escolha e acionamento via rádio da equipe e veículo que irá atender a emergência. Há espaço físico, com sala própria no CICCRR, que atende as normas, conforme visto na penúltima subseção desta tese.

Há necessidade de compartilhamento de espaço físico para perfeito harmonização, supressão de duplicidade e desperdício de recurso público. O contato direto e pessoal entre o pessoal desta Central de Despacho é essencial para que haja uma efetiva comunicação e compartilhamento de informações do ocorrido. A definição do atendimento mais apropriado ocorrerá por consenso e as nuances do emprego de um serviço ou de outro será discutida presencialmente e não por telefone, o que evita contradições e equívocos nocivos ao interesse do serviço e público.

Não bastaria uma interação de sistemas devendo haver interação e integração de pessoal e doutrina de trabalho. As diferenças culturais, apontadas por MENA (2013), no início desta tese, seriam paulatinamente superadas até a consolidação de uma cultura e rotina próprias de um processo único para o qual contribuiu a diversidade oferecida pelos órgãos envolvidos.

As conveniências políticas não seriam suprimidas automaticamente, mas teriam que se ajustar a uma nova realidade. Outros embates certamente serão decorrentes, porém o atendimento da população ganharia indubitavelmente com esta abreviação de sistemas e conjugação de esforços. A pesquisa de campo deste trabalho fartou em mostrar que os benefícios logísticos, operacionais são inegáveis, sem mencionar, e não foi aqui objeto, da economia financeira de dinheiro público que isso resulta.

7 CONCLUSÃO

Como já relatado na monografia de CSP do Cel PM Max Mena, temos uma **problemática** importante nos atendimentos das ocorrências de APH que é a duplicidade de atendimento entre viaturas do Resgate do Corpo de Bombeiros e as viaturas do SAMU, com números considerados muito elevados que dificultam a operacionalidade nos dois sistemas prejudicando o envio de recursos para novos atendimentos.

Em julho de 2002 já fora estabelecido uma parceria com a permanência de uma ambulância, do então Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar APH -192 do Município de São Paulo, baseada no PB Capão Redondo, sistema de APH que seria designado SAMU, no ano seguinte. Em 2003, onde foram colocadas ambulâncias do SAMU-192 baseadas em três Postos de Bombeiros na Capital, quais sejam: PB Capão Redondo e PB Guarapiranga, ambos do 4º GB, e PB Jaraguá, 2º GB. A presença de viaturas do SAMU nos Postos de Bombeiros chegou a 32. No ano de 2009, integradas com os bombeiros nos postos de bombeiros e nas Centrais de Regulação, pois as ambulâncias do SAMU eram despachadas para atendimento às ocorrências por ambas as centrais (ALENCAR JUNIOR, 2007).

As tentativas de integração foram baseadas na presença física de viaturas nos postos de bombeiros, mantendo cada sistema a sua Central de Regulação e despacho de viaturas, sem compartilhamento de informações das ocorrências, georreferenciamento ou mesmo o acionamento das viaturas. O acordo operacional entre os serviços seria a presença física de viaturas e RH nos quartéis com alimentação e alojamento. Particularidade interessante nesta parceria foi o estipulado que as viaturas do SAMU baseadas nos quartéis dos bombeiros poderiam ser acionadas tanto pelo Central de Regulação do SAMU, como pelo COBOM (ALENCAR JUNIOR, 2007).

O **objetivo** principal deste trabalho foi plenamente alcançado na medida em que foi possível mostrar a importância de uma atuação conjunta no atendimento pré-hospitalar entre os serviços públicos do Estado e do Município de São Paulo, com uma proposta de compartilhamento do espaço físico do CICCRR

A modelagem de uma central de operações de despacho para atendimento emergencial na cidade de São Paulo deverá obedecer a uma análise legal e circunscricional afim de que possamos dar a devida segurança institucional.

A **hipótese** suscitada dando conta da viabilidade da integração operacional de despacho de viaturas dos serviços de resgate do Corpo de Bombeiros e a do SAMU **foi amplamente confirmada** uma vez que tal medida proporciona uma melhor distribuição de atendimento de ocorrências mantendo um maior ativo operacional com diminuição do tempo-resposta para atendimento do APH. A possibilidade de integração das Centrais de Operações de Despacho dos serviços de atendimento pré-hospitalar trará benefícios para os sistemas envolvidos, tais como, diminuição do número de ocorrências atendidas em duplicidade e melhoria do tempo-resposta, melhor aproveitamento dos recursos humanos, menor custo de manutenção e operação e, também, a quantidade de ligações para os números 190, 192 e 193 que proporcionará um aperfeiçoamento dos serviços, maior disponibilidade da frota e na qualidade no serviço prestado ao usuário.

A **proposta** desta tese deu-se pelo enfrentamento diário de conflitos existentes no universo do atendimento emergencial pré-hospitalar devido ao gerenciamento de recursos, falta de comunicação entre os serviços, duplicidade no atendimento de ocorrências, diferentes cultura de valores e competitividade negativa. Os potenciais causadores de conflitos foram analisados e propostas de soluções apresentadas para amenizar ou extinguir, com intuito de alavancar resultados na qualidade de resposta para o usuário, que são aqueles vitimados de acidentes e ocorrências clínicas.

Questões para a união dos esforços foram colocadas à realidade do tema, integração que já existe entre os serviços públicos de emergência é uma realidade que traz benefícios, é o caso, dentre outros apresentados neste trabalho, do Centro Integrado do Comando de Policiamento do Interior – 1 (CPI-1) onde há um sistema de parcerias envolvendo órgãos públicos da esfera estadual e municipal para atendimento das ocorrências na região do Vale do Paraíba.

Tornou-se, portanto, imperativo que tenham sido estudadas alternativas, propostas e soluções para elevar o nível de eficiência dos serviços de emergência, integrando e otimizando seus recursos, baseados na imposição legal do princípio constitucional de eficiência (MENA, 2013).

REFERÊNCIAS

ALENCAR JUNIOR, Kleber Danúbio. **Atuação integrada do serviço de ambulâncias do município de São Paulo e o serviço de resgate do Corpo de Bombeiros.** Monografia (Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais) - Centro de Altos Estudos de Segurança da Polícia Militar do Estado de São Paulo, São Paulo, 2007.

ALVES JÚNIOR, Luiz. **Resgate Aeromédico na Polícia Militar.** Monografia (Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais) - Centro de Altos Estudos de Segurança da Polícia Militar do Estado de São Paulo, São Paulo, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.657, de 16 de Dezembro de 2004. **Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192.** Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2657_16_12_2004.html>. Acesso em 24 ago. 2016.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. _____. **Portaria MS nº 1863/03.** Disponível em:
<<http://neu.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/legislacao-brasileira?download=14:portaria-ms-gm-1864-03>>. Acesso em: 20 Out. 2016a.

_____. _____. **Portaria MS nº 1864/03.** Disponível em:
<<http://neu.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/legislacao-brasileira?download=14:portaria-ms-gm-1864-03>>. Acesso em: 20 Out. 2016b.

_____. _____. Portaria n. 814, de 01 de junho de 2001. Dispõe Sobre a Normatização dos Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel de Urgências. [revoga a Portaria GM/MS n. 824 de 24 de junho de 1999]. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, jun. 2001.

_____. _____. **Portal do DATASUS.** Disponível em:
<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

_____. _____. **Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva.** Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011 / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. _____. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.451/95**. [estabelece as normas mínimas para funcionamento dos estabelecimentos de saúde de Pronto Socorro]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm>. Acesso em: 30 set. 2016.

_____. Comando da Aeronáutica. DIRSA nº 19/SDTEC, de 02 de julho de 2007. Aprova a edição da ICA 160-26 **Exercício da Medicina Aeroespacial no Sistema de Saúde da Aeronáutica**. Rio de Janeiro, 2007.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Manual de Medicina de Desastres**. Secretaria Nacional de Defesa Civil, Brasília, 2007, vol. 1.

_____. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 23 ago. 2016.

_____. **Portal da Saúde**. Disponível em: <www.portalsaude.gov.br>. Acesso em: 05 maio 2016.

BRITO, F. **A transição demográfica no contexto internacional**. Belo Horizonte: UFMG – Cedeplar, 2007.

CANETTI, M.D.; RIBEIRO, C.; BUENO, M.J. **Transporte Aeromédico - Manual Básico de Socorro e Emergência do GSE**. Rio de Janeiro: Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro, 1994.

CARCHEDI, L. R. **O Serviço de Resgate de Acidentados no Corpo de Bombeiros: Proposta de Operacionalização**. Monografia (Curso Superior de Polícia) – Centro de Altos Estudos da Polícia Militar do Estado de São Paulo, São Paulo, 1988.

CASTRO, Marcelo. **Agência Saúde- MS** Disponível em: <

COLLA, Erick Hoelz. **Atendimento pré-hospitalar em acidentes no Estado de São Paulo**: competências legais e operacionais. Monografia (Curso Superior de Polícia) – Centro de Altos Estudos da Polícia Militar do Estado de São Paulo, São Paulo, 2005.

COSTA, G . **The Problem**: Shiftwork. *Chronobiology International*. 14 (2), 89-98. 1997.

COWLEY. **Pre hospital Trauma Life Support** — PHTLS. 5th ed. [Chicago: *American College of Surgeons*], 2004.

DEHART, R.L. (Ed.). **Fundamentals of Aerospace Medicine**. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.

ENSP. Escola Nacional de Saúde Pública. Centro de Conhecimento de Desastres. 2012. **Portal ENSP**. Disponível em: <<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/desastres/content/terminologia>. Acesso em: 12 set. 2013.

_____. **O Mundo de Hoje e os Desastres**. Disponível em: <<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/desastres/content/o-mundo-hoje-e-os-desastres/page/0/4>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

FERNANDES, R. J. **Caracterização da Atenção Pré-hospitalar Móvel da Secretaria da Saúde do Município de Ribeirão Preto-SP**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

FERREIRA, Helder Rogério Sant’Ana; MARCIAL, Elaine Coutinho **Violência e Segurança Pública em 2023**: cenários exploratórios e planejamento prospectivo. Rio de Janeiro: IPEA, 2015.

FIGUEIREDO et al. **Emergência**: Conduitas Médicas e Transportes. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

GALLETTI JÚNIOR, Cezar Ângelo. **Paciente policial-militar aerotransportado pelo GRPAE**: identificação do perfil e proposta de procedimento-padrão. 2008. Monografia (Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais) - Centro de Altos Estudos de Segurança da Polícia Militar do Estado de São Paulo, São Paulo, 2008.

GANONG, W. F. **Fisiologia Médica**. Rio de Janeiro: Prentice-Hall, 1998.

GAWRYSZEWSKI, V.P.; HIDALGO, N.T.; VALENCICH, D.M.O. A Queda nas Taxas de Homicídios no Estado de São Paulo e a Apresentação dos Dados de Mortalidade por Causas Externas em 2004. **Boletim Epidemiológico Paulista**, 2005,2(21):11-3.

GHETTI, Luiz Eduardo. **A Farmacoterapia como opção no controle dos efeitos da privação do sono: revisão sistemática de evidências clínicas do uso de estimulantes na Medicina Aeroespacial militar**. Tese (Doutorado em Ciências Aeroespaciais) - Universidade da Força Aérea, Rio de Janeiro, 2010.

GIAQUINTO, Giampaolo Donato. **Centro Integrado de Comando e Controle de São Paulo**: emprego operacional da polícia militar. Programa de mestrado em ciências policiais de segurança e ordem pública, CAES, PMESP, São Paulo, 2015.

GONÇALVES, A.J.; RODRIGUES, J.M.S. Organização de Sistemas e Atendimento às Urgências. In: FREIRE, E. (Ed.). **Trauma**: a doença do século. São Paulo: Atheneu, 2001. v 1, cap.36, p.515-36.

GOODMAN; GILMAN. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 12. ed. [S.L.]: Artmed, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Uma Análise da Situação de Saúde e a Vigilância da Saúde da Mulher. **Revista Saúde Brasil 2011**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte1_cap1.pdf>. Acesso em: 12 set. 2013.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; ANTP – Associação Nacional de Transportes Públicos. **Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas brasileiras** – relatório executivo. Brasília: IPEA e ANTP, 2003. Disponível em: <<http://goo.gl/l92Pef>>. Acesso em 20 ago. 2016.

_____. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise. Brasília: IPEA, 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_23_14072015.pdf>. Acesso em 22 ago. 2016.

_____. FBSP – Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Nota técnica**: Atas da violência 2016. N. 17, Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/storage/download/atlas_da_violencia_2016_ipea_e_fbbsp.pdf>. Acesso em 21 ago. 2016.

KAFFER, Helmer. **A gestão do conhecimento para a elaboração de uma proposta de gestão operacional do Cobom por indicadores de desempenho**. CAES, PMESP, São Paulo, 2013.

LERNER, E.B; MOSCATI, R.M. **A hora de ouro**: fato científico ou médico "lenda urbana"? Acad Emerg Med, 2001 jul. 8 (7):758-60.

LOPES, S.L.B.; FERNANDES, R.J. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Revista do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP**. Ribeirão Preto, v.32, n.4, p. 381-87, out./dez. 1999.

MACHADO, Cristiani Vieira. **Escola Nacional de Saúde Pública – SAMU**. São Paulo, 2010.

MANNARINOL, TIMERMANS. Transporte Terrestre e Aéreo do Paciente Crítico. **Rev. Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**. 1998; 8(4):866-78).

MARTINI, A.C.T. Atendimento Pré-hospitalar. In: BIROLINI, D.; UTIYAMA, E.; STEINMAN, E. (Ed.). **Cirurgia de emergência**. São Paulo: Atheneu, 2001. cap.18, p.131-41.

MENA, Max. **Análise crítica do sistema de atendimento de emergência no estado de São Paulo e proposta de adoção de processo de árvore de decisão no atendimento dos centros de emergência, como estratégia para futura integração de centros**. Programa de Doutorado em Ciências Policiais de Segurança e Ordem Pública, CAES, PMESP, São Paulo, 2013.

_____. **Sistema Integrado de Atendimento às Emergências do Estado de São Paulo** (Projeto). São Paulo: PMESP, 1989.

MESQUITA Filho, M. **Vítimas de Causas Externas Atendidas em Serviço de Urgência e Emergência– subsídios ao desenvolvimento do sistema de informações**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2003.

METZGER, J.C. et al. **The lifesaving potential of specialized on-scene medical support for urban tactical operations**. Pre hosp Emerg Care, 2009, Oct-Dec;13(4):528-31).

_____. **The lifesaving potential**. NAEMT. PHTLS- *Pre hospital trauma life support military edition*. 7th. ed. St. Louis:Elsevier, 2011.

MINAYO, M, C.; DESLANDE, S.F. **Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras**. Caderno de Saúde Pública. 2008; 24(8):1877-86.

MIRANDA, Maria Bernadete. **Princípios Constitucionais do Direito Administrativo**. São Paulo: Revista Virtual Direito Brasil – V. 2 – n. 2, 2008.

MONTEIRO, Rinaldo de Araújo. **Proposta de regionalização e integração dos serviços emergenciais estaduais e municipais através do telefone 190 no estado de São Paulo**. CAO/2013, CAES, PMESP, 2013.

MORAES, M.C. **Proposta Para Monitoramento de Saúde dos Aeronautas Por Meio de Marcadores Bioquímicos e Hematológicos**. Tese (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

NAEMT - *National Association of Emergency Medical Technicians* .**Prehospital Trauma Life Support Basic and Advanced**. 7th ed. St Louis: Mosby Lifeline, 2003.

_____. **PHTLS - Prehospital trauma life support military edition**. 6. ed. St. Louis: Elsevier, 2007.

NATIONAL RESEARCH CONCIL. **Accidental Death and Disability: The Neglected Disease of Modern Society**. Washington: National Academy Press, 1966.

OKUMURA, M. **Atendimento Pré-hospitalar em Acidentados de Trânsito**. São Paulo: Roca, 2005.

OLIVEIRA, B.F.M.; PAROLIN, M.K.F.; TEIXEIRA JR., E.V. **Trauma: Atendimento Pré-Hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2002.

PASETTO, Pedro Ferreira. **APH Tático: Particularidades no Atendimento**. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Aplicações Complementares às Ciências Militares) - Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2010.

PAVELQUEIRES, S. **Educação Continuada de enfermeiros no atendimento inicial às vítimas de traumatismo**. Tese (Doutorado), USP, Ribeirão Preto, 1997.

RODRIGUES, N. **Sistema Metropolitano de Emergências - Resgate de Acidentados**. Monografia (Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais) – Centro de Estudos Superiores de Segurança da Polícia Militar do Estado de São Paulo, São Paulo, 1987.

SÃO PAULO (Estado). Polícia Militar. **Diretriz nº PM3-001/02/08**. PMESP, 2008.

_____. Corpo de Bombeiros. **Nossa História**. Disponível em: <<http://www.intranet.policiamilitar.sp.gov.br/nossahistoria>>. Acesso em 20 ago. 2016.

_____. Corpo de Bombeiros. **Coordenaria Operacional do CBPMESP**. Disponível em: <<http://www.intranet.policiamilitar.sp.gov.br/coordCB>>. Acesso em 20 ago. 2016.

_____. Corpo de Bombeiros. **Comando de Bombeiros Metropolitano**. Disponível em: <<http://www.intranet.policiamilitar.sp.gov.br/CBM>>. Acesso em 20 ago. 2016.

_____. Corpo de Bombeiros. **Comando de Bombeiros do Interior**. Disponível em: <<http://www.intranet.policiamilitar.sp.gov.br/cbi>>. Acesso em 20 ago. 2016.

_____. Secretaria do Estado da Saúde. Resolução SS — 226 de 10/8/87. Institui a Comissão de Atendimento de Urgência do Estado de São Paulo. **Diário Oficial do Estado**. São Paulo, 11 ago. 1987, Seção I.

_____._____. Resolução conjunta SS — SSP. Dispõe sobre Atuação Conjunta em Situações de Emergência. **Diário Oficial do Estado**. São Paulo, 23 maio 1989, Seção I, p. 14.

_____._____. Regulamento para o Sistema de Resgate a Acidentados. **Diário Oficial do Estado São Paulo**. São Paulo, 06 dez. 1989, Seção I, p.23.

_____._____. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão do Sistema de Resgate a Acidentados do Estado de São Paulo**. Polícia Militar do Estado de São Paulo (Corpo de Bombeiros e Grupamento de Rádio Patrulhamento Aéreo). São Paulo, 2006.

_____. Secretaria de Segurança Pública. **Resolução SSP N.º 133**, de 12 de Setembro de 2014.

_____. Ministério Público de São Paulo. **Ação Civil Pública**. [Dora Martin Strilicherk]. 2 de setembro de 2016.

SÃO PAULO (Município). **SAMU**. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/servicos/emergencia_192/index.php?p=1546>. Acesso em: 04 out. 2016.

SEADE. **O Perfil das Mortes por Acidentes de Transporte no Estado de São Paulo** – 1ª análise. Perfil Demográfico do Estado de São Paulo. São Paulo, 2013.

SILVA, Roberto Lemes da. **O policial militar no atendimento pré-hospital**. Monografia (Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais) – Centro de Estudos Superiores de Segurança da Polícia Militar do Estado de São Paulo, São Paulo, 1984.

SILVA, E.A.C, TIPLLE, A.F.V, SOUZA, J.T., BRASIL, V.V. **Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar**. Ver Eletron Enferm.2010;12(3):571-7.

SOUZA, Murilo de Oliveira. Viagens Aéreas e Responsabilidade Médica. **Revista Portal Médico**. Conselho Federal de Medicina, 2011.

TINTINALLI, J.E. **Emergências Médicas**. 4.ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 1996.

THAME, Antônio Carlos Mendes. **Projeto de Lei 175/11**. Disponível em:<<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/seguranca/194985-telefone-190-podera-ser-adotado-para-todos-os-tipos-de-emergencia.html>>.Acessoem: 20 Out. 2016.

TRUNKEY,D; SLATER,M. **Management of Battle Casualties**. In: MATTOX, K.; FELICIANO, D.; MOORE, E. Trauma. 4thed.New York: MGrav-Hill.2000. p. 211-1227.

TSYBULIAKGN, PAVLENKO EP: **Cause of Death in the Early Post – traumatic Period, VestnKhirlm II Grek**.1975,114 (5):75.

WHO. World Health Organization. **Preventing Injuries and Violence: a Guide for Ministries of Health**. Geneva, 2007.

APÊNDICE A – VISITA AO SISTEMA INTEGRADO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR ENTRE CORPO DE BOMBEIROS E SAMU DE SOROCABA

Visita realizada em 23 de Agosto de 2016, acompanhada pelo Major Miguel Ângelo dos Santos (SubCmtdo Corpo de Bombeiros de Sorocaba) e Capitão Roberto Elias de Souza também pertencente ao Corpo de Bombeiros na Seção de Estado Maior.

As ações realizadas pelo SAMU Regional de Sorocaba contemplam a regulação médica do sistema de urgência dos municípios, como também a regulação dos fluxos de pacientes com agravos à saúde e os fluxos entre os serviços de saúde (transporte inter-hospitalar) no âmbito municipal ou regional (fluxo já pactuado e hierarquizado) além de transporte para procedimentos ou exames pré-agendados no âmbito dos municípios pactuados. Atuam principalmente nas ações de atendimento de urgência pré-hospitalar primário ou secundário (aqueles já atendidos em outra unidade de saúde) como também as coberturas de grandes eventos com serviço de ambulâncias terrestres.

O SAMU 192 Regional de Sorocaba funciona integrado operacionalmente ao serviço de Resgate do Corpo de Bombeiros, conforme protocolo específico em sua regulamentação e de acordo com a Portaria 2.048 para atuação conjunta nos casos de trauma em geral e acidentes. Os protocolos operacionais relacionados ao funcionamento integrado com bombeiros são respeitados sob todos os aspectos, na regulação e na cena do acidente, considerando as prerrogativas e competências de cada profissional. O SAMU 192 regional de Sorocaba, desde março de 2012, faz a regulação dos destinos aos Serviços de Urgências, assim como a regulação solicitada pelo serviço do Corpo de Bombeiros (193). Na avaliação inicial da cena do acidente o bombeiro deverá comunicar o médico regulador para que este defina o prosseguimento ao atendimento, é ele quem deverá fornecer o destino do paciente. Cabe ao médico do SAMU receber o caso passado pelos bombeiros e indicar o serviço mais adequado para tratamento definitivo: um pronto atendimento ou um Hospital. É responsabilidade do médico do SAMU informar o hospital da chegada de pacientes encaminhados pelos bombeiros ou aqueles do SAMU.

O SAMU regional com projeto iniciado no ano de 2012 envolveu inicialmente 12 municípios nas proximidades, sendo que houve a desistência de

quatro municípios ao longo do desenvolvimento dos trabalhos, hoje o SAMU é responsável por oito municípios envolvidos no sistema de cooperação, é um convênio que atende a população de Sorocaba, estimada em 650 mil habitantes e envolvem os municípios de Sorocaba, Araçariguama, Ibiúna, Iperó, Mairinque, Piedade, Pilar do Sul e Votorantim com uma população total atendida de 1.037 habitantes.

O sistema de cooperação entre os municípios é pactuado e sem rateio de custos junto ao comitê gestor do SAMU Regional Sorocaba e as viaturas, embora sejam de um determinado município poderão ser acionadas pelo Médico Regulador para apoio, de acordo com o melhor tempo resposta e a oferta do melhor serviço.

A Central Regional é também uma Central integrada ao 193/COBOM; cabendo, portanto, a equipe de regulação realizar todo o processo regulatório às Unidades de Resgate (UR) do 193, conforme determinação encaminhada a coordenação regional pelo comando do Corpo de Bombeiros.

As solicitações de atendimento pré-hospitalar realizadas pelo número emergencial 193 do Corpo de Bombeiros são atendidas numa Central de Operações do Corpo de Bombeiros, geradas no SIOPM e despachadas por 2 bombeiros presentes na Central de Regulação do SAMU, sendo que, antes de despachar a viatura para atendimento da ocorrência é consultado o médico da regulação para saber qual o melhor recurso a ser oferecido e quem irá atender, viaturas do SAMU ou do Corpo de Bombeiros e ainda qual serviço poderá atender a demanda mais rapidamente, além de proporcionar o melhor recurso.

O modelo apresentado é para despacho de viaturas e atendimento pré-hospitalar na Regional de Sorocaba, as demais ocorrências consideradas próprias de bombeiros são despachadas e reguladas pela própria central de operações do Corpo de Bombeiros e essa Central está em prédio próprio do Bombeiro, sem compartilhamento de espaço físico com a Central de Operações da Polícia Militar ou qualquer outro serviço público.

Para a cidade de Sorocaba existem cinco ambulâncias de suporte básico e uma de suporte avançado além de duas viaturas de resgate do Corpo de Bombeiros. A decisão de envio do melhor recurso e o destino hospitalar cabe ao médico regulador, podendo ser destinado para um dos três prontos-socorros da região, sendo o Hospital Regional de Sorocaba o de maior complexidade,

considerado hospital de referência terciária. Os hospitais da cidade estão em zonas distintas no município, sendo zona norte, zona oeste e zona leste.

A Central de Operações faz ainda a Regulação Médica das ambulâncias classificadas como tipo A, conhecidas na região como “ambulâncias brancas” que atuam nas buscas de casos de baixo risco, transferências simples, transferências inter-hospitalares simples (baixa complexidade), retornos de acamados e transportes para realização em exames em nível municipal ou intermunicipal.

Dos serviços atendidos e prestados daquele SAMU, 75% são transportes inter-hospitalares e 25% atendimentos pré-hospitalar.

Na cidade de Sorocaba existe três postos de bombeiros (PB Cerrado, PB Santa Rosália e PB Éden) com uma unidade de resgate em cada um dos primeiros postos, além de uma base do SAMU com cinco viaturas, existe ainda uma proposta de gestão do SAMU pelo Corpo de bombeiros, sendo que todo o sistema integrado apresentado não está oficializado através de convênio administrativo.

APÊNDICE B – VISITA AO SISTEMA INTEGRADO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR ENTRE O CORPO DE BOMBEIROS E SAMU DA CIDADE DE BELO HORIZONTE

Entrevista realizada no dia 11 de agosto de 2016 com o Capitão do Corpo de Bombeiros Gleber Antonio PENIDO Valle Junior, piloto de helicópteros do Batalhão de Operações aéreas (BOa) e com o Tenente Pedro Doshikazu P. AIHARA, do setor operacional do Corpo de Bombeiros.

O Corpo de Bombeiros de Minas Gerais (CBMMG) adquiriu autonomia desde 1999, quando passou a dispor de estrutura administrativa e financeira própria, através da Lei Complementar Estadual 54 de 13 de dezembro de 1999, onde dispõe a organização básica dos serviços do CBMMG, houve a alteração do nome de Corpo de Bombeiros da Polícia Militar para Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais. O CBMMG mantém uma academia de formação de oficiais e de praças independente da Polícia Militar com aperfeiçoamento do pessoal de acordo com as necessidades da Corporação com cursos e instruções voltados para aprimoramento de sua atividade fim, o que foi significativo após a emancipação, inclusive com vários cursos por EAD. Os cursos e aulas voltados para atividades próprias de Polícia e policiamento diminuíram significativamente no aprendizado do bombeiro.

A base da Corporação do Corpo de Bombeiros tem orientação tipicamente militares e baseadas no preceito da hierarquia e disciplina.

A estrutura Operacional do Corpo de Bombeiros de Minas Gerais é assim definida:

- 1º BBM (Batalhão de Bombeiro Militar) - Belo Horizonte
- PA Centro;
- PA Saudade;
- PA Santa Lúcia;
- PA Carlos Prates;
- PA Busca e Salvamento;
- 2º BBM - Contagem
- 3º BBM - Belo Horizonte
- PA Confins
- PA Venda Nova;

- PA Caiçara;
- PA Vespasiano;
- PA Sabará;
- PA Nova União;-
- PA Ipiranga;
- 4º BBM - Juiz de Fora
- PA Zona Norte
- PA Zona Sul (UFJF)
- 5º BBM - Uberlândia
- 6º BBM - Governador Valadares
- PA Ibituruna;
- 7º BBM - Montes Claros
- 8º BBM - Uberaba
- 9º BBM - Varginha
- 10º BBM - Divinópolis
- 1º CIBM - (Companhia Independente de Bombeiro Militar) - Poços

de Caldas

- 2º CIBM - Barbacena
- 3º CIBM - Ipatinga
- 4º CIBM - Patos de Minas
- BOA - Batalhão de Operações Aéreas - Belo Horizonte
- BEMAD - Batalhão de Emergências Ambientais e Resposta a

Desastres - Belo Horizonte

- COBOM - Centro de Operações de Bombeiros - Belo Horizonte
- CIR - Companhia independente de Resgate - Belo Horizonte
- CAT - Centro de Atividades Técnicas - Belo Horizonte
- COB - Comando Operacional de Bombeiros - Belo Horizonte

(1ºCOB) - Uberlândia (2ºCOB) - Juiz de Fora (3ºCOB) - Montes Claros (4ºCOB) - Governador Valadares (5ºCOB) - Poços de Caldas (6ºCOB).

Na data de 07 de março de 2012 foi celebrado o convenio de cooperação técnica entre o CBMMG e o SAMU para o município de Belo Horizonte com o objetivo de estabelecer diretrizes para regular as ações e coordenação dos atendimentos a ocorrências de urgências e emergências pré-hospitalares na região

de Belo Horizonte e municípios pactuados, buscando melhor qualidade na prestação de socorro às vítimas de urgências e emergências com uma aproximação tecnológica e metodológica visando uma integração operacional no atendimento pré-hospitalar. Com uma estreita colaboração técnica e articulação operacional visando uma melhor resposta no atendimento pré-hospitalar.

Outros objetivos do contrato administrativo de cooperação foram o sinergismo na cooperação e trabalho integrado evitando duplicidade de meios e o compartilhamento de informação operacional entre o COBOM e a Central de Regulação e Despachos do SAMU (conhecida como Centro Integrado de Atendimento e Despacho – CIAD) de forma a aumentar a eficiência e eficácia no atendimento às solicitações de emergência da população, compartilhando os softwares das centrais operativas e permitindo a cada serviço visualizar os dados básicos dos recursos operacionais.

As formas de acionamento para atendimento às emergências tanto pelo SAMU como COBOM mantêm uma intercomunicação eficiente com a escala de um bombeiro militar nas dependências do Centro de Regulação e Despacho do SAMU e acompanhamento on-line das ocorrências tanto na triagem como regulação e despacho, compartilhando a informação entre os serviços evitando duplicidade ou retardo no atendimento.

O acompanhamento das ocorrências no intuito de evitar duplicidades ou retardo de atendimento se dá através de sistemas operacionais de cada instituição e via rádio.

O CBMMG tem 14 postos de bombeiros na capital, sendo que em seis deles com Unidades de Resgate, se considerar a região metropolitana teremos um total de 10 Unidades de Resgate e apoio do suporte avançado aéreo contando com a presença de médico e enfermeiro do SAMU. O SAMU, na região metropolitana tem 19 bases e conta com 21 viaturas básicas e 5 viaturas de suporte avançado terrestre.

O CBMMG disponibiliza ainda suas bases para posicionamento das viaturas do SAMU buscando um melhor posicionamento estratégico operacional para atendimento das ocorrências, possibilitando também, a composição de equipes móveis mistas nas viaturas, tanto do Corpo de Bombeiros como SAMU com

obrigações trabalhistas, tributárias, previdenciárias e afins permanecendo sob responsabilidade do órgão ao qual o profissional estiver vinculado.

Na divisão das ocorrências geradas tanto pelo número de emergência 190 ou o 192, aquelas que envolvam casos clínicos, obstétricos ou psiquiátricos será despachado para atendimento emergencial o SAMU, aquelas que demandem ações de salvamento terrestre, aquático ou altura, bem como produtos perigosos ou ações de combate a incêndio serão atendidas pelo CBMMG, os casos de trauma serão atendidas por ambas as instituições conforme a melhor resposta, os casos de múltiplas vítimas o acionamento será simultâneo de ambos os serviços.

Existe, ainda, um esforço muito grande no compartilhamento de materiais, equipamento e instalações físicas destinadas ao atendimento pré-hospitalar. As premissas estipuladas pela ANVISA para higienização adequada das viaturas foi estabelecido um local para limpeza concorrente a cada atendimento de ocorrência, de acordo com a necessidade, e limpeza terminal a cada cinco dias em uma base do SAMU, serviço este realizado por empresas terceirizadas. Assim como o descarte de materiais contaminados, resíduos sólidos ou outros contaminantes serão descartados em local adequado conforme protocolos de biossegurança.

A qualidade dos serviços prestados é aferida por seminários e reuniões mensais visando aprimorar o funcionamento do sistema de APH daquelas instituições garantindo a eficácia e qualidade dos serviços prestados à população.

Visando proporcionar um tratamento rápido, de alta qualidade, integrado e excelente recurso, foi criado um sistema de despacho compartilhado no CBMMG a fim de se determinar competências e responsabilidade de cada ente envolvido além da integração de comunicações.

Através do convênio entre a Prefeitura de Belo Horizonte e Secretaria de Estado de Defesa Social e de municípios partícipes (Caeté, Ribeirão das Neves, Ouro Preto, Nova Lima e Santa Luzia) houve a aquisição de um helicóptero bi turbina modelo EC 145 para o atendimento de pacientes acidentados em vias públicas ou para transporte inter-hospitalar com uma população beneficiada de aproximadamente 2,4 milhões de habitantes, convenio com características semelhante também realizado e inaugurado um segundo Batalhão de Operações Aéreas em Varginha no mês de junho deste ano para atendimento de ocorrências em municípios vizinhos.

As ocorrências destinadas ao serviço aeromédico é feito uma triagem inicial pela Central de Regulação Médica do SAMU ou COBOM e uma segunda triagem pelo médico tripulante do helicóptero, o empenho da aeronave irá ocorrer principalmente no atendimento de múltiplas vítimas ou pacientes graves na capital ou região metropolitana em equipe composta por piloto, co-piloto, tripulante operacional médico e enfermeiro do SAMU, no local do atendimento é feito a regulação entre médico e Central de Regulação para destinar o paciente ao melhor recurso hospitalar.

APÊNDICE C – VIAGEM DE ESTUDOS AOS CARABINEIROS DO CHILE

“Yo.....

juro por Dios y por esta bandera
servir fielmente los deberes de mi
profesion,
velar por el cumplimiento de las
leyes de la Republica,
guardar y defender la vida de todos
sus habitantes,
rindiendola mia, si fues e necesario,
en defensa Del Orden y de La Patria.”

Juramento dos Carabineiros do Chile, cujo lema da instituição é “Orden y Patria”

Viagem realizada com o grupo de oficiais de polícia, cursando o Curso Superior de Polícia (CSP) no início do mês de agosto de 2016, com o intuito do estudo de “polícias comparadas” analisando experiências de forças policiais estrangeiras.

O objetivo principal deste autor foi conhecer o sistema de recebimento e despacho de viaturas de emergência, principalmente aquelas ligadas ao atendimento pré-hospitalar em ocorrências com envolvimento de vítimas em vias públicas.

Historicamente, os Carabineiros do Chile é uma polícia nascida em 1927, quando o então vice-presidente da república, o Coronel do Exército Dom Carlos Ibáñez do Campo, resolveu unir as polícias municipais ora existentes em um só corpo de polícia. Atualmente subordinada ao Ministério da Defesa, vincula-se administrativamente por meio da Secretaria de Carabineiros e coordena-se para controle da ordem pública com o Ministério do Interior através de seus dirigentes regionais (Intendentes e Governadores).

Os Carabineiros do Chile é uma instituição policial técnica e militar, que integra a força policial pública e existe para dar eficácia ao direito; sua finalidade é garantir e manter a ordem e a segurança pública interna em todo o território da República e cumprir as demais funções dispostas na Constituição e demais leis.

Além disso, se integra com as Forças Armadas na missão de garantir a ordem institucional da República para os 17 milhões de habitantes daquele país.

As missões dos Carabineiros vão desde a Defesa Civil (tal qual os Bombeiros brasileiros, embora por lá exista o bombeiro civil) até a emissão de identidades civis, perícia criminal, investigação, polícia preventiva e ostensiva (montado, de trânsito etc). Para isso, existem três seções, a Seção de Ordem responsável pelo policiamento ostensivo, prevenção e repressão de crimes; a Seção de Segurança responsável pela investigação dos crimes (similar ao que as polícias civis e técnicas fazem no Brasil); e a Seção de Identificação (PDI), responsável pela área de identificação civil.

Toda análise investigativa vai para um banco de dados nacional, assim como todos os dados daqueles penalmente condenados, que ficam armazenados e facilitam o trabalho investigativo, desta forma, é possível alto índice de resolução investigativa de crimes, associado ainda a proximidade de trabalho junto ao Ministério e Promotoria Pública, cabe a estes designar se o trabalho investigativo será realizado pelos Carabineiros ou pela Polícia Civil.

Os Carabineiros possuem ainda uma divisão de polícia judiciária chamada de “Polícia de Investigaciones” (PDI), composta por apenas 15% de seu contingente realizando atividades de investigações.

Por tratar-se de uma polícia de ciclo completo, a distância entre a ação de polícia e a aplicação da lei, minimiza o tempo de aplicação da medida punitiva ao infrator, diminuindo a sensação de impunidade e de baixa eficiência para o transgressor da lei.

Semelhante à nossa polícia, os carabineiros possuem duas carreiras, uma de oficiais e outra de carabineiro similar à carreira de praças. Existindo algumas diferenças importantes no ingresso dos Oficiais Carabineiros, lá é proibido ingressar aquele que é casado ou tenha filhos, se quiser casar-se ou ter filhos, o mesmo é desligado do curso de formação. A idade para admissão é dos 17 aos 23 anos e ao postular o ingresso, além das provas de conhecimentos gerais são exigidos ainda o teste físico, psicológico e a investigação social, a entrevista dos aprovados é realizada pelo oficial Carabineiro e o Diretor da Escola de Formação.

Após a admissão pelo processo seletivo existe uma matrícula de 3.000 reais e um pagamento mensal pelos pais do aluno à escola de 1.000 reais em

valores aproximados, que auxiliam a compra de fardamento e alimentação, roupas de cama, formatura e viagem de estudos ao exterior no final do período de estudos. Caso ocorra o desligamento do curso, voluntário ou por incompatibilidade, existe uma multa de aproximadamente 7.000 reais.

O Carabineiro é uma polícia de ciclo completo, ostensiva, uniformizada, militar, única que atende, investiga e prende. É responsável, pela atuação na área de defesa civil daquele país, garantindo a soberania, ordem pública e respeito às leis daquele país.

O número de emergência dos Carabineiros é 133, cuja ligação é direcionada às Centrais de Comunicações (CENCO), existem ainda outros números de atendimento emergencial, tais como 132 para solicitação de bombeiros ou naquelas pequenas cidades o quartel mais próximo, o 131 liga ao serviço de ambulância (SAMU), o 134 é o número da Polícia de Investigações, o 139 serviço de informações, o 147 serviço de emergência infantil e 149 violência doméstica.

O regime de horário de trabalho dos Carabineiros é de 8 horas de trabalho com 24 horas de descanso, seis folgas de trabalho anual e 15 dias de férias ao ano.

Como impressão pessoal que obtive foi o grande respeito dos cidadãos pelos Carabineiros, além da admiração pelas crianças que geralmente param para cumprimentá-los, estendendo as mãos, fato repetido e observado no centro da capital chilena. Conversando ainda com cidadãos chilenos no qual foi abordado o assunto Carabineiros a estes estão associados à palavra incorruptibilidade.

São cinco Centrais de Comunicações totalmente integradas para atendimento às solicitações de emergência aos Carabineiros em todo o Chile, nas Centrais trabalham Carabineiros (em sua grande maioria), recontratados (Carabineiros já aposentados) e funcionários civis que além do recebimento das chamadas consideradas próprias, existe ainda uma central de monitoramento de bancos, empresas privadas e domicílios que contribuem com uma quantia semestral e se ocorrer o acionamento de alarmes, pagam o deslocamento da equipe ao local dos fatos.

Em Santiago, a central de monitoramento dos Carabineiros conta com aproximadamente 2.500 câmeras posicionadas em ruas, praças, rodovias, grandes

avenidas e metrô abrangendo uma população de aproximadamente 7.5 milhões de habitantes.

Nas ocorrências de acidente de trânsito envolvendo vítimas, a primeira viatura a ser despachada e chegar ao local é a viatura dos Carabineiros que analisa a cena do acidente, a princípio considerado cena de crime, se necessário, solicita ambulância do SAMU ou a ambulância dos Carabineiros dependendo da proximidade da ocorrência, ou ainda, se não houver gravidade nos ferimentos socorre a vítima ao hospital.

A viatura do SAMU poderá atender diretamente o acidente, caso a chamada seja pelo número de emergência 131, sempre com atenção à cena do crime que deverá ser preservada, mas na grande maioria das vezes já está no local uma viatura dos Carabineiros. A viatura do SAMU é despachada após a regulação da chamada que é atendida por paramédicos, profissionais reanimadores ou médicos, em sistema de despacho semelhante ao existente em São Paulo, onde as solicitações são classificadas conforme a gravidade e despachado o melhor recurso de acordo com a necessidade de cada solicitação.

Ainda, em visita ao Departamento de Direitos Humanos dos Carabineros (DDHCC), criado em 2011, que conta com diretrizes da aplicação dos princípios consagrados pelo Direito Internacional dos Direitos Humanos (DIDH), informes anuais dos programas de capacitação em DIDH, seminários referentes à abordagem e ao tratamento apropriado de manifestantes, mulheres, indígenas, entre outros. Seus protocolos para a Manutenção da Ordem Pública (PMOP) detalham e relacionam os procedimentos de resguardo do direito à livre manifestação, restabelecimento da ordem pública, desalojamentos e procedimento com infratores aos artigos relevantes do Código de Conduta para os Funcionários Responsáveis pela Aplicação da Lei (CC-FRAL, 1979) e aos Princípios Básicos sobre o Uso da Força e Armas de Fogo pelos Funcionários Responsáveis pela Aplicação da Lei (PBUFAF-FRAL, 1990), da ONU. O arquivo “Carabineros e Direitos Humanos” reforça seu compromisso com os princípios da “legalidade, necessidade e proporcionalidade” na aplicação da lei, com a segurança dos órgãos de imprensa em manifestações, e, inclusive, com a promoção de uma cultura de direitos humanos no Chile.

Os Carabineiros enfrentam problemas de racismo e discriminação, fruto de intensa imigração nos últimos anos (principalmente haitianos) e conflito de populações indígenas (mapuches), que estão constantemente envolvidos em disputas de terra com as forças de segurança no interior do país.

ANEXO A – AÇÃO CIVIL PÚBLICA

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DR. JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA DA FAZENDA PÚBLICA DA COMARCA DA CAPITAL/SP.

O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, por meio da 3ª Promotora de Justiça da Promotoria de Direitos Humanos - Área da Saúde Pública, ao final assinada, com fundamento nos artigos 1º, inciso III, 3º, 5º, “caput” e § 2º, 6º, 127, “caput”, 129, incisos II e III, artigos 196, 197 e 198, da Constituição Federal, artigos 217 e 219 da Constituição do Estado de São Paulo; artigos 1º, “caput” e 103, incisos I, VII, “a” e VIII, da Lei Complementar Estadual nº 734/93 (Lei Orgânica do Ministério Público do Estado de São Paulo); artigos 1º, inciso IV, 5º, “caput”, 12 e 21, da Lei Federal nº 7.347/85 (Lei da Ação Civil Pública), artigos 2º, “caput”, 4º, 5º e 6º da Lei nº 8.080/90 e artigo 2º, “caput”, e o seu parágrafo 1º, da Lei Complementar Estadual nº 791/95, vem ajuizar a presente

AÇÃO CIVIL PÚBLICA

COM PEDIDO DE TUTELA CAUTELAR,

em face do ESTADO DE SÃO PAULO, que deverá ser citado na pessoa do Excelentíssimo Sr. Procurador Geral do Estado, em seu Gabinete, situado na Rua Pamplona, 227, 17º Andar, nesta Capital, pelos motivos de fato e de direito a seguir expostos.

I. DOS FATOS

1. A Promotoria de Justiça de Saúde da Capital recebeu reclamações de usuários do Sistema Único de Saúde quanto ao serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência do município de São Paulo (SAMU), solicitando providências quanto à demora no atendimento e também quanto ao não atendimento aos chamados (doc. 02).

No mês de novembro de 2014, para averiguar a regularidade/eficiência dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência na cidade de São Paulo, SAMU e Resgate, instauramos o Inquérito Civil de número 254/2014, realizando, a partir de então, visitas e questionamentos às Secretarias Municipal e Estadual de Saúde e ao Corpo de Bombeiros quanto à operacionalização e custeio de ambos os serviços (doc. 01).

Qualquer morador da cidade de São Paulo pode solicitar os serviços do SAMU ou do Resgate pelos números 192 e 193, vinculados a centrais telefônicas distintas. O atendimento inicial é efetuado por teleoperadores, devidamente treinados, que identificam o solicitante, sua localização, o tipo de chamado (mera orientação verbal, indicação de outro serviço ou necessidade de socorro), efetuando, no caso de necessidade de atendimento, perguntas iniciais de “Protocolos de atendimento de urgência”, encaminhando as ocorrências que devem ser atendidas para a Regulação, também chamada de despacho. No despacho do SAMU, médicos reguladores efetuam a classificação da ocorrência conforme a gravidade/necessidade de prioridade das emergências médicas, em grau crescente, em Alfa (A), Bravo (B), Charlie (C), Delta (D) e Echo (E),

determinando e coordenando a ordem de atendimento e intercorrências de 1 a 4.

Na visita à central de operação do SAMU, no dia 19 de maio de 2015, na companhia do Conselho Regional de Medicina, constatamos que (doc. 03):

a) Após a triagem telefônica inicial, verificada a necessidade de envio de viatura e identificada a região da cidade, a ocorrência aberta é enviada para uma das seis Coordenadorias, Centro, Oeste, Norte, Leste, Sudeste e Sul, cada qual coordenada por um médico regulador;

b) Nas telas de todas as coordenadorias, já classificadas pelo grau de urgência, havia número significativo de ocorrências abertas em espera, mormente de casos crônicos; como exemplo, na tela do despacho da Coordenadoria Leste, uma senhora de 81 anos, com problemas cardíacos e respiratórios, aguardava há 56 minutos a chegada da ambulância; ante as ocorrências em espera, nos foi explicado pelos médicos que, em decorrência de problemas materiais e de recursos humanos, o setor de regulação é obrigado a fazer triagem e dar prioridade ao atendimento aos casos de urgência/emergência com perigo de morte, não restando recursos para atender casos importantes, mas sem aparente perigo iminente de morte, das categorias Charlie, Bravo e Alfa (quadros clínicos agudizados: cardíacos, diabéticos com crises renais, problemas respiratórios, deficientes físicos lesionados, quedas, saúde mental, pacientes em situação de rua - doc. 02);

c) Na data da visita, apesar de inúmeras ocorrências estarem aguardando atendimento, das 225 ambulâncias da frota do SAMU, somente

se encontravam em operação 110, pois não havia recursos humanos para operacionalizá-las;

d) Constatamos duplicidades de ligações e também de deslocamento entre SAMU e Resgate pela falta de comunicação entre ambos, esclarecendo os médicos reguladores do SAMU que o quadro é composto por 102 médicos e que seria conveniente a interação entre as duas centrais de atendimento (SAMU e Resgate).

No dia 26 de maio de 2015, em visita à Regulação das emergências do Resgate, serviço 193, do Corpo de Bombeiros, constatamos realidade totalmente distinta da verificada no SAMU (doc. 04):

a) A triagem telefônica inicial é efetuada pelo COBOM, que recebe as ligações para o 190 e 193, numa média diária de 8 a 10 mil ligações, atendendo, além do Município de São Paulo, os municípios da grande São Paulo (ABC, Osasco, Mogi das Cruzes) e também do entorno (Poá, Suzano, Ferraz de Vasconcelos, Itaquaquecetuba, Arujá, Guarulhos e Mairiporã);

b) As ocorrências são redistribuídas para a Regulação, organizada em 08 grupamentos dos bombeiros, quatro deles exclusivos para atendimento dos casos da Capital (regiões norte, sul, leste e oeste) e os demais distribuídos nas regiões da Grande São Paulo (ABC, Guarulhos, Mogi das Cruzes e Barueri), sendo que cada grupamento, por sua vez, é subdividido em 12 sedes do Corpo de Bombeiros, encaminhando-se, sucessivamente, as ocorrências para as sedes mais próximas do acidente;

c) Nas diferentes mesas que gerenciavam os 08 grupamentos de bombeiros acima declinados, constatamos que não havia ocorrências em espera de atendimento, situação que nos causou perplexidade ante a extensão do território de São Paulo, o número de ligações recebidas e a comparação imediata que efetuamos com o quadro de espera visualizado na Regulação do SAMU. O médico regulador e oficiais que trabalhavam no local esclareceram que para todo o serviço de Regulação do Resgate (os 08 grupamentos) são repassados, em média, 700/800 casos diários, isto é, menos de 10% dos chamados recebidos pelo COBOM; que o Resgate conta com 50 (cinquenta) viaturas e apenas 05 médicos; que o maior número de atendimentos da Regulação é oriundo da Capital; e que os casos de

duplicidade de chamados com o SAMU são comuns, cada serviço envia um médico para o mesmo local, prejudicando o atendimento de outra ocorrência;

2. Tendo em vista que o não atendimento de inúmeras ocorrências pelo SAMU constitui-se em flagrante ofensa a direito social (direito à saúde) garantido pela Constituição Federal e que o financiamento do Sistema Único de Saúde é tripartite, rezando a legislação que o custeio do SAMU é de 50% pela União, 25% pelo Estado e 25% pelo Município, solicitamos informações à Prefeitura Municipal de São Paulo, ao Corpo de Bombeiros e ao Governo do Estado quanto aos problemas enfrentados pelo pacientes (tempo de atendimento, casos não atendidos, número insuficiente de viaturas e de equipes) e financiamento do SAMU, bem como custos do Resgate para prestação do serviço somente na cidade de São Paulo.

2.a. Dados fidedignos do período de julho de 2014 a junho de 2016, oriundos do próprio Sistema Operacional do SAMU e do DATASUS, que apontam o recebimento pelo SAMU, em média, de 5000 ligações dia (doc. 05), confirmam que o tempo de atendimento até a chegada da viatura ao local e o percentual de ocorrências não atendidas vêm aumentando, impedindo ao morador da cidade de São Paulo a dignidade no atendimento e o acesso rápido ao sistema de saúde num momento de dor física, com riscos de sérios agravamentos à saúde dos pacientes:

[...] Dos dados da tabela a seguir resta claro que o percentual de ocorrências abertas, mas não atendidas, vem aumentando: em janeiro de 2015, esse percentual foi de 27,9%, ao passo que, em maio de 2016, atingiu o patamar inaceitável de 41% (doc. 07).

1 Tempo médio de atendimento: lapso temporal do recebimento da ligação ao atendimento do paciente no local chamado.

[...] razoável em relação à situação que justifica a sua existência, isto é, uma urgência médica, bem como estar deixando de atender cerca de 40% das ocorrências, o Município de São Paulo, pela Coordenadoria, aduziu:

a) Que para a redução do tempo de atendimento seriam necessários, no mínimo, mais 50 viaturas e 750 servidores, pois a carência da frota e de recursos humanos (enfermeiros, médicos e motoristas), agravada pela extensão do território da cidade de São Paulo, são obstáculos à prestação eficiente de serviço de saúde de urgência, não obstante os esforços e investimentos do Município no SAMU (doc. 08);

b) Que não há repasse algum do Estado para o Município na operacionalização do serviço SAMU, como comprovam as fontes de receita da Execução Orçamentária do Serviço, na qual ainda não está inserido o maior gasto do serviço, que são os recursos humanos (doc. 09);

c) Que o Município, via contratação direta, custeia para o Corpo de Bombeiros do Município de São Paulo e suas unidades: manutenção e fornecimento de peças de 66 viaturas de combate a incêndio; serviços para manutenção preventiva e corretiva das viaturas das unidades de Resgate; serviço de limpeza para os quartéis; fornecimento, preparo e distribuição de alimentos ao efetivo operacional; prestação de serviços de manutenção em central privada de comutação telefônica; serviço de abastecimento de combustível; serviço de locação de purificadores de água para as unidades; fornecimento de gás liquefeito de petróleo; serviços de manutenção e peças para os 05 (cinco) elevadores instalados no prédio do CCB/CBM/CBI; e prestação de serviço de telefonia móvel pessoal, com 54 unidades para o Corpo de Bombeiros (contratos em plena vigência, publicados no Site da Transparência do Município de São Paulo - doc. 10). Os repasses são efetuados de forma global para o Corpo de Bombeiros, sem individualização do montante destinado ao Resgate; e

d) Que, não obstante o padrão de qualidade do serviço prestado pelo Resgate, os casos de trauma também são triados e atendidos pelo SAMU, pois o corpo de recursos humanos do Corpo de Bombeiros teria dificuldades em assumir sozinho todos os casos de trauma da cidade.

2.b. Quanto ao atendimento prestado pelo Resgate, a Coordenadoria Operacional do Corpo de Bombeiros esclareceu que, com fundamento na Lei Complementar nº 5963/13, artigo 1º, o Resgate é responsável pelo atendimento a acidentados em situações que envolvam traumas físicos (acidentes de trânsito com vítima, afogamentos, tentativas de homicídio e suicídio, choques elétrico). As demais emergências, elencadas no artigo 2º, do mesmo diploma legal (casos clínicos em geral, partos de emergência, intoxicações e casos psiquiátricos) são de responsabilidade do serviço municipal de atendimento a emergências médicas, atuando o serviço de Resgate, excepcionalmente, a critério do Oficial que recebe as chamadas telefônicas iniciais e despacho regulador (artigo 3º, da mesma Lei).

As informações foram confirmadas pelas declarações dos senhores Cassio Roberto Armani e Max Mena, respectivamente, Coronel PM Subcomandante e Tenente Coronel PM do Corpo de Bombeiros, no sentido de que o Resgate tem por principal função o salvamento em situações que envolvem trauma; que dos chamados telefônicos ao número 193, são encaminhados ao despacho do Resgate cerca de 10%; 26% dos chamados são direcionados para outros serviços e o percentual restante são trotes; que as tentativas de integração dos serviços 192 e 193 não haviam sido bem sucedidas, embora somente vislumbrassem vantagens em eventual Convênio, pois obstaria a duplicidade de atendimentos e melhoraria o total do atendimento de urgência pré-hospitalar (doc. 11)

2.c. Quanto ao financiamento do serviço Resgate, o Departamento de Finanças e Patrimônio do Corpo de Bombeiros esclareceu que (doc. 12):

a) O serviço constitui o Sistema Único de Saúde e o seu financiamento se dá pelos três entes da Federação, União, Estado e Município;

b) Que tendo em vista a vinculação do Corpo de Bombeiros à Secretaria de Estado dos Negócios da Segurança Pública, os repasses da União para o serviço Resgate, como nas demais atividades do sistema SUS, se dá do Fundo Nacional para o Fundo Estadual de Saúde, sendo da competência da Secretaria Estadual de Saúde, através da Diretoria Regional de Saúde I (DRS -1), gerir os repasses e prover os recursos necessários ao desenvolvimento do atendimento pré-hospitalar (Resolução Conjunta SS/SSP- 42, artigo 2º, inciso I, alínea B);

c) Que o Sistema de Resgate a acidentados do Corpo de Bombeiros recebe repasses da União, por paciente atendido, à razão de 19,81 por atendimento de suporte básico à vida (SBV) e 29,73 por atendimento de suporte avançado à vida (SAV), sendo que o Corpo de Bombeiros informa mensalmente à DRS-I, por meio de aplicativo que compõe o Sistema de Informações ambulatoriais do SUS (SIS/SUS), a quantidade de ocorrências, gerando, assim, os recursos provenientes da União;

d) Que o Financiamento Estadual é realizado com recursos do Tesouro do Estado;

e) Que o financiamento municipal está amparado por convênios firmados entre o Estado de São Paulo e os Municípios em que são prestados os serviços de bombeiros latu sensu, sem recurso específico ao Sistema de Resgate, com supedâneo na Lei nº 684/1975, cujo artigo 2º, inciso II, prevê que os Municípios

devem assumir a aquisição de combustíveis/ lubrificantes; serviços de manutenção em geral; aquisição e manutenção do material necessário à limpeza do alojamento e da administração; e fornecimento da alimentação às escalas de prontidão.

f) Que os repasses dos três entes federativos são encaminhados para a UGE 18199 - Administração do Corpo de Bombeiros, de forma global, que os distribui, como órgão estadual, para todos os 21 Grupamentos de Bombeiros do Estado, que possuem unidades operacionais em 645 municípios, sem contabilização individualizada por Município;

g) Que, no atual sistema de repasses, não é possível individualizar o custo do serviço de resgate a acidentados por município;

h) Que, apesar da manutenção das viaturas do Corpo de Bombeiros ter lastro em Convênio firmado entre a Prefeitura Municipal de São Paulo e o Estado de São Paulo (Convênio nº GSSSP/ATP- 022/09), não é possível discriminar qual o valor despendido para o Resgate, pois a dotação orçamentária para manutenção e abastecimento de viaturas se aplica a toda a frota e não somente aos veículos utilizados pelo Resgate.

3. A Secretaria Estadual de Saúde, por sua vez, ao ser questionada sobre o financiamento do SAMU e prejuízo ao atendimento por falta de recursos, limitou-se a asseverar que a União, quando da criação do SAMU, desconsiderou a necessidade de discussão do co-financiamento, pois alguns Estados já possuíam serviços pré-hospitalares, tal qual o Estado de São Paulo, com o Resgate.

No tocante aos problemas de espera e não atendimento de vários pacientes que ligavam para o SAMU, asseverou meramente que a Secretaria Municipal de Saúde é “o órgão apropriado para prestar esclarecimentos sobre a demanda do serviço e seus problemas” (doc. 13).

4. Ante o evidente prejuízo ao atendimento do paciente que precisa da ação estatal para urgências/emergências móveis pré-hospitalares, passamos a acompanhar a tentativa de integração dos dois serviços, desde o mês de setembro de 2015, inclusive realizando reunião na Promotoria de Justiça, no dia 06 de abril de 2016 (doc. 14 A/C).

Transcorridos quatro meses da reunião, o Coordenador do SAMU informou que não houve avanços na negociação (doc. 15), ao passo que a

Secretaria Estadual sequer respondeu aos nossos ofícios quanto aos avanços obtidos (doc. 16).

5. Da conclusão dos fatos:

Do apurado pela Promotoria de Saúde não pairam dúvidas que o serviço de atendimento médico pré-hospitalar de urgência oferecido na cidade de São Paulo está aquém das necessidades de atendimento da população e que o Município de São Paulo, devido à carência de disponibilidade orçamentária para melhoria dos recursos humanos e materiais do SAMU, não pode e não tem condições de custear o serviço sem a contrapartida legal do Estado de São Paulo.

Cumprir consignar que, enquanto o Resgate é co-financiado pelos três entes da Federação, o SAMU somente está sendo custeado pela União e Município. Evidente, portanto, o desequilíbrio do investimento no serviço médico pré-hospitalar de urgência entre os dois entes, Estado e Município, em claro prejuízo à cidade com maior população do país.

Mais, enquanto o Município de São Paulo consegue demonstrar, contabilmente, todos os gastos efetuados com o SAMU e também com o Corpo de Bombeiros, o Estado de São Paulo não consegue individualizar os gastos efetuados com o Resgate na cidade de São Paulo, pois todos os recursos são destinados ao Corpo de Bombeiros, que os distribui por todo o Estado. Todavia, interesses políticos e administrativos não podem se sobrepor à racionalidade dos custos e à transparência dos serviços prestados.

A excelência do serviço do Resgate e o apreço que a população dispensa ao Corpo de Bombeiros não são questionados neste feito, mas, sim, que o Resgate, ao atender prioritariamente os traumas, não presta serviço suficiente para atendimento das necessidades médicas pré-hospitalares de urgência e não se constitui em justificativa legal para autorizar o Estado de São Paulo a ignorar as ocorrências não atendidas pelo SAMU na cidade de São Paulo.

Registre-se, ainda, que o número de atendimentos aéreos realizados pelo Resgate, embora relevantes, em geral não atingem a média de um por dia e, portanto, também não dão guarida à alegação do Estado de São Paulo de que somente com o Resgate está cumprindo a sua obrigação legal na garantia de Direito Fundamental.

[...] Nessa esteira, o quadro abaixo, com dados dos atendimentos prestados pelo SAMU (doc. 17 A/B/C/D/E/F/G) e Resgate (doc. 18) na semana em que a Promotoria visitou os serviços, confirma que o SAMU precisa de investimento, pois, ao abrir ocorrências de traumas e também de casos clínicos agudizados, apesar de atender a um percentual de ocorrências aproximadamente 27% superior às atendidas pelo Resgate, ainda deixa de atender 40 % das ocorrências abertas³.

3 Os dados fornecidos pelo Corpo de Bombeiros no atendimento do Resgate na cidade de São Paulo não refletem, com rigor técnico, a realidade da prestação do serviço, pois o órgão não possui sistema operacional que aponte, com precisão, o número de ligações, ocorrências abertas, ocorrências efetivamente atendidas com viatura ou não atendidas somente na cidade de São Paulo, porquanto o sistema é global, tal qual o financiamento. Por sua vez, o sistema operacional do SAMU fornece, com precisão, os dados do número de ligações, tipo e ocorrências atendidas e não atendidas, tempo e motivos do não atendimento, e identificação dos pacientes não atendidos (doc. 17 A/B/C/D/E/F/G).

[...] Por fim, observe-se que a duplicidade de ocorrências e redundância de despachos entre o SAMU e o Resgate, no mesmo período, foram no número de 10 (doc. 17 A/B/C/D/E/F/G).

II - DO DIREITO

A Constituição Federal de 1988, nos artigos 6º e 197, reza que a Saúde é Direito Social Fundamental e de relevância pública, isto é, as ações e serviços de saúde revestem-se de essencialidade não compatível com a discricionariedade administrativa/ política do Poder Público, que revele o comprometimento da eficácia de direito social que resguarda bem maior, a vida.

Estabelecido pela nossa Carta Magna que o Sistema Único de Saúde, orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, é integrado por ações e serviços públicos de saúde que fazem parte de uma rede regionalizada e hierarquizada (artigo 198), com financiamento tripartite pelos recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, é de palmar evidência que nenhum dos referidos entes pode se furtar ao cumprimento do Texto Constitucional ou às determinações legais regradoras do SUS.

Regulamentadas as disposições Constitucionais do direito social à saúde pela Lei federal nº 8080/90, reafirmando-se que todas as ações e serviços de saúde fazem parte do Sistema Único de Saúde (artigo 4º, da mesma Lei) e seguem as mesmas regras de financiamento tripartite, o Ministério da Saúde, pela edição de sucessivas Portarias, passou a disciplinar a operacionalização e financiamento de vários serviços de saúde, dentre eles o SAMU.

O SAMU (serviço de atendimento móvel de urgência na modalidade pré-hospitalar móvel) está inserido na Política Nacional de atenção às urgências e emergências, constituindo-se como um serviço de saúde essencial que tem por missão “salvar vidas”.

As diretrizes legais de operacionalização e financiamento do SAMU estão definidas na Portaria MS 1010/2012, de 21 de maio de 2012, que dispõe, expressamente, que:

Art. 40. As despesas de custeio mensal do componente SAMU 192 são de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, na seguinte proporção:

- I - União: 50% (cinquenta por cento) da despesa;
- II - Estado: no mínimo, 25% (vinte e cinco por cento) da despesa; e
- III - Município: no máximo, 25% (vinte e cinco por cento) da despesa.

Parágrafo único. A complementação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio mensal do Componente SAMU 192 é de responsabilidade conjunta dos Estados e dos Municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva CIB.

Destarte, do cotejo entre as normas constitucionais de saúde, os instrumentos legais que a regulamentaram e os fatos declinados nesta exordial, é incontestável que o Governo do Estado de São Paulo está infringindo a Constituição Federal ao não participar do custeio do SAMU e negar sua co-responsabilidade na deficiência do serviço prestado pelo SAMU a inúmeros pacientes.

Ao revés da crença esposada pela Administração Estadual, o ordenamento jurídico não a autoriza a se omitir no custeio do SAMU e tampouco negligenciar as vidas de milhares de cidadãos que ficam no aguardo de um pedido de socorro, que nunca será atendido.

Restou demonstrado que, por ausência de recursos financeiros, que impedem investimentos necessários em recursos humanos e materiais, mais de 40 % das ocorrências mensais abertas pelo SAMU não são atendidas, justificando-se, assim, a insatisfação do cidadão que precisa do serviço.

A extensão da cidade de São Paulo e os problemas do território, como os acidentes de trânsito, a violência urbana, a drogadição e o aumento de doenças crônicas e psiquiátricas pelo envelhecimento da população, exigem um serviço de atendimento móvel pré-hospitalar eficiente e com respostas rápidas, incompatível com a “opção administrativa” que o Governo do Estado de São Paulo insiste em defender. Opção administrativa isolada, na contramão da garantia do Direito à saúde, pois, na Federação, somente o Estado de São Paulo e o de Rondônia ainda não participam do co-financiamento do SAMU.

Atente-se que a justificativa da operacionalização do Resgate pela Fazenda Estadual não elide a responsabilidade constitucional de compartilhamento das despesas de custeio do SAMU pelo Estado de São Paulo, pois o Município de São Paulo também contribui com o custeio do Resgate, que é financiado pelos três entes.

O Estado de São Paulo, ao não financiar o SAMU, está comprometendo a eficácia de direito social que resguarda a vida, a saúde, bem como nega atendimento com eficiência à população da cidade de São Paulo num momento de dor física e emergência, em total afronta à dignidade humana e ao texto constitucional.

III - DO PEDIDO CAUTELAR

Por todo o exposto, constata-se estarem presentes os elementos que autorizam a concessão da tutela de urgência, nos termos do art. 300, do Código de Processo Civil de 2015.

Conforme acima descrito, ao longo do Inquérito Civil nº 254/2014 ficou claro que a ausência de recursos financeiros, que obsta a contratação de pessoal e a compra de equipamento, impossibilita que o SAMU atenda às milhares de ocorrências abertas diariamente, restando inúmeros chamados sem atendimento, o que coloca em risco a vida e a dignidade da população.

Do mesmo modo, restou evidenciado que essa situação decorre do fato do Estado de São Paulo recusar-se a contribuir para o financiamento do SAMU,

comprometendo a efetivação do direito social à saúde e à vida digna e violando as normativas constitucionais e legais que regulamentam o tema e prescrevem o compartilhamento do custeio do serviço pela União, Estado e Município.

Assim sendo, tem-se que o farto conjunto probatório apresentado não deixa dúvidas quanto à probabilidade do direito. Por outro lado, o perigo de dano também é inquestionável, afinal, como acima exposto, mais de 40% das ocorrências mensais abertas pelo SAMU não são atendidas, deixando milhares de cidadãos, em situação de dor e risco de vida, à espera de um socorro que nunca virá.

Destarte, forçoso reconhecer que estão cumpridos os requisitos para a concessão da tutela cautelar.

Tendo isso em vista e considerando que, enquanto o Estado de São Paulo não cumprir com a sua obrigação de participar do financiamento do SAMU, a melhor forma de ampliar o atendimento e diminuir os chamados não atendidos é a interação dos sistemas, requer-se a concessão da tutela provisória de urgência com o fim de determinar ao Estado de São Paulo que proceda à interação do SAMU e do Resgaste, pois, embora tal medida não resolva o problema, com a visualização simultânea dos recursos humanos e materiais disponíveis e das ocorrências abertas pelas duas centrais de atendimento, evitaremos a duplicidade de chamados, racionalizando a utilização dos recursos existentes no território, obstando a ociosidade de um dos serviços, enquanto o outro possui ocorrências em aberto.

IV - DO PEDIDO FINAL

Diante do exposto, requer-se:

(i) A citação do réu, para, querendo, contestar no prazo legal a presente ação, sob pena de suportar os efeitos da revelia (art. 344 do CPC/15);

(ii) Ao final, a condenação do Estado de São Paulo à obrigação de fazer consistente em contribuir com o financiamento do SAMU, em cumprimento ao que prevê a Constituição Federal e a legislação infraconstitucional de regência, em especial, a Portaria MS 1010/2012.

Requer-se, ainda:

(iv) Que as intimações do Ministério Público sejam realizadas pessoalmente, na forma da lei;

(v) Comprovar o alegado pela produção de todo o gênero de provas admitidas em Direito, sem exceção, e, em especial, oitiva de testemunhas que serão

oportunamente arroladas, juntada de novos documentos, realização de perícias e inspeções judiciais;

(vi) Dispensa do pagamento de custas, emolumentos e outros encargos, desde logo, à vista do disposto no art. 18 da Lei n. 7.347/85;

Dá-se à causa o valor de R\$ 1.000,00 (um mil reais) para efeitos fiscais.

Termos em que,

Pedem deferimento.

São Paulo, 2 de setembro de 2016.

Dora Martin Strilicherk

Promotora de Justiça.