



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**SERVIÇOS DE ATENDIMENTOS PRÉ-HOSPITALARES SAMU E**  
**BOMBEIROS: MISSÃO E DIFERENCIAÇÃO NA ATUAÇÃO**

**THIAGO COELHO RIBEIRO**

**FORTALEZA/CE**

**2019.1**

THIAGO COELHO RIBEIRO

SERVIÇOS DE ATENDIMENTOS PRÉ-HOSPITALARES SAMU E BOMBEIROS:  
MISSÃO E DIFERENCIAÇÃO NA ATUAÇÃO

Projeto de pesquisa apresentado à coordenação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará-UFC, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

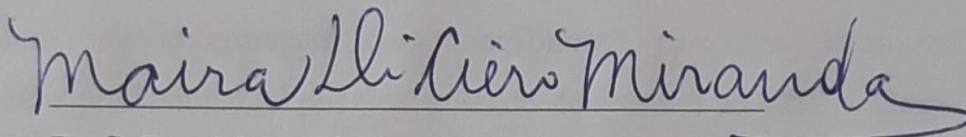
Orientação: Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>a</sup> Maira Di Ciero Miranda.

FORTALEZA/CE

2019.1

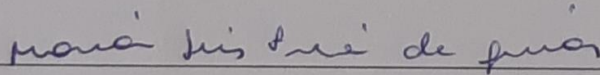
## FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **SERVIÇOS DE ATENDIMENTOS PRÉ-HOSPITALARES SAMU E BOMBEIROS: MISSÃO E DIFERENCIAÇÃO NA ATUAÇÃO** de autoria do acadêmico **THIAGO COELHO RIBEIRO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** na graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC.



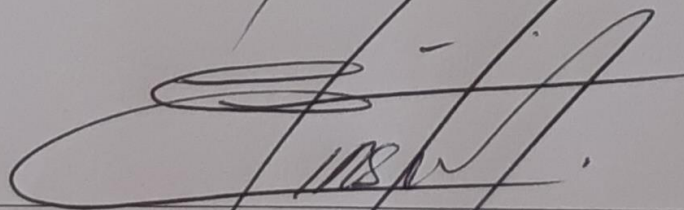
Profª. Dra. Maira Di Ciero Miranda (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará (UFC)



Profª. Dra. Maria Isis Freire de Aguiar

Universidade Federal do Ceará (UFC)



Tenente Coronel Albert Einstein Lima Arruda

Comandante da unidade GSU do CBMCE

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, pela vida e por me oferecer a saúde necessária para desempenhar minha atividade profissional de Bombeiro Militar, missão das mais nobres e reconhecidamente como uma das mais confiáveis e respeitadas dentro da sociedade civil brasileira e mundial. Gratificar também a experiência ímpar em ingressar no curso de Enfermagem da UFC, um privilégio de poucos acadêmicos. Não posso deixar de mencionar e reconhecer os meus familiares, em especial, ao meu patriarca (**Sr. Ribeiro**) e meus amados irmãos (**Demetrius Ribeiro e Ribeiro Filho**). Aos meus seletos amigos que me acompanharam durante toda essa árdua e lisongeadada trajetória acadêmica. E aos meus professores, em especial minha solícita orientadora **Dra. Maira Di Ciero Miranda**, do curso de enfermagem que contribuíram para meu enriquecimento intelectual, pessoal e profissional. E por fim, gostaria de remeter ao **GSU – Grupamento de Socorro de Urgência do CBMCE**, aonde desabrochou o meu interesse pela área de saúde e especificamente ao Atendimento Pré-Hospitalar. Grato por tudo e por todos.

## RESUMO

**Introdução:** Os serviços de urgência e emergência móvel no Brasil surgiram em virtude da necessidade moderna de se criar um atendimento que abrangesse as causas clínicas e causas externas, principalmente aquelas traumáticas decorrentes pelo crescimento exponencial das grandes cidades brasileiras. Esses serviços de relevância são prestados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Corpo de Bombeiros Militares que possuem atribuições diferenciadas e complementares. **Objetivo:** Compreender a funcionalidade do processo de trabalho entre o Corpo de Bombeiros Militar do Ceará (CBMCE) e SAMU na perspectiva de atuação dos serviços de atendimento pré-hospitalares (APH). **Metodologia:** Esse estudo foi realizado por meio de uma pesquisa bibliográfica de caráter exploratório. Desta revisão de literatura emergiram: Histórico do atendimento pré-hospitalar no Ceará, Brasil e no mundo; Modelos francês e norte-americano de atendimento; Regulação médica brasileira; Causas externas: 2ª causa de mortes no Brasil; Histórico do CBMCE, SOS Fortaleza e SAMU Fortaleza; Base legal de APH; Programa Nacional de Urgências e Emergências; Atribuições CBMCE e SAMU; Centrais de regulação: CIOPS e CURM; Comunicação: Código S e Código Q. **Conclusão:** Os resultados mostraram que apesar dos avanços no setor de saúde no APH, ainda persistem falhas no sistema e que ainda há espaço para melhorar o planejamento das ações integradas entre os principais órgãos do serviço (CB e SAMU). Portanto, ainda cabe um aperfeiçoamento administrativo de modo a alcançar uma melhor integração entre esses serviços de atendimento pré-hospitalar.

**Descritores:** Bombeiros; Serviços médicos de emergência; Socorro de urgência.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Emergency and mobile emergency services in Brazil arose because of the modern need to create care that covered the clinical causes and external causes, especially those traumatic resulting from the exponential growth of large Brazilian cities. These services of relevance are provided by Emergency Mobile Care Service (SAMU) and Military Fire Brigades that have differentiated and complementary assignments.

**Objective:** To understand the functionality of the work process between the Ceara Military Fire Department (CBMCE) and SAMU in the performance perspective of the APH services.

**Methodology:** This study will be carried out through an exploratory bibliographic research. From this literature review emerged: History of pre-hospital care in Ceará, Brazil and worldwide; French and North American service models; Brazilian medical regulation; External causes: 2nd cause of death in Brazil; History of CBMCE, SOS Fortaleza and SAMU Fortaleza; Legal basis of APH; National Emergency and Emergency Program; CBMCE and SAMU assignments; Regulation centers: CIOPS and CURM; Communication: Code S and Code Q.

**Conclusion:** The results show that despite advances in the health sector in the APH, there are still gaps in the system and there is still room to improve the planning of integrated actions between the main service bodies (CB and SAMU). Due to the historical values of the APH in Brazil, captained by the CB, and numerous legal aspects that involve it, there is still an administrative improvement in order to integrate it in fact.

**Descriptors:** Firefighters; Emergency medical services; Emergency Relief

## LISTA DE SIGLAS

APH – Atendimento Pré-Hospitalar  
BBMM – Bombeiros Militares  
CIOPS - Coordenadoria Integrada de operações de Segurança  
CB – Corpo de Bombeiros Militar (Brasil)  
CBMCE – Corpo de Bombeiros Militar do Ceará  
CF – Constituição Federal de 1988  
GPS – Global Position System  
GPRS – Serviço Geral de Pacotes por Rádio (Rastreamento de viaturas)  
GRAU – Grupamento de Resgate de Atendimento de Urgência  
GSU – Grupamento de Socorro de Urgência  
CURM – Central Única de Regulação Médica  
MS – Ministério da Saúde  
PMF – Prefeitura Municipal de Fortaleza  
PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências  
SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgências  
SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência  
SESA – Secretaria de Saúde do estado do Ceará  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SBV – Suporte Básico de Vida  
SAV – Suporte Avançado de Vida  
USA – Unidade de Suporte Avançado  
USB – Unidade de Suporte Básico  
USI – Unidade de Suporte Intermediário  
UTIM - Unidade de Terapia Intensiva Móvel

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	09
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	13
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	14
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	17
4.1	Breve histórico do APH no Brasil e no mundo.....	17
4.2	Serviços de APH: Modelo Francês e Modelo Norte-Americano.....	20
4.3	Breve histórico do CBMCE, GSU e SOS FORTALEZA.....	21
4.4	Base legal no atendimento pré-hospitalar realizado pelo CBMCE.....	23
4.5	Breve histórico das políticas voltadas para Urgência e emergência.....	28
4.6	Atribuições dos serviços de atendimento de urgência: CBMCE x SAMU.....	30
4.7	Centrais de regulação: CIOPS X Regulação Médica SAMU.....	35
4.8	Comunicação – Terminologias incomuns: Código S X Código Q.....	36
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	38
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	42
	<b>ANEXOS</b> .....	47



## **LISTA DE QUADROS**

**Quadro 1.** Quantitativo de referências recuperadas e selecionadas

**Quadro 2.** Fluxograma de seleção de artigo

**Quadro 3.** Cronologia de atuação do APH no Brasil

**Quadro 4.** Cronograma das Políticas de Urgência e Emergência

**Quadro 5.** Quando chamar o SAMU

**Quadro 6.** Quando chamar o CB

**Quadro 7.** Comparativo de atribuições em APH: CBMCE X SAMU

**Quadro 8.** Comunicação e Fraseologia via rádio e linguagem – Principais Códigos Q e S

## 1 INTRODUÇÃO

A sociedade brasileira passou por profundas transformações estruturais, principalmente depois da década de 50 e 60, com o crescimento exponencial da indústria automobilística brasileira. Optou-se por fomentar uma política voltada para malha viária (estradas e rodovias), com incremento exponencial de automóveis e motocicletas, em detrimento das ferrovias. As consequências dessa tomada de decisão governamental do ponto de vista assistencial, deu-se ao longo dos anos. E a partir dos anos 80, causas externas já representavam a terceira maior causa de mortalidade no Brasil, perdendo apenas para doenças cardiovasculares e neoplasias, determinando crescente demanda aos serviços de saúde, o que torna a natureza do agravo, um problema de gestão pública (MALTA et al., 2011; COSTA, MANGUERA, 2014).

Segundo definição internacional (OMS, 1979), causas externas ou “causas não naturais” são os óbitos decorrentes das consequências de acidentes e também das violências propriamente ditas - auto e hetero infligidas (suicídio e homicídio / intervenção legal, respectivamente), complicações de assistência médica e cirúrgica caracterizam-se como eventos súbitos e inesperados. Dentro das causas externas, acidentes de trânsito lidera-se com tendência ascendente de mortalidade, com isso, se faz necessário uma assistência qualificada na cena do acidente de modo que a vítima chegue ao hospital com vida e com menores agravos possíveis, cumprindo um papel fundamental na prevenção de lesões secundárias.

A preocupação com o socorro médico de urgência em nosso país data de 1893, quando o Senado da República aprovou a lei que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência na via pública. Consta ainda que em 1899 o Corpo de Bombeiros (CB) da então capital do país que era o Rio de Janeiro, punha em ação a primeira ambulância (de tração animal) para realizar o referido atendimento, fato que caracteriza sua tradição histórica na prestação desse serviço. No fim dos anos 50, no século passado, instala-se em São Paulo o SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência – órgão da então Secretaria Municipal de Higiene.

O serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) é prestado pelo CB desde a implantação pelo Ministério da Saúde (MS) do programa de enfrentamento às emergências e traumas na década de noventa (MARTINS, 2004). Durante muito tempo

os bombeiros militares tomaram como sua, a responsabilidade de oferecer atendimento emergencial extra-hospitalar em situações de urgência/emergência.

Entende-se por serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) atividade de atenção integral à disposição da população, através de uma central de regulação médica de urgência (192), onde o cidadão acometido de agravos agudos de natureza clínica, pediátrica, psiquiátrica, cirúrgica, traumática, obstétrica, ginecológica e causas externas (violências e suicídios), é atendimento primariamente fora do ambiente hospitalar com o intuito de diminuir os óbitos e sequelas causadas pela demora no atendimento (MS, 2003).

No Ceará, o Corpo de Bombeiros Militar (CBMCE) exerce o APH através da unidade de Resgate desde 1989, quando foi ativado o Grupamento de Socorro de Urgência (GSU). Durante todos esses anos o CBMCE, assim como em outros estados, supriram uma lacuna na área da saúde deixada pelo Estado, e por isso receberam o reconhecimento irrestrito da população e de seus governantes (FROTA, 2010).

Em 1992, foi iniciado em Fortaleza o programa “SOS FORTALEZA” com a proposta de oferecer APH à população fortalezense e que mais tarde viria a se transformar em “SAMU Fortaleza”, integrando o programa nacional que consolidou o serviço influenciado pelo modelo francês e do Emergency Medical Service dos Estados Unidos (PMF, 2017).

Em 2003, com a implantação oficial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Brasil, instituído pelo decreto presidencial nº 5.055 de 27 de abril de 2003, o serviço de atendimento pré-hospitalar entra em uma fase de expansão e reorganização. Em muitos Estados, como no Ceará, criou-se um conflito entre os executores do APH, pois as secretarias estaduais de saúde passaram a gerir essa atividade conforme o estabelecido pelo governo federal deixando o CB, até então protagonista dessa ação, ocuparem um papel secundário ao lado de outros profissionais não pertencentes ao quadro da saúde como: Polícia Militar, Serviço de Transporte Aeromédico, Polícia Rodoviária Estadual e Polícia Rodoviária Federal.

No Ceará como na maioria dos estados brasileiros, a cooperação entre CBMCE e SAMU ocorreu de maneira desigual. O SAMU é visto pelos gestores públicos como uma iniciativa bem-vinda, pois oferece mais recursos à população. Porém, também é visto como perda de espaço político pelos CB, instituições que agregam há décadas uma grande experiência no atendimento pré-hospitalar no Brasil (DESLANDES e MINAYO, 2007). O fato é que o cenário atual exige articulação e repactuações entre esses dois

órgãos, procurando resolver os conflitos e achando meios de trabalhar de forma conjunta e colaborativa.

O serviço de APH prestado pelos CB não se encontra em consonância com a atual política de atendimento a urgências/emergências do Ministério da Saúde. Na maioria dos estados e das cidades cearenses, Bombeiros Militares (BBMM) e SAMU prestam o serviço de atendimento pré-hospitalar de forma desarticulada, havendo desajustes na interação entre os executores e os gestores dos referidos órgãos. Os serviços de APH prestados pelo SAMU e pelos BBMM deverão, preferencialmente, ser integrados de forma a evitar desperdício de recursos e melhorar o atendimento final à população. Seguindo os preceitos do princípio da eficiência do artigo 37 da Constituição Federal (1988, p. 24): “Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência”.

Assim, ganha cada vez mais relevância as discussões sobre a integração desses serviços, no sentido de otimizar os recursos públicos, melhorar a eficácia do serviço, garantir agilidade no atendimento extra-hospitalar, evitar duplicidade de atendimento, padronizar a central de regulamentação com despacho para hospital especializado, aprimoramento da cobertura de atendimento, além do impacto social e estratégico de comunicação com a sociedade. A importância da integração do serviço de urgência torna-se ainda mais evidente diante da crise econômica que assola o país. Trazer para o centro das discussões o conceito de integralidade no serviço de urgência, mostra como ele pode vir a impactar direta e indiretamente o indivíduo que necessita do socorro de urgência.

O APH brasileiro teve um novo norteamo assistencial e jurídico, após a implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências (2003) que inseriu a regulação médica. Desde então, todo o serviço é orientado e supervisionado em torno destas centrais. O CB que sempre esteve na vanguarda do serviço de APH no Brasil, perdeu o protagonismo no atendimento, ficando como órgão complementar no socorro de urgência como estabelecido nas portarias nº 1863/03 e 1864/03.

No Brasil, o serviço de atendimento móvel de urgência foi instituído pelo Ministério da Saúde, com a criação do “SAMU”. Uma atividade profissional especializada que visa chegar à vítima precocemente após ter ocorrido um agravo à sua saúde, seja ele de natureza clínica, cirúrgica, traumática ou psiquiátrica. Faz parte do serviço de urgência, conforme lei federal e estadual, a atuação dos bombeiros militares

que exercem atividades de prevenção e combate a incêndio, busca e salvamento de pessoas e bens, socorro médico de emergência pré-hospitalar de proteção e salvamento aquáticos. Ainda na portaria nº 2048/02, no seu item 1.2.5, estabelece atuação dos bombeiros em situações de risco:

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

Para se organizar um sistema de urgências devem ser considerados muitos fatores: geografia, demografia, condição socioeconômica da região, aspectos culturais e profissionais, condições de investimento em saúde de determinada região, dentre outros. Diferenças estruturais entre regiões, estados e municípios não permitiram, até o momento, a construção de um sistema uniforme de atendimento. Acredita-se que adequando os atendimentos conforme o perfil de especialidade do órgão, pode-se permitir uma melhor organização da assistência.

Foi considerando essas questões, buscou-se na literatura responder o questionamento: “Como se dá a articulação dos serviços de urgências realizados pelo SAMU e pelo CBMCE, na realidade do Ceará e na cidade de Fortaleza?”

## **2 OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

- Analisar a atuação prática dos serviços móveis de urgência e seu impacto na sociedade.

### **Objetivos Específicos**

- Descrever o histórico dos serviços de atendimento de urgência pré-hospitalar e as suas atribuições.
- Verificar as congruências e diferenças de atendimento entre SAMU e CBMCE.
- Sugerir alternativas de operacionalização, de modo que, dissipe os conflitos de articulações entre os órgãos competentes pelo APH.

### 3 METODOLOGIA

Esse estudo desenvolveu-se por meio de revisão de literatura narrativa, onde foi necessário o exame de diversos materiais sobre o tema proposto. A pesquisa foi do tipo exploratória porque proporciona mais informações sobre o assunto que vamos investigar, possibilitando uma familiarização do problema enfrentado com vistas a torná-lo mais explícito, reunindo resultados anteriores para elaborar uma explicação específica (PRODANOV e FREITAS, 2013, p. 51-52). Para Köche (1997, p. 126) é preciso ter conhecimento amplo para “desencadear um processo de investigação que identifique a natureza do fenômeno e aponte as características essenciais das variáveis que se quer estudar”.

Matos e Lerche (2001) menciona que à fonte de informação serão levantadas através de referencial teórico, já analisados e publicados como livros, artigos científicos, meios eletrônicos sobre o tema a estudar. A ideia é propor uma análise das diversas posições acerca do problema.

Os artigos foram selecionados por busca bibliográfica realizadas entre julho de 2018 a Junho de 2019, nas seguintes bases de dados: Base de Dados Específica da Enfermagem (BDENF), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), consultados pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), acessadas pelo portal CAPES. Foram utilizados os seguintes descritores: “Bombeiros”, “Serviços Médicos de emergência”, “Socorro de Urgência”, “Socorristas” e “Ambulâncias”.

Para complementar e atender aos objetivos propostos, tendo em vista um número reduzido de artigos sobre a temática no banco de dados, buscou-se adicionar referências como: dispositivos normativos, registros históricos dos bombeiros, livros e artigos científicos utilizando palavras chaves adicionais como: “SAMU”, “Centrais de Regulação”, “Regulação Médica”, “SUS” e “Urgência e Emergência”.

Foram incluídos no estudo os artigos publicados em português e inglês, não delimitando data de publicação, que estivessem disponíveis na íntegra e apresentassem o conteúdo sobre serviços de atendimento pré-hospitalares SAMU e Bombeiros.

Foram excluídos cartas, editoriais, artigo de opinião e referências que não respondiam aos objetivos da pesquisa.

Depois de levantadas as temáticas de interesse que tenham congruência com os objetivos propostos, os assuntos foram organizados em capítulos e discutidos para uma melhor compreensão dos aspectos explorados. De modo a incluir informações suficientes que permitam ao leitor avaliar a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão, os aspectos relativos ao tópico abordado (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

Quadro 1. Quantitativo de referências recuperadas e selecionadas

<b>Base de dados</b>	<b>Referências encontradas</b>	<b>Referências selecionadas</b>
LILACS	19	10
LIVROS	5	2
DISSERTAÇÃO	1	1
NORMATIVAS <sup>1</sup>	20	20
OUTROS ARTIGOS <sup>2</sup>	55	30

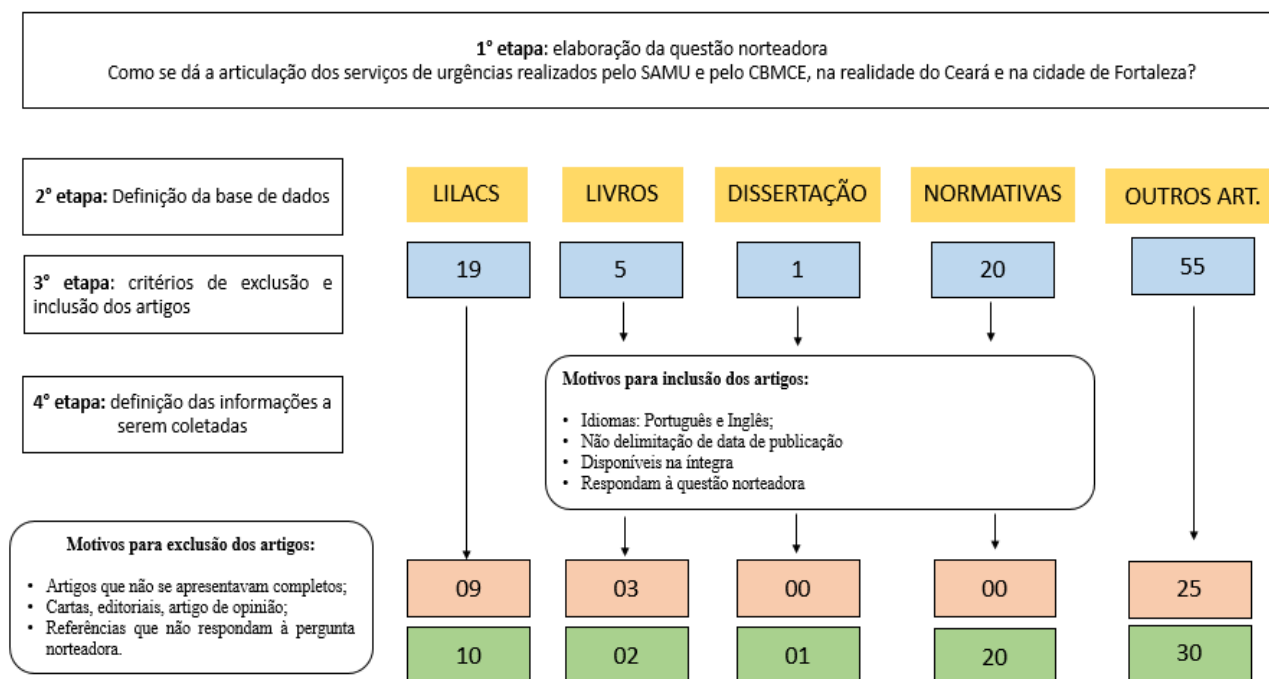
<sup>1</sup>Normativas: Leis, Códigos, Portarias, Decretos e Resoluções

<sup>2</sup>Outros artigos: Busca livre no banco de dados do Google Acadêmico por palavras chaves

As estratégias metodológicas foram: revisão bibliográfica; análise de documentos e portarias federais e análise de dados do Ministério da Saúde.



## Quadro 2. Fluxograma de seleção de artigo



## 4 RESULTADOS

### 4.1 Breve Histórico do APH no Brasil e no mundo

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

Em 1965 o Ministério da Saúde da França impôs aos seus centros hospitalares a condição de criarem meios móveis de socorro de emergência, surgindo então o SAMU. Este serviço inicialmente centrado no atendimento de estrada foi pouco a pouco atendendo outros tipos de emergências não ligadas ao trauma, realizando, inclusive, transportes inter-hospitalares (NITSCHKE *apud* MARTINS, 2004).

Advinda da necessidade criada pelo número elevado de intervenções e da grande diversidade de atendimentos realizadas pelo SAMU nasceu o princípio da primeira regulação médica, com o fim de melhorar a organização das emergências médico-cirúrgicas no final da década de 70 (NITSCHKE *apud* MARTINS, 2004). Na mesma época ocorria fenômeno parecido nos Estados Unidos, porém apresentando um modelo de atendimento diferente chamado de Emergency Medical Service (EMS).

A partir da década de 60 os americanos colocavam em prática nos centros urbanos, devido ao aumento considerável da frota veicular e conseqüente aumento da violência no trânsito, os conhecimentos adquiridos nas guerras sobre o atendimento inicial ao traumatizado. Em 1969 a associação médica americana cria uma comissão para o Emergency Medical Service e em 1970 registra o treinamento médico de emergência (NITSCHKE *apud* MARTINS, 2004).

No Brasil por volta de 1980 diversas corporações de bombeiros militares criaram seus serviços de APH móvel. De acordo com Ciconet (2009) os corpos de bombeiros militares tiveram atuação histórica nesta área, cobrindo uma lacuna deixada pelo Estado

na área da saúde em relação à organização e responsabilidade da atividade de atendimento pré-hospitalar no Brasil. Segundo o mesmo autor os sistemas de atendimento criados pelos bombeiros, apesar de prestarem um atendimento adequado às vítimas, apresentavam debilidades de acordo com um sistema mais amplo de atendimento às urgências. Um exemplo eram os casos em que vítimas graves chegavam aos ambientes hospitalares sem que estes estivessem preparados para atendê-las. Para Carret *et al* (2009) a utilização inadequada dos serviços de emergência é prejudicial para os pacientes graves, que precisam de atendimento oportuno, e para os não graves, que, ao buscarem o atendimento hospitalar, não têm garantido o seguimento. O acesso à atenção básica reduz o uso inapropriado de serviços de emergência apenas se o paciente tiver rápido acesso ao atendimento de urgência na atenção básica.

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

Baptista Neto (2007) ensina, mais especificamente, que foi criado em 1899, na cidade do Rio de Janeiro, o primeiro serviço de socorro público, e somente, em 1960, passou a existir o sistema de atendimento médico domiciliar de urgência (SAMDU). No final da década de 90, os serviços de primeiros socorros realizados pelos corpos de bombeiros do Brasil já abrangiam as cidades do Rio de Janeiro-RJ, São Paulo-SP, Fortaleza-CE e Curitiba-PR. Mais tarde, em 2003, através de uma cooperação técnico-científica entre Brasil e França, o Ministério da Saúde brasileiro expandiu o serviço ao adotar o modelo do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) francês, que se baseia no serviço de APH orientado por um médico regulador e com a participação de profissionais de enfermagem (BAPTISTA NETO, 2007).

**Quadro 3.** Cronologia de atuação do APH no Brasil

<b>ANO</b>	<b>LOCALIDADE</b>	<b>INSTITUIÇÃO/ORGÃO</b>
1899	Rio de Janeiro/RJ	Serviço de Socorro do CBMERJ (Tração animal)
1960	São Paulo/SP	SAMDU – Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência)
1986	Rio de Janeiro/RJ	GSE – Grupamento de Socorro de Emergência (CBMERJ)
1987	Blumenau/SC	CBMSC
1988	São Paulo/SP	GRAU – Grupo de Resgate e Atenção às Urgência (CBMSP)
1989	Fortaleza/CE	GSU – Grupamento de Socorro de Urgência (CBMCE)
1998	Cuiabá/MT	SIATE - Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência
1990	Curitiba/PR	SIATE – Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência
2000	Goiás/GO	GRPH – Grupo de Resgate Pré-Hospitalar
2003	Brasil	SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência

#### 4.2 Serviços de APH: Modelo Francês e Modelo Norte-Americano

Os serviços de urgência e emergência móvel no Brasil surgiram em virtude da necessidade moderna de se criar um atendimento que abrangesse as causas clínicas e causas externas, principalmente aquelas traumáticas decorrentes pelo crescimento exponencial das grandes cidades brasileiras. Albuquerque & Mynayo e Deslandes (2002), indicam que o modelo pré-hospitalar móvel vigente em quase todas as sociedades ocidentais tem sido inspirado na organização de origem anglo-americano e franco-germânico.

Modelo anglo-americano (Emergency Medical Services) tem suas raízes na II Guerra Mundial, Guerra do Vietnã e da Coreia, forma a base conceitual com participação indireta dos médicos que assumem mais funções de elaboração e supervisão dos protocolos. O atendimento na cena é realizado por paramédicos (técnicos), através da filosofia do “first responder”, ou seja, remoção rápida do paciente para o local de atendimento definitivo. Os profissionais paramédicos são técnicos em emergências médicas (Emergency Medical Technician) com formação de 3 anos. De acordo com a legislação de cada estado americano, paramédicos podem realizar administração de medicamentos. No Japão e na Inglaterra, por exemplo, esses profissionais estão aptos também a realizar procedimentos de suporte avançado de vida (SAV), tais como desfibrilação, entubação endotraqueal e aplicação de medicamentos intravenosos.

O modelo franco-germânico se baseia num serviço terapêutico imediato, onde existe a presença de um profissional médico dentro da equipe assistencial para realizar a abordagem. Atualmente este modelo é encontrado em diversos países além da França e Alemanha, como Espanha, Portugal, alguns países da África e América Latina. O modelo “Service d’Aide Médicale d’Urgence” (SAMU Francês) teve grande influência no projeto adotado no Brasil.

Não há um modelo padrão para todo o território brasileiro. Na verdade, o que se buscou foi a criação de uma estrutura híbrida com a formação mista do modelo francês e americano com a criação do profissional “socorrista” (profissional não graduado e capacitado para realizar APH), que diferente do paramédico norte-americano, não executa procedimentos invasivos e nem suporte aéreo avançado no paciente. O “socorrista” ainda tem funções indefinidas, já que não há um ordenamento jurídico que regulamente tal profissão.



### 4.3 Breve Histórico do CBMCE, GSU e SOS FORTALEZA

No início do século XX, em virtude do considerável crescimento comercial, industrial, demográfico, dos anseios da sociedade da época mostrando necessidade da criação de um corpo de bombeiros em nossa capital e do momento inquietador de incidência de inúmeros incêndios, em 8 de agosto de 1925 foi criado o pelotão de bombeiros em Fortaleza promovendo serviço de proteção e segurança a capital alencarina. Porém, foi apenas em 1932, com a reorganização da segurança pública do estado, que efetivamente entrou em ação o CBMCE (NASCIMENTO, 2014).

Depois do surgimento de novas áreas de atuação como núcleo de busca e salvamento em 1959, foi na década de 80 com a efervescência sobre a descentralização da saúde, que propiciou a criação de serviços públicos de atendimento pré-hospitalares em várias unidades da federação. Eles foram criados dentro de uma conjuntura de integração entre diversos setores públicos no âmbito estadual. A partir daí surgiu a interdisciplinaridade e articulação intersetorial entre as secretarias estaduais de saúde e secretaria de segurança pública, através do CBMCE (ARAÚJO, 2005).

Tendo como pioneiros no serviço de APH no Brasil, os estados do Paraná, Rio de Janeiro (Grupamento de Socorro de Emergência – GSE em 1986) e São Paulo (Serviço Resgate – GRAU em 1988), a cidade de Fortaleza na década de 80 também vivia um momento propício para desenvolver a atividade em solo cearense. Isto porque era a 4ª maior cidade do país, contava com uma das maiores frotas de veículos do nordeste e já contava com um Hospital especializado em traumas: Instituto José Frota (NASCIMENTO, 2014).

Foi então que as autoridades da SESA do Ceará, visando realizar um passo definitivo rumo à concretização do projeto de atendimento pré-hospitalar, firmou intercâmbio com a cidade norte-americana de New Hampshire Concord, através da organização Partness of América. Essa instituição tinha como objetivo a transmissão de conhecimento e técnicas do serviço pré-hospitalar através do CBMCE, criando assim em 1989 a primeira turma de socorristas do Grupamento de Socorro de Urgência - GSU. Estava criado um serviço inovador com a missão institucional de socorro médico de emergência (HOLANDA, 1997).

Tal missão teve, na época, amparo legal através do artigo 198 (Descentralização) e do artigo 190 (Socorro médico de emergência) da CF/88.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (CF/88, p. 103)

Art. 190. Incumbe ao Corpo de Bombeiros, no âmbito estadual, a coordenação da defesa civil e o cumprimento entre outras das atividades seguintes: I - prevenção e combate a incêndio; II - proteção, busca e salvamento; III - socorro médico de emergência pré-hospitalar; IV - proteção e salvamento aquáticos; V - pesquisas científicas em seu campo de atuação funcional; VI - controle da observância dos requisitos técnicos contra incêndios de projetos de edificações, antes de sua liberação ao uso; VII - atividades educativas de prevenção de incêndio, pânico coletivo e de proteção ao meio ambiente (CEARÁ, 1989, p. 98)

O GSU enquanto em operação, prestou extraordinário serviço de saúde pública e obtendo notório reconhecimento do povo fortalezense. Salvando inúmeras vidas envolvidas em acidentes de trânsito. O Grupamento de Socorro de Urgência (GSU) é um dos trabalhos desenvolvidos pelo CBMCE que minimizou os óbitos e sequelas de vítimas acidentadas em via pública (SAMPAIO, 1992).

Ainda no espectro da vanguarda alencarina no que tange ao APH, segundo histórico do SAMU/Fortaleza (2018), em 1992 a PMF criou uma estrutura dentro da Secretaria Municipal de Saúde que abrangesse o serviço de urgência e emergência denominado SOS FORTALEZA. A ideia era suprir uma necessidade existente em nossa capital no que tange aos casos clínicos e de urgência nos domicílios, pois o CBMCE já tinha a estratégia de atuar nas emergências das vias públicas. Essa sintonia CBMCE e SOS Fortaleza viera a funcionar até o surgimento da portaria 1.863 do MS (2003), onde estabeleceu a criação da regulação médica e do SAMU. A partir daí surge um divisor nas operações, onde o CBMCE não foi beneficiado diretamente pelo novo sistema (ARAÚJO, 2005).



#### 4.4 Base legal no atendimento pré-hospitalar realizado pelo CBMCE

Observa-se que a previsão legal disciplina a atuação dos bombeiros, sendo realizada pelos estados da federação, de modo que, as atribuições inerentes ao Corpo de Bombeiros Militar, principalmente de APH, cabe na CF/88 no seu artigo 190, inciso III, *verbis*:

**Art. 190.** Incumbe ao Corpo de Bombeiros, no âmbito estadual, a coordenação da defesa civil e o cumprimento entre outras das atividades seguintes:

**III** - socorro médico de emergência pré-hospitalar;

Em consonância ao dispositivo constitucional estadual, o Corpo de Bombeiros Militar (CBMCE), resolveu disciplinar suas ações através da lei, nº 13.438, de 07 de Janeiro de 2004, artigos 1º e 23, quanto à competência e atuação, no tocante a responsabilidade, cabendo à instituição, principalmente no que seja pertinente ao atendimento pré-hospitalar, realizar as ações inerentes ao serviço, sendo ratificado:

**Art.1º** - O Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará (CBMCE), órgão com competência para atuar na defesa civil estadual e nas funções de proteção da incolumidade e do socorro das pessoas em caso de infortúnio ou de calamidade; exercer atividades de polícia administrativa para a prevenção e combate a incêndio, bem como de controle de edificações e seus projetos, visando a observância de requisitos técnicos contra incêndio e outros riscos; a proteção, busca e salvamento de pessoas e bens, atuar no socorro médico de emergência pré-hospitalar; de proteção e salvamento aquáticos; desenvolver pesquisas científicas em seu campo de atuação funcional e ações educativas de prevenção de incêndio, socorro de urgência, pânico coletivo e proteção ao meio ambiente, bem como ações de proteção e promoção do bem-estar da coletividade e dos direitos, garantias e liberdades do cidadão; estimular o respeito à cidadania, através de ações de natureza preventiva e educacional; manter intercâmbio sobre os assuntos de interesse de suas atribuições com órgãos congêneres de outras unidades da Federação, normatizar, controlar e fiscalizar a criação e extinção de brigadas de incêndio municipal, privadas e de voluntários e exercer outras atribuições necessárias ao cumprimento de suas finalidades, tem a sua organização básica definida nos termos desta Lei.

**Art.23** - O Núcleo de Resgate e Emergência Pré-hospitalar é a unidade responsável pelo serviço de emergência médica pré-hospitalar.

De forma explícita a Constituição Federal e do Estado do Ceará, bem como, a norma específica vigente, em se tratando da lei 13.438/04, prevê e ampara a conduta inerente ao atendimento de urgência e emergência no âmbito pré-hospitalar sendo de responsabilidade da instituição Corpo de Bombeiros Militar, ao ser demandado um serviço especializado, por conta dos incidentes que eventualmente possam ocorrer em “**zona de risco**”, sendo atribuição do Corpo de Bombeiros Militar enfrentar o perigo.

O Corpo de Bombeiros Militar tem o dever legal de resguardar a integridade física de qualquer indivíduo, bem como, as pessoas pertencentes aos entes públicos ou privados, mesmo sendo esses prestadores de serviço público ou não, quando envolvidos em condição de risco.

Em que pese entender o que está na Constituição Federal e Estadual, bem como, na norma vigente, valer ressaltar os preceitos doutrinários constituídos por Hans Kelsen, no tocante a hierarquia das normas, sendo a lei em tela mais específica naquilo que se proponha, no entanto, não podendo contrapor as normas constitucionais.

É com base nesse entendimento jurídico, que a portaria 2048, de 05 de Novembro de 2002 do Ministério da Saúde, define a competência e as atribuições no item 1.2.4, quanto à atuação dos profissionais responsáveis pela segurança e o item 1.2.5, no que seja concernente a responsabilidade da instituição Corpo de Bombeiros Militar (CBMCE), sem contrapor as normas legais norteadoras, no que diz respeito às responsabilidades penais, civis ou administrativas, uma vez que as searas são totalmente independentes, ou seja, em se tratando da portaria 2048/02, fica definido de forma clara que:

#### **1.2.4 - Profissionais Responsáveis pela Segurança:**

Policiais militares, rodoviários ou outros profissionais, todos com nível médio, reconhecidos pelo gestor público da saúde para o desempenho destas atividades, em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais Públicas de Regulação Médica das Urgências. Atuam na identificação de situações de risco, exercendo a proteção das vítimas e dos profissionais envolvidos no atendimento. Fazem resgate de vítimas de locais ou situações que impossibilitam o acesso da equipe de saúde. Podem realizar suporte básico de vida, com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, sempre que a vítima esteja em situação que impossibilite o acesso e manuseio pela equipe de saúde, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento;

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

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

Constam ainda nessa Portaria (2048/02) as Competências/Atribuições do Corpo de Bombeiros:

- ✓ comunicar imediatamente a existência de ocorrência com potencial de vítimas ou demandas de saúde à Central de Regulação Médica de Urgências;
- ✓ avaliar a cena do evento, identificando as circunstâncias da ocorrência e reportando-as ao médico regulador ou à equipe de saúde por ele designada;
- ✓ identificar e gerenciar situações de risco na cena do acidente, estabelecer a área de operação e orientar a movimentação da equipe de saúde;
- ✓ realizar manobras de suporte básico de vida, sob orientação do médico regulador;
- ✓ obter acesso e remover as vítimas para local seguro onde possam receber o atendimento adequado pela equipe de saúde e se solicitado pela mesma ou designado pelo médico regulador, transportar as vítimas ao serviço de saúde determinado pela regulação médica;
- ✓ estabilizar veículos acidentados; realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos especializados de bombeiro;
- ✓ avaliar as condições da vítima, identificando e informando ao médico regulador as condições de respiração, pulso e consciência, assim como uma descrição geral da sua situação e das circunstâncias da ocorrência, incluindo informações de testemunhas;
- ✓ transmitir, ao médico regulador a correta descrição da cena da urgência e do paciente;
- ✓ conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado; manter vias aéreas pérvias com manobras manuais e não invasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial; realizar circulação artificial por meio da técnica de compressão torácica externa; controlar sangramento externo, por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens; mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando colares cervicais, pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte; aplicar curativos e bandagens; imobilizar fraturas utilizando os equipamentos disponíveis; prestar o primeiro atendimento à intoxicações, de acordo com protocolos acordados ou por orientação do médico regulador;
- ✓ dar assistência ao parto normal em período expulsivo e realizar manobras básicas ao recém nato e parturiente;

- ✓ manter-se em contato com a central de regulação médica repassando os informes iniciais e subsequentes sobre a situação da cena e do(s) paciente(s) para decisão e monitoramento do atendimento pelo médico regulador;
- ✓ conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes a veículo de atendimento;
- ✓ repassar as informações do atendimento à equipe de saúde designada pelo médico regulador para atuar no local do evento;
- ✓ conhecer e usar equipamentos de bioproteção individual; preencher os formulários e registros obrigatórios do sistema de atenção às urgências e do serviço;
- ✓ realizar triagem de múltiplas vítimas, quando necessário ou quando solicitado pela equipe de saúde;
- ✓ participar dos programas de treinamento e educação continuada, conforme os termos deste Regulamento.

Ainda na Portaria nº 2048/02 no seu item 5 podemos destacar um outro aspecto com relação a formação dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de atendimento pré-hospitalar.

Considerando-se que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, entende-se que os profissionais que venham a atuar como tripulantes dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada pelo presente Regulamento e cumpram o conteúdo curricular mínimo nele proposto - Capítulo VII.

Ao observar as atribuições dos Bombeiros Militares em área de risco, o próprio SAMU criou um protocolo de atendimento a nível nacional ao enfatizar a conduta dos profissionais do SAMU diante de situações de risco, chamada de “**zona quente**”, ou seja, sendo citada como exemplo a Cidade de São Paulo ao seguir rigorosamente o protocolo criado e que é doutrina seguida praticamente em todo País.

#### PROTOCOLO Nº 13 – SAMU 192 DA CIDADE DE SÃO PAULO.

Recebimento de ordens de autoridades policiais ou outras autoridades na cena.

Em vigor desde Junho/05 Determinações ou ordens emanadas de bombeiros, policiais ou outras autoridades presentes ao local da ocorrência, caracterizam o recebimento de ordens por autoridades.

Ordens pertinentes às estabelecidas nas rotinas operacionais ou aos protocolos assistenciais do SAMU 192:

Acatar as determinações somente se as ordens não forem contrárias ao Protocolo vigente e estiverem voltadas à manutenção da segurança da equipe e/ou das vítimas.

Atender vítimas classificadas como sendo de risco iminente em área insegura, denominada de “**zona quente**”, ou até mesmo fazer **a condução de forma atípica** quando não houver uma equipe de saúde devidamente regulada no local do sinistro, é uma das atribuições do Corpo de Bombeiros Militar possível de ocorrer e até mesmo reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, na resolução 2.077/14, em seus artigos 1º, 2º e 3º, baseada na lei nº 12.842/13, a qual há uma denominação conhecida como “**vaga zero**”, havendo a seguinte definição na resolução citada:

**Art. 1º** Esta resolução se aplica aos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, públicos e privados, civis e militares, em todos os campos de especialidade.

**Art. 2º** Tornar obrigatória a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco para atendimento dos pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência.

**Parágrafo único.** O tempo de acesso do paciente à Classificação de Risco deve ser imediato, sendo necessário dimensionar o número de classificadores para atingir este objetivo.

**Art. 3º** Todo paciente que tiver acesso ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deverá, obrigatoriamente, ser atendido por um médico, não podendo, sob nenhuma justificativa, ser dispensada ou encaminhada a outra unidade de saúde por outro profissional que não o médico.

Ressalta-se que a classificação de risco busca agilidade no atendimento da vítima ao chegar na instituição hospitalar seguindo critérios de gravidade como uma medida de evitar índices elevados de mortalidade em razão do tempo gasto para o atendimento especializado.

#### 4.5 Breve histórico das políticas voltadas para Urgência e Emergência

A realização do serviço móvel de urgência no Ceará, assim como se deu em todo o Brasil, teve a vanguarda do CB à frente do serviço quando não existia o interesse público de regulamentar a assistência às urgências. Posteriormente, com a implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências no SUS, houve a inclusão do SAMU, intermediada por uma Central de Regulação Médica. Essa integralização, que na prática nem sempre funcionou de forma harmoniosa e eficaz para a sociedade. Segundo Ramos e Sanna (2005, p. 355), “a atividade pré-hospitalar no Brasil sempre foi muito diversificada em vários estados, ao longo dos anos, desenvolveram um sistema de atendimento às urgências e emergências de caráter público ou privado”.

Uma das maiores causas de agravos e que constitui caráter endêmico e com relevante desafio para a saúde pública brasileira são aqueles provocados por causas externas, principalmente traumas. Este cenário tem causado bastante preocupação nas políticas públicas, gerando debates e planejamentos governamentais. Dentro do foco em questão, está à atenção aos serviços móveis de urgências responsáveis pelo atendimento primário no qual o pedido de socorro é oriundo de um cidadão e secundário quando solicitado a partir de um serviço de saúde da população, onde através das equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Corpo de Bombeiros Militar realizam a atividade fim deste serviço.

Pré-hospitalar móvel corresponde ao atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002, p. 10).

No obstante quando se trata de fatos decorrentes de agravos à saúde, denominado causas externas, o aspecto temporal para o atendimento toma proporções de importância incomensuráveis, pois a demora na execução da prestação do socorro pode acarretar de uma simples sequela até o óbito da vítima (BRASIL, 2003).

De acordo com a portaria de nº 1.863 do Ministério da Saúde (2003), o componente titular do serviço é o SAMU e que podem estar associados aos atendimentos

outros órgãos, desde que sob regulação médica, componente este indispensável e fundamental para operação do serviço.

Quadro 4. Cronograma das Políticas de Urgência e Emergência

<b>ANO</b>	<b>Nº</b>	<b>PORTARIA / RESOLUÇÃO</b>
1998	1529 <sup>3</sup>	Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar é um serviço Médico
1999	479	Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências
2001	737	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
2002	344	Projeto de Redução de Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito – Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde
2002	2048	Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e emergência
2002	373	NOAS-SUS: Norma Operacional da Assistência à Saúde
2002	2224 <sup>4</sup>	Sistema de Classificação Hospitalar do SUS
2002	2225 <sup>4</sup>	Estruturação técnico/administrativo das direções dos hospitais
2003	1671	Regulamentação do APH: Serviço Médico
2003	1864	Institui o componente pré-hospitalar móvel da PNAU: SAMU
2003	1863	Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências
2003	2072	Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências
2004	2657	Atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgência
2006	687	Política Nacional de Promoção da Saúde
2006	1097	Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde
2008	1559	Política Nacional de Regulação do SUS
2006	648 <sup>5</sup>	Política Nacional de Atenção Básica
2008	1559	Política Nacional de Regulação do SUS
2011	2088	Política Nacional de Atenção Básica
2012	1010	Redefine as Diretrizes para Implantação do SAMU

<sup>3</sup>Revogada pela Resolução 1671/2003

<sup>4</sup> Revogada pela Portaria 350/2004

<sup>5</sup>Revogada pela Portaria 2088/2011

#### 4.6 Atribuições dos serviços de atendimento de urgência: CBMCE X SAMU

A cidade de Fortaleza conta com a atuação operacional de dois serviços de esferas diferentes. Um legalmente instituído e amparado por lei: SAMU Fortaleza (esfera municipal com verbas federais e municipais). O outro em desconformidade com a legislação vigente (visto que a própria Portaria 2048/02 instituiu um serviço médico especializado em APH, deixando o CB com atuação de suporte em Resgate Veicular): Corpo de Bombeiros (esfera estadual com verbas estaduais). A metodologia de ambas organizações são semelhantes, porém com centrais de regulações diferentes.

Desde 1989 o CBMCE atuava no serviço de atendimento pré-hospitalar com perfil de vítimas de trauma nas vias de trânsito. Porém, com a implantação da portaria de Política Nacional de Urgências e com a criação das regulações médicas e do SAMU, os bombeiros passaram a ter função acessória dentro do APH. A prova é tanta do valor histórico/operacional dos bombeiros que a própria portaria tem na sua composição do comitê gestor (Estadual, regional e municipal), a participação do CB:

Recomenda-se que os Comitês Gestores Estaduais do Sistema de Atenção às Urgências sejam compostos pelo Coordenador Estadual do Sistema de Atenção às Urgências, pelo COSEMS, representado por Coordenadores Municipais do Sistema de Atenção às Urgências, pela Defesa Civil Estadual, representantes do Corpo de Bombeiros, da Secretaria Estadual de Segurança Pública e da Polícia Rodoviária, das empresas concessionárias de rodovias, com sugestão de estudar a necessidade ou oportunidade de se incorporarem a eles representantes das Forças Armadas Brasileiras (BRASIL, 2003).

CBMCE não tem regulação médica própria e nem tão pouco em cooperação com o SAMU, ficando inviável legalmente de operar.

Os Corpos de Bombeiros Militares (incluindo as corporações de bombeiros independentes e as vinculadas às Polícias Militares), as Polícias Rodoviárias e outras organizações da Área de Segurança Pública deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS, conforme os termos deste Regulamento (BRASIL, 2003)

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



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

Hoje apesar de legalmente impossibilitado de atuar na atividade fim como instituição na atividade fim do APH, existe uma cooperação técnica que envolve SESA e CBMCE por meio do GSU, onde este disponibiliza, no horário de folga, seus colaboradores na condição de socorristas/motoristas ou técnicos de enfermagem para continuarem atuando dentro do sistema. Essa colaboração entre os órgãos é histórica porque remonta desde a implantação do SAMU em Fortaleza (2003). Como era uma área relativamente nova, não havia profissionais na época qualificados em APH. Como já havia o “know-how” dos Bombeiros Militares, então se firmou uma parceria instituição aproveitando os recursos humanos que já existia no serviço sem ruptura do serviço.

Além disso, dentro da legislação penal no seu artigo 145, se o bombeiro numa abordagem deixar de prestar os devidos socorros, poderá ser penalizado criminalmente.

Art. 135. Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo de vida; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública: Pena – detenção, de 6 (seis) meses a 1 (um) ano ou multa (BRASIL, 1940).

No espaço de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), o SAMU foi instituído pela Política Nacional de Atenção às Urgências desde 2003 e oferece à população atendimento através de Unidades de Suporte Básico (USB), Unidades de Suporte Avançado (USA), Motocicletas, também conhecidas como motolâncias, e veículos de intervenção Rápida. Atualmente faz 4.700 atendimentos por mês, mantendo o serviço disponível 24h, pelo o número 192, a central de regulação das urgências de Fortaleza para realização do acolhimento das solicitações de emergência (PMF, 2018).

O SAMU é um importante componente da rede de atendimento de urgência de Fortaleza. Todos os chamados passam pela análise de uma Central de Regulação Médica que classifica a gravidade do caso e determina a resposta mais adequada para o

caso de cada paciente. Fortaleza possui seis bases descentralizadas com o objetivo de diminuir o tempo de resposta para as ocorrências, de forma especial para as que são classificadas como grave e que trazem risco de vida ao cidadão, garantindo a distribuição das ambulâncias em locais estratégicos da Cidade (PMF, 2018).

Quadro 5. Quando chamar o SAMU

<b>NATUREZA</b>	<b>TIPO DE OCORRÊNCIA</b>
Clínica	Problemas cardio-respiratórios
Clínica	Intoxicação exógena e envenenamento
Clínica	Dores no peito de aparecimento súbito
Clínica	Suspeita de Infarto ou AVC
Clínica	Crises convulsivas
Clínica	Crises hipertensivas
Obstétrica	Trabalhos de parto com risco de morte
Psiquiátrico	Tentativas de suicídio
Trauma	Quando houver acidentes/trauma com vítimas
Trauma	Choque elétrico
Trauma	Agressão por arma de fogo ou arma branca
Trauma	Queimaduras graves
Transporte	Transferência inter-hospitalar de pacientes graves

Quadro 6. Quando chamar o CB

<b>NATUREZA</b>	<b>TIPO DE OCORRÊNCIA</b>
Psiquiátrico <sup>6</sup>	Tentativas de suicídio
Trauma	Acidentes com produtos perigosos
Trauma	Afogamentos
Trauma	Combate a incêndio
Trauma <sup>6</sup>	Quando houver acidentes/trauma com vítimas
Trauma	Resgate veicular
Trauma	Salvamento em alturas
Trauma	Soterramento e Desabamento

<sup>6</sup> Suporte ao SAMU



Quadro 7. Comparativo de atribuições em APH: CBMCE X SAMU

<b>Atribuição</b>	<b>CBMCE (GSU)</b>	<b>SAMU</b>
Início das operações APH	1989	2003
Nº de viaturas operando <sup>7</sup>	5	23
Telefone de contato	193	192
Órgão vinculado	Secretaria de segurança pública e defesa social	Secretaria municipal ou estadual da saúde
Perfil de atendimento	Tentativa de suicídio e Trauma	Clínico e Trauma
Comunicação	Código S	Código Q
Especificidade do veículo	Resgate	Ambulâncias: USA, USI e USB
Tipo de veículo	Tipo B (SBV) e C (Resgate)	Tipo B, D (SAV) e motolâncias
Componente regulador	CIOPS	CURM Central Única de Regulação Médica
Equipe das ambulâncias	1 Condutor e 1 Socorrista	USB: 1 Condutor e 1 Téc. de Enfermagem; USI: 1 Condutor, 1 Enfermeiro (a) e 1 Tec. de Enfermagem; USA: 1 Condutor, 1 Enfermeiro (a) e 1 Médico
Fardamento	Laranja ou Caqui	Azul
Serviço de desinfecção e expurgo	Terceirizado (Parceria com SAMU)	Próprio

<sup>7</sup> Nº de viaturas atuando hoje na cidade de Fortaleza/CE (SBV + SAV)

#### 4.7 Centrais de Regulação: CIOPS X Regulação Médica SAMU

Central de regulação médica das urgências, baseado no modelo francês, é um componente assistencial do SUS através do SAMU. Surgiu com a implantação da política nacional de atenção às urgências através da portaria 2048/02. A central controla o fluxo de casos através dos pedidos da população ou profissionais da saúde por meio do telefone 192, então são avaliados e estratificados de acordo com a gravidade. A partir daí é considerado o tipo específico de ambulância, básica ou avançada, que irá realizar o atendimento. No Ceará, tanto o CB quanto o SAMU possuem centrais próprias para regular seus respectivos fluxos de atendimento. O primeiro atrelado a secretaria de segurança pública através do CIOPS e o segundo ligado à secretaria da saúde através do CURM.

Coordenadoria Integrada de operações de Segurança (CIOPS) criada em 1998 pela secretaria de segurança pública e defesa social é um setor do governo do estado do Ceará que tem como finalidade centralizar, otimizar e integrar os diversos órgãos de atendimento de emergência, número 190, que atuam no Ceará, visando gerar segurança e comunicação rápida via rádio digital e rastreamento de viaturas (GPS) / (GPRS). É através desse sistema que estão inseridos diversas instituições, entre elas o CBMCE, onde são transmitidas todas as ocorrências de natureza bombeirísticas (Tentativa de Suicídio, Busca e salvamento, Salvamento aquático, Combate a incêndio e Resgate/atendimento pré-hospitalar) (CIOPS, 2018).

O serviço do SAMU é vinculado a uma Central Única de Regulação Médica (CURM) das urgências que é responsável por prover um atendimento eficaz e adequado. Essa central compreende um processo de trabalho por meio do qual se garante escuta permanente pelo médico regulador, com acolhimento de todos os pedidos, bem como o estabelecimento de uma estimativa inicial do grau de urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada e equânime a cada solicitação. Esse profissional médico é responsável pelo gerenciamento e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder às solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos. Para tanto, necessita das informações passadas pelos rádio-operadores que atendem às solicitações telefônicas da população e exercem o controle operacional das viaturas que se comunicam com a Central de Regulação através de rádios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

#### 4.8 Comunicação - Terminologias incomuns: Código S (CBMCE) e Código Q (SAMU)

Diversas são as definições atribuídas à comunicação e ao seu processo, mas, basicamente, é o processo de transmitir informações de pessoa para pessoa, através da fala, da escrita, de imagens e sons com o objetivo de gerar conhecimentos, podendo influenciar o comportamento das pessoas (SANTOS, 2012).

O serviço de APH no Ceará é vinculado a uma central de regulação (seja médica - SAMU ou não médica - CIOPS) e que é responsável por prover um atendimento eficaz e adequado. Essa central compreende um processo de trabalho por meio do qual se garante escuta permanente pelo operador (profissional agente de segurança – CBMCE ou profissional médico – SAMU), com acolhimento de todos os pedidos, bem como o estabelecimento de uma estimativa inicial do grau de urgência de cada caso.

O uso de códigos internacionais de comunicação é uma forma verbal, rápida, informal e fácil, através de uma lista de abreviações, para simplificar o diálogo entre os servidores de cada órgão da administração pública e são utilizados diariamente nos serviços via rádio comunicador portátil tipo “Walk Talk” ou telefone celular. Entre aqueles relacionados ao APH no Ceará destacam-se aqueles específicos utilizados pelo CB e SAMU. O primeiro fazendo uso do código S e o segundo do código Q. Por meio da comunicação podemos utilizar os chamados – Códigos – Gestos – Símbolos, ou seja, meios de comunicação importantes em sociedade e cultura, que vive por diferenças e diversidades multicultural (RAMOS, 2008). A preocupação está no entendimento desses símbolos, já que existe interação entre os órgãos no fluxo do atendimento. Terminologias distintas gera ruído de mensagem, interferindo no processo de transmissão entre emissor e receptor. É relevante que se estabeleça uma adequada transmissão de informações no intuito de evitar distorções que não atendem com eficiência a prestação de assistência de qualidade para a população, corroborando com a falta de integração entre os serviços.

Como refere Reis e Rodrigues (2002), consideram que a comunicação é um campo de saberes amplo, onde abrangem várias técnicas e elementos da comunicação, conforme as atividades e manifestações individuais e coletivas. Se tratando da parte técnica da comunicação se faz necessário melhorar os meios, mecanismos das informações, bem como, compartilhar os fenômenos comunicacionais entre pessoas, organizações privadas ou públicas.

Quadro 8. Comunicação e Fraseologia via rádio e linguagem – Principais Códigos Q e S

<b>CÓDIGO Q</b>	<b>SIGNIFICADO</b>	<b>CÓDIGO S</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
QAP	Na escuta, aguardando	S33	Na escuta
QRA	Nome do operador	S47	Nome da pessoa
QRL	Ocupado	S41	Ocupado
QRF	Você está regressando	S39	Retorno
QRM	Interferências	S75	Transmissão ruim
QRQ	Transmitir mais depressa	S79	Transmitir mais depressa
QRS	Transmitir mais devagar	S77	Transmitir mais devagar
QRV	Preparado, a disposição	S25	Fique em alerta
QRU	Tem algo pra mim?	S31	Tudo normal
QRX	Aguarde na frequência	S81	Aguarde sua vez
QRZ	Quem está chamando?	S47	Nome da pessoa
QSJ	Valor, dinheiro...	S57	Dinheiro
QSL	Recebimento da mensagem	S27	Ciente
QSV	Viatura	S37	Defeito na viatura
QTA	Última forma, cancelado	S83	Anule mensagem anterior
QTH	Qual sua localização?	S19	Informe localização
QTI	Qual destino?	S71	Qual a sua distância
QTL	Almoço / Jantar	S49	Refeição
QTM	Qual sua localização?	S17	Diga sua localização
QTN	Que horas foi a ocorrência?	S13	Ocorrência
QTR	Horário exato	S55	Hora
QTX	Mantenha sua estação aberta	S65	Positivo
QTU	Horário	S55	Hora
QTY	A caminho do local acidente	S15	Fazendo deslocamento
QTW	Feedback para o regulador	S87	Entrar em contato via fone
QUU	Retorno para base inicial	S39	Retorno
TKS	Obrigado	S45	Missão cumprida

## 5 CONCLUSÃO

Nos últimos anos, houve melhoria do sistema de urgência e emergência no Brasil depois do surgimento de políticas públicas voltadas para urgência/emergência com um marco específico em 2002, através da Portaria 2048/02 que estabeleceu uma normatização geral do APH. A partir daí, traçou-se um “divisor de águas” que transfere o ofício, até então realizado quase que exclusivamente pelos Corpos de Bombeiros de todo o Brasil para o SAMU. Os CB passaram a ocupar uma missão de serviço associada ao pré-hospitalar móvel com as funções de salvamento e resgate (vítimas presas em ferragens).

A cooperação e comunicação entre os modelos do CB e SAMU vem ocorrendo de forma desigual no estado do Ceará. O CB teve atuação histórica no APH (Período que antecede à PNAU) e hoje enfrenta, dentro do sistema, obstáculos que praticamente interrompem o atendimento em conjunto ao SAMU. Dificuldades estas como: número limitado de viaturas, regulação médica descentralizada, falta de infraestrutura física, ausência oficial/legal de um quadro de profissionais da saúde e principalmente a ausência na participação no rateio dos recursos de transferência do Ministério da Saúde na forma tripartite: União, estados e municípios.

A partir do levantamento realizado, constatou-se divergências de: recursos humanos (capacitação e treinamento descentralizados), logísticos (viaturas e organização espacial sem uma lógica epidemiológica), recursos materiais (provimento de material de consumo e insumos desproporcional), culturais (CBMCE possui forte influência do modelo norte-americano, enquanto o SAMU tem atuação no modelo francês), entre os serviços prestados pelo CB e SAMU, no que tange a prestação de assistência com eficiência, o que vai de encontro ao alicerce básico da regulação assistencial que é de racionalizar os recursos existentes com o intuito fim de atender com primazia a população cearense. Nesse contexto vale salientar que o atendimento ao público representa o contato real com o cliente do serviço: a população. Os problemas associados com a inadequada organização do serviço geram um subaproveitamento da operacionalização do APH e cria-se um ciclo vicioso: os recursos empregados refletem numa organização de trabalho que compromete o serviço público de qualidade. O objetivo do atendimento é estabelecer fluxos, prioridades das equipes de socorro e procedimentos de atuação para que a



articulação entre os órgãos seja eficaz e que não haja ruídos de operacionalidade, e sim, pactuação integral.

A metodologia de assistência que este estudo se propõe é baseada em 3 pilares: costumes (histórico de atuação dos serviços), especialidade (perfil de ofício) e redirecionamento espacial (ponto de apoios descentralizadas, baseados em dados demográficos e demanda do serviço). O primeiro pilar traça-se uma trajetória histórica do APH. Percebe-se com clareza a relevância do papel dos bombeiros na implementação e manutenção do serviço até o surgimento das normatizações, especialmente a Portaria nº 1864/03, a qual criou o SAMU. O segundo pilar vai de encontro com o perfil de ofício propriamente dito dos bombeiros militares, já que é de especialidade bombeirística atuar em agravos traumáticos e em zonas quentes para efetuar o resgate.

O terceiro pilar confronta a operacionalização da rede de atenção às urgências. Pela Portaria nº 2048/02, estabelece a quantidade mínima de ambulâncias de SBV por nº de habitantes (100.000 a 150.000/ambulância SBV). Levando em consideração que a cidade de Fortaleza possui 2.452.000 habitantes aproximadamente (IBGE, 2018), então seriam necessárias de 16 a 24 viaturas de SBV. O que observamos é a dificuldade do gestor municipal em manter esta realidade atual, visto alto custo de manutenção dos equipamentos e da dificuldade de repasse de verbas pelo governo federal. Ficando assim o serviço abaixo do preconizado pelo MS.

Por conta disso, oferece uma sugestão de redimensionamento regional do APH em perfis de agravos de saúde específicos. Ficando a cargo do SAMU, ocorrências prioritariamente do tipo: clínicas, cirúrgicas, obstétricas, psiquiátricas e pediátricas. E para o CB, sinistros exclusivamente de natureza traumáticas, violências e suicídios em subáreas previamente estabelecidas. Então é preciso racionalizar os recursos para que não haja ruptura e nem falha do serviço. Providências como: redefinição do fluxo de atendimento dos serviços de APH e unificação das centrais de regulação 192 e 193 devem ser implantadas para alinhar os serviços.

Faz-se necessário um amplo debate entre gestores, políticos, profissionais da saúde, profissionais da segurança pública e sociedade civil com o fim de aperfeiçoar o APH. Tais decisões precisam ir ao encontro da nova realidade estrutural que se encontra o país, tendo como horizonte o alcance dos princípios e diretrizes do SUS.

Conclui-se que há necessidade de maior integração entre esses órgãos para uma melhor organização do serviço, e se não houver sensibilidade para essa questão das autoridades, gestores e diversos profissionais que compõem a cadeia do APH, haverá

sempre um entrave entre eles. Para que haja uma mudança de atitude é preciso integrar as operações de capacitação, treinamento, comunicação, central de regulação para que se busque um objetivo em comum. Ocorre que existe uma carência muito grande de planejamento logístico que visem aperfeiçoar o serviço de atendimento de emergência, principalmente em unidades federativas, como o estado do Ceará, onde os recursos financeiros são limitados. Então para compensar essa dificuldade orçamentária, é preciso criar mecanismos simples, práticos e eficientes para otimizar o sistema. E isso passa obrigatoriamente pela análise criteriosa de redistribuição dos recursos federais, estaduais e municipais para ambos - SAMU e CB, garantindo-lhes melhores condições de atuação junto à população. Hoje o financiamento do SAMU prevê uma distribuição tripartite entre os 3 entes federativos (federal 50%, estadual 25% e municipal 25%) e a resolutividade do atendimento, com inclusão do CBMCE, passa necessariamente por um realinhamento financeiro com repasse de verba para os bombeiros. Sem essa partilha, a operação do CB no APH ficará inviável.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

ARAÚJO, Ronaldo Roque. **A política do atendimento pré-hospitalar na redução da mortalidade por causas externas, no município de Fortaleza (1988 a 2003)**. 2005. 126 f. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Políticas Públicas). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2005.

BRASIL, **Código Penal Brasileiro 1940**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/Del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm). Acesso em: 28 de novembro de 2018.

BRASIL, **Portaria 1.863: Política Nacional de Atenção às Urgências**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863\\_26\\_09\\_2003.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html). Acesso em: 28 de novembro de 2018.

Carret MLV, Fassa AG, Domingues MR. **Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors**. Cad Saude Publica. 2009;25(1):7-28.

CIOPS, **Coordenadoria Integrada de Operações de Segurança**. Disponível em: <http://www.sspds.ce.gov.br/2018/01/30/coordenadoria-integrada-de-operacoes-de-seguranca-ciops/>. Acesso em: 29 de novembro de 2018.

Comissão de Justiça e Cidadania. **Dicas de Segurança e Procedimentos para Servidores**. Disponível em: <http://www.processo739.blogspot.com/2007/08/dicas-de-segurana-e-procedimentos-para.html>. Acesso em: 07 de junho de 2019.

Corpo de Bombeiros e Polícia Militar do estado de São Paulo, **O Corpo de Bombeiros**. Disponível em: [http://www.ccb.policiamilitar.sp.gov.br/icb/?page\\_id=497](http://www.ccb.policiamilitar.sp.gov.br/icb/?page_id=497). Acesso em: 24 de setembro de 2018.

Corpo de Bombeiros, **Atendimento Pré-Hospitalar no Brasil**. Disponível em: <https://corpodebombeiros.wordpress.com/2012/09/12/atendimento-pre-hospitalar-no-brasil-parte-01/>. Acesso em: 24 de setembro de 2018.

Corpo de Bombeiros, **Instituição**. Disponível em: <https://www.bombeiros.ce.gov.br/institucional/>. Acesso em 28 de abril de 2019.

COSTA, M. J.; MANGUEIRA, J. O. **Perfil epidemiológico de ocorrências no trânsito no Brasil** - Revisão Integrativa. S A N A R E, v. 13, n. 2, p.110116, 2014.

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

Diário do Nordeste, **Fortaleza é a 5ª em população**. Disponível em: <http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/editorias/metro/fortaleza-e-a-5-em-populacao-1.326181> . Acesso em: 04 de dezembro de 2018.

Diário do Nordeste, **Número de ambulâncias para atuação é reduzido**. Disponível em: <http://www.diariodonordeste.verdesmares.com.br/editorias/metro/numero-de-ambulancias-para-atuacao-e-reduzido-1.2011235> . Acesso em: 30 de novembro de 2018.

Emergência 193, **Integração do serviço APH entre Bombeiros e SAMU avança**. Disponível em: <https://portal.cbm.sc.gov.br/index.php/sala-de-imprensa/noticias/institucionais/2737-integracao-do-servico-de-aph-entre-bombeiros-e-samu-avanca-para-novas-etapas>. Acesso em: 14 de setembro de 2018.

FORTALEZA, **Histórico do SOS Fortaleza**, documento cedido pelo núcleo gestor do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Municipal - SAMU/FORTALEZA 192, 2018.

FROTA, J. A. D. **O Grupo de Socorro de Urgências do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará e sua evolução**. Corpo de Bombeiros Militar do estado do Ceará, 2010. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAABKXAAK/grupo-socorro-urgencias-corpo-bombeiros-militar-ceara-sua-evolucao>. Acesso em: 26 de novembro de 2018.

GAWRYZEWSKI, VP et al. Mortes e internações dos idosos no Brasil: **O desafio de integrar a saúde coletiva e a atenção individual**. Revista Assoc Med Bras 2004. p. 97-103.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa**. 1.ed. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. 113p.

Governo do estado de São Paulo, **GRAU e SAMU vão atuar em conjunto nas operações de resgate em SP**. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/ultimas-noticias/grau-e-samu-vaao-atuar-em-conjunto-nas-operacoes-de-resgate-em-sp/> . Acesso em: 14 de setembro de 2018.

Governo do estado do Ceará, **Competências do Corpo de Bombeiros do estado do Ceará**. Disponível em: <http://www.ceara.gov.br/organograma/cbmce/#setor-administracao-direta-organogramas>. Acesso em: 14 de setembro de 2018.

Governo do estado do Ceará, **Constituição do estado do Ceará 1989**. Disponível em: [http://www.pgj.ce.gov.br/AdmSuperior/corregedoria/legislacao/const\\_ca.pdf](http://www.pgj.ce.gov.br/AdmSuperior/corregedoria/legislacao/const_ca.pdf) . Acesso em: 28 de novembro de 2018.

Governo do estado do Ceará, **Estatuto dos militares estaduais do Ceará**. Disponível em: <https://www.pm.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/25/2018/01/EstatutoMilitares.pdf> . Acesso em: 26 de novembro de 2018.

Governo do estado do Ceará, **SAMU 192 – Ceará**. Disponível em: <http://www.samu.ce.gov.br/#>. Acesso em: 29 de abril de 2019.

Governo do estado do Ceará, **Resolução nº 062 de 2016 - Recursos de contrapartida do tesouro do estado**. Disponível em: [https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/resolucao\\_062\\_2016.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/resolucao_062_2016.pdf) . Acesso em: 29 de abril de 2019.

Governo Federal. **Constituição Federal 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm) . Acesso em: 28 de novembro de 2018.

Governo Federal. **IBGE**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama> . Acesso em: 02 de abril de 2019.

HOLANDA, João Xavier de. **História do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará**. S. N. T. (v.1). Fortaleza, 1997.

Instituto Defesa. **Código Q – Muito mais que QSL e QAP**. Disponível em: <https://www.defesa.org/codigo-q-muito-mais-que-qsl-e-qap/> . Acesso em: 07 de junho de 2019.

Jornal OPOVO, **Samu ganha 11 novas ambulâncias da Prefeitura de Fortaleza**. Disponível em: <https://www.opovo.com.br/noticias/fortaleza/2019/02/29647-samu-ganha-11-novas-ambulancias-da-prefeitura-de-fortaleza.html> . Acesso em: 04 de abril de 2019.

KÖCHE, José Carlos. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e prática da pesquisa**. 14. ed. rev. e ampl. Petrópolis: Vozes, 1997.

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

MALTA, D. C.; MASCARENHA, M. D.; BERNAL, R. T.; PEREIRA, C.; MINAYO, M. C.; MORAIS, O. L. **Análise das ocorrências das lesões no trânsito e fatores relacionados segundo resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – Brasil, 2008**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 9, p. 3679-3687, 2011.

MATOS, K. S. L.; VIEIRA, S. V. **Pesquisa educacional: O prazer de conhecer**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2001. 143 p.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira;

GALVÃO, Cristina Maria. **Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Florianópolis: v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MINAYOU, Maria Cecília de Sousa (org). **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001. 80 p.

Ministério da Saúde (BR). **Regulação médica das urgências**. Brasília (DF); 2006.

Ministério da Saúde, **Legislação**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/samu/legislacao>. Acesso em: 14 de setembro de 2018.

Ministério da Saúde, **Lei nº 8.080: Sistema Único de Saúde: promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm). Acesso em: 28 de novembro de 2018.

Ministério da Saúde, **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_urgencias\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf). Acesso em: 28 de novembro de 2018.

Ministério da Saúde, **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)**. Disponível em: <https://www.portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/servico-de-atendimento-movel-de-urgencia-samu-192>. Acesso em: 25 de abril de 2019.

Ministério da Saúde, **SUS: princípios e Conquistas**. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf). Acesso em: 28 de novembro de 2018.

Ministério da Saúde: Portaria do MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002. **Aprova o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>. Acesso em 25 de setembro 2018.

Ministério da Saúde: Portaria do MS nº 2048/2002. **Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência**. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html). Acesso em 29 de abril de 2019.

NASCIMENTO, José Luciano Viana. **História do Corpo de Bombeiros Militar do Ceará**. 1.ed. Fortaleza: RDS, 2014. p. 67-204.

O'DWYER, Gisele, et al. **O SAMU: a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo**. Physis. vol.22, n.1, Rio de Janeiro, 2012.

Pereira WAP, Lima MADS. **Atendimento Pré-Hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito**. Porto Alegre, 2006. 19 (3): 279-83.

Prefeitura de Fortaleza, **25 anos de atuação do Samu Fortaleza**. Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/simposio-celebra-25-anos-de-atuacao-do-samu-fortaleza>. Acesso em: 27 de novembro de 2018.

Prefeitura de Fortaleza, **Prefeito Roberto Cláudio renova 100% da frota de ambulâncias do SAMU Fortaleza**. Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/prefeito-roberto-claudio-renova-100-da-frota-de-ambulancias-do-samu-fortaleza>. Acesso em: 04 de abril de 2019.

Prefeitura de Fortaleza, **Prefeitura inaugura nova base do SAMU 192**. Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/tag/samu%20fortaleza>. Acesso em: 28 de novembro de 2018.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2. Ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

Ramos VO, Sanna MC. **A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e pespecticas atuais**. Revista Brasileira de Enfermagem. 2005; 58 (3):355-360.

RAMOS, N. **Saúde, Migração e Interculturalidade. Perspectivas teóricas e práticas**. João Pessoa: UFPB, 2008.

RAMOS, V.; SANTOS, M. **Inserção do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar**. Rev.Bras.Enfermagem. 2005.

SAMPAIO, Dorian. **Anuário do Ceará**. Fortaleza, 1992/93.

SANTOS, Maria Cláudia; BERNARDES, Andrea; GABRIEL, Carmem Silvia. **O processo comunicativo no serviço de atendimento móvel de urgência**. Revista Gaúcha de Enfermagem. vol.33 n.1, Porto Alegre, Mar. 2012.

SUEOKA, Júnia Shizue; ABGUSSEN, Carla Maria Balieiro. **APH – resgate: Emergência em trauma**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

## ANEXOS



Logotipo do CBMCE e do GSU (Imagem do Google)



Logotipo do SAMU e montagem das marcas GSU e SAMU unidos (Imagem do Google)

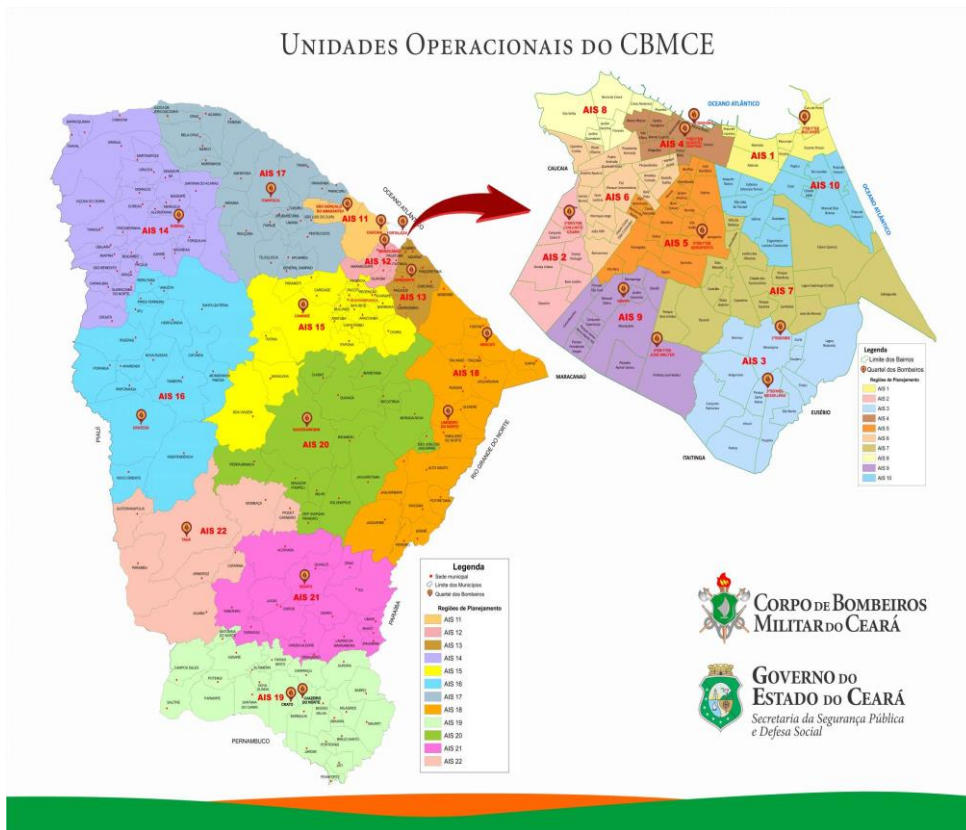




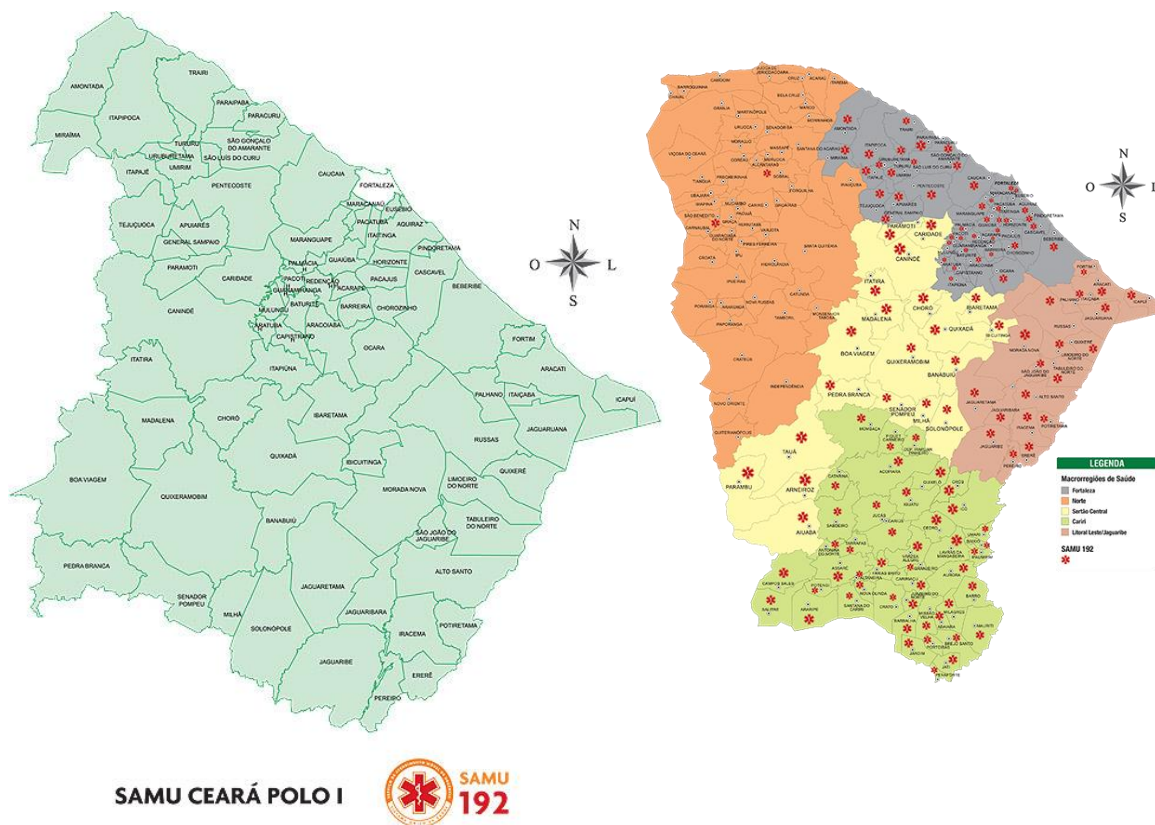
Unidade de APH dos Bombeiros (GSU) no Bairro da Maraponga (Imagem própria)



Sede do SAMU Ceará na cidade do Eusébio, 24 Km da cidade de Fortaleza – (Imagem do Google)



Unidades Operacionais do CBMCE (Imagem do site oficial do CBMCE)



79 municípios atendidos pelo SAMU CE – Polo I. Exceção é Fortaleza que possui gestão própria. (Imagens Portal SAMU CE)





Viatura de Resgate (Tipo B ou C) do CBMCE - GSU



Ambulâncias tipo B e D do SAMU (Imagem do Google)





Equipe do GSU: Condutores e Socorristas (Imagem do Google)



Equipe do SAMU Ceará 2011 (Imagens do Google)