



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL  
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA, CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
DIRETORIA DE ENSINO  
ACADEMIA DE BOMBEIRO MILITAR  
CURSO DE FORMAÇÃO DE OFICIAIS**



**UNIDADES DE RESGATE REGULADAS E MEDICALIZADAS: AVALIAÇÃO DA  
RELEVÂNCIA DA CAPACITAÇÃO EM NÍVEL TÉCNICO DOS SOCORRISTAS DO  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL**

Luciana Frota Madeira<sup>12</sup>  
Andreia Cristina Arantes<sup>3</sup>

**RESUMO**

Este trabalho descreve o atendimento pré-hospitalar oferecido pelas Unidades de Resgate (UR's) e Unidades de Resgate de Suporte Básico (URSB's) do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF). Esse estudo visa avaliar a relevância da capacitação dos socorristas como técnico em enfermagem no atendimento pré-hospitalar ofertado pelo CBMDF. Esta tarefa foi conseguida mediante revisão bibliográfica, estudo de análise quantitativa de dados das Fichas de Atendimento Pré-hospitalar de uma UR e duas URSB's do CBMDF e pesquisa quantitativa da percepção das dificuldades de socorristas e auxiliares de APH do CBMDF. A análise demonstrou que as URSB's apresentaram uma diferença significativa nos casos de finalização dos atendimentos clínicos na cena com relação à UR: 54% e 38%, no 2º e 15º GBM, respectivamente, comparado a 13% dos casos no 41º GBM. Ademais, nos atendimentos em que houve a medicalização, o percentual de casos finalizados na cena foi substancial: 61% no 15º GBM e 73% no 2º GBM. Além disso, a grande maioria dos socorristas entrevistados (95%) acredita ser um avanço para a Corporação a expansão das URSB's no CBMDF. Esses dados demonstram a efetividade no atendimento das URSB's e um melhor uso dos recursos humanos e materiais, já que, por meio da finalização da ocorrência no local, evita-se a superlotação dos hospitais, impedindo que casos de menor gravidade ocupem leitos e macas nos hospitais de referência no lugar de casos mais graves.

**Palavras-chave:** Atendimento pré-hospitalar. Unidades de resgate. Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

---

1 Artigo apresentado em 09 de junho de 2020 como requisito para aprovação no Curso de Formação de Oficiais do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

2 Cadete do 2º ano. Aluna do Curso de Formação de Oficiais - Turma CFO 36. Lotada na Academia de Bombeiros Militar do Distrito Federal (ABMIL). Licenciada em Ciências Naturais pela Universidade de Brasília.

3 Capitã QOBM/Combatente - CBMDF. Subcomandante do Grupamento de Proteção Civil. Formada no Curso de Formação de Oficiais pela Academia de Bombeiro Militar "Cel Osmar Alves Pinheiro" - CBMDF. Bacharel e Licenciada em Química pela Universidade de Brasília., especialista em APH pelo Curso de Socorros em Urgência.

**REGULATED AND MEDICALIZED RESCUE UNITS: EVALUATION OF THE RELEVANCE OF THE TECHNICAL LEVEL TRAINING OF RESCUERS FROM THE CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL**

**ABSTRACT**

*This work describes the prehospital emergency offered by the Rescue Units (UR's) and Basic Support Rescue Units (URSB's) of Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF). The objective of this study is to evaluate the relevance of training rescuers as a nursing technician in prehospital care offered by CBMDF. This task was accomplished through a bibliographic review, a study of quantitative analysis of data from the Prehospital Care Records of one UR and two URSB's from CBMDF and quantitative research on the perception of the difficulties of CBMDF's rescuers. The analysis showed a significant difference in cases of clinical treatments completion on the scene comparing URSB's with UR: 54% and 38% on 2nd and 15th GBM, respectively, compared to 13% on 41th GBM. In addition, at cases where medicalization occurred, the percentage of cases completed on the scene was substantial: 61% in the 15th GBM and 73% in the 2nd GBM. Furthermore, the vast majority of interviewed (95%) believe that the expansion of the URSB's in CBMDF is an advance for the Corporation. These data demonstrate the effectiveness in URSB's treatment and a better use of human and material resources, since by ending the occurrence on the site, overcrowding in hospitals is avoided, preventing less serious cases from occupying beds and stretchers in place of more serious cases.*

**Keywords:** *Prehospital emergency. Rescue Units. Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.*

## **1 INTRODUÇÃO**

Em 2019, o CBMDF atendeu aproximadamente 43 mil ocorrências de atendimento pré-hospitalar (APH), o que corresponde a 32% de suas ocorrências. Caso sejam considerados também os acidentes de trânsito, visto que o resgate veicular envolve também o acionamento imediato das UR's, constata-se que 58% das ocorrências do CBMDF envolveram atendimento pré-hospitalar ou salvamento veicular, de acordo com os dados do Relatório de Atividades<sup>4</sup> do Comando Operacional (COMOP), sugerindo-se assim especial atenção para esses grupos de serviços.

De acordo com Ladeira e Barreto (2008), o atendimento adequado e o tempo decorrido entre o acidente e a admissão ao hospital são fatores extremamente

---

<sup>4</sup> O documento SEI a que o texto se refere é o Relatório de Atividades nº 34301693/2020 do Comando Operacional, Processo eletrônico SEI: 00053-00111470/2019-55.

relevantes para reduzir a mortalidade das vítimas de lesões produzidas por traumas. A hora de ouro afirma que pacientes traumatizados têm melhores resultados se o tratamento definitivo for ofertado em até 60 minutos, uma vez que até 40% dos óbitos ocorrem na fase pré-hospitalar do cuidado.

Nesse sentido, buscou-se responder a seguinte pergunta: qual a relevância das Unidades de Resgate de Suporte Básico de Vida no atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal?

Há indícios que a presença de um socorrista habilitado em nível técnico tende a aperfeiçoar a qualidade de atendimento das UR's devido à formação mais completa e a sua maior capacidade de intervenção, que além da possibilidade de administração intravenosa de medicamentos, pode diminuir a superlotação de hospitais e a retenção de macas, haja vista que algumas ocorrências de tipo clínico podem ser iniciadas e finalizadas na cena, sem necessidade de transporte ao hospital.

Tal abordagem se justifica pela necessidade do CBMDF de estar sempre buscando o aperfeiçoamento de seus serviços à sociedade, pela diminuição do impacto no Sistema Único de Saúde causado pelo transporte de pacientes que poderiam ter seu atendimento finalizado na própria cena, pela redução da retenção das macas nos hospitais, pela criação de novas técnicas de trabalho e pelo aumento do nível de conhecimento dos socorristas na área de APH. Este trabalho visa ainda oferecer subsídios aos bombeiros militares, gestores e à população para que possam conhecer os obstáculos do cotidiano do serviço de urgência e emergência no DF, de modo a valorizar e contribuir para o crescimento e o aprimoramento do atendimento pré-hospitalar do CBMDF, como serviço indispensável à sociedade.

O principal objetivo deste estudo é avaliar a relevância da capacitação dos socorristas como técnicos em enfermagem no APH ofertado pelo CBMDF, segundo análise estatística das Fichas de Atendimento Pré-hospitalar (FAPH) e da percepção dos socorristas e auxiliares das UR's e URSB's do CBMDF.

Este trabalho ainda tem por objetivos secundários: a) Relacionar a legislação pertinente à Regulação médica e ao componente pré-hospitalar móvel; b) Avaliar a proporção entre os atendimentos das UR's e URSB's, que foram encerrados na cena

e os que necessitaram de transporte; e c) Identificar as principais dificuldades percebidas no serviço de APH pelos socorristas e auxiliares das UR's e URSB's.

A seguir serão discutidos: a evolução do atendimento pré-hospitalar no Brasil, o serviço de APH oferecido pelo CBMDF e a Portaria Conjunta n. 40, de 05 de dezembro de 2018 (DISTRITO FEDERAL, 2018).

## **2 A EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NO BRASIL**

Segundo Ramos e Sanna (2005), os primeiros serviços de APH foram prestados pelo Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro (CBMRJ), capital do país na época, a partir de 1899, com o auxílio de carroças de tração animal, que transportavam as vítimas de traumas para os hospitais.

Nos anos 50, instala-se na cidade de São Paulo o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), órgão da então Secretaria Municipal de Higiene (RAMOS; SANNA, 2005). Já nos anos 80, no Rio de Janeiro, pela necessidade de melhoria no atendimento pré-hospitalar prestado à sociedade, houve a sistematização e estruturação deste serviço no Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ) por meio do Grupo de Socorro e Emergência (GSE). A partir daí houve a incorporação de médicos ao quadro de socorristas e a implementação de viaturas de suporte avançado de vida com recursos materiais específicos a este fim. Posteriormente, em 1988, foi iniciado o serviço aero médico extra-hospitalar por esta corporação (SILVA *et al.*, 2010).

Em 2002, o Ministério da Saúde aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, por meio da Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002). Esta diretriz nacional estabelece a Regulação Médica, baseada na implantação de Centrais de Regulação Médica de Urgências, que por meio da medicina à distância, o médico pode ordenar ações que ampliem significativamente as chances de sobrevivência dos pacientes em situações de emergência médica. O médico regulador deve ainda avaliar o fluxo de pacientes, hierarquizar e decidir sobre o transporte e sobre o hospital de destino.

A Portaria nº 2048 estabelece ainda que o componente pré-hospitalar móvel é composto por equipe de profissionais oriundos da área da saúde como médicos e enfermeiros e por profissionais não oriundos da saúde, no caso dos bombeiros militares e agentes de segurança. Aos bombeiros militares é permitido realizar suporte básico de vida, com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, obedecendo aos padrões de capacitação (BRASIL, 2002).

A Portaria nº 2048 classifica ainda as ambulâncias em seis tipos de veículos, são eles: Ambulância de Transporte (Tipo A), Ambulância de Suporte Básico (Tipo B), Ambulância de Resgate (Tipo C), Ambulância de Suporte Avançado (Tipo D), Aeronave de Transporte Médico (Tipo E) e Embarcação de Transporte Médico (Tipo F) (BRASIL, 2002). Sendo que o CBMDF possui atualmente UR's, que são consideradas veículos do Tipo C; URSB's, classificadas como ambulâncias de Tipo B e aeronaves de resgate aéreo (Tipo E).

TIPO B – Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino; TIPO C - Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas); TIPO E – Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil – DAC (BRASIL, 2002, p. 37).

A implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), através da Portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, baseada na descentralização dos serviços de atenção à saúde nas três esferas, garantiu os princípios doutrinários da universalidade, da integralidade e da equidade no atendimento às urgências (BRASIL, 2003a).

Ainda em 2003, através da Portaria nº 1.864/MS, o Ministério da Saúde implantou o componente Pré-Hospitalar móvel: Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), suas Centrais de Regulação (Central SAMU 192) e seus Núcleos de Educação em Urgência, em municípios e regiões de todo o território brasileiro. O SAMU, fundamentado com base na escola francesa, representa o componente pré-hospitalar móvel da PNAU (BRASIL, 2003b).

Basicamente, a influência no surgimento do APH no Brasil tem origem nas escolas norte-americanas (*load and go* - estabilizar e conduzir) e a francesa (*stay to treat* - ficar para tratar), o que influenciou no atendimento às vítimas que demandavam cuidados pré-hospitalares, de acordo com a realidade local (MARTINS, 2004).

Evidencia-se maior influência da escola norte-americana no APH brasileiro na década de 90. Ela foi adotada inicialmente pelos Corpos de Bombeiros (CB), sendo questionada a partir de 1997 pelos Conselhos de Medicina. Apesar de já realizarem o serviço de APH, os CB só se tornaram responsáveis pelo APH no âmbito público nos anos 90 a partir do Programa de Atendimento Pré-hospitalar (PAPH) do Ministério da Saúde (MS), momento em que passaram a receber treinamento por meio de curso básico de socorristas (MARTINS; PRADO, 2003).

No modelo francês de atendimento pré-hospitalar, todas as solicitações são triadas pelo médico regulador, que, após análise dos sinais e sintomas do paciente, decide pelo acionamento ou não do transporte de urgência e emergência. Esse modelo tem como objetivo principal diminuir o tempo resposta, de forma a aumentar as chances de sobrevivência do paciente e diminuir as possíveis comorbidades, devido ao início imediato do tratamento sob orientação técnica (GALLETTI, 2010).

O sistema francês é baseado nos elos apresentados na Figura 1.

**Figura 1 – Principais elos do atendimento pré-hospitalar do sistema francês**



Fonte: Adaptado de Lopes e Fernandes (1999)

Para o atendimento de urgência, o SAMU dispõe de Unidades de Suporte Básico (USB), Unidades de Suporte Avançado (USA), motolâncias, Unidades de Suporte a Múltiplas Vítimas (AMV) e Veículos de Intervenção Médica (VIM), conforme previsto na Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012 (BRASIL, 2012).

Em 2009, a Lei 12.086 (BRASIL, 2009) alterou a Lei nº 8.255, de 20 de novembro de 1991, Lei de Organização Básica do CBMDF, e acrescentou pela primeira vez ao rol de atribuições específicas do CBMDF a execução de serviços de atendimento pré-hospitalar. No entanto, convém ressaltar que o APH já era executado anteriormente, conforme previsto no art. 2º da Lei nº 8.255, que estabelece entre as missões do CBMDF, a busca e o salvamento e a prestação de socorros nos casos de sinistros, sempre que houver ameaça de destruição de haveres, vítimas ou pessoas em iminente perigo de vida (BRASIL, 1991).

O CBMDF dispõe de Unidades de Resgate, de Unidades de Suporte Básico e de Unidades de Suporte Avançado, através do serviço aéreo de asa rotativa, que são equipadas para ofertar o melhor atendimento a vítimas em estado grave ou àquelas que preenchem critérios deste tipo de transporte. Ele possui ainda as motoresgates, que garantem rapidez de acesso para iniciar os primeiros atendimentos.

### **3 O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR OFERECIDO PELO CBMDF**

No CBMDF, as solicitações de ajuda chegam diretamente aos bombeiros militares que fazem o teleatendimento na Central de Operações e Comunicações do CBMDF (COCB) por meio de um telefone único, o 193. As ocorrências seguem protocolos operacionais padrão e, dependendo da emergência, o atendente pode auxiliar o solicitante com relação às atitudes a serem tomadas até a chegada do socorro ao local. O despacho é feito diretamente pelo COCB até a Seção de Comunicação do Grupamento Bombeiro Militar – SECOM, setor responsável pelo despacho da ocorrência nos Grupamentos de Bombeiro Militar (GBM's) aos militares de serviço, por meio do Sistema de Ocorrências Fênix da Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Paz Social do DF (SSPDF). As viaturas dos quartéis mais próximos do local da ocorrência que estiverem disponíveis serão acionadas.

Ademais, a regulação médica das ocorrências clínicas e de trauma deve ser realizada por um médico regulador da Central de Regulação e Urgências (CERU). Na Regulação Médica, o médico regulador avalia a necessidade de transporte e

medicalização, organiza continuamente os fluxos, ordena a demanda e a distribui entre todas as unidades de saúde possíveis do Sistema Único de Saúde, de acordo com a gravidade, proximidade e disponibilidade de recursos especializados e físicos.

A guarnição das UR's do CBMDF é composta de três militares, sendo: um socorrista, capacitado pelo Curso de Socorros de Urgência (CSU); um auxiliar, que possui o curso básico de APH ou equivalente de formação básica; e um condutor de viatura.

Já nas Unidades de Resgate de Suporte Básico (URSB's), há a presença de um técnico em enfermagem que, a depender da situação, pode ofertar medicação ao paciente, devidamente orientado por um médico da Central de Regulação e Urgências. Atualmente, apenas 35% das unidades de APH do CBMDF possuem o serviço de medicação, o qual está presente em todas as unidades de Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV) do SAMU-DF.

A Resolução COFEN n. 487/2015, de 25 de agosto de 2015, veda aos profissionais de enfermagem o cumprimento de prescrição médica à distância fornecida por meio de rádio ou telefone, salvo em situações de urgência e emergência quando houver prescrição feita por médico regulador do SAMU, por médico a pacientes em atendimento domiciliar ou por médico em teleatendimento (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015).

Com relação a Unidade de Suporte Avançado do CBMDF, aeronave destinada ao atendimento aéreo de emergência e transporte de vítimas graves, o serviço é realizado em regra por um médico, um enfermeiro e um tripulante operacional, devidamente capacitado em atendimento pré-hospitalar; além do piloto e copiloto da aeronave. Esse serviço pode ser acionado diretamente pelo COCB de acordo com o BG nº 82, de 2 de maio de 2012, mediante os seguintes critérios, mesmo antes que o socorro terrestre chegue ao local do evento:

- (1) possível existência de vítimas em número superior a quatro;
- (2) afogamentos;
- (3) acidentes nas principais rodovias de acesso ao DF (BRs 010, 020, 040, 060, 070, 080, 251) em que a distância até os grandes hospitais de referência em trauma (HRT e HBB) seja superior a 30 km;
- (4) acidentes em que, mesmo em distância inferior ao fixado no item 3, o tempo de deslocamento em função das condições de tráfego seja superior a 15 minutos.



E ainda após a chegada do socorro terrestre ao local do evento, é possível o acionamento nos seguintes casos:

- (1) vítima com Escala de Coma de Glasgow inferior a 12 e/ou deteriorando;
- (2) frequência respiratória menor que 10 ou maior que 29 por minuto em adultos;
- (3) pulso menor que 50 ou maior que 120 em adultos;
- (4) pressão sistólica menor que 90mmhg em adultos;
- (5) lesões penetrantes na cabeça, pescoço ou em extremidades proximais;
- (6) amputação traumática (exceto falangetas);
- (7) fratura de crânio aberta ou com esmagamento;
- (8) suspeita de fratura de pélvis;
- (9) suspeita de lesão na coluna cervical com paralisia;
- (10) duas ou mais fraturas de ossos longos;
- (11) tórax instável;
- (12) queimaduras críticas: segundo ou terceiro grau com área corpórea atingida maior que 20%, nas vias aéreas ou na face;
- (13) queimaduras envolvendo face, cabeça, mãos, pés ou genitália;
- (14) ejeção do veículo;
- (15) vítima encarcerada;
- (16) morte de outro passageiro no veículo;
- (17) trauma penetrante de abdome, pelve e tórax;
- (18) lesão por esmagamento de abdome, tórax e cabeça;
- (19) queda de altura superior a 4 metros (CBMDF, 2012, p. 18-19).

Um dos objetivos do Plano Plurianual (2020-2023) do DF é a Educação em saúde de forma a garantir acesso à educação profissional e continuada, em consonância com as estratégias e prioridades do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, ele preconiza um processo constante que articule formação e atualização das equipes de saúde por meio da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Escola Técnica de Saúde de Brasília (ETESB) e a Escola de Aperfeiçoamento do SUS (EAPSUS).

Um dos objetivos do Plano Estratégico (PLANES) do CBMDF (2017-2024) é “capacitar e gerir por competências”. Dentre as medidas da Corporação para a realização do objetivo nº 8 do Plano Estratégico estão às iniciativas de capacitar os bombeiros militares nos temas estratégicos; atualizar a capacitação continuada operacional com base nas estatísticas e gestão de riscos; e realizar intercâmbios nacionais e internacionais nos temas estratégicos.

#### **4 A PORTARIA CONJUNTA Nº 40, DE 05 DE DEZEMBRO DE 2018**

A integração dos serviços de Corpos de Bombeiros e SAMU é uma tendência em muitos estados brasileiros. São Paulo, Porto Alegre e Santa Catarina aderiram a este novo modelo de gestão integrada. Essa integração visa à diminuição do tempo resposta, à desoneração das unidades do Sistema Único de Saúde, à regulação médica de forma efetiva e completa e à cooperação e unificação do conhecimento no APH, trazendo assim maior qualidade ao atendimento de urgência e emergência.

A Portaria Conjunta nº 40/2018, de 05 de dezembro de 2018, da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal e do CBMDF, atualiza a Portaria Conjunta nº 4/2011. Ela institui o Serviço Unificado de Atendimento Pré-Hospitalar (SUAPH), prestado pelo SAMU e pelo CBMDF, para o atendimento às urgências e emergências, utilizando infraestrutura, recursos humanos, materiais, insumos, medicamentos e equipamentos dos partícipes (DISTRITO FEDERAL, 2018).

Além disso, ela dispõe que a regulação do serviço de APH será realizada pela CERU e que todos os recursos do SUAPH devem ser regulados. O atendimento aos chamados de emergência via 192/193 e o despacho dos recursos devem ser realizados por meio de uma central única, o COCB, abrangendo a totalidade das chamadas que entrarem via SAMU/CBMDF. Ademais, ela propõe a utilização de terminologia comum, protocolo conjunto, comunicação integrada e o mesmo sistema de gerenciamento das ocorrências (DISTRITO FEDERAL, 2018).

A Portaria Conjunta nº 40/2018 estabelece ainda os casos de acionamento imediato dos recursos de pronta resposta terrestre, aquático e aéreo do CBMDF e das motolâncias do SAMU 192. São eles:

- a. Parada respiratória;
- b. Parada cardiorrespiratória;
- c. Obstrução de vias aéreas por corpo estranho;
- d. Situações de trauma;
- e. Composição do trem de socorro (DISTRITO FEDERAL, 2018).

Outra medida estabelecida pela Portaria Conjunta nº 40 é a de realizar, por meio das farmácias satélites de cada Núcleo de Atendimento Pré-Hospitalar (NAPH),

a reposição de insumos farmacêuticos necessários ao APH, de modo a viabilizar a utilização de medicamentos nas unidades móveis do SAMU e CBMDF, para que possam exercer o suporte básico/avançado de vida medicalizado. Ademais, ela visa ainda padronizar com o CBMDF, por meio do Núcleo de Educação em Urgências o ensino e a instrução, incluindo proposta pedagógica conjunta de capacitação dos profissionais, de modo a prover educação permanente aos militares do SUAPH (DISTRITO FEDERAL, 2018).

## **5 METODOLOGIA**

Este trabalho foi dividido em duas etapas: Análise quantitativa das fichas de Atendimento Pré-Hospitalar e Pesquisa quantitativa por meio de questionário.

### **5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA DAS FICHAS DE APH**

Com o objetivo de avaliar a proporção entre os atendimentos das UR's e URSB's, que foram encerrados na cena e os que necessitaram de transporte, foi feita uma pesquisa de campo no Grupamento de Atendimento Pré-Hospitalar.

Para tanto, foi realizada uma análise quantitativa de dados das Fichas de Atendimento Pré-hospitalar de ocorrências de casos clínicos, sendo descartadas as fichas de trauma. A escolha se deu em virtude de os traumas necessitarem, em sua totalidade, de transporte aos centros de saúde ou hospitais de referência, segundo protocolos operacionais do CBMDF.

A escolha dos meses ocorreu usando-se como parâmetro o grande fluxo de ocorrências. Foram escolhidos GBM's com URSB de duas áreas de atuação (área oeste e área leste): 2º e 15º GBM, respectivamente. A ideia inicial era analisar uma UR de cada área, porém após análise preliminar, optou-se por analisar apenas uma UR de GBM com grande fluxo de ocorrências, visto que as diferenças encontradas nas FAPH em análise prévia mostraram-se irrelevantes. O quartel escolhido com UR para pesquisa foi o 41º GBM. Foram incluídas no estudo as FAPH dos atendimentos no intervalo de 1º de julho a 30 de outubro de 2018.

Para o cálculo da amostra, foi utilizada a fórmula para estimação de proporções, com margem de erro aceitável de 5% e nível de confiança de 95%. Para o cálculo do tamanho amostral, foi usado o Sistema de Gerenciamento de Ocorrências (SGO) "Fênix" da SSPDF para obter o quantitativo de ocorrências de APH de caso

clínico atendidos pelos GBM's dentro do período selecionado no ano de 2018, como pode ser observado na tabela 1.

**Tabela 1 – Quantitativo total de ocorrências de tipo clínico de APH do ano de 2018 por GBM e o tamanho amostral obtido**

<b>GBM</b>	<b>Tamanho da população</b>	<b>Tamanho da amostra</b>
<b>2º GBM</b>	1497	306
<b>15º GBM</b>	1011	279
<b>41º GBM</b>	1375	301

Fonte: A autora

Foram consideradas as Fichas de Atendimento Pré-Hospitalar que possuíam as seguintes variáveis:

- Tipificação: Clínico;
- Necessidade de medicação, para as URSB's;
- Necessidade de transporte ao hospital.

## 5.2 QUESTIONÁRIO DE PESQUISA QUANTITATIVA

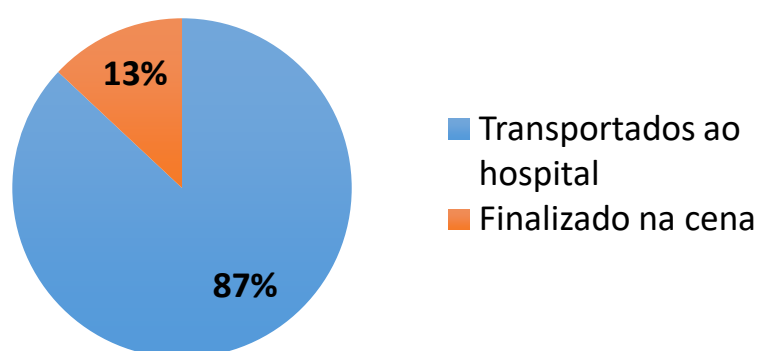
Com o objetivo de identificar as principais dificuldades percebidas no serviço de APH pelos socorristas e auxiliares das UR's, foi realizada uma pesquisa quantitativa por meio de questionários enviados via *Google Forms*, conforme Apêndice A. Buscou-se avaliar a percepção de socorristas e auxiliares de UR's e URSB's do CBMDF com relação às dificuldades relativas ao serviço operacional, aos recursos humanos capacitados e aos recursos materiais das UR's, conforme questionário anexo. Para o cálculo da amostra, foi utilizada a fórmula para estimação de proporções, com margem de erro aceitável de 5% e nível de confiança de 95%. Baseando-se em um tamanho da população de 260 bombeiros militares (quantitativo de socorristas e auxiliares que atuam nas cinco alas de serviço na escala de 12h x 24h e 12h x 72h para ativar todas as 26 UR's, referente a todos os GBM's do CBMDF), foi obtido um tamanho amostral n=156 militares, que compõem o serviço operacional de UR.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

## 6.1 ANÁLISE QUANTITATIVA DAS FICHAS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Com relação aos atendimentos da UR do 41º GBM, foram analisadas 301 fichas e foi observado que em 87% dos atendimentos clínicos realizados no período entre julho e outubro, o paciente foi transportado ao hospital, conforme Figura 2. Dentre os 13% dos atendimentos restantes, isto é, os que foram finalizados no local da ocorrência, inclui-se aqueles pacientes que recusaram atendimento ou transporte ao hospital (36%) e os que foram a óbito no local (8%).

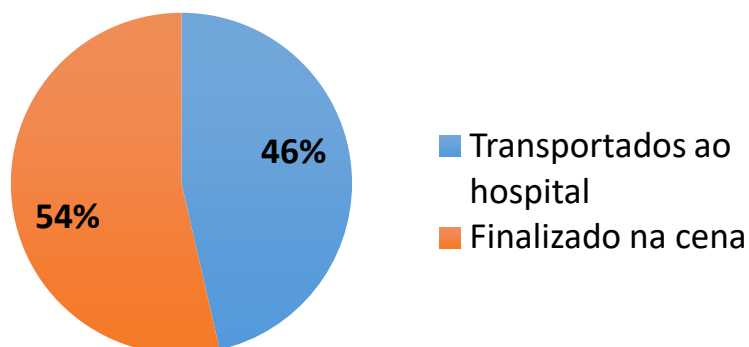
**Figura 2 – Atendimentos clínicos da UR - 41º GBM**



Fonte: A autora

Quanto à URSB do 2º GBM, foram analisadas 306 fichas. Em 54% dos atendimentos, houve finalização da ocorrência na cena, sem necessidade de transporte ao hospital, conforme Figura 3. Nesses atendimentos, o socorrista entra em contato com o médico regulador na Central de Regulação do SAMU, passa o estado geral do paciente, sinais, sintomas e demais informações que a regulação julgar necessário e, após análise médica, é decidido e orientado sobre a necessidade de medicação na cena e o possível término do atendimento no local e/ou transporte ao hospital, analisando a capacidade de atendimento do SUS, composto pelas UPA's (Unidades de Pronto Atendimento) e pelos hospitais de referência da região, considerando disponibilidade da rede naquele dia e horário e a gravidade do caso. É importante salientar que quanto mais minuciosa a avaliação geral do paciente for, mais embasadas e assertivas tendem a ser as decisões do médico regulador.

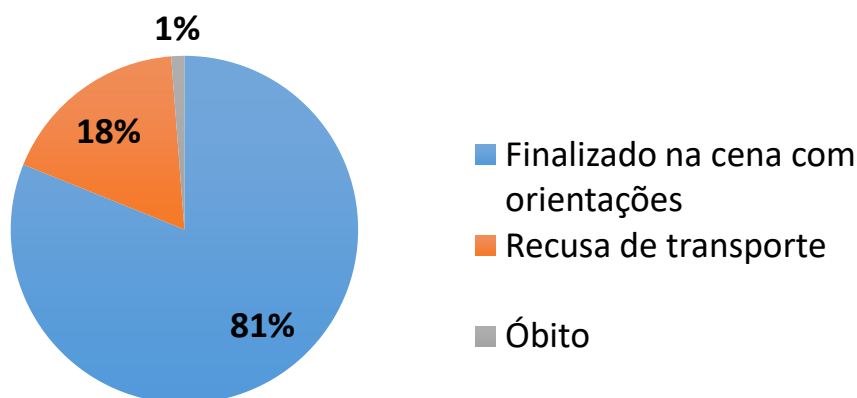
Além disso, sabe-se que as informações são dinâmicas, o médico regulador tem acesso atualizado da capacidade de resposta do SUS e, por ser autoridade sanitária na área, respalda a guarnição da UR no momento da entrega dos pacientes nos centros de saúde, de modo a evitar a recusa dos hospitais em recebê-los.

**Figura 3 – Atendimentos clínicos da URSB - 2º GBM**

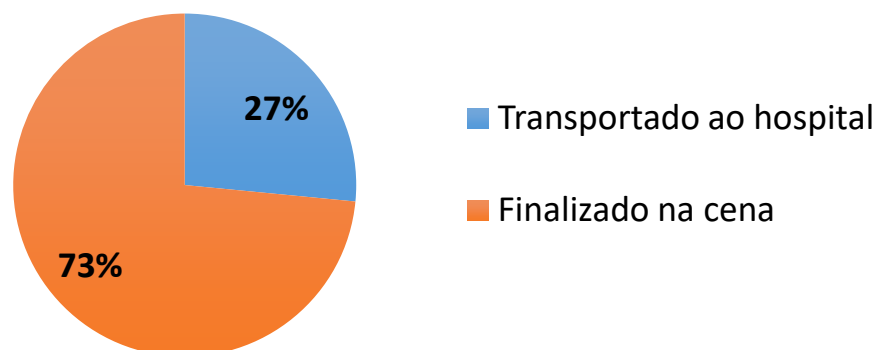
Fonte: A autora

A Figura 4 representa a análise dos casos em que, após regulação médica, não foi indicado o transporte ao hospital, ou seja, casos que foram encerrados na cena (54% do total de atendimentos da URSB do 2º GBM, conforme Figura 3). Entre esses casos, 18% representam os pacientes que recusaram o atendimento; 1%, refere-se aos óbitos de vítimas; e a expressiva porcentagem de 81% refere-se aos atendimentos que foram finalizados na cena por meio da orientação médica.

Ainda sobre os atendimentos realizados pela URSB do 2º GBM, em 16% dos casos analisados foi realizada a medicação via regulação médica. Em apenas 27% destes, foi indicado o transporte ao hospital, mostrando que, em sua maioria (73%), quando há medicação do paciente, não há necessidade de transporte ao hospital, conforme demonstrado na Figura 5.

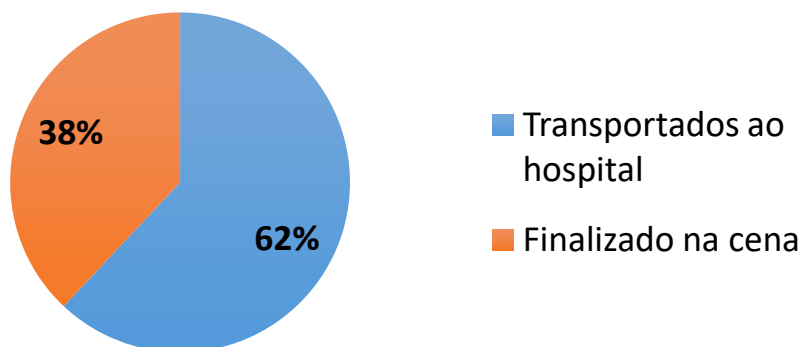
**Figura 4 – Atendimentos clínicos da URSB encerrados na cena - 2º GBM**

Fonte: A autora

**Figura 5 – Atendimentos clínicos da URSB com oferta de medicação - 2º GBM**

Fonte: A autora

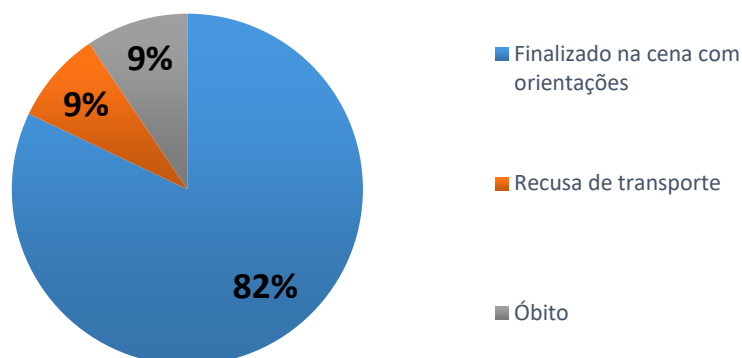
Com relação à URSB do 15º GBM, foram analisadas 279 fichas e observou-se que 38% dos atendimentos foram finalizados na cena, sem necessidade de transporte ao hospital, conforme Figura 6. Com relação aos atendimentos finalizados na cena, 18% desta parcela ocorreu devido à recusa do paciente e/ou ao óbito no local e nos demais casos (82%) a ocorrência finalizou no local da ocorrência conforme a orientação do médico regulador, de acordo com a Figura 7.

**Figura 6 – Atendimentos clínicos da URSB - 15º GBM**

Fonte: A autora

Ainda sobre os atendimentos da URSB do 15º GBM, com relação aos atendimentos em que foi ofertada medicação (15%), por orientação do médico regulador, observa-se que em 61% desses casos não foi necessário o transporte aos centros de saúde, finalizando a ocorrência no local, conforme a Figura 8.

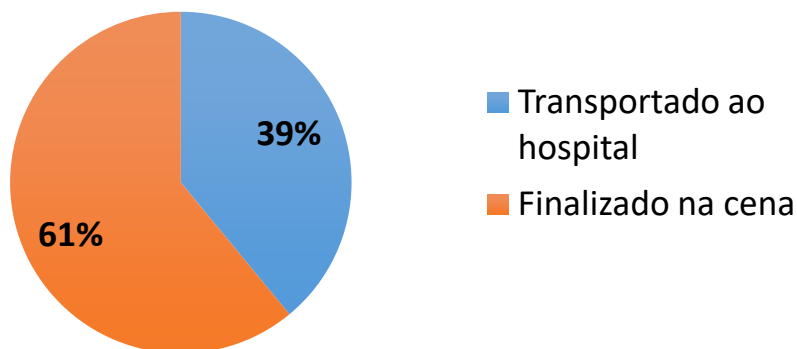
**Figura 7 – atendimentos clínicos encerrados na cena - 15º GBM**



Fonte: A autora

Entre as etiologias observadas nos atendimentos finalizados na cena pelas URSB's após regulação médica, cita-se o mal súbito, hipotensão, hipoglicemia, lombalgias (não associadas ao trauma) e outros casos em que a melhora ocorre de forma rápida com utilização de medicação, repouso e/ou alimentação, ou seja, casos de menor potencial de gravidade ou urgência.

**Figura 8 – atendimentos clínicos com oferta de medicação - 15º GBM**



Fonte: A autora

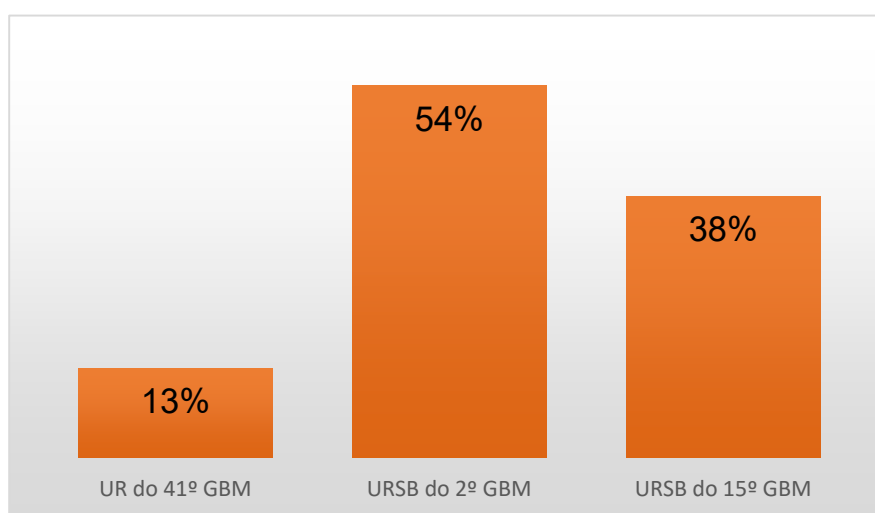
Observa-se, portanto, uma diferença significativa nos dados encontrados nas URSB's do 2º e 15º GBM quando comparados aos da UR do 41º GBM, conforme representado na Figura 9. A possibilidade de medicação e a capacitação em nível técnico podem contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento ao expandir o rol de condutas possíveis do técnico em enfermagem sob orientação do médico regulador. Além disso, do ponto de vista técnico, espera-se uma avaliação geral do paciente e uma leitura dos parâmetros clínicos mais precisos, possibilitando assim um



maior arcabouço de informações e uma tomada de decisões mais assertiva por parte do médico regulador.

Ressalta-se também que as áreas atendidas pelas URSB's possuem diferentes características e peculiaridades em virtude da localização, média de idade da população atendida, áreas de risco, etc., sugerindo-se assim diferentes etiologias com gravidades distintas, o que pode ter ocasionado a diferença de percentual de atendimentos finalizados na cena entre o 2º GBM (54%) e o 15º GBM (38%), ambas com serviço de suporte básico de vida medicalizado.

**Figura 9 – Comparativo dos atendimentos finalizados no local da ocorrência por GBM**



Fonte: A autora

## 6.2 QUESTIONÁRIO DE PESQUISA QUANTITATIVA

Com o objetivo de identificar as principais dificuldades percebidas no serviço de APH pelos socorristas e auxiliares das UR's, foi aplicado um questionário para 156 desses militares. Foi constatado que a maioria dos questionados (71%) possui o CSU. Além disso, cerca de 77% dos militares entrevistados afirmaram não possuir o curso técnico em enfermagem, curso necessário para ativar uma URSB.

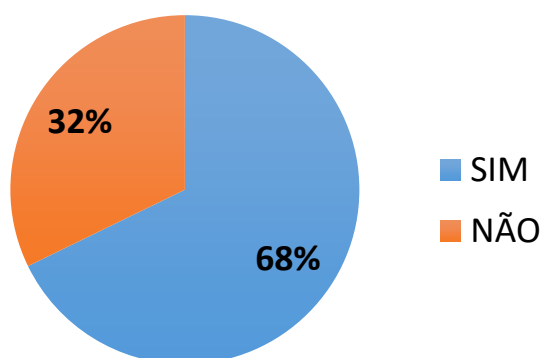
Ao serem questionados se teriam interesse em realizar o curso técnico em enfermagem, caso fosse ofertado pelo CBMDF, com duração média de 6 meses, a grande maioria, 68% dos militares, relataram interesse em realizá-lo, como mostra a

Figura 10. Foi questionado ainda aos militares se estariam dispostos a pagar a anuidade do COREN, requisito indispensável para a atuação como técnico em enfermagem e pago pelo próprio militar. No entanto, 58% dos entrevistados afirmaram não estarem dispostos a pagar a anuidade do COREN no valor de R\$ 374,86 (valor com 10% de desconto), conforme demonstrado na Figura 11.

Além das dificuldades operacionais de se afastar um militar da escala de serviço por um tempo mínimo aproximado de seis meses para a realização do curso, considerando que o militar já possui o CSU, os dados mostram que existe uma aversão da tropa com relação ao pagamento anual do COREN-DF, requisito necessário para a ativação do serviço de URSB. Diante disso, alternativas para a isenção do COREN como a proposta de um projeto de Lei devem ser estudadas.

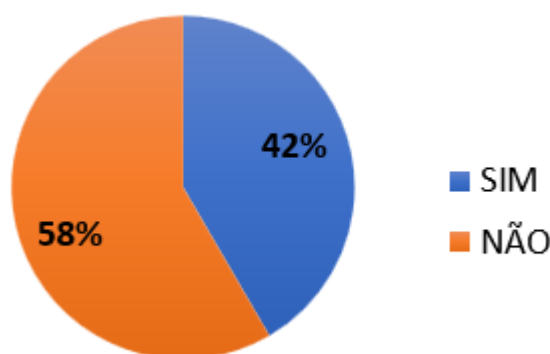
Um exemplo disso é a Lei Federal nº 6.681, de 16 de agosto de 1979, que prevê que médicos, dentistas e farmacêuticos da ativa que exerçam a profissão, exclusivamente, no âmbito militar, mediante prova que ateste essa condição, serão isentos da sindicalização, do pagamento do imposto sindical e de anuidades. A lei, no entanto, exclui outras categorias do quadro especializado das Forças Armadas, como Enfermeiros, Psicólogos, Fisioterapeutas, etc. (BRASIL, 1979).

**Figura 10 – Resposta da questão 10 do questionário: Bombeiros militares interessados em realizar o curso técnico em enfermagem**



Fonte: A autora

**Figura 11 – Resposta da questão 11 do questionário: Bombeiros militares dispostos a pagar o COREN**

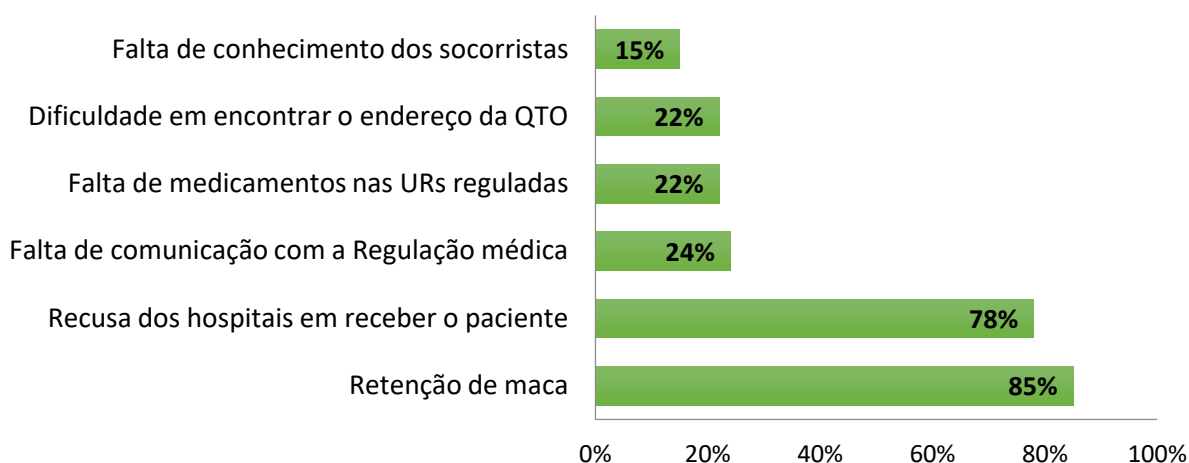


Fonte: A autora

Quando questionados se consideram que a expansão das URSB's seria importante para a qualidade do APH do CBMDF, 95% dos entrevistados responderam de forma afirmativa. Esse dado mostra a relevância dessas URSB's, pelo olhar do próprio socorrista, para a prestação de serviços de APH à sociedade. Isso traria um acréscimo de qualidade no serviço prestado pelo CBMDF, visto que há um aumento do nível técnico de atendimento e da confiança na atuação dos socorristas e possibilita ainda a administração de medicamentos quando assim orientado pelo médico regulador. Conseqüentemente, mais ocorrências de casos clínicos poderiam ser finalizadas na cena, de modo a evitar a superlotação dos hospitais e os embaraços citados pelos socorristas no questionário, como a recusa de pacientes nos hospitais, dificuldade abordada por 78% dos socorristas e auxiliares; e a retenção das macas, problema citado por 85% dos entrevistados, conforme Figura 12.

Destaca-se ainda a questão da falta de conhecimento dos socorristas, relatado por 15% dos militares, como mostra a Figura 12, que demonstra a necessidade do aperfeiçoamento profissional constante para a melhor execução do serviço, visto que a área de urgência e emergência exige educação e atualização permanente acerca de técnicas e manobras e de tomada de decisões rápidas e eficazes, ações que podem ser determinantes para o desfecho do atendimento.

**Figura 12 – Resposta da questão 2 do questionário: Principais dificuldades no serviço de UR**

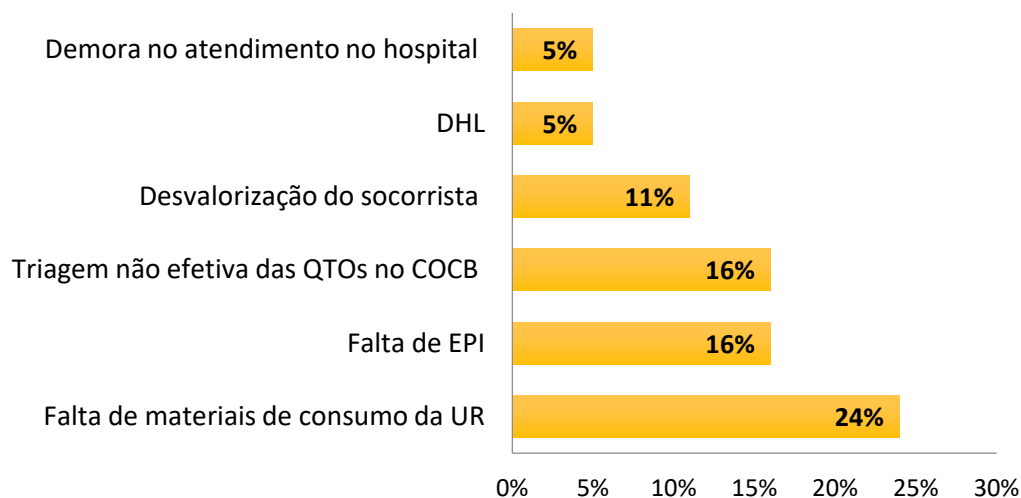


Fonte: A autora

Ao serem questionados com relação aos materiais existentes nas UR's (questão nº 4 do questionário), 71% dos militares afirmou que às vezes falta material, 26% relatou não haver material suficiente; e 3% acredita que sempre há material disponível. Já a “falta de material de consumo diário nas UR's” foi apontada pelos socorristas e auxiliares na questão nº 2 do questionário, item 7 (Outras respostas), dentre as respostas espontâneas, como uma das principais dificuldades do APH em 24% das respostas, como mostra a Figura 13.

Entre as respostas espontâneas, cita-se também “a falta de equipamento de proteção individual (EPI) específico de APH”, abordada por 16% dos militares. Outra questão relatada pelos militares no questionário é sobre “a necessidade de uma triagem mais efetiva das ocorrências de APH no COCB”, a fim de evitar a duplicidade de despachos de viaturas, o desperdício de recursos públicos e fazer um melhor uso do poder operacional, questão relatada por 16% dos militares. Questão que tende a ser solucionada com a mudança da Central de Regulação e Urgências para o COCB por meio da Portaria Conjunta nº 40/2018.

**Figura 13 – Resposta da questão 3 do questionário: Outras dificuldades no serviço de UR apontadas pelos socorristas e auxiliares**



Fonte: A autora

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, ao longo do desenvolvimento deste trabalho, tentou-se compreender melhor a importância e o que representa a regulação médica e a formação em nível técnico dos socorristas das URSB's para o atendimento pré-hospitalar do CBMDF.

Para isso, buscou-se relacionar a legislação pertinente ao assunto; avaliar a proporção entre os atendimentos clínicos da UR e URSB's, que foram encerrados na cena e os que necessitaram de transporte; e identificar por meio de questionário as principais dificuldades percebidas no serviço de APH pelos socorristas e auxiliares das UR's.

Esse trabalho se justificou pela necessidade constante do CBMDF de aperfeiçoamento dos seus serviços à sociedade, pela diminuição do impacto no SUS causado pelo transporte de pacientes que poderiam ter seu atendimento finalizado na própria cena e a redução da retenção das macas nos hospitais.

Após análise estatística das fichas de atendimento pré-hospitalar, quando comparado o 15º e 2º GBM (que contam com URSB) e o 41º GBM (que possui serviço de UR), foi possível identificar um expressivo número de casos encerrados na cena, representado por 38%, 54% e 13%, correspondente ao 15º, 2º e 41º GBM,

respectivamente. Ademais, nos atendimentos em que houve a medicalização, o percentual de casos finalizados na cena foi substancial: 61% no 15º GBM e 73% dos casos no 2º GBM, ratificando assim a hipótese de um aumento dos casos clínicos finalizados na cena em função de uma anamnese e um exame clínico mais precisos, possibilitando assim uma melhor análise dos parâmetros clínicos por parte do médico regulador, melhor tomada de decisão e um maior rol de condutas devido à possibilidade de medicação.

Esses dados demonstram ainda a efetividade no atendimento das unidades de SBV reguladas e um melhor uso dos recursos humanos e materiais já que, por meio da finalização da ocorrência no local, evita-se a superlotação dos hospitais, impedindo que casos de menor gravidade ocupem leitos e macas nos hospitais de referência no lugar de casos mais graves.

Vale salientar também que um atendimento regulado e com possibilidade de medicação é um atendimento de maior qualidade e mais benquisto pela sociedade, pois pode resolver a queixa do paciente de forma mais rápida e sem necessidade de longa espera nos hospitais, evitando-se a indisponibilidade da viatura para o socorro, devido à retenção das macas nos hospitais. Tal parâmetro mostra-se como objeto de uma próxima pesquisa como forma de avaliar o índice de satisfação da sociedade com relação aos atendimentos de urgência e emergência prestados pelo CBMDF.

Sabe-se ainda que a introdução de medicamentos e a capacitação dos militares como técnicos em enfermagem possibilita uma série de procedimentos que hoje não são passíveis de serem feitos nas UR's, conforme protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde. São eles:

- Protocolo de RCP adulto: administração de medicamentos vasopressores e/ou antiarrítmicos devidamente prescritos e regulados por um médico via Central de Regulação e Urgências do SAMU;
- Teste de glicemia capilar: ato médico genérico que permite o monitoramento das taxas de glicose no sangue;
- Administração intravenosa de medicamentos, devidamente orientado pelo médico regulador, como analgésicos, antitérmicos, anticonvulsivantes e reposição volêmica.

Desta forma, ao mesmo tempo em que este trabalho descreve as dificuldades encontradas no atendimento pré-hospitalar sob a ótica dos socorristas e auxiliares, os resultados desta pesquisa sinalizam que a busca de soluções requer novas visões e perspectivas sobre o sistema de urgência e emergência do CBMDF. Considerando que, estatisticamente, o atendimento pré-hospitalar retém o maior percentual de ocorrências atendidas anualmente pelo CBMDF, é importante que se privilegiem políticas que visem à melhoria do atendimento prestado à sociedade.

É sabido que o compromisso com a educação permanente não deve ser atribuído somente ao bombeiro militar. Ao administrar a instituição, o gestor deve primar pela qualificação profissional e pela oferta de melhores condições de trabalho aos seus subordinados por meio de viaturas, EPIs, materiais de consumo individual e cursos de capacitação e atualização, etc. Diante disso, verifica-se a necessidade da expansão da capacitação dos socorristas como técnicos em enfermagem para todo o CBMDF, de modo a estarem aptos a realizar todos os procedimentos que hoje são executados pelos integrantes das unidades de SBV do SAMU.

Sugere-se, portanto, que periodicamente sejam formadas novas turmas de técnicos em enfermagem de forma progressiva a fim de que todas as viaturas sejam ativadas no formato URSB. Para isso, preconiza-se que o quanto antes seja ofertado o curso técnico em enfermagem para os bombeiros militares possuidores do CSU como nível de complementação e que seja estudado o pagamento da anuidade do COREN feito pelo CBMDF aos bombeiros militares técnicos em enfermagem da ativa que estiverem na escala de UR, enquanto exercerem a profissão, de forma comprovada, exclusivamente, no âmbito militar.

De modo a incentivar os militares para a capacitação voluntária, é importante que a marcação das vagas ofertadas para a gratificação de serviço voluntário (GSV) seja priorizada para militares com o curso técnico em enfermagem no serviço de APH.

Recomenda-se ainda que nos próximos concursos de seleção de bombeiros militares seja avaliada a possibilidade de inclusão de uma etapa de prova de títulos, de caráter classificatório, a fim de seja atribuída uma pontuação aos candidatos possuidores de diploma em nível técnico em enfermagem para o quadro de praças - Qualificação Bombeiro Militar Geral Operacional (QBMG-1), de modo a possibilitar a resolução dessa questão.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 6.681, de 16 de agosto de 1979.** Dispõe sobre a inscrição de médicos, cirurgiões dentistas e farmacêuticos militares em Conselhos Regionais de Medicina, Odontologia e Farmácia, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1979. Disponível em: [http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/lei%206.681-1979?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%206.681-1979?OpenDocument). Acesso em: 15 mar. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: [https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988\\_03.07.2019/ind.asp](https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_03.07.2019/ind.asp) Acesso em: 20 mar. 2019.

BRASIL. **Lei n. 8.255, de 20 de novembro 1991.** Dispõe sobre a organização básica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1991. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8255.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8255.htm). Acesso em: 27 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002.** Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Diário Oficial da União, 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html). Acesso em: 20 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1863/GM de 29 de setembro de 2003.** Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Diário Oficial da União, 2003a. 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: 15 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1864 de 29 de setembro de 2003.** Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Diário Oficial da União, 2003b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864\\_29\\_09\\_2003.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html). Acesso em: 15 mar. 2019.

BRASIL. **Lei n. 12.086, de 6 de novembro 2009.** Dispõe sobre os militares da Polícia Militar do Distrito Federal e do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal; e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2009. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2007-2010/2009/Lei/L12086.htm#art112](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2009/Lei/L12086.htm#art112). Acesso em: 27 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.026, de 24 de agosto de 2011.** Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência



(SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília: Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: [www.prosaude.org.br/2013/legislacao.../Portaria%202026%20%20240811.pdf](http://www.prosaude.org.br/2013/legislacao.../Portaria%202026%20%20240811.pdf). Acesso em: 27 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012**. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília: Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010\\_21\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html). Acesso em: 20 abr. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 487, de 25 de agosto de 2015**. Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade. Brasília: Diário Oficial da União, 2015. Disponível em: [http://www.lex.com.br/legis\\_27017463\\_RESOLUCAO\\_N\\_487\\_DE\\_25\\_DE\\_AGOSTO\\_DE\\_2015.aspx](http://www.lex.com.br/legis_27017463_RESOLUCAO_N_487_DE_25_DE_AGOSTO_DE_2015.aspx). Acesso em: 21 abr. 2020.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. **Plano Estratégico (2017-2024) do CBMDF**. Brasília: [s,n], 2016. Disponível em: <https://www.cbm.df.gov.br/2016-06-24-19-34-08/planejamento-estrategico-cbmdf?view=document&id=11718>. Acesso em: 02 mar. 2020.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. Estado Maior Operacional. Seção de Emprego Operacional e Estatística. **Relatório de atividades CBMDF/EMOPE/SEOPE 34301693**. Brasília, 2020. Processo eletrônico SEI: 00053-00111470/2019-55.

DISTRITO FEDERAL. **Portaria Conjunta nº 4, 05 de setembro de 2011**. Institui o serviço unificado de atendimento pré-hospitalar em urgências e emergências entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Brasília: Diário Oficial do DF, n. 173, 2011. Disponível em: <http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/69281/64059822.html>. Acesso em: 27 jan. 2019.

DISTRITO FEDERAL. **Portaria Conjunta nº 40, 05 de dezembro de 2018**. Institui o serviço unificado de atendimento pré-hospitalar em urgências e emergências entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Brasília: Diário Oficial do DF, n. 236, 2018.

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 6.490 de 29 de janeiro de 2020**. Dispõe sobre o Plano Plurianual – PPA do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Estado de Economia, 2019. Disponível em: <http://www.seplag.df.gov.br/plano-plurianual-2020-2023/>. Acesso em: 10 mar. 2020.

GALLETTI, J. C. A. Modelos de atendimento às urgências/emergências. São Paulo: 2010. Disponível em: <http://www.pilotopolicial.com.br/modelos-de-atendimento-asurgenciasemergencias/>. Acesso em: 27 jan. 2019.

LADEIRA, R. M; BARRETO, S. M. Fatores associados ao uso de serviço de atenção pré-hospitalar por vítimas de acidentes de trânsito. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, vol.24, n.2, p. 287-294, 2008. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-11X2008000200007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-11X2008000200007&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 22 jan. 2019.

LOPES, S. L. B; FERNANDES, R. J. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Medicina**, Ribeirão Preto, vol. 32, p. 381-387, 1999. Disponível em: [http://revista.fmrp.usp.br/1999/vol32n4/uma\\_breve\\_revisao\\_atendimento\\_medico\\_pre\\_hospitalar.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/1999/vol32n4/uma_breve_revisao_atendimento_medico_pre_hospitalar.pdf). Acesso em: 22 jul. 2019.

MARTINS, P. P. S; PRADO, M. L. do. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, vol.56, n.1, p.71-75, 2003. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672003000100015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672003000100015&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 20 jan. 2020.

MARTINS, P. P. S. **Atendimento pré-hospitalar: atribuição e responsabilidade de quem? Uma reflexão crítica a partir do serviço do corpo de bombeiros e das políticas de saúde “para” o Brasil à luz da filosofia da práxis**. 2004. Dissertação de Mestrado. Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/87426/207487.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 abr. 2020.

RAMOS, V. O; SANNA, M. C. Inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, Brasília, v. 58, n. 03, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000300020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 19 mar. 2019.

SILVA, E. A. C.; TIPPLE, A. F. V.; SOUZA, J. T.; BRASIL, V. V. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, vol. 12, n. 3, p. 571-577, 2010. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n3/v12n3a23.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a23.htm). Acesso em: 20 mar. 2019.

## APÊNDICE A

### PESQUISA REALIZADA COM BOMBEIROS MILITARES

#### AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE APH DO CBMDF SEGUNDO A PERCEPÇÃO DOS SOCORRISTAS E AUXILIARES

*Este questionário foi montado a partir de questões recorrentes vistas no serviço operacional. O objetivo deste questionário é identificar as dificuldades enfrentadas pelos **socorristas e auxiliares no Atendimento Pré-hospitalar do CBMDF** com relação às UR's não reguladas. A importância de identificar a percepção dos militares está no fato de se estabelecer um olhar mais crítico para o Comando do CBMDF sobre o APH, a fim de que seja ofertado um **serviço de maior qualidade e eficiência** para a sociedade do DF e um maior **bem estar no trabalho** para os militares do CBMDF.*

**1. Qual a sua especialização na área de APH no CBMDF?**

- 1 -
- 2 -

**2. Com relação ao que você observa no serviço operacional, quais as maiores dificuldades enfrentadas pelas UR's no APH do CBMDF? Marque quantas opções achar necessário.**

- 1 -
- 2 -
- 3 -
- 4 -
- 5 -
- 6 -
- 7 -

**3. Em caso de marcação do item 7 da questão anterior, cite a(s) dificuldade(s) que considerar importante.**

---

**4. Com relação aos materiais existentes nas UR's:**

- 1 -
- 2 -
- 3 -

**5. Com relação ao estado de conservação das UR's:**

- 1 -
- 2 -
- 3 -

4 -

**6. Com relação ao nível de conhecimento dos socorristas:**

1 -

2 -

3 -

4 -

**7. Com relação ao nível de conhecimento dos auxiliares:**

1 -

2 -

3 -

4 -

**8. Com relação à atualização das técnicas de APH, o CBMDF oferece suporte para a realização de cursos de atualização? Por exemplo: cursos presenciais ou EaD, simpósios, PCC (Programa de Capacitação Continuada). Desconsiderar o CSU e o curso de APH.**

1 -

2 -

**9. Você possui o curso técnico em enfermagem?**

1 -

2 -

**10. Caso o curso técnico em enfermagem fosse ofertado pelo CBMDF, com duração média de 6 meses, você teria interesse em realizá-lo?**

1 -

2 -

**11. Caso o curso técnico em enfermagem fosse ofertado pelo CBMDF, você estaria disposto a pagar a anuidade do COREN (Conselho Regional de Enfermagem do DF) no valor de R\$ 374,86 (valor com 10% de desconto) para atuar nas UR's reguladas?**

1 -

2 -

**12. Com relação às UR's reguladas do CBMDF, você acredita que a expansão dessas UR's para todo o APH seria interessante para a qualidade do atendimento do CBMDF?**

1 -   
2 -

**13. Com relação à escala dos auxiliares e socorristas das UR's, você acredita que uma rotatividade dos militares na UR e nas outras viaturas seja interessante? (Exemplo: 2 anos na UR e 6 meses em outras atividades fora das UR's).**

1 -   
2 -

**14. Com relação à questão anterior, você gostaria de trabalhar de acordo com esta rotatividade?**

1 -   
2 -