

**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
DIRETORIA DE ENSINO
CENTRO DE ESTUDOS DE POLÍTICA, ESTRATÉGIA E DOCTRINA
CURSO DE ALTOS ESTUDOS PARA OFICIAIS**

MAJ. QOBM/Méd. LEONARDO RODRIGUES TIZZO



**ANÁLISE DA VIABILIDADE DE CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA
NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DO CBMDF**

**BRASÍLIA
2025**

MAJ. QOBM/Méd. LEONARDO RODRIGUES TIZZO

**ANÁLISE DA VIABILIDADE DE CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA
NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DO CBMDF**

Artigo científico apresentado ao Centro de Estudos de Política, Estratégia e Doutrina como requisito para conclusão do Curso de Altos Estudos para Oficiais do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

Orientador: TEN-CEL QOBM/Comb. PAULO **ROBERTO** MACEDO DE SOUZA

BRASÍLIA
2025

MAJ. QOBM/Méd. LEONARDO RODRIGUES TIZZO

ANÁLISE DA VIABILIDADE DE CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DO CBMDF

Artigo científico apresentado ao Centro de Estudos de Política, Estratégia e Doutrina como requisito para conclusão do Curso de Altos Estudos para Oficiais do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

André Telles Campos– Cel. QOBM/Comb.
Presidente

Clayson Augusto Marques Fernandes – Cel RRM QOBM/Comb.
Membro

Carlos Roberto **Biojone** – Ten-Cel QOBM/Méd.
Membro

Paulo **Roberto** Macedo de Souza – Cel QOBM/Comb.
Orientador

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO

AUTOR: Maj. QOBM/Méd. Leonardo Rodrigues **Tizzo**

TÍTULO: Análise da Viabilidade de Central de Regulação Médica no Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar do CBMDF.

DATA DE DEFESA: 00/00/2025.

Acesso ao documento
<input type="checkbox"/> Texto completo <input type="checkbox"/> Texto parcial <input type="checkbox"/> Apenas metadados
Em caso de autorização parcial, especificar a(s) parte(s) que deverá(ão) ser disponibilizadas:

Licença
<p>DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO NÃO EXCLUSIVA</p> <p>O referido autor:</p> <p>a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.</p> <p>b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder ao CBMDF os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.</p> <p>Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não o CBMDF, declara que cumpriram quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.</p> <p>LICENÇA DE DIREITO AUTORAL</p> <p>Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, autorizo a Biblioteca da Academia de Bombeiro Militar disponibilizar meu trabalho por meio da Biblioteca Digital do CBMDF, com as seguintes condições: disponível sob Licença Creative Commons 4.0 International, que permite copiar, distribuir e transmitir o trabalho, desde que seja citado o autor e licenciante. Não permite o uso para fins comerciais nem a adaptação desta.</p> <p>A obra continua protegida por Direito Autoral e/ou por outras leis aplicáveis. Qualquer uso da obra que não o autorizado sob esta licença ou pela legislação autoral é proibido.</p>

LEONARDO RODRIGUES TIZZO

Maj. QOBM/Méd.

RESUMO

Este trabalho propõe uma análise da viabilidade de uma central de regulação médica no serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF). O objetivo central do estudo é analisar como a central de regulação médica melhoraria a gestão dos recursos de APH do CBMDF e o atendimento à população do Distrito Federal (DF). Para isto, são levantados os vários tipos de legislações do Ministério da Saúde (MS), além dos modelos de regulação/despacho e gestão de APH praticados nos estados da federação. O estudo utiliza uma metodologia de revisão bibliográfica, uma comparação dos modelos existentes, revisão das leis e portarias que garantem a criação das centrais de regulação médica. Verifica-se que atualmente o CBMDF carece de uma adequação do serviço de APH para cumprir as exigências da política nacional de atenção às urgências. Tal adequação se daria pela viabilização de uma central de regulação médica do CBMDF, que integrada à central do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), traria um ganho de qualidade no atendimento à população e melhoria do serviço de APH do CBMDF já que a regulação médica é instrumento fundamental no atendimento pré-hospitalar de urgências e emergências médicas para que ocorra melhor otimização dos recursos materiais e humanos.

Palavras-chave: Central; Médica; Regulação

ABSTRACT

This paper proposes an analysis of the feasibility of implementing a medical regulation center within the pre-hospital care service (PHC) of the Military Fire Department of Federal District (CBMDF). The central objective of the study is to assess how a medical regulation analyzes how the implementation of a medical regulation center would improve the management of PHC resources, a CBMDF and enhance service to the population of the Federal District (DF). To this end, various types of legislation from the Ministry of Health (MS) are examined, along with the regulation/dispatch and PHC management models practiced in different states of the federation. The study employs a bibliographic review methodology, comparing existing models and reviewing laws and ordinances that authorize the creation of medical regulation centers. It is noted that CBMDF currently lacks appropriate adjustments to its PHC service to meet the requirements of the national emergency care policy. Such adjustments would involve establishing a medical regulation center within CBMDF, which, when integrated with the Emergency Medical Service (SAMU) center, would enhance the quality of care provided to the population and improve CBMDF's PHC service since medical regulation is a fundamental instrument in pre-hospital care for medical urgencies and emergencies, allowing for better optimization of material and human resources.

Keywords: Center; Medical; Regulation

1 INTRODUÇÃO

O atendimento pré-hospitalar (APH) no Brasil tem evoluído significativamente nas últimas décadas, acompanhando a crescente demanda por serviços de urgência e emergência mais eficientes, integrados e tecnicamente qualificados. No Distrito Federal, em 1982, após assinatura de convênio com a secretaria de saúde, o CBMDF passou a prestar os primeiros atendimentos pré-hospitalares à população do DF e entorno. (Protocolo de APH do CBMDF – 2003).

A Lei nº 891, de 26 de julho de 1995, e o Decreto nº 17.670, de 11 de setembro de 1996, são marcos na história do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) no Distrito Federal. Ambas as normativas foram cruciais para a estruturação do serviço de emergência no DF e definiram papéis essenciais para o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF).

Enquanto a Lei 891/1995 criou a base legal para o serviço de APH no DF e atribuiu a responsabilidade ao CBMDF, o Decreto 17.670/1996 detalhou essa responsabilidade, estabelecendo o papel central e executivo da corporação na organização e operação do atendimento de emergência na capital.

Nas décadas seguintes, o Ministério da Saúde regulamentou e aperfeiçoou os modelos de APH por meio de portarias que criaram diretrizes específicas para o funcionamento do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A Portaria nº 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003, instituiu as bases do SAMU no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a importância da Central de Regulação Médica para o gerenciamento e coordenação das ocorrências. Complementando essa normatização, a Portaria nº 2.657/GM, de 16 de dezembro de 2004, estabeleceu normas para a estruturação e funcionamento das Centrais de Regulação das Urgências, enfatizando a presença de médicos reguladores e equipes multiprofissionais treinadas.

Com duas instituições, com culturas diferentes, uma militar a outra civil, prestando o mesmo serviço para a população, adversidades começaram a aparecer, principalmente referentes à gestão dos recursos, visto que a central de regulação de urgências do SAMU não possui aptidão legal e técnica para a gestão de recursos dos

corpos de bombeiros, posto que este é um órgão integrante da Secretaria de Segurança Pública.

Dessa forma, esse estudo analisou o serviço de atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal no contexto atual e irá propor, a partir de exigências do Ministério da Saúde, do Ministério Público Federal e de acordo com as experiências de APH de outras corporações Bombeiro Militar e do próprio CBMDF ao vivenciar a realidade de uma central externa ao CBMDF, a viabilização de uma central de regulação médica no serviço de APH da corporação.

A implementação de uma Central de Regulação Médica no Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal representa um avanço estratégico e operacional, alinhado às diretrizes nacionais e internacionais do atendimento pré-hospitalar moderno. Essa iniciativa visa integrar recursos, otimizar o tempo-resposta, qualificar a tomada de decisões médicas e, principalmente, garantir um cuidado mais eficiente e seguro à população atendida.

Considerando os seguintes questionamentos: O CBMDF realiza regulação médica como é previsto na legislação vigente? O modelo adotado atualmente de APH pelo CBMDF satisfaz os requisitos exigidos pelo Ministério da Saúde?

Dessa forma, o objetivo geral deste estudo, é analisar a viabilidade de uma central de regulação médica, com médicos da corporação, que integrada ao complexo regulador do Distrito Federal e à central do SAMU-DF, traria uma melhoria no serviço de atendimento pré-hospitalar realizado pelo CBMDF. E como objetivos específicos, viabilizar central de regulação, com regulador médico para coordenar as unidades de resgate, de suporte básico e avançado de vida da corporação, além das viaturas de moto-resgate (MR) e eventos com múltiplas vítimas, melhorando dessa forma a qualidade dos serviços e trazendo o CBMDF para a vanguarda do APH no Brasil.

O presente estudo também se propõe a sinalizar quais as ações do CBMDF estão em desacordo com as legislações que regem o APH e as centrais de regulação médica de urgências, propondo adequações. Isto posto, será realizado um

apanhado histórico de como ocorreu a criação e desenvolvimento da regulação médica em outras localidades do Brasil e do exterior.

Por fim, o estudo proporá um plano de factibilidade para implementação da central de regulação médica de urgências do CBMDF.

2 DESENVOLVIMENTO / CONTEXTO HISTÓRICO:

Trauma tem por definição um evento que traga dano, por meio da liberação de formas de energia ou barreiras físicas que ocorrem por ação externa ao organismo, ocasionando lesões de ordem estruturais ou mesmo desequilíbrios fisiológicos. Pode ser consequência de eventos externos por causa intencional ou de início súbito. (PHTLS, 10ª edição).

Entre as principais causas de trauma destacam-se as causas externas por acidentes por colisão em trânsito, afogamentos, quedas, queimaduras, intoxicações, entre outras, e os traumas por violência caracterizados por aqueles intencionais como agressões, homicídios, lesões autoprovocadas (Queiroz et al., 2021).

Ao longo dos anos as tabelas de morbimortalidade, no mundo, começaram a sofrer mudanças. A partir dos anos sessenta notou-se a diminuição do percentual de mortes decorrentes por doenças infectocontagiosas e um aumento do número de óbitos decorrentes de traumas e patologias cardiovasculares (Galletti Júnior et al., 2012).

No Brasil, a partir dos anos oitenta, as mortes por causas externas, não naturais, aumentaram principalmente na faixa economicamente ativa das populações de todas as regiões metropolitanas. Com a causa externa constituindo a segunda causa de morte entre os brasileiros e a primeira causa na faixa etária dos cinco aos trinta e nove anos (Galletti Júnior et al., 2012).

Atualmente os traumas são um problema de saúde pública no Brasil, sendo responsáveis por altos gastos no setor saúde e de grande impacto na

morbimortalidade (indicador de incidência de doenças e mortes) da população. (Santos et al., 2021).

Um estudo publicado em 2010 em Dallas documentou que 76% dos pacientes que morreram rapidamente, faleceram em decorrência de lesões não passíveis de sobrevivência na cabeça, aorta ou coração. (Dallas Trauma Study, 2010).

Com a evolução do conhecimento e mudanças na abordagem como a rapidez para atendimento no local do acidente com transporte adequado e rápido para o hospital, percebeu-se uma melhora nos indicadores de morbimortalidade em vítimas de trauma. Estando assim, as reduções nas mortes atribuídas a melhorias nos cuidados aos pacientes vítimas de trauma, tanto no pré quanto no intra-hospitalar. (Dallas Trauma Study, 2010).

A necessidade de atendimento rápido e adequado no pré-hospitalar é imperativa, já que o atendimento pré-hospitalar mostrou relação direta com o prognóstico da vítima, sendo uma atividade essencial para a preservação da vida. (MS, 2006).

Nesse contexto entra o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, que em 1982 através de um convênio com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) iniciou os atendimentos pré-hospitalares à população do DF e entorno; (Protocolo de APH do CBMDF – 2003).

Atualmente, o APH no CBMDF é gerenciado pelo Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar (GAEPH). (Lei 8.255/91).

Em 29 de setembro de 2003, por meio da Portaria nº1.864/GM o Ministério da Saúde regulamentou e aperfeiçoou os modelos de APH, criando diretrizes específicas para o funcionamento do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Tal portaria instituiu as bases do SAMU no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a importância da Central de Regulação Médica para o gerenciamento e coordenação das ocorrências. Complementando essa normatização, a Portaria nº 2.657/GM, de 16 de dezembro de 2004, estabeleceu normas para a estruturação e funcionamento das Centrais de Regulação das

Urgências, enfatizando a presença de médicos reguladores e equipes multiprofissionais treinadas:

A Regulação Médica das Urgências, operacionalizada através das Centrais de Regulação Médica de Urgências, é um processo de trabalho através do qual se garante escuta permanente pelo Médico Regulador, com acolhimento de todos os pedidos de socorro que ocorrem à central e o estabelecimento de uma estimativa inicial do grau da urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada e equânime a cada solicitação, monitorando continuamente a estimativa inicial do grau de urgência até a finalização do caso e assegurando a disponibilidade dos meios necessários para a efetivação da resposta definitiva, de acordo com grades de serviços previamente pactuadas, pautadas nos preceitos de regionalização e hierarquização do sistema. (Redação dada pela Lei nº 2.657/GM, de 2004).

No DF, a central de regulação médica funciona desde 2005 e é gerenciada pelo SAMU, órgão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), que teve sua base operacional, inaugurada em 28 de agosto de 2012, no Setor de Indústria e Abastecimento (SIA), trecho 3. (www.saude.df.gov.br/samu-192-df)

O CBMDF possui atualmente uma central de despachos de ocorrências que é a Central de Operações e Comunicações do Corpo de Bombeiros (COCB), subordinado à Secretaria de Segurança Pública do Distrito Federal (SSP-DF). O atendimento desta central é feito de forma integrada pelas Polícias Militar e Civil, Corpo de Bombeiros Militar e o Departamento de Trânsito (DETRAN). A ligação passa por um acolhimento e é encaminhada para o responsável pela área a ser atendida. Esse trabalho facilita o deslocamento da viatura e, conseqüentemente, o socorro à vítima. Esta central não possui médicos reguladores e, portanto, não realiza regulação médica, importante instrumento do APH. (www.biblioteca.cbm.df.gov.br)

Diversas iniciativas foram feitas para tentar a integração com o SAMU para fins de regulação médica, como a Portaria nº40. No entanto, nenhuma delas efetivou a regulação médica na corporação de forma prática e apesar da existência da Central de Regulação de Urgências (CERU – SAMU), persistem dificuldades na integração e utilização conjunta dos recursos entre o CBMDF e o SAMU. Isso ocorre porque ambos utilizam sistemas de informática distintos e não compatíveis, o que compromete o trabalho dos profissionais e prejudica o atendimento à população.

Devido à atual dinâmica entre COCB (telefone 193) e CERU (telefone 192), quando uma das instituições não pode atender à demanda do solicitante, seja

pela natureza da ocorrência, seja pela falta de recursos no momento, é necessário o contato telefônico entre as duas centrais, o que aumenta o tempo resposta. (COCB,2025).

Além disso, existe o problema do envio de viaturas em duplicidade, uma de cada instituição. Atualmente, em torno de trinta por cento de todos os cancelamentos das missões das duas instituições, ou seja, cancelamento do atendimento após já ter sido disparada a viatura, foram resultantes de paciente já estar sendo atendido pela outra, o que gera gastos desnecessários ao Estado, além de eventualmente deixarem de atender outras ocorrências. (COCB, julho 2025).

A não conformidade com a legislação específica pode levar a uma perda de credibilidade das instituições perante a sociedade, perda financiamentos e questionamentos jurídicos, como o realizado pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal, no ano de 2024, que cobrou maior celeridade na viabilização da integração dos serviços de APH do CBMDF/SAMU.

2.1 FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

Diversas leis, normas e portarias, principalmente do Ministério da Saúde regulamentam a atividade pré-hospitalar no Brasil, abrangendo também a regulação médica.

A Constituição Federal de 1988 no seu artigo 37, trata sobre os princípios inerentes à administração pública, entre eles está o princípio da eficiência que foi inserido na Emenda Constitucional nº19, de 04 de junho de 1998, com o objetivo de garantir a gestão da coisa pública menos burocrática, atingindo seus objetivos com mais rapidez e eficiência.

"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**". (grifo nosso)

Ao inserir tal emenda constitucional o legislador tinha como principal objetivo mudar a mentalidade do servidor público, para que este atuasse nos mesmos moldes do servidor do setor privado, buscando sempre a maximização dos resultados, a redução de custos e a satisfação do cliente, que no caso do servidor público é a sociedade. Sobre o tema, explica Hely Lopes Meireles (Direito Administrativo Brasileiro, p.60):

Dever de eficiência é o que se impõe a todo agente público de realizar suas atribuições com presteza, perfeição e rendimento funcional. É o mais moderno princípio da função administrativa, que já não se contenta em ser desempenhada apenas com legalidade, exigindo resultados positivos para serviço público e satisfatório atendimento das necessidades da comunidade e de seus membros.

O Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal foi instituído como órgão de segurança pública para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio, na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 144:

A segurança pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio, através dos seguintes órgãos: I - polícia federal II - polícia rodoviária federal III - polícia ferroviária federal IV - polícias civis; V - polícias militares e **corpos de bombeiros militares**. (grifo nosso)

Ainda no artigo 144, no parágrafo 5º, a Carta Magna estabeleceu que aos corpos de bombeiros militares cabe a execução de atividades de defesa civil, além das atribuições definidas em lei

“§ 5º Às polícias militares cabem a polícia ostensiva e a preservação da ordem pública; aos corpos de bombeiros militares, além das atribuições definidas em lei, incumbe a execução de atividades de defesa civil.”

A Lei nº 8255, Lei de Organização Básica do CBMDF (LOB), de 20 de novembro de 1991, que dispõe sobre a organização básica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal e dá outras providências, prevê as seguintes competências à corporação: realizar serviços de prevenção e extinção de incêndios; realizar serviços de busca e salvamento; realizar perícias de incêndios; prestar socorros em casos de sinistros, calamidades públicas e catástrofes; e executar serviço de atendimento pré-hospitalar.

“Art. 2º Compete ao Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal

X - executar serviços de atendimento pré-hospitalar. (Incluído pela Lei nº 12.086, de 2009)."

Implica, pela lógica normativa, a competência para organizar os meios técnicos e humanos para garantir a efetividade dessa atividade, inclusive então a regulação médica.

A regulamentação da LOB foi realizada através do Decreto Distrital nº 16036, de 04 de novembro de 1994. E a Lei Distrital nº 891, de 26 de julho de 1995, atribuiu ao CBMDF a execução de atividades de APH no trauma e a fiscalização de outras ações congêneres no setor público do DF, tornando a corporação responsável pela capacitação dos recursos humanos necessários à efetivação dos serviços. Mais recentemente, a Lei nº 12086, de 06 de novembro de 2009, adicionou às competências do CBMDF a execução do serviço de APH em todo território do Distrito Federal.

Art. 2o O Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, instituição permanente, essencial à segurança pública e às atividades de defesa civil, fundamentada nos princípios da hierarquia e disciplina, e ainda força auxiliar e reserva do Exército nos casos de convocação ou mobilização, organizada e mantida pela União nos termos do [inciso XIV do art. 21](#) e dos [§§ 5º e 6º do art. 144 da Constituição Federal](#), subordinada ao Governador do Distrito Federal, destina-se à execução de serviços de perícia, prevenção e combate a incêndios, de busca e salvamento, **e de atendimento pré-hospitalar** e de prestação de socorros nos casos de sinistros, inundações, desabamentos, catástrofes, calamidades públicas e outros em que seja necessária a preservação da incolumidade das pessoas e do patrimônio. [\(Redação dada pela Lei nº 12.086, de 2009\).](#)

Essa legislação conferiu segurança jurídica à atuação dos bombeiros no APH, especialmente em atividades como resgate, primeiros socorros e transporte de vítimas. Com o passar dos anos, a competência técnico-operacional dessas instituições as consolidou como pilares do atendimento de urgência fora do ambiente hospitalar, sendo o CBMDF pioneiro na prestação de serviço de APH no Distrito Federal (DF) e no Brasil.

Já a Portaria nº 2048 do Ministério da Saúde (MS), de 05 de novembro de 2002, e que revogou a Portaria 814 de 2001 do MS, instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, na qual estabeleceu novos parâmetros, atribuições e diretrizes, objetivando a padronização e melhoria dos serviços prestados à população brasileira. Segundo tal portaria, a Regulação Médica

das Urgências, baseada na implantação de suas Centrais de Regulação, é o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

A Regulação Médica das Urgências, baseada na implantação de suas Centrais de Regulação, é o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. (Portaria 2048/2002)

As Centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no sistema e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados. O Sistema deve ser capaz de acolher a clientela, prestando-lhe atendimento e redirecionando-a para os locais adequados à continuidade do tratamento, através do trabalho integrado das Centrais de Regulação Médica de Urgências com outras Centrais de Regulação – de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares, consultas especializadas, consultas na rede básica de saúde, assistência social, transporte sanitário não urgente, informações e outros serviços e instituições. (Portaria 2048/2002)

A referida portaria quando trata dos gestores em seu capítulo II, parágrafo 3, menciona os corpos de bombeiros:

3 – Regulação Médica de Outras Entidades/Corporações/Organizações Os Corpos de Bombeiros Militares (incluídas 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.

A portaria reconhece os bombeiros militares como profissionais de nível médio, habilitados pelo gestor da saúde pública para atuar em funções específicas nos serviços regulamentados pelo SUS, sob coordenação das Centrais de Regulação. Suas responsabilidades incluem identificar riscos, liderar ações de proteção ambiental e garantir a segurança da vítima e da equipe de atendimento. Também são responsáveis por realizar o resgate de pessoas em locais ou situações inacessíveis para os profissionais de saúde. Eles podem executar medidas de suporte básico de vida, desde que sejam não invasivas, sob supervisão médica direta ou remota, seguindo os critérios de qualificação definidos pela portaria 2048.

De acordo com a portaria uma das principais atribuições dos bombeiros seria notificar imediatamente a Central de Regulação Médica de Urgências sobre ocorrências que envolvam vítimas ou necessidade de atendimento. Além de comunicar ao médico regulador o estado e outros dados relevantes ao paciente; descrever com precisão a cena e o estado do paciente ao médico regulador; e manter contato contínuo com a Central de Regulação, fornecendo informações sobre o local da ocorrência e a situação dos pacientes para ajudar na tomada de decisões e acompanhamento do atendimento.

“CAPÍTULO II

A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

... o Sistema **deve ser capaz de acolher a clientela, prestando-lhe atendimento** e redirecionando-a para os locais adequados à continuidade do tratamento, através do **trabalho integrado das Centrais de Regulação Médica de Urgências com outras Centrais de Regulação** - de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares, consultas especializadas, consultas na rede básica de saúde, assistência social, transporte sanitário não urgente, informações e **outros serviços e instituições**, como por exemplo, as Polícias Militares e a Defesa Civil.

Estas centrais, **obrigatoriamente** interligadas entre si, constituem um verdadeiro complexo regulador da assistência, ordenador dos fluxos gerais de necessidade/resposta, que garante ao usuário do SUS a multiplicidade de respostas necessárias à satisfação de suas necessidades.

Regulação Médica de Outras Entidades/Corporações/Organizações, 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.”

Essa orientação confirma que diferentes órgãos podem manter centrais próprias desde que interligadas entre si, formando um complexo regulador integrado que organize o fluxo de atendimento e garanta ao cidadão acesso ágil e contínuo aos serviços de saúde.

Em 2003, a Resolução 1671, publicada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), ratificou e homologou as normas publicadas na Portaria 2048 e cita nos artigos primeiro e segundo:

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

Art. 2º - Que todo serviço de atendimento pré-hospitalar deverá ter um responsável técnico médico, com registro no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde se localiza o serviço, o qual responderá pelas ocorrências de acordo com as normas legais vigentes.

A resolução do CFM prescreve que os bombeiros militares, dentre as suas competências, devem estabelecer contato com a Central de Regulação Médica, para repassar dados e seguir obrigatoriamente suas determinações. Define e disciplina a prestação de serviços através da telemedicina, considerando que o médico que exerce a medicina a distância, sem ver o paciente, deve avaliar cuidadosamente a informação que recebe, e só pode emitir opiniões e recomendações ou tomar decisões médicas se a qualidade da informação recebida for suficiente e pertinente para o cerne da questão.

Tal resolução também diz que, em caso de emergência, ou quando solicitado pelo médico responsável, o médico que emitir o laudo a distância poderá prestar o devido suporte diagnóstico e terapêutico. Além disso, cita que as pessoas jurídicas que prestarem serviços de telemedicina deverão inscrever-se no Cadastro de Pessoa Jurídica do Conselho Regional de Medicina do estado onde estão situadas, com a respectiva responsabilidade técnica de um médico regularmente inscrito no Conselho.

Ainda em 2003, o Ministério da Saúde, através da Portaria 1863, criou a Política Nacional de Atenção às Urgências, que deveria ser efetivada em todos os entes federativos, respeitando as competências das três esferas da gestão. Tal Portaria determina que os sistemas de atenção às urgências devem organizar-se de maneira a permitir integrar o complexo regulador do SUS.

No seu artigo 3º, a Portaria 1863 define os componentes fundamentais da Política Nacional de Atenção às Urgências, na qual consta o componente pré-hospitalar móvel (SAMU) e os serviços associados de salvamento e resgate (subentendido os Corpos de Bombeiros), sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas, o 192.

Art. 3º Definir que a Política Nacional de Atenção às Urgências, de que trata o artigo 1º desta Portaria, deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

2.b – componente Pré-Hospitalar Móvel: - SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgências e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192;

No mesmo ano, 2003, o Ministério da Saúde, através da Portaria 1864, instituiu além do componente pré-hospitalar móvel, previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências, através da criação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência, suas Centrais de Regulação e seus Núcleos de Educação em Urgência em todo território brasileiro. Além disso, igualmente instituiu o financiamento para investimento e custeio do serviço pré-hospitalar móvel, no intuito de viabilizar a implementação dos SAMU.

A Portaria 1864 do Ministério da Saúde determina que os Corpos de Bombeiros estejam cadastrados no Sistema Único de Saúde e atuem em concordância com a Portaria 2048 de 2002 do MS e que devem continuar a utilizar os procedimentos Trauma I e Trauma II da tabela SIA-SUS, para registro e faturamento de suas ações.

O Comitê Nacional de Atenção às Urgências, criado em 2003 pela Portaria 2072 do MS, prevê a inclusão de representantes dos bombeiros que junto com profissionais da saúde participam das tomadas de decisões referentes ao APH.

O incentivo financeiro para a viabilização das áreas físicas das Centrais de Regulação Médicas de Urgências nos estados e municípios, além do financiamento mensal para o custeio e manutenção do componente pré-hospitalar móvel e sua Central de Regulação Médica, foi instituído pela Portaria 1828 de 2004 do Ministério da Saúde.

A Portaria 2657 de 2004 do MS estabeleceu as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192. Estabeleceu, dentre as atribuições das regulações médicas de urgências, pactuar ações conjuntas com outros atores envolvidos na atenção integral às urgências, como a Defesa Civil, o Corpo de Bombeiros, a Polícia Militar, a Polícia Rodoviária, os Departamentos de Trânsito, as Concessionárias de Rodovias, as Empresas Privadas de Transporte e Atendimento de Urgência, entre outros. Essa portaria pormenoriza a estruturação da sala de regulação médica, além de outras dependências do SAMU, de acordo com diretrizes

e características, inclusive citando o sistema de comunicação direta entre rádio operadores com outros atores diretamente relacionados aos atendimentos móveis, como o Corpo de Bombeiros, a Defesa Civil, a Polícia Militar, Operadoras Privadas de Serviços Móveis de Urgência e outros.

“ATRIBUIÇÕES DA REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS

Atribuições Gerais:

X - pactuar ações conjuntas com outros atores envolvidos na atenção integral às urgências, como a Defesa Civil, o Corpo de Bombeiros, a Polícia Militar, a Polícia Rodoviária, os Departamentos de Trânsito, as Concessionárias de Rodovias, as Empresas Privadas de Transporte e Atendimento de Urgência, entre outros;

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

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

f) sistema de comunicação direta entre os radio-operadores, as ambulâncias, suas bases operacionais e de estabilização, outras unidades de saúde e outras centrais de regulação, bem como com outros atores diretamente relacionados aos atendimentos móveis, como o Corpo de Bombeiros, a Defesa Civil, a Polícia Militar, Operadoras Privadas de Serviços Móveis de Urgência e outros;”

A portaria reconhece expressamente a necessidade de “pactuar ações conjuntas com outros atores envolvidos na atenção integral às urgências, como o Corpo de Bombeiros”, destacando seu papel como parte essencial da rede. Além disso, ao definir que as centrais de regulação médica devem manter “sistema de comunicação direta com outras centrais de regulação” e com serviços como o CBMDF, endossa a possibilidade da existência desta regulação militar.

O Manual de Complexos Reguladores do MS, de 2006, diz que a ação regulatória é definida como o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de procedimentos, realizada por um profissional de saúde, sendo observado, além de questões clínicas, o cumprimento de protocolos estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada a cada caso.

A Portaria 1020 de 2009 do GM/MS estabeleceu normatizações para implantação do componente pré-hospitalar fixo para organização de redes regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção

às Urgências, definindo como competência das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) a articulação com as Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência e ordenando os fluxos de referência.

Retomando a Portaria 2048 de 2002, ela diz:

A Regulação Médica das Urgências, baseada na implantação de suas Centrais de Regulação, é o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. As Centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados.

Estas centrais, obrigatoriamente interligadas entre si, constituem um verdadeiro complexo regulador da assistência, ordenador dos fluxos gerais de necessidade/resposta, que garante ao usuário do SUS a multiplicidade de respostas necessárias à satisfação de suas necessidades.

As Centrais de Regulação Médica de Urgências devem ser implantadas, de acordo com o definido no Anexo II da Portaria SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000. Da mesma forma, as secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal devem elaborar o plano estadual de Urgências e Emergências...

Ainda segundo a Portaria 2048 de 2002 do MS, o Médico Regulador é responsável pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis para o atendimento das solicitações, devendo exercer a regulação médica de forma plena. A competência técnica do médico regulador se sintetiza em sua capacidade de decidir, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes.

Ao médico regulador também competem funções gestoras, como tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com seu julgamento.

Além disso, segundo a referida Portaria, o Coordenador de Regulação é o profissional médico, que tem como principais atribuições coordenar

todas as atividades desenvolvidas dentro da Central de Regulação de Urgências; regular as solicitações de transferências de pacientes entre hospitais e regular os atendimentos em curso, na impossibilidade do Médico Regulador.

Por fim, a 2048 cria a figura do Coordenador Médico e Coordenador Enfermagem, que são profissionais médico e enfermeiro, respectivamente, que representam a Coordenação Geral do SAMU e a Chefia de enfermagem fora dos horários normais de expediente.

Um marco de suma importância para o serviço de APH no DF foi a publicação pela Secretaria de Segurança do Distrito Federal da Portaria Conjunta número 40, de 2018 que dispõe sobre a instituição do 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.

Em seu artigo primeiro diz:

Art. 1º Instituir o Serviço Unificado de Atendimento Pré-Hospitalar - SUAPH, prestado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgências - SAMU192 e pelo Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal - CBMDF, para o atendimento às urgências e emergências, entre outras ações, utilizando infraestrutura, recursos humanos, materiais, insumos, medicamentos e equipamentos dos partícipes, na área do Distrito Federal, conforme Plano de Trabalho, anexo e parte integrante da presente Portaria.

Em seu artigo segundo diz:

Art. 2º Integrar os trabalhos da Central de Regulação de Urgências do SAMU192 - CERU e da Central de Operações e Comunicações do CBMDF - COCB.

E complementa em seu artigo terceiro que além das Centrais, as partes deverão atuar de maneira integrada em todos os processos do atendimento pré-hospitalar, utilizando terminologia comum, protocolo conjunto, comunicação integrada e o mesmo sistema de tecnologia da informação para o gerenciamento das ocorrências, gravação de voz e armazenamento de dados.

Já no artigo sétimo diz:

“Art. 7º Para efeito desta Portaria Conjunta compete ao Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal:

I - realizar as atividades de resgate, suporte básico de vida, suporte intermediário de vida e suporte avançado de vida, por intermédio de ambulância, motocicleta, aeronave, lancha ou viatura de intervenção rápida, dentre outras, com as respectivas equipes especializadas;

II - estar em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências e com o Plano de Ação Regional da Rede de Urgências e Emergências do Distrito Federal, no atendimento pré-hospitalar de resgate, suporte básico de vida, suporte intermediário de vida e suporte avançado de vida, em condições de atuar interligado ao SAMU192, nas urgências e emergências de ordem clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, psiquiátrica e toxicológica, no âmbito do DF;”

Entende-se aqui a competência do CBMDF em realizar o atendimento pré-hospitalar em todos os níveis (básico, intermediário e avançado) confirmando sua legitimidade em dispor de estrutura própria de regulação, desde que vinculada e articulada tecnicamente à rede SUS.

2.2 MODELOS DE APH DESENVOLVIDOS NOS ESTADOS:

A atenção pré-hospitalar móvel, no Estado do Rio de Janeiro, desde 1986 é responsabilidade do Grupamento de Socorro de Emergência do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (GSE/CBMERJ), que conta com equipes médicas, em quantidade expressiva, para regulação e para atendimento. O Centro de Operações de Atendimento Pré-Hospitalar (COAPH), criado pelo Decreto Nº 46.635 de 10 de abril de 2019, é o órgão responsável pela regulação das atividades de Atendimento Pré-Hospitalar no CBMERJ, sendo a maior Central de Regulação Médica de Urgências do Brasil em número de pessoas assistidas. O COAPH possui médicos do CBMERJ realizando regulação médica e controla a operação das viaturas de APH do CBMERJ que atuam em todo o estado do Rio de Janeiro tanto com viaturas terrestre, as aeronaves operadas pelo Grupamento de Operações Aéreas do CBMERJ, que exerçam atividades de APH, os Centros de Recuperação de Afogados (CRA) e inclusive o Transporte Inter hospitalar. (RIO DE JANEIRO, 2025).

Já no Estado de Minas Gerais a regulação dos serviços de APH é realizada de maneira integral pelo SAMU, de acordo com o Termo de Cooperação Técnica sob o processo nº 01.003272.10.70 em 01 de dezembro de 2009, celebrado entre o Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Minas Gerais (CBMMG) e o SAMU da cidade de Belo Horizonte e diz que o SAMU deve fazer a regulação dos serviços

de APH por meio de uma inter-relação operacional entre as duas instituições. (CBMMG, 2009).

No Estado de São Paulo, existe uma parceria entre o Corpo de Bombeiros da Polícia Militar e a Secretaria de Saúde. Tal parceria prevê que médicos contratados pela Secretaria de Saúde, realizem a regulação médica na Central de Regulação Médica dentro do Centro de Operações do Corpo de Bombeiros (COBOM). (SÃO PAULO, 2021).

Existe ainda o Grupo de Resgate e Atenção às Urgências e Emergências – GRAU, que está ligado à Secretaria de Estado de Saúde e possui características diferenciadas, proveniente do contato com serviços militares, uma vez que integra um sistema híbrido acionado por meio do número 193, composto ainda pelo corpo de bombeiros da polícia militar do Estado de São Paulo (CBPMSP) e o grupamento radiopatrulha aérea da Polícia Militar. (SÃO PAULO, 2021).

O Decreto nº 38.432 de 10 de Março de 1994, define as atribuições do Sistema de Resgate a Acidentados no Estado de São Paulo, especificando as emergências que lhe são próprias de forma integrada pela Secretaria da Saúde, por intermédio do Grupo de Resgate e Atenção às Urgências e Emergências - GRAU, e pela Secretaria da Segurança Pública, por intermédio do Corpo de Bombeiros e do Grupamento de Rádio Patrulha Aérea, da Polícia Militar do Estado de São Paulo, instituído e em operação desde 22 de maio de 1989.(SÃO PAULO, 2021).

3 METODOLOGIA:

Este artigo analisa o serviço de atendimento pré-hospitalar do CBMDF com foco principal na implementação de uma central de regulação médica de urgências da corporação e para isso realizou uma revisão bibliográfica na legislação e nas normas que regulamentam tal serviço; após tal análise tentou propor soluções para a melhoria do serviço de APH prestado pelo CBMDF à população do Distrito Federal.

Este estudo configura-se como uma pesquisa aplicada, conforme os pressupostos metodológicos descritos por Gil (2010) e Prodanov e Freitas (2013), uma vez que visa propor soluções concretas e normativas para a viabilidade da implementação de uma Central de Regulação Médica de Urgências no contexto federativo brasileiro. O caráter aplicado se reflete na busca por subsídios que possam embasar decisões políticas, administrativas e técnicas no setor público de saúde.

Em relação aos objetivos, a investigação assume natureza descritiva e exploratória, conforme categorização proposta por Gil (2010) e Lakatos e Marconi (2010). A vertente descritiva orienta-se pela sistematização das legislações pertinentes à regulação médica em diferentes unidades federativas, enquanto o caráter exploratório se evidencia na análise da viabilidade institucional frente às particularidades normativas e operacionais de cada estado.

Sob a ótica dos procedimentos técnicos, optou-se pela utilização da pesquisa documental, nos moldes delineados por Marconi e Lakatos (2010), valendo-se de documentos primários e secundários — tais como leis federais e estaduais, portarias do Ministério da Saúde, resoluções do Conselho Nacional de Saúde e relatórios técnicos — que constituem o corpus analítico do estudo. Esta abordagem privilegia fontes oficiais, sem intervenção direta do pesquisador no fenômeno empírico.

Quanto à abordagem metodológica, o estudo adota uma perspectiva qualitativa, como indicam Prodanov e Freitas (2013), devido à natureza interpretativa do objeto, especialmente na leitura crítica dos dispositivos legais e na comparação entre os modelos de regulação adotados nos diferentes estados. Tal abordagem permite captar nuances político-administrativas e compreender o entrelaçamento entre texto normativo e contexto institucional.

A estratégia analítica fundamenta-se em uma análise normativa comparativa, inspirada nos métodos de avaliação legislativa descritos por Figueiredo (2022). Esta estratégia contempla:

A identificação e categorização de dispositivos legais relevantes;

A avaliação do impacto normativo potencial na organização da regulação médica;

A comparação entre experiências estaduais visando a identificação de barreiras jurídicas, zonas de convergência regulatória e oportunidades de interoperabilidade institucional.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES:

Com base na análise normativa e institucional realizada, percebe-se que a criação de uma Central de Regulação Médica de Urgências para o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF) não apenas se mostra viável, como também necessária e juridicamente respaldada. A Constituição Federal, em seus artigos 196 a 200, estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, atribuindo relevância pública às ações e serviços de saúde e determinando sua organização em rede regionalizada e hierarquizada, com atendimento integral e participação comunitária.

A Portaria GM/MS nº 2.048/2002 reforça esse entendimento ao instituir o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, prevendo a regulação médica como elemento estruturante da assistência pré-hospitalar e hospitalar, com foco na resolutividade, universalidade e equidade.

Complementarmente, a Portaria nº 2.657/2004 detalha as atribuições das Centrais SAMU-192, estabelecendo critérios técnicos para sua estruturação e operacionalização, o que serve de referência para a proposta de central própria do CBMDF.

No âmbito distrital, a Portaria Conjunta nº 40/2018 formaliza a integração entre o CBMDF e a Secretaria de Saúde do DF no Serviço Unificado de Atendimento Pré-Hospitalar (SUAPH), reconhecendo a atuação do CBMDF como componente essencial da rede de urgência e emergência e prevendo a regulação médica como atividade compartilhada e estruturada.

A lição de Minas Gerais e São Paulo aponta para a necessidade de evitar sistemas de regulação separados. As possibilidades para o DF seriam centralizar a regulação médica, seja através de uma parceria robusta entre o CBMDF e o SAMU (modelo de Minas Gerais), ou criando uma central híbrida que inclua especialistas de ambos os órgãos (modelo de São Paulo).

Independentemente do modelo (regulação própria, pelo SAMU ou híbrido), o exemplo de São Paulo e Rio de Janeiro mostra a necessidade de definir as atribuições de cada um por meio de decretos ou acordos, garantindo que as emergências sejam atendidas de forma coordenada e sem conflitos de competência.

A lição que fica do modelo do Rio de Janeiro (regulação própria) é a importância de uma estrutura dedicada e centralizada para a regulação do APH, como o COAPH do CBMERJ. A proposta para o DF poderia considerar a criação de um órgão similar, focado exclusivamente na regulação médica de urgências e emergências. A vantagem é ter um controle total sobre os recursos e a operação, o que pode levar a um serviço mais ágil e eficiente.

Visto que a regulação médica é a essência do atendimento em situações de urgência, pois orienta decisões críticas e otimiza o uso dos recursos disponíveis. Para que esse processo seja eficaz, é fundamental que o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal esteja alinhado às legislações e normativas que regem o Atendimento Pré-Hospitalar. A implementação adequada desse sistema poderia elevar significativamente a qualidade da triagem e do atendimento, ajudando a reduzir o número de óbitos, sequelas e casos de vítimas não atendidas por falhas na gestão de recursos humanos e materiais.

Diante desse arcabouço legal e técnico, a implementação de uma Central de Regulação Médica de Urgências no CBMDF representa um avanço institucional alinhado às diretrizes constitucionais e infralegais, contribuindo para a qualificação do atendimento, a conformidade normativa e a valorização da missão pública da corporação. Trata-se de uma medida estratégica que fortalece o Sistema Único de Saúde no Distrito Federal e potencializa a capacidade de resposta às urgências médicas da população.

A implantação da Central de Regulação Médica no CBMDF se alinha aos objetivos do Planejamento Estratégico da corporação 2024–2030, fortalecimento a autonomia operacional e técnica do CBMDF, sem romper com a lógica da rede de saúde; A regulação médica própria permitirá a autonomia sobre os fluxos internos, indicadores, desempenho e recursos; Levaria à representatividade do CBMDF nos fóruns de urgência e emergência, contribuindo para a formulação de políticas públicas na área, elevando o CBMDF à categoria de referência de APH entre os Corpos de Bombeiros do país; Buscaria a sedimentação dos fluxos formais com a SES/DF e SAMU, sob pena de duplicidade de funções ou conflitos de atribuições no cenário;

Há de se ressaltar ainda que desafios históricos relacionados à comunicação e à cultura de cooperação entre as instituições, marcados por episódios de duplo despacho, ausência de protocolos comuns e decisões unilaterais. Isso dificulta a construção de confiança mútua, essencial para a aceitação de um novo arranjo de regulação compartilhada ou complementar. Uma central do CBMDF poderia dirimir tais problemas.

Um ponto de fragilidade nesse contexto seria a questão dos recursos humanos, especialmente no contexto do CBMDF, onde o ingresso de pessoal é rigidamente controlado por concursos públicos e leis específicas, como a Lei nº 12.086/2009, que limita o número de vagas anuais para médicos e enfermeiros.

É de conhecimento geral que o processo de concurso público é lento e burocrático, levando meses ou até anos para ser concluído. Além disso, a restrição de vagas, determinada por lei, pode não ser suficiente para atender à demanda de uma central que operará 24 horas por dia, 7 dias por semana, o que demanda uma escala robusta de médicos e enfermeiros.

Diante dessas limitações, a contratação de médicos temporários para atuar na CRU surge como uma solução prática e viável. Essa alternativa poderia garantir a continuidade e a qualidade do serviço, operando em complemento ao quadro médico de carreira.

O uso de militares médicos e enfermeiros da reserva remunerada por meio da Prestação de Tarefa por Tempo Certo (PTTC) para atuarem na central de

regulação também auxiliaria para a viabilização dos recursos humanos da CRU do CBMDF.

Outra análise a ser realizada pelo gestor é o ingresso contínuo de médicos para o comando operacional, o que amenizaria a retirada de médicos da Diretoria de Saúde, garantindo dessa forma que a policlínica médica mantenha seu quadro médico sem desfalques.

4.1 PLANO DE FACTIBILIDADE:

A criação de uma Central de Regulação de Urgência (CRU) para o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF), focada na gestão direta de seus recursos de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), espelharia o bem-sucedido modelo do Complexo Regulador da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CRDF), instituído pela Portaria SES-DF n.º 189/2009.

O CRDF, referência em regulação de saúde, opera através de cinco diretorias principais, que supervisionam diversas centrais reguladoras:

1-Central de Regulação de Internação Hospitalar (CERIH): Gerencia o acesso a internações hospitalares.

2-Central de Regulação Ambulatorial (CERA): Coordena a atenção ambulatorial especializada.

3-Central de Regulação de Cirurgias Eletivas (CERCE): Supervisiona as cirurgias agendadas.

4-Central de Regulação Interestadual e de Alta Complexidade (CERAC): Gerência casos de alta complexidade, regulação interestadual e tratamento fora de domicílio.

5-Central de Regulação do Transporte Sanitário (CERTS): Gerencia o acesso ao transporte de pacientes.

A Política Nacional de Regulação (PNR), estabelecida pela Portaria GM/MS Nº 1.559/2008, otimiza o uso de recursos e qualifica o acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS), define os "panoramas" para a organização da oferta de serviços conforme o Manual de Processo Regulatório de Acesso à Assistência (consultas, exames, procedimentos cirúrgicos e leitos), da SES/DF do ano de 2021:

Panorama 1 (Regulação Regional): A gestão é local, com cada região de saúde administrando seus próprios recursos e demandas.

Panorama 2 (Regulação Pactuada): Permite que regiões com mais recursos atendam demandas de outras, através de acordos pré-estabelecidos.

Panorama 3 (Região Central): Concentra serviços de alta complexidade em unidades específicas para toda a rede. As Centrais de Regulação têm autonomia para gerenciar apenas esses recursos centrais, sem interferir na gestão regional (Panoramas 1 e 2).

A aplicação do Modelo ao APH do CBMDF poderá ser similar ao do CRDF, com base nos panoramas de oferta e nas centrais de regulação, poderia ser implementado para a gestão dos recursos de APH. Isso permitiria que o SAMU-DF e o CBMDF, por sua vez, tivessem autonomia para gerenciar seus próprios recursos.

A criação de uma CRU própria para o CBMDF é crucial, dada sua responsabilidade legal na execução do APH. Ambas as instituições, SAMU-DF e CBMDF, operariam de forma complementar, apoiando-se mutuamente mediante solicitação de recursos, com a coordenação e gerência sempre a cargo da instituição responsável por cada recurso.

Os pontos favoráveis à criação da central de regulação do CBMDF seriam:

-Existência consolidada da Central de Operações e Comunicações Bombeiro Militar (COCB), já estruturado com ambiente técnico, Protocolos de Atendimento e Despacho e operadores treinados;

-Já estar integrado ao Centro Integrado de Operações de Brasília da Secretaria de Segurança Pública do Distrito Federal, o que gera facilidade de acesso às outras forças como Polícia Militar, Polícia Civil, Detran, Neoenergia entre outros em dinâmicas de ocorrências de maior vulto;

-Infraestrutura atual já equipada com rede de comunicação de rádio, telefonia dedicada e integração com viaturas e bases operacionais;

-Layout técnico e fluxos de atendimento já existentes permitem adaptação para inclusão de estações médicas de regulação com custo menor;

-Fácil levantamento da capacidade atual do COCB e das demandas para implementação da central, identificando o que pode ser aproveitado e o que precisará ser adquirido;

- Sistemas, segurança, soluções de tecnologia de informação e comunicação.

Os recursos humanos previstos pela legislação, a Portaria nº 1.010/2012 estabelece o dimensionamento da equipe de regulação médica conforme a população atendida, permitindo planejar de forma técnica e alinhada às diretrizes do Ministério da Saúde:

06 médicos reguladores para o período diurno e 05 noturnos;

08 telefonistas auxiliares diurnos e 07 noturnos;

02 rádios operadores em cada turno;

O CBMDF já conta com estrutura consolidada de operadores de despacho, supervisores e chefias no COCB, o que reduz o impacto para seleção, treinamento e adaptação de parte da equipe não médica;

Quanto ao sistema de informação, o CBMDF já conta com sistemas próprios consolidados para o atendimento de ocorrências, como o SINESP CAD e o Hefesto que servem de base para integração de novos módulos, com opção de incluir interface médica de regulação diretamente no sistema Hefesto aproveitando a

estrutura já existente, o que reduziria custo de desenvolvimento e tempo para implementação.

Pela Portaria MS 1010/2012, somente para a Regulação médica, o repasse mensal do MS para o GDF (para a categoria Habilitada e qualificada) seria de R\$ 182.030,00 para uma população (baseada na atual pelo Censo de 2024) 2,8 milhões de pessoas. Há que se considerar a variação dos preços dos produtos e serviços ao longo de todos esses anos e usando como base o IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IBGE) teríamos uma correção de 110%, o que determinaria um valor a ser aplicado hoje em torno de R\$ 383.905,97.

A Portaria GM N° 1864 de 2006 prevê:

“Art. 5º Estabelecer que o recebimento dos recursos de custeio previstos nesta Portaria, implicará na interrupção e revisão dos mecanismos de financiamento atualmente estabelecidos, correspondentes às atividades de atenção móvel às urgências.

Parágrafo único. Para os efeitos de cumprimento do disposto nesta Portaria:

(...)

II - Os Corpos de Bombeiros e Polícia Rodoviária Federal cadastrados no Sistema Único de Saúde e que atuam de acordo com as recomendações previstas na Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002, deverão continuar utilizando os procedimentos Trauma I e Trauma II da Tabela SIA-SUS, para efeitos de registro e faturamento de suas ações.”

A Portaria Conjunta 40/2018 define o seguinte:

“Art. 11. Não haverá repasse de recursos financeiros entre as partes.

Parágrafo único. Havendo a habilitação de viaturas do CBMDF, pelo Ministério da Saúde, os valores correspondentes serão repassados ao CBMDF, devendo ser tratado em instrumento próprio.”

Considerando a restrição imposta pela Lei nº 12.086/2009, que limita o número de vagas em concursos públicos para o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, uma solução legal para garantir o reforço do quadro de médicos, essencial para a viabilidade da Central de Regulação de Urgência, pode ser a criação de um decreto, portaria ou lei complementar que estabeleça um regime de contratação por tempo determinado para médicos e enfermeiros. Solução flexível e rápida para os desafios impostos pela Lei 12.086.

Dessa forma seria necessário a previsão orçamentária para a contratação contínua de médicos reguladores, sejam eles temporários, PTTC ou de

carreira. Além da previsão de orçamento para cursos e treinamentos para que esses profissionais fiquem aptos para atuarem como reguladores.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa analisou o modelo atual de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) no Distrito Federal, evidenciando a complexidade da integração entre o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-DF). Embora a Portaria Conjunta nº 40/2018 tenha formalizado a atuação compartilhada por meio do Serviço Unificado de Atendimento Pré-Hospitalar (SUAPH), os resultados obtidos demonstram que persistem desafios operacionais, normativos e estratégicos que comprometem a eficiência e a resolutividade do sistema.

Diante desse cenário, a proposta de criação de uma Central de Regulação Médica própria no âmbito do CBMDF, integrada ao SUS e ao SAMU-DF, revelou-se uma resposta técnica e juridicamente fundamentada às exigências do Ministério da Saúde, do Ministério Público Federal e às diretrizes constitucionais. Os dados e análises confirmam a hipótese de que uma estrutura própria de regulação médica pode qualificar os fluxos internos, fortalecer a autonomia institucional, aprimorar os indicadores de desempenho e ampliar a representatividade do CBMDF nos fóruns de urgência e emergência.

Além disso, a implantação da central está alinhada ao Planejamento Estratégico do CBMDF 2024–2030, consolidando a corporação como referência nacional em APH. A presença de médicos reguladores da própria instituição permitirá decisões mais ágeis e contextualizadas, especialmente em ocorrências de múltiplas vítimas, suporte avançado de vida e operações complexas.

Como entrega concreta para posterior análise do gestor, este artigo entrega o plano de factibilidade (exposto anteriormente) que confirma a viabilidade de uma central de regulação do CBMDF desde que haja uma alternativa à restrição legal da 12.086/ 2009 de ingresso de médicos na corporação.

A proposta poderá representar um avanço institucional, técnico e social, promovendo maior segurança à população atendida, valorizando a missão pública do CBMDF e contribuindo para a construção de um modelo de APH mais integrado, eficiente e resolutivo no Distrito Federal.

A contribuição da pesquisa se estende à sociedade, ao aprimoramento da gestão pública, ao fortalecimento da organização estudada e ao meio acadêmico, ao oferecer subsídios para futuras discussões sobre regulação médica, integração interinstitucional e inovação em políticas de saúde e segurança. Dessa forma, este estudo reforça o papel estratégico do CBMDF no cenário nacional do Atendimento Pré-Hospitalar e pode servir de referência para outras unidades federativas interessadas em aprimorar seus modelos de resposta às urgências e emergências.

Assim sendo, mostra-se de essencial importância a viabilização da central de regulação médica de urgências do CBMDF, que integrada à CERU/SAMU traria melhoria para o trabalho prestado pelas duas instituições à população do Distrito Federal.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.255, de 20 de novembro de 1991. Dispõe sobre a organização básica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 1991.
- BRASIL. Lei nº 12.086, de 6 de novembro de 2009. Dispõe sobre os militares da Polícia Militar do Distrito Federal e do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Manual de implantação de complexos reguladores*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Manual de regulação médica de urgência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 814/GM, de 1 de julho de 2001. Institui as diretrizes da regulação médica de urgência e normatiza os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências em todas as unidades federadas. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003. Dispõe sobre a implantação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002. Institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.657/GM, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece diretrizes técnicas para as Centrais de Regulação SAMU-192. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n° 1.643, de 26 de agosto de 2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n° 1.671, de 29 de agosto de 2003. Revoga a Portaria n° 1098/GM, de 10 de julho de 2003. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2003.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. *Manual de Atendimento Pré-hospitalar*. Brasília, 2022.

DISTRITO FEDERAL. Lei Distrital n° 891, de 26 de julho de 1995. Cria o Serviço de Atendimento ao Trauma no DF. Diário Oficial do Distrito Federal, Poder Legislativo, Brasília, DF, 27 jul. 1995.

FERRARI, Cristiane. SAMU-SP. *Home Doctor News*, São Paulo, v. 1, n. 9, p. 3, ago. 2012.

GALLETTI JUNIOR, Cezar. *Modelos de atendimento às urgências/emergências*.

GEYGER, Rafael. Cooperação que salva vidas. *Revista Emergência*, Novo Hamburgo, v. 1, n. 41, p. 19, ago. 2012.

GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito administrativo brasileiro*. 10. ed. São Paulo: Malheiros, 1999.

GUNST, Mark et al. Changing epidemiology of trauma deaths leads to a bimodal distribution. Proceedings (Baylor University Medical Center), Dallas Trauma Study, out. 2010.

