



**POLÍCIA MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS POLICIAIS**

**APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
POLICIAL MARCH EM SITUAÇÕES DE CONFRONTO
Elaboração de modelo padrão de instrução e cartilha de orientação**

**Autores: CAD QOPM Erickson Brenner Rosa Matos
CAD QOPM Matheus Raulino Mendes
Orientador: CAP QOPM Jadson Bezerra Batista**

**Brasília/DF
2022**



**ERICKSON BRENNER ROSA MATOS
MATHEUS RAULINO MENDES**

**APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
POLICIAL MARCH EM SITUAÇÕES DE CONFRONTO
Elaboração de modelo padrão de instrução e cartilha de orientação**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Graduação em Ciências Policiais do Instituto Superior de Ciências Policiais, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Policiais.

Orientador: CAP QOPM Jadson Bezerra Batista

Brasília/DF
2022

**ERICKSON BRENNER ROSA MATOS
MATHEUS RAULINO MENDES**

**APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
POLICIAL MARCH EM SITUAÇÕES DE CONFRONTO
Elaboração de modelo padrão de instrução e cartilha de orientação**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Graduação em Ciências Policiais do Instituto Superior de Ciências Policiais, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Policiais.

BANCA EXAMINADORA

Professor Orientador: CAP QOPM Jadson Bezerra Batista – Especialista

Examinador Externo 1: CAP QOPM KLÊNIO LOPES MEDEIROS - Especialista

Examinador Externo 2: CLÁUDIA PINHEIRO NASCIMENTO - Doutora

“Quanto mais você sua no treinamento, menos sangra no campo de batalha.”

General U.S. Army - George Smith Patton Jr.

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo realizar pesquisa bibliográfica bem como pesquisa de campo sobre o atendimento pré-hospitalar em combate entre os policiais militares do Distrito Federal. Buscou-se contextualizar o histórico, apresentar os aspectos jurídicos e os objetivos do atendimento pré-hospitalar em combate, bem como descrever suas fases. A metodologia empregada foi a revisão bibliográfica, com abordagem de pesquisa qualitativa e pesquisa de campo. Nesse contexto, surge a seguinte questão: O policial militar está preparado para atuar em situações que envolvam lesões causadas por conflitos armados? A pesquisa de campo demonstrou que a maioria dos policiais militares entrevistados não se sentem aptos a realizar atendimento em situações envolvendo lesões de confrontos armados. Diante da relevância do tema, o estudo propõe uma nota de instrução policial sobre APHC no âmbito da PMDF, um plano de aula com as demandas logísticas da instrução, bem como uma cartilha de fácil acesso, visando suprir a necessidade de se difundir o conhecimento de APH em combate ao efetivo da PMDF, buscando uma qualificação permanente.

Palavra-chave: Atendimento pré-hospitalar em combate. Instrução Policial Militar. Lesões em conflitos armados

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Locais em que policiais militares foram alvejados	Erro! Indicador não definido.
Figura 2 - Fases do Atendimento	23
Figura 3 - Quadro de Avaliação Neurológica.....	26
Figura 4 - Arrasto por um policial	27
Figura 5 - Segurar no colete/farda.....	28
Figura 6 - Travar com o joelho	28
Figura 7 - Posição de encaixe para levantamento.....	28
Figura 8 - Preparar para levantar	29
Figura 9 - Posição de elevação	29
Figura 10 - Posicionamento na viatura	30
Figura 11 - Abertura da viatura pelo policial	30
Figura 12 - Entrada na viatura com o ferido	31
Figura 13 - Entrada na viatura com o ferido	31
Figura 14 - Saída da viatura pelo socorrista.....	31
Figura 15 - Posicionamento do ferido.....	31
Figura 16 - Posicionamento da equipe a 3.....	32
Figura 17 - Posicionamento das pernas	32
Figura 18 - Acondicionamento do Ferido na viatura	32
Figura 19 - Reportagem sobre uso do torniquete	34
Figura 20 - Estudante aprende a aplicar torniquete em treinamento nos EUA	34
Figura 21 - Procedimentos específicos por área corporal	36
Figura 22 - Cânula nasofaríngea.....	37
Figura 23 - Selo de tórax valvulado.....	38
Figura 24 - Tríade da Morte	39
Figura 25 - Bolso modular	41
Figura 26 - Tesoura Ponta	42
Figura 27 - Porta Torniquete tático.....	42
Figura 28 - Pincel Marcador Permanente.....	43
Figura 29 - Luva nitrílica a vácuo.	43
Figura 30 - Torniquete tático	44
Figura 31 - Gaze com agente hemostático.....	44

Figura 32 - Bandagem tática	45
Figura 33 - Cânula Nasofaríngea	45
Figura 34 - Selo de tórax valvulado	46
Figura 35 - Manta térmica aluminizada	46
Figura 36 - Gaze compressiva de metro	47
Figura 37 - Gaze compressiva comum.....	47
Figura 38 - Atadura elástica	48
Figura 39 - Atadura de crepom	48
Figura 40 - Fonte de calor instantânea.....	49
Figura 41 - Maca de extração rápida.....	49

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Quantidade de respondentes por sexo	52
Gráfico 2 – Tempo de serviço Policial Militar	52
Gráfico 3– Área em que serve o Policial Militar	53
Gráfico 4 – Conhecimento do APHC antes da leitura do Questionário	53
Gráfico 5 – Frequência do porte da arma de fogo durante o período de folga.....	54
Gráfico 6– Policiais que se recordam dos conhecimentos de APH convencional.....	54
Gráfico 7– Policiais que se julgam ou não aptos a proceder em APHC de acordo com tempo de serviço	56
Gráfico 8 – Policiais que tiveram instrução de APHC nos cursos iniciais de carreira	57
Gráfico 9 – Policiais que tiveram instrução de APHC fora da PMDF	58
Gráfico 10 – Policiais que tiveram instrução de APHC na PMDF	59
Gráfico 11 – Locais que tiveram instrução de APHC na PMDF	59
Gráfico 12 – Policiais que adquiriram material de APHC.....	60
Gráfico 13 - Considera importante que a PMDF promova instruções de APHC dentro de cada UPM	60
Gráfico 14 – Interesse dos policiais em participar de instruções nas UPMS	61

LISTA DE SIGLAS

APH	Atendimento Pré-Hospitalar
APHC	Atendimento Pré-Hospitalar em Combate
CFO	Curso de Formação de Oficiais
CFP	Curso de Formação de Praças
IN	Instrução Normativa
InPM	Instrução Policial Militar
LEOKA	<i>Law Enforcement Officers Killed & Assaulted</i> (Oficiais da Aplicação da Lei Mortos e Assassinados)
MARCH	Massivo, Ar, Respiração, Circulação e Calor.
NAEMT	<i>National Association of Emergency Medical Technicians</i> (Associação Nacional de Técnicos de Emergência Médica)
PAF	Projétil de Arma de Fogo
PHTLS	Pré-Hospital Trauma <i>Life Support</i> (Suporte de Vida Pré-Hospitalar)
PMBA	Polícia Militar do Estado da Bahia
PMDF	Polícia Militar do Distrito Federal
RGE	Regulamento Geral de Ensino
RIV	Regulamento de Identidade Visual
SSLOG	Subseção de Logística
TCCC	<i>Tactical Combat Casualty Care</i> - (Cuidado de Vítimas de Combate Tático)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	METODOLOGIA.....	14
3	OBJETIVO DA PESQUISA	15
4	REFERENCIAL TEÓRICO	17
4.1	Histórico do Atendimento Pré-Hospitalar em Combate - APHC.....	17
4.2	Atendimento pré-hospitalar em combate.....	20
4.3	Aspectos legais.....	21
4.4	Procedimentos para aplicação do APHC	22
4.4.1	CUIDADOS SOB FOGO	23
4.4.2	CUIDADOS TÁTICOS EM CAMPO	25
4.4.3	CUIDADO NA EVACUAÇÃO DO FERIDO	29
4.5	Protocolo MARCH.....	32
4.5.1	SANGRAMENTO MASSIVO.....	33
4.5.2	VIAS AÉREAS	36
4.5.3	RESPIRAÇÃO	37
4.5.4	CIRCULAÇÃO E CHOQUE	38
4.5.5	HIPOTERMIA	39
4.5.6	COMPOSIÇÃO DO KIT DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM COMBATE	402
5	PROPOSTA DE NOTA DE INSTRUÇÃO/MANUAL DE APHC.....	49
6	DISCUSSÃO	51
6.1	Da ocorrência.....	62
6.2	Questionamento sobre os conhecimentos de APHC	63
6.3	Questionamento sobre o de kit de a APHC.....	63
6.4	Relato da ocorrência pelo SD Marcirio.....	63
6.5	Questionamento sobre a validade de instruções sobre APHC na ótica do policial.....	64
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICE A - PROPOSTA DE NOTA DE INSTRUÇÃO POLICIAL MILITAR	73
	APÊNDICE B - PLANO DE AULA.....	80
	APÊNDICE C - PLANO DE AULA.....	83
	APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO.....	86
	APÊNDICE E – GUIA ILUSTRADO DE APLICAÇÃO DO PROTOCOLO MARCH.87	

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como objetivo geral realizar estudo bibliográfico e pesquisa de campo sobre Atendimento Pré-Hospitalar em Combate (APHC) no âmbito da Polícia Militar do Distrito Federal (PMDF).

Nesse sentido, levanta-se a seguinte problemática: o policial militar encontra-se preparado para atuar em situações envolvendo lesões decorrentes de conflito armado?

Nessa perspectiva, tem-se como objetivos específicos inicialmente contextualizar o histórico, apresentar os aspectos jurídicos e os objetivos do APHC. Logo após, descrever as três fases do APHC, quais sejam: cuidados sob fogo; cuidados táticos em campo e evacuação tática.

Por fim, pretende-se através de uma pesquisa de campo analisar o conhecimento da tropa acerca do APHC e propor uma nota de instrução sobre APHC no âmbito da PMDF, um plano de aula elaborado com as demandas logísticas da instrução, bem como produzir uma cartilha de fácil acesso, visando o efetivo da PMDF para qualificar os policiais militares a realizarem procedimentos de APHC em situações de crise/confronto armado, acidente automobilístico e situações com instrumentos perfurocortantes.

Além disso, busca-se expor a necessidade de se difundir o conhecimento de APH em combate, especificamente o protocolo MARCH, para que todos os policiais estejam aptos a executar os procedimentos mais comuns e de importância primária para manter a vítima viva.

Nesse sentido, o Ministério da Justiça e Segurança Pública, por meio da Portaria nº 98, de 1º de julho de 2022, criou a Diretriz Nacional de Atendimento Pré-Hospitalar Tático para profissionais de segurança pública. Tal diretriz visa uniformizar técnicas, procedimentos, equipamentos, instrumentos e insumos pré-hospitalares empregados na salvaguarda da vida dos profissionais de segurança pública feridos no exercício do cargo ou função.

Insta salientar que no currículo do Curso de Formação de Oficiais (CFO) e do Curso de Formação de Praças (CFP) há previsão da disciplina de atendimento pré-hospitalar, contudo, não é voltada especificamente para a atividade policial.

É importante destacar a diferença entre o atendimento pré-hospitalar convencional do atendimento pré-hospitalar em combate. O Ministério da Saúde conceitua o atendimento pré-hospitalar como o atendimento que chega precocemente à vítima, sendo realizado em ambiente extra-hospitalar após ter ocorrido um agravo à sua saúde que possa levar a sofrimento, sequelas ou à morte. (BRASIL, 2018)

Segundo a Portaria Normativa n. 16 de 2018 do Ministério da Defesa:

§ 2º O atendimento Pré-Hospitalar Tático consiste no atendimento à vítima, em um ambiente tático, nas atividades militares, com o emprego de um conjunto de manobras e procedimentos emergenciais, baseados em conhecimentos técnicos de suporte de vida básicos e avançados, para serem aplicados nas vítimas ou em si mesmos, por indivíduos previamente treinados, com o objetivo de salvaguardar a vida humana e prover a estabilização para a evacuação até o suporte médico adequado. (BRASIL, 2018, art. 1º)

Dessa forma, o atendimento pré-hospitalar em combate se caracteriza pelo fato de ocorrer em locais de baixa luminosidade, pela inviabilidade de socorro tradicional imediato, por haver alto risco de novos confrontos, existência de relacionamento emocional com o ferido e materiais de atendimento reduzidos, tendo apenas o que cada policial leva consigo.

Diante disso, a Constituição Federal prevê a inviolabilidade do direito à vida, a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança. Para isso a Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, conhecida como lei do ato médico, excetua do rol das atividades privativas do médico o atendimento à pessoa sob risco de morte iminente. Diante disso, o Ministério da Defesa editou a Portaria Normativa nº 16, que aprova a Diretriz de Atendimento Pré-Hospitalar Tático, tendo por objetivo a manutenção da vida do ser humano em emprego operacional.

Com o objetivo de demonstrar a necessidade de se aplicar o APH em combate apresenta-se uma pesquisa realizada por Felipe Palma Freitas, policial militar do Distrito Federal, publicada na revista eletrônica Infoarmas, que teve como base 119 casos de combate catalogados de 2015 a 2020, dos quais se pôde perceber que os disparos efetuados pelos infratores da lei contra os policiais atingiram em sua maioria o tórax, cabeça, membros inferiores, áreas juncionais e membros superiores, nessa ordem.

Já os disparos realizados pelos aplicadores da lei contra os antagonistas atingiram em sua maioria a região do abdômen e membros inferiores. Além disso, é importante destacar também que os instrumentos utilizados em combate são em sua grande maioria armas de fogo, conforme verificado por Palma (2021).

Insta salientar que, de acordo com Ribeiro, Souza e Sousa. (2017) em seu artigo "*Lesões provocadas por armas de fogo atendidas em serviços de urgência e emergência brasileiros*", os membros inferiores e múltiplos órgãos foram os locais mais atingidos nas ocorrências envolvendo intervenção de agente público.

Corroborando a necessidade de um protocolo de APH em combate, uma pesquisa de Joseph F. Kelly do Instituto de Pesquisa Cirúrgica dos Estados Unidos, na qual foram analisadas 982 vítimas dos conflitos do Afeganistão e do Iraque, verificou-se que cerca de 85% das mortes ocorreram por hemorragias potencialmente preveníveis, 14% por pneumotórax e lesões nas vias aéreas(KELLY *et al*, 2008).

Igualmente, de acordo com estudo realizado pela Universidade Mustafa Kemal da Faculdade de Medicina, da Turquia, as lesões graves ocorridas por disparo de arma de fogo na guerra da Síria ocorreram principalmente nas extremidades, cabeça, abdômen, estruturas vasculares e tórax (HAKIMOGLU *et al.*, 2015).

Aliando esses dados ao Planejamento Estratégico, o qual prevê ampliar a capacitação dos Policiais Militares em atividades operacionais e desenvolver programas de capacitação continuada de treinamento em serviço para atividade operacional. Percebe-se que a instituição possui como Política Corporativa a qualificação dos profissionais. Por conseguinte, torna-se imperioso um estudo específico sobre aplicação de um protocolo de Atendimento Pré-hospitalar em combate.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho pretende fazer uma pesquisa exploratória a respeito do APHC, bem como trazer dados a respeito de ferimentos por policiais e militares com vistas a demonstrar a aplicabilidade do protocolo MARCH na PMDF, no sentido de ser aplicado por meio de instruções ministradas nas Unidades Policiais Militares.

Como método científico utilizado temos o modelo dedutivo que, segundo GIL (1994), se utiliza uma premissa geral para uma particular, até a conclusão. Em outras palavras, de duas premissas retira-se uma terceira logicamente decorrente.

Neste caso em específico, partimos da revisão bibliográfica do protocolo APHC, dos tipos de lesões ocorridas nos militares e policiais durante confrontos armados, bem como da legislação da PMDF para poder criar a nota de Instrução Policial Militar.

Quanto à abordagem da pesquisa, pode ser classificada como qualitativa. Ora, buscou-se analisar as informações subjetivas dos policiais militares acerca do conhecimento relativo a APHC, bem como sua importância.

Para tanto, foi aplicado um questionário digital, produzido por meio da plataforma *Google Forms* no período de 18 de Julho a 24 de agosto de 2022, através do link <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfSVDRnyE46OWG6n1S2XHhrLB4KsoeIjZFG0ZbVI9CnPSYQ6w/closedform>. Cabe ressaltar que a pesquisa avaliou ainda o nível de conhecimento dos policiais sobre o APHC, bem como a relevância do tema para a atividade policial militar.

Neste mesmo sentido, foi feita também uma entrevista com policiais do 20º Batalhão da Brigada Militar do estado do Rio Grande do Sul que fizeram uso do protocolo March e obtiveram êxito em salvar a vida de um colega ferido em combate. A entrevista tem o sentido de corroborar a eficácia do protocolo.

Por fim, cabe reforçar que a pesquisa bibliográfica acerca do protocolo, o questionário aplicado a policiais da corporação, os dados dos feridos em confrontos armados bem como a entrevista de um policial salvo pela aplicação do protocolo têm como objetivos demonstrar a necessidade de instruções para o efetivo das Unidades Operacionais.

3 OBJETIVO DA PESQUISA

Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (MARTINS *et al.*, 2020), houve um aumento das mortes de policiais militares e civis no Brasil, com aumento de 19,6% no primeiro semestre de 2020, se comparado ao mesmo período em 2019. Neste sentido, qualificar os policiais militares do DF em APH em combate é imprescindível com vistas a diminuir ou mitigar o atual cenário de vitimização policial.

Nesse sentido, o FBI¹ - Polícia Federal Americana - cataloga dados de policiais feridos e mortos em combate desde 1996, um trabalho chamado Leoka - *Law Enforcement Officers Killed & Assaulted - Oficiais da Aplicação da Lei Mortos E Assassinados*. Segundo o levantamento de 2019, 30 dos policiais mortos criminosamente usavam coletes à prova de balas no momento dos incidentes. Desses, oito (8) foram baleados na parte superior frontal do dorso/peito.

É de conhecimento geral que o policial militar participa de confrontos armados dentro do serviço operacional, bem como fora dele com frequência. Também realiza acompanhamento veicular em alta velocidade diariamente. Essas são situações que trazem riscos à vida e integridade do policial militar. Diante disso, um levantamento realizado por Felipe Palma (2021) demonstrou que de 119 casos de confronto armado, catalogados no DF de 2015 a 2019, 54,6% ocorreram fora de serviço e 45,4% em serviço operacional. A pesquisa revela ainda que o instrumento mais utilizado foi o revólver, responsável por 46 ocorrências catalogadas.

Os dados coletados indicam que os disparos realizados pelos antagonistas dos policiais acertaram em sua maioria áreas acima da linha de cintura, como pode ser verificado na figura abaixo.

¹ *Federal Bureau of Investigation*

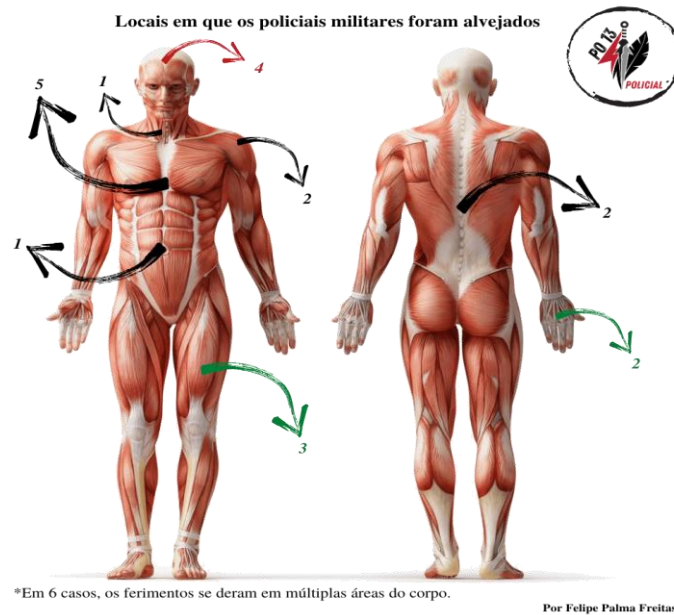


Figura 1 - Locais em que policiais militares foram alvejados
 Fonte: Revista Eletrônica Infoarmas

Ademais, uma pesquisa de Joseph F. Kelly do Instituto de Pesquisa Cirúrgica dos Estados Unidos, analisou 486 casos de março de 2003 a abril de 2004 e 496 de junho de 2006 a dezembro de 2006, totalizando 982 vítimas nos conflitos do Afeganistão e do Iraque. Neste estudo foi percebido que a maioria das mortes evitáveis em combate eram ordenadas em: 1º. Controle de hemorragias; 2º. Obstrução de via aérea; 3º. Controle de pneumotórax Hipertensivo e 4º. Controle de temperatura.

Neste sentido, Nogueira (2021) afirma que o APH em combate é sem dúvidas um dos conhecimentos mais importantes a serem transmitidos aos profissionais da segurança pública. Relata ainda que, tal conhecimento representa prioridade absoluta de ensino e instrução em qualquer nível.

Assim, a presente pesquisa não busca esgotar o estudo do tema, mas sim expor a realidade referente à vitimização policial, bem como a necessidade de compreensão das técnicas de APH em combate no âmbito policial militar, seja em serviço ou na folga, propondo um modelo de Instrução Policial Militar (InPM) como meio de pulverizar o conhecimento em todas as Unidades Policiais Militares.

Por fim, cabe ressaltar a importância vital de um treinamento dedicado a situações de confronto. O treinamento adequado em primeiros socorros e sua prática diária são a base de uma resposta eficiente das em caso de desastres ou de conflitos armados (COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA, 2007).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Histórico do Atendimento Pré-Hospitalar em Combate - APHC

A origem do atendimento pré-hospitalar em combate remonta ao século XVIII, onde o Barão Dominique Jean Larrey, médico-chefe militar de Napoleão, percebeu a necessidade de uma atenção pré-hospitalar dedicada. Na época ele observou que as ambulâncias forneciam aos feridos os cuidados necessários de maneira mais célere, proporcionando uma maior sobrevivência da tropa. Larrey introduziu a ideia de que os feridos deveriam ser tratados tanto no local quanto no caminho (NAEMT, 2020).

Segundo Lopes e Fernandes (1999, p. 32), em 1792, Dominique Larrey, iniciou efetivamente o atendimento prático de urgência moderna, conseguindo atender os combatentes feridos ainda no front de batalha, bem como removê-los para retaguarda para maiores cuidados por meio das chamadas “ambulâncias voadoras” criadas por ele. As ambulâncias eram veículos leves e preparados com equipamentos, maca retrátil e Kit de primeiros socorros, que prestavam atendimento imediato aos militares feridos. Tal fato até hoje é considerado o primeiro serviço de ambulância reconhecidamente moderno.

Ademais, segundo Portela, (2017, p. 23) Larrey ficou conhecido também como “Pai da Medicina Militar” e lançou as bases fundamentais para a evacuação médica que conhecemos hoje. Ele foi também um dos médicos militares pioneiros a projetar e aplicar hospitais de campanha, realizando procedimentos cirúrgicos avançados na linha de frente da batalha. Suas concepções foram aplicadas posteriormente em unidades móveis da Segunda Guerra Mundial e da Guerra da Coreia (KING; JATOI, 2005).

Durante a Guerra Civil Americana, Tripler e Letterman do Exército Potomac utilizaram os conceitos de Larrey, todavia, não houve nenhuma evolução significativa no projeto. Somente em 1865 foi implementado o primeiro serviço de ambulâncias reconhecido pelo serviço de emergência americano (MAIA, 2018).

Esse serviço de ambulância foi criado no Cincinnati General Hospital em Cincinnati, estado de Ohio, nos Estados Unidos. Anos depois foram desenvolvidos inúmeros sistemas com o Bellevue Hospital Ambulance, na cidade de Nova York, o Grady Hospital Ambulance Service, o Charity Hospital Ambulance Services, em

Nova Orleans, dentre outros. Tais serviços foram desenvolvidos principalmente por hospitais, forças armadas ou necrotérios até 1950 (NAEMT, 2020).

Na década de 1960, durante a Guerra do Vietnã, os médicos militares realizavam o atendimento pré-hospitalar em combate no local onde o combatente havia sido alvejado, garantindo uma maior sobrevivência do combatente no campo de batalha. A efetividade dos atendimentos foi devida também à rápida evacuação dos soldados para os hospitais de trauma (BRAGA, 2020).

No final da década de 80, as equipes da SWAT (*Special Weapons And Tactics* – Armas e Táticas Especiais) passaram a compor em seus times táticos paramédicos com formação SWAT, profissionais capacitados para atuar no resgate da própria equipe, se necessário (BRAGA, 2020).

O instrutor de APH Tático e policial militar da PMSC Rodrigo Maia destaca que, o marco na área do atendimento pré-hospitalar em combate foi a Batalha de Mogadíscio ou Batalha do Mar Negro, esse evento foi um confronto militar travado em Mogadíscio, capital da Somália em três e quatro de outubro de 1993, entre as forças armadas dos Estados Unidos contra milicianos somalis (MAIA, 2018).

Na operação, helicópteros americanos foram derrubados deixando dezenas de soldados feridos, a queda ocorreu em território hostil seguindo assim uma batalha urbana. O confronto deixou 18 homens das forças americanas mortos e outros 73 ficaram feridos, em virtude de grandes hemorragias provocadas por armas de fogo. Tal situação provocou no exército americano uma grande necessidade de pesquisas de campo para comparar a letalidade de ferimentos em relação ao tempo de óbito (MAIA, 2018).

Nesse contexto, em 1996 o Comando de Operações Especiais dos Estados Unidos desenvolveu em conjunto com a Agência de Saúde de Defesa do Departamento de Defesa dos EUA, o *Tactical Casualty Combat Care*, também conhecido como TC3, tratando-se de um protocolo de atendimento pré-hospitalar com significativo valor técnico, definindo um padrão de atendimento para o tratamento do trauma em campos de batalha.

Com o passar do tempo, as experiências vividas em guerras como do Iraque e Afeganistão, foram trazendo dados importantes e desmistificando vários equipamentos de socorro, como os torniquetes, que eram estigmatizados pelos socorristas do APH convencional. Ainda assim, somente em fevereiro de 2014 o

protocolo do TC3 foi incluído no programa de curso das forças armadas americanas, deixando assim o ensino padronizado (CARDOSO, 2021).

Segundo a Revista Eletrônica de Enfermagem (2010), a origem do Atendimento Pré-Hospitalar no Brasil está ligada a instituições militares. Há registros de meados de 1899, quando o Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro (CBMERJ) realizou atendimento pré-hospitalar com a utilização de ambulância com tração animal. Com o passar dos anos e com as experiências das I e II Grandes Guerras, surgiram modelos motorizados de ambulâncias.

Essas evoluções foram inicialmente utilizadas pelas equipes especializadas da Cruz Vermelha Internacional e depois pelos serviços do Corpo de Bombeiros Militares. Por volta de 1960, houve uma nova tentativa de implantar o serviço de atendimento pré-hospitalar no Brasil, com a criação do Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência (SAMDU), tendo como fito o atendimento nas residências.

Porém, somente com a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), por meio do Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004 que foi instituído oficialmente o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) no Brasil. Apesar de já ser utilizado pelos profissionais diariamente não existia referência oficial ao termo. Assim, o termo passou a ser utilizado para diferenciar o Atendimento Pré-Hospitalar convencional do atendimento pré-hospitalar em combate (BRASIL, 2004).

No entanto, somente com a publicação da Portaria n-º 16 de 12 de abril de 2018 do Ministério da Defesa, publicada no Diário Oficial da União, Seção I na Página Nº 18, que o termo Atendimento Pré-Hospitalar TÁTICO foi oficialmente utilizado no Brasil.

Diante disso, em 2020, o Ministério da Defesa por meio do Exército Brasileiro publicou o Manual de Campanha de Atendimento Pré-Hospitalar (EB70-MC-10.343). Neste documento o Comando de Operações Terrestres, tendo como referência o protocolo TC3, definiu as três fases da medicina tática tratadas neste trabalho, quais sejam o atendimento sob fogo, atendimento em campo tático e atendimento durante evacuação, bem como estabeleceu o atendimento conforme o protocolo MARCH.

Atualmente, este conteúdo está sendo desenvolvido e difundido por diversas forças de segurança ao redor do mundo a fim de evitar mais baixas. Seguindo essa linha, o Ministério da Justiça e Segurança Pública criou por meio da Portaria nº 98, de 1º de julho de 2022 a Diretriz Nacional de Atendimento Pré-Hospitalar Tático para

Profissionais de Segurança Pública - que trouxe a uniformização de procedimentos, equipamentos, instrumentos e insumos pré-hospitalares empregados na salvaguarda da vida dos profissionais de segurança pública feridos no exercício do cargo ou função. Trouxe ainda, competências e procedimentos técnicos e táticos mínimos, a composição mínima do kit individual de APHC, especificações técnicas dos equipamentos e insumos, a matriz curricular mínima para o curso de APH em combate, bem como o conteúdo mínimo para treinamentos, instruções e nivelamentos.

4.2 Atendimento pré-hospitalar em combate

Com o desenvolvimento da medicina de combate foram criados diversos protocolos para salvaguardar a vida dos militares em combate. Estes protocolos diferem dos protocolos de Atendimento Pré-Hospitalar convencionais em diversos procedimentos.

O Atendimento Pré-Hospitalar nasceu com objetivo de prestar socorro a pessoa ferida antes mesmo da chegada a uma unidade hospitalar, nesse sentido Para o Ministério da Saúde:

O APH pode ser definido como a assistência prestada em um primeiro nível de atenção, aos portadores de quadros agudos de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar. (RAMOS, 2005, p. 355)

Isto posto, o APH pode ser definido como o atendimento de emergência em ambiente extra-hospitalar. Noutro giro, há a execução de APH em local de atuação de forças policiais ou militares, denominado Atendimento Pré-Hospitalar em combate ou tático, o qual demanda maior nível de atenção e determinadas condutas dos operadores e socorristas.

Por sua vez, o Manual de Campanha do Exército de Atendimento Pré-Hospitalar (EB70-MC-10.343), define:

O APH Militar diferencia-se do APH Convencional por diversos fatores, como segurança da área, acesso a ressuprimento de material básico, distância de estruturas hospitalares, tempo de evacuação prolongado, entre outros. 5.1.1 Neste capítulo, será abordado o APH Convencional, onde os eventos ocorrem em ambiente seguro, ou seja, não existe situação de conflito. Portanto, haverá uma diferença na incidência dos ferimentos e, conseqüentemente, nas condutas. 5.1.2 Diferente do que foi visto no APH Militar, em que a principal causa de morte evitável é a hemorragia.

Distingue-se, portanto, o APH convencional do APH em combate através dos procedimentos e peculiaridades exigidas em campo. No APHC, por exemplo, a equipe se encontra sob fogo hostil precisa efetuar o atendimento de um colega que foi atingido ou auxiliá-lo para que proceda na auto aplicação.

4.3 Aspectos legais

A Constituição Federal em seus artigos 5º, 6º e 7º prescreve o direito à vida, à saúde e a redução dos riscos inerentes ao trabalho.

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a **inviolabilidade do direito à vida**, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade...

Art. 6º **São direitos sociais** a educação, a **saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: XXII - **redução dos riscos inerentes ao trabalho**, por meio de normas de **saúde, higiene e segurança**; (BRASIL, 1988, art. 5, 6 e 7, grifo nosso)

O policial militar, assim como qualquer outro trabalhador é sujeito dos direitos supramencionados. Como servidores públicos do Governo do Distrito Federal, cabe a este, por meio da instituição Polícia Militar do Distrito Federal proporcionar meios que assegurem a vida, a saúde e uma maior segurança no ambiente de trabalho.

Atento a isso, o Ministério da Justiça e Segurança Pública criou por meio da Portaria nº 98, de 1º de julho de 2022, a Diretriz Nacional de Atendimento Pré-Hospitalar Tático para Profissionais de Segurança Pública. Esta Diretriz dispõe sobre a uniformização de procedimentos, equipamentos, instrumentos e insumos pré-hospitalares empregados na salvaguarda da vida dos profissionais de segurança pública feridos no exercício do cargo ou função ou em razão desses, quando ausentes recursos regulares de suporte à vida e à saúde.

O atendimento pré-hospitalar em combate está amparado também pelo instituto do estado de necessidade. Por se tratar de situação de risco iminente de morte, a atuação do operador é fundamental para a manutenção da vida da vítima.

O Código Penal Brasileiro prevê em seu artigo 24 o instituto do Estado de Necessidade:

Considera-se em estado de necessidade quem pratica o fato para salvar de perigo atual, que não provocou por sua vontade, nem podia de outro modo evitar, direito próprio ou alheio, cujo sacrifício, nas circunstâncias, não era razoável exigir-se. (BRASIL, 1940, art. 24)

À exemplo deste instituto, podemos citar um ferido em combate que necessita de cuidados médicos por meios de técnicas e procedimentos aplicáveis ao campo tático que, a princípio, só poderiam ser aplicados por socorristas ou que causem algum dano colateral, mas que garanta uma sobrevivência até o atendimento especializado.

Rogério Greco (2020) ressalta ainda que, o instituto do Estado de Necessidade no Código Penal Militar é dividido em duas vertentes, adotando a chamada teoria diferenciadora. Isto posto, através dos art. 39 e 43 do referido código, são reconhecidos o estado de necessidade exculpante, que tem por finalidade eliminar a culpabilidade, sendo o outro um estado de necessidade justificante, que afasta a ilicitude do fato. Neste sentido, o APHC, muito de forma forçosa, pode estar sacrificando a lei para salvaguardar a vida.

Destaca-se ainda que, a atuação no âmbito do APH em combate não constitui atividade de medicina, visto que o artigo 4º, § 5º, alínea VI, da Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, exclui do rol de atividade privativa de médico o atendimento à pessoa em risco iminente de morte.

Assim, as ações voltadas ao protocolo MARCH não necessitam de suporte médico para sua aplicação imediata, ou seja, pode ser feita por qualquer operador que tenha preparação técnica prévia.

4.4 Procedimentos para aplicação do APHC

Tomando por base a necessidade de Atendimento Pré-Hospitalar em Combate, a Agência de Saúde de Defesa do Departamento de Defesa dos EUA desenvolveu o protocolo TCCC (*Tactical Combat Casualty Care*), em tradução livre: Cuidados Táticos de Feridos em Combate. Este protocolo consiste, segundo Oliveira (2021) num conjunto de recomendações de boas práticas de APH e cuidados a traumas no ambiente de combate.

O TCCC foi criado, com três objetivos básicos, nessa ordem: atender os feridos, evitar novas vítimas e, por fim, completar a missão. Para tal, o atendimento em campo foi dividido em três fases conforme imagem abaixo: cuidados sob fogo ou

atendimento sob confronto armado é representado pela área vermelha, à qual é correspondente ao período de alto risco, quando ainda há confronto; cuidado tático durante o atendimento ou atendimento em campo tático é representado pela cor amarela, significando estado de alerta, pois aparentemente se cessou a ameaça; por fim há o cuidado na evacuação do ferido ou atendimento em evacuação, consistente na remoção do policial ferido para unidade de tratamento especializada e revisão dos procedimentos já realizados. Tais fases devem ser seguidas sucessivamente para que o socorro possa ter alguma chance de sucesso (OLIVEIRA, 2021).

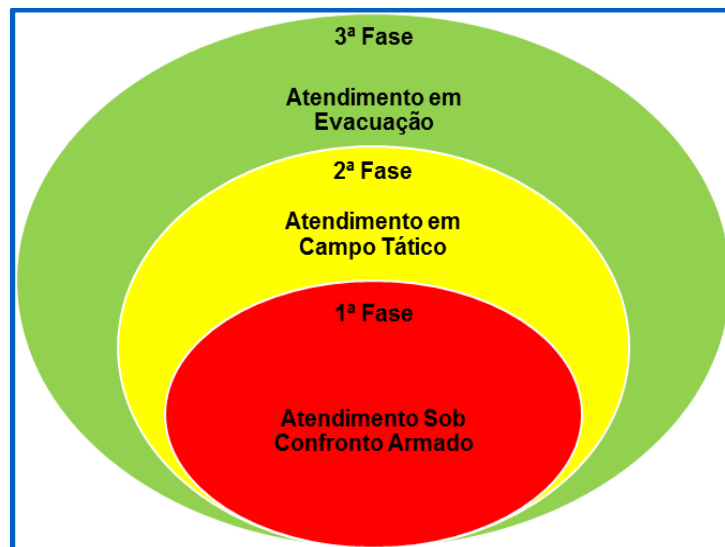


Figura 2 - Fases do Atendimento
Fonte: Autores

4.4.1 CUIDADOS SOB FOGO

Segundo Nicola (2021, p. 1), Policial formado no BOPE da PMPR, a fase de Cuidados sob fogo é a fase que o socorrista/militar e a vítima estão sob fogo hostil. Nesse momento há grande risco de serem atingidos a qualquer momento caso não se abriguem. Segundo o manual da APH da PMBA, "nesse período irá prevalecer a busca por abrigos, a supremacia de fogos, comunicação e o auto socorro." Ou seja, deve-se buscar abrigo e combater o fogo inimigo ao mesmo tempo que se mantém contato com toda a equipe para se orientar da situação (PINTO, 2020).

- Busca por abrigos/Sair do "X"

O objetivo principal deve ser prioritariamente se abrigar, tentar abrigar a vítima em local seguro para combater o fogo inimigo. A realidade do policial militar pode fazer com que seja necessário utilizar o bloco do motor da viatura como cobertura, por exemplo. Dentre outros locais e objetos no local. O termo sair do "X"

existe, pois o local onde o combatente foi ferido já está “marcado” e é conhecido pelo inimigo, sendo local de alto grau de risco.

- Fogo de supressão

O fogo de supressão é executado contra a posição inimiga com objetivo de proporcionar a movimentação da equipe e facilitar o auto socorro do ferido ou até sua movimentação.

O combate ao fogo inimigo com superioridade numérica visa suprimir os ataques hostis e permite que o ferido se mova para se abrigar e, se possível, iniciar o autocuidado. É imperioso destacar que para alcançar a superioridade de fogo, todos os recursos devem ser utilizados, incluindo a vítima que for capaz de responder ao fogo inimigo (BORTOLASSI JUNIOR, 2019).

- Comunicação

O atendimento pode ser iniciado de forma remota, através de comandos verbais dos colegas de viatura que estejam abrigados, de maneira a orientar o policial ferido que estará sob efeito de forte adrenalina, stress e provavelmente dor. Comunicar é importante para que se tenha uma noção de como está o ferido.

- Autossocorro

Nesta fase, a conjugação dos conhecimentos de combate policial e de atendimento em saúde se mostra importante a fim de evitar novos feridos e proporcionar o atendimento ao homem ferido.

Como fora observado em campo anterior, a hemorragia está em primeiro lugar na lista de causas de mortes evitáveis, portanto o recomendado nessa fase é a aplicação do torniquete (devido à sua praticidade) para conter hemorragias em membros.

Em se tratando de ferimentos em áreas juncionais, deve-se pressioná-los e direcionar os esforços para o transporte do ferido a um local coberto para que seja aplicado agente hemostático.

Pois bem, após se preocupar com a segurança dos operadores, tentar efetuar o auto socorro e cessada a ameaça, o policial iniciará os cuidados médicos propriamente ditos.

4.4.2 CUIDADOS TÁTICOS EM CAMPO

Em um segundo momento, no chamado “cuidado em campo tático”, a equipe já não se encontra sob fogo direto do inimigo, pois este já foi vencido ou fugiu. Segundo Choji (2008, p. 10), “O ferido receberá os primeiros cuidados efetivamente. Será feita a “reavaliação e contenção das hemorragias de extremidades, pesquisar lesões encobertas pelo uniforme e cuidar das lesões em vias aéreas.”

Percebe-se então que nessa fase já não há perigo de emboscada. Ocorrerá o atendimento tático do ferido em campo, onde serão contidas as hemorragias, será verificado se o ferido respira, dentre outros sinais vitais conforme o protocolo que será apresentado posteriormente.

- Análise de cenário

Antes de iniciar o resgate a equipe policial deve fazer uma rápida análise da situação a fim de certificar que a ameaça já cessou, quem fará o resgate do ferido, quem ficará na proteção de perímetro, onde será feito o atendimento, se há anteparos para serem utilizados como coberturas etc.

- Retirada do Policial Ferido
 - Técnicas de aproximação

Os policiais da equipe que estão em condições de proceder no resgate, após analisar o cenário, deverão se aproximar do ferido de forma segura, utilizando técnicas de ponto-a-ponto, lances, abrigos e coberturas existentes.

- Travar armamento do policial ferido

Ademais, é importante enfatizar que, antes de realizar o atendimento propriamente dito, é necessário verificar se o militar se encontra desorientado. Neste caso ele deve ser desarmado, pois qualquer alteração no nível de consciência do policial pode representar uma ameaça ao socorrista.

O Manual de Campanha de APH do Exército (EB70-MC-10.343) aponta o seguinte quadro para avaliação neurológica do socorrido e consequente desarme ou não:

A	ALERTA	SEM ALTERAÇÃO
V	RESPONDE A ESTÍMULO VERBAL	DESARMAR
D	RESPONDE A ESTÍMULO DOLOROSO	DESARMAR
I	IRRESPONSIVO	DESARMAR

Figura 3 - Quadro de Avaliação Neurológica
Fonte: Ministério da Defesa

O quadro corresponde ao nível de consciência do ferido e qual a ação deverá ser tomada pelo operador que está procedendo no resgate. A letra A significa que o ferido está em estado de alerta e consegue executar o autoatendimento ou continuar combatendo enquanto recebe cuidados médicos. A letra V significa que o ferido responde a estímulos verbais, porém não tem consciência para combater. Nessa situação o ferido deverá ser desarmado para que receba o atendimento em campo.

A letra D significa que o ferido responde a estímulo doloroso e a letra I significa que o ferido está irresponsivo. Diante dessas situações, deve-se desarmar o militar/operador ferido para então proceder na aplicação do protocolo de salvamento.

Em que pese essa seja a orientação do Exército Brasileiro, entende-se que a realidade do Distrito Federal não exige que o ferido esteja apto ao combate. Ora, tendo em vista os dados estatísticos apresentados por Felipe Palma (2021) relativos à quantidade de antagonistas dos policiais, percebe-se que a maioria dos confrontos ocorreram contra um antagonista ou quando ocorreu com mais de um, o outro empreendeu fuga e não combateu.

Após aproximar-se do ferido é importante levá-lo a um local seguro e para isso o Manual de atendimento pré-hospitalar tático da Polícia Militar da Bahia trata sobre as técnicas de retirada dos policiais feridos da zona conflagrada. Das técnicas apresentadas, selecionaram-se algumas que foram julgadas apropriadas para o dia a dia do Distrito Federal para que os policiais tomem conhecimento, quais sejam:

- Técnicas de arrasto

A fim de tomar como exemplo as formas mais extremas de atendimento, será ilustrada apenas a técnica de arrasto feita por um policial. Ora, aprendendo o mais difícil, que ocorre com equipe policial composta por dupla, as outras composições de equipe policial terão condições de realizar o arrasto com as técnicas demonstradas.

- Arrasto por um policial

Segundo Manual de Resgate e Atendimento pré-hospitalar Tático da PMBA, deve-se segurar o colete do ferido pela alça de segurança ou pelo passador dos ombros e puxá-lo, conforme a foto a seguir:



Figura 4 - Arrasto por um policial
Fonte: Os autores

- Arrasto carregado por um policial

Nessa técnica, ainda tomando por base o protocolo utilizado na PMBA, o policial que executa o socorro diminui o atrito do policial ferido com o solo levantando-o para então executar o arrasto, conforme descrito abaixo:

“Levantar o ferido através do colete ou farda e travá-lo com o joelho, na posição

torre”:



Figura 5 - Segurar no colete/farda
Fonte: Os autores



Figura 6 - Travar com o joelho
Fonte: Os autores

1. “Colocar um pé em cada lado do ferido, de maneira a se colocar agachado o mais próximo dele, segurar a mão direita com o punho direito e a mão esquerda com o punho esquerdo.”



Figura 7 - Posição de encaixe para levantamento
Fonte: Os autores

2. “Para iniciar o arrasto, é imprescindível que se atente à forma correta de levantar, utilizando como base de força os membros inferiores, e não as costas.”



Figura 8 - Preparar para levantar
Fonte: Os autores



Figura 9 - Posição de elevação
Fonte: Os autores

Feita a retirada do policial do ponto X (ponto crítico), a equipe procederá na avaliação e cuidados do ferido seguindo acrônimo do protocolo MARCH, avaliando e controlando as hemorragias, verificando e desobstruindo as vias aéreas, analisando e tratando ferimentos do tórax, prevenindo pneumotórax hipertensivo, avaliando a consciência, o pulso e possibilidade de choque hipovolêmico, bem como o controle do calor corporal.

O Cuidado em Campo Tático é realizado em local com cobertura ou abrigo improvisado, de acordo com a situação tática, com propósito de obter um mínimo de segurança. Nesse momento, o ferido e o socorrista não deverão estar sob fogo direto, possibilitando ao socorrista um atendimento mais detalhado, contudo o local não é considerado completamente seguro, podendo haver novos confrontos a qualquer momento.

Após esse procedimento, faz-se a evacuação do ferido para a unidade de saúde mais próxima.

4.4.3 CUIDADO NA EVACUAÇÃO DO FERIDO

Por fim, há a terceira fase, qual seja a “evacuação do local” e deslocamento para uma unidade hospitalar o mais breve possível. Cabe salientar que o tempo de chegada em um hospital no DF, de viatura, não demora mais de 15 ou 20 minutos. Este tempo poderá ser crucial para a manutenção da vida de um policial ferido. Para tanto deve-se observar como embarcar o policial ferido na viatura, conforme sugerido abaixo:

- Embarque em viatura com ferido

1. O policial que estiver carregando o ferido deverá utilizar a viatura como apoio, encostando suas costas logo após o limite da porta traseira, conforme a imagem:



Figura 10 - Posicionamento na viatura
Fonte: Os autores

2. O manual utilizado como fonte de literatura prevê que “Utilizando o braço mais próximo da porta, o socorrista abre a porta traseira da viatura enquanto apoia o ferido com sua outra mão e seu corpo”, conforme a imagem abaixo:



Figura 11 - Abertura da viatura pelo policial
Fonte: Os autores

3. Por fim o policial que estiver procedendo no socorro:

"utilizando a técnica do arrasto, irá até a abertura da porta e se projeta junto com o ferido para dentro da viatura, saindo pelo lado oposto." É importante atentar para a via aérea da vítima, que pode comumente ficar em posição desconfortável para a respiração nesse processo. Assim, é essencial que ela seja colocada lateralizada e se feche ambas as portas para assumir a posição de motorista para o deslocamento (PINTO, 2020).



Figura 12 - Entrada na viatura com o ferido
Fonte: Os autores



Figura 13 - Entrada na viatura com o ferido
Fonte: Os autores



Figura 14 - Saída da viatura pelo socorrista
Fonte: Os autores



Figura 15 - Posicionamento do ferido
Fonte: Os autores

4. Em caso de equipe policial composta por mais de três operadores, o terceiro policial fará a segurança e auxiliará na condução do ferido, segurando-o pelos pés com a “mão reativa”, enquanto empunha a arma com a mão forte se ainda houver risco de confronto. Se o local não oferecer mais risco, pode utilizar ambas as mãos para proceder ao embarque do ferido abrindo a porta da viatura policial, conforme imagem abaixo:



Figura 16 - Posicionamento da equipe a 3
Fonte: Os autores



Figura 17 - Posicionamento das pernas
Fonte: Os autores



Figura 18 - Acondicionamento do Ferido na viatura
Fonte: Os autores

- Estabelecimento de Protocolo de evacuação.

Este procedimento é simples. Consiste basicamente em conhecer em sua área de serviço onde se localizam as Unidades Hospitalares e as rotas de aproximação, caso seja necessário.

Durante essa etapa, o policial ferido deve ficar sob monitoramento constante e manutenção dos cuidados básicos até a chegada ao hospital mais próximo (OLIVEIRA, 2021).

4.5 Protocolo MARCH

Na seção a seguir será explanado sobre o protocolo MARCH propriamente dito. Vale ressaltar que o atendimento pré-hospitalar de combate tem o objetivo de “salvar vidas que possam ser salvas”, ou seja, em situações em que há ocorrência de mais de uma vítima deve-se optar em realizar o atendimento daquela que possui

maiores chances de ser salva e a garantir que a missão seja executada. (BARJUD, 2021)

Ao abordar o passo a passo dos procedimentos executados no MARCH é preciso saber que este foi definido após muito estudo e mudanças baseadas em observações feitas durante a Guerra do Iraque/Afeganistão. Neste estudo foi percebido que a maioria das mortes evitáveis em combate eram ordenadas em: 1º. Controle de hemorragias; 2º. Por obstrução de via aérea; 3º. Controle de pneumotórax Hipertensivo e 4º. Controle de temperatura (KELLY *et al*, 2008).

Através desse resultado foi criado o protocolo de atendimento pré-hospitalar MARCH, onde cada letra é um acrônimo de um procedimento a ser tomado no atendimento emergencial. Diante disso, será apresentado cada procedimento.

4.5.1 SANGRAMENTO MASSIVO

A letra “M” faz alusão ao sangramento massivo, isto é, hemorragia de grande porte que acarreta bastante perda de sangue através do rompimento de vasos, seja uma artéria ou uma veia.

Segundo o Suporte de Vida Pré-Hospitalar no Trauma Pré-hospitalar Trauma Life Support (NAEMT, 2020), o indivíduo vitimado pode perder a maior parte do sangue em questão de minutos, acarretando choque hipovolêmico. Por isso o primeiro objetivo é interromper rapidamente o sangramento, inicialmente nos membros.

Seguindo a linha do Procedimento Operacional Padrão de Atendimento Pré-Hospitalar em combate da Polícia Militar do Paraná (2019, p. 51), observa-se que:

Após a remoção do PM ferido para um local mais seguro e, se possível for, que garanta proteção balística, o policial militar que o resgatou inicia a avaliação das extremidades do paciente (membros superiores e inferiores), buscando encontrar sangramentos massivos. Nessa fase se inicia o M (massivo).

Desta forma, percebe-se que a identificação do sangramento pode ser realizada observando se o uniforme do combatente está encharcado, se possui ferimento aberto pulsando sangue, corrimento abundante ou se existe poça de sangue. Tendo em vista que a situação de confronto pode ocorrer em ambiente de baixa luminosidade, a busca pelo sangramento pode ser executada de forma tátil.

Localizado o sangramento massivo nas extremidades ou áreas juncionais o objetivo agora é contê-lo, a fim de evitar a tríade da morte, que segundo Oliveira (2021), é composta por hipotermia, acidose e distúrbios da coagulação. Desta forma o protocolo MARCH prevê a aplicação do torniquete nas extremidades e utilização de gases hemostáticas e bandagem nas regiões juncionais.

Apesar da existência de certo preconceito sobre a utilização de torniquetes durante anos, foi comprovado que na ocasião de grande perda de sangue nas extremidades a utilização deste equipamento de maneira correta salva vidas. Inclusive alguns Estados do EUA, em virtude da frequência que os tiroteios nas escolas têm ocorrido, estão sendo ministradas instruções sobre o uso desse equipamento, conforme se vê na notícia do site R7, a seguir:

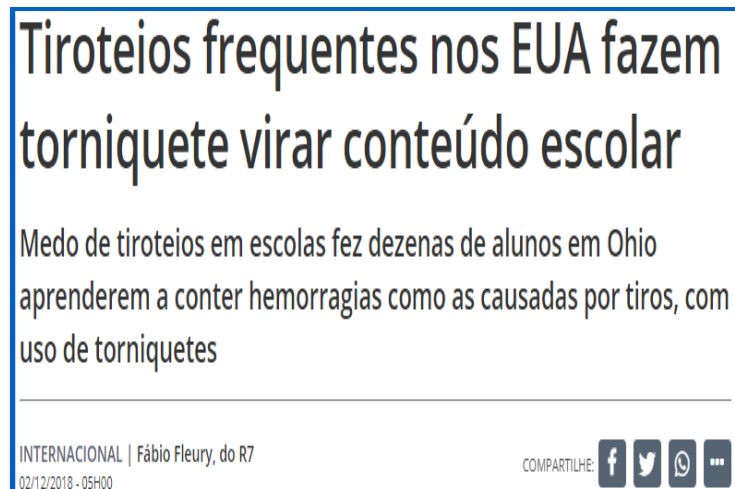


Figura 19 - Reportagem sobre uso do torniquete
Fonte: <https://noticias.r7.com/>



Figura 20 - Estudante aprende a aplicar torniquete em treinamento nos EUA
Fonte: <https://noticias.r7.com/>

O próprio Protocolo de Suporte Básico de Vida do Serviço de Atendimento Móvel (SAMU) prevê a aplicação do torniquete no controle de hemorragias de

ferimentos em membros superiores ou inferiores com hemorragia externa incontrolável.

No caso de ferimento em situação de confronto, o operador que procederá no socorro do ferido não terá tempo nem condições para realizar uma inspeção minuciosa. Desse modo, a aplicação do torniquete deve ser sempre o mais alta e apertada possível para otimizar o procedimento de controle do sangramento. (NICOLA, 2021)

É fundamental verificar, ainda, se há objetos dentro dos bolsos durante a aplicação do dispositivo, pois a utilização por cima de objetos o torna ineficaz.

Se observado que apenas um torniquete não for suficiente para estancar o sangramento, Oliveira (2021, p. 16) diz que é possível a aplicação de um segundo, bem como a aplicação em conjunto de gaze hemostática preenchendo o ferimento.

Indo adiante, sempre deve-se anotar o horário em que foi realizado a instalação do torniquete, pois após 2h da aplicação o risco de lesão por compressão muscular e nervosa é elevado, bem como o risco de amputação de membros. (BINI, 2019).

Importante ressaltar que a aplicação do torniquete pode ser realizada de duas formas, a primeira pelo companheiro que está prestando socorro e a segunda pela própria vítima por meio da autoaplicação.

Outrossim, no caso de ferimento em área juncional - pélvis e ombros - a técnica utilizada é a de preenchimento, na qual utiliza-se preferencialmente gaze do tipo hemostática.

O procedimento consiste no preenchimento com o dedo indicador, mantendo-se sempre a pressão até que outro, com mais objeto de preenchimento, o substitui, de modo a manter o ferimento sempre pressionado. Após preenchimento, faz-se o tamponamento da ferida, colocando o resto da gaze sobre a ferida e fazer pressão no local por 3 a 5 minutos, se houver utilização de gaze hemostática ou de 5 a 10 minutos no caso de objeto adaptado. (NICOLA, 2021)

Após preenchimento e pressão, deve-se colocar a atadura de combate ou, na falta dela, atadura normal, a fim de que a gaze não se desloque, retornando o sangramento.

A imagem abaixo retrata de maneira objetiva e setorizada tipo de procedimento de acordo com o local da lesão, sendo lesões nos membros superiores e inferiores tratadas com aplicação de torniquetes, lesões em áreas

juncionais com aplicação da técnica de preenchimento com gazes com ou sem agente hemostático e região do tórax com aplicação de selo de tórax.

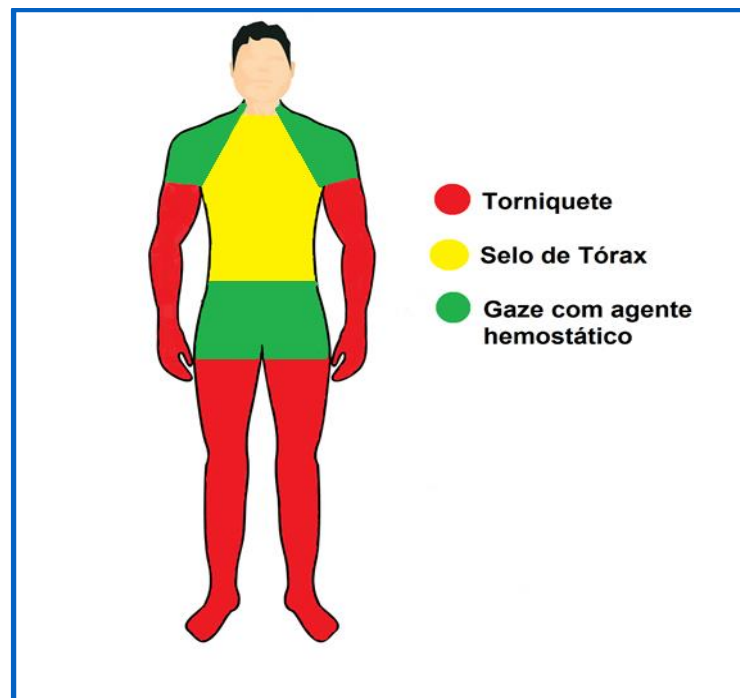


Figura 21 - Procedimentos específicos por área corporal
Fonte: Os autores

4.5.2 VIAS AÉREAS

O próximo procedimento é verificar se as vias aéreas do policial socorrido estão desobstruídas. O primeiro passo é verificar se o ferido está falando, ora, se estiver entende-se que suas vias aéreas estão desobstruídas e este está consciente. Segundo o NAEMT (Suporte de Vida Pré-Hospitalar no Trauma) desenvolvido pela *National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT)*, se o paciente estiver inconsciente e a via aérea estiver comprometida, ela terá que ser aberta inicialmente usando métodos manuais, como por exemplo, elevação do queixo e, caso haja algum objeto na boca do ferido, utilizar o dedo indicador em formato de anzol para retirar o corpo estranho.

Há ainda um equipamento a ser utilizado que facilita a desobstrução e viabiliza a respiração quando se pretende transportar o operador vitimado, qual seja a cânula nasofaríngea. Este é um tubo maleável, conforme figura abaixo, que será introduzido pelo nariz enquanto o paciente está acordado, a fim de criar um caminho entre a faringe e o ambiente externo para que o paciente mantenha as vias aéreas desobstruídas. Assim observa-se:



Figura 22 - Cânula nasofaríngea
Fonte: www.safecombat.com.br

Quanto à obstrução por elementos líquidos, como sangue, vômito ou outras secreções, Nicola (2021, p. 2) afirma que se deve colocar o paciente de lado para facilitar, pela ação da gravidade, a saída de líquidos que estejam obstruindo as vias aéreas. Cabe salientar que após cada manobra, deve-se utilizar a técnica VOS (ver, ouvir e sentir) para ter certeza de que os procedimentos foram eficientes.

4.5.3 RESPIRAÇÃO

De acordo com PHTLS (2020, p. 891), a respiração tem a função de levar oxigênio aos pulmões do paciente. Nessa fase do resgate, deve-se verificar se o processo respiratório está normal. Para tanto, o policial socorrista deverá retirar o colete do operador ferido e verificar se há movimentos torácicos e sensação de ar saindo da boca ou nariz do ferido.

Neste momento, também se faz a busca por orifícios de entrada de projéteis. Se houver, pode ocorrer o que a medicina chama de pneumotórax. Neste caso, Nicola (2021, p.1) afirma que ocorre o acúmulo de ar entre o pulmão e a membrana que o reveste, os movimentos do tórax ficam assimétricos, e a traqueia se desloca.

Segundo a doutrina, o procedimento a ser tomado é ocluir/tampar o orifício com selo de tórax, com ou sem válvula, prevenindo um pneumotórax. Este equipamento permite que o ar saia da caixa torácica pelo ferimento e não volte, conforme pode ser verificado na figura a seguir:



Figura 23 - Selo de tórax valvulado
 Fonte: www.safecombat.com.br

Este equipamento deve ser colocado no local do ferimento por Projétil de Arma de Fogo (PAF), para impedir que o ar entre no orifício quando o vitimado expirar e permitir a saída quando ele inspira. Isso permitirá ao pulmão trabalhar normalmente e garantir a respiração do paciente.

Dependendo do nível de comprometimento do pneumotórax é necessário realizar a manobra de “BURP”, tal manobra consiste em remover temporariamente o selo de tórax para limpar a ferida e comprimir o tórax em direção a ferida com a mão livre. Importante destacar que, no momento da compressão é necessário tampar a boca e o nariz do ferido, após a compressão recoloca-se o selo de tórax sobre a ferida. Tal procedimento visa expulsar o ar interno através do ferimento, reduzindo a pressão interna.

Depois de resolvida a questão da respiração, parte-se para o penúltimo passo do protocolo, relativo à circulação e choque.

4.5.4 CIRCULAÇÃO E CHOQUE

Depois de avaliar as vias aéreas e a respiração do combatente ferido, o policial que procede no socorro pode obter uma estimativa do débito cardíaco e da perfusão do paciente. Ademais, a avaliação da circulação é indispensável para detectar qualquer sangramento contínuo, seja já controlado ou um novo não identificado anteriormente (NAEMT, 2020).

Nessa fase o socorrista deverá realizar uma revisão dos procedimentos de controle maciço de sangue, bem como avaliar se o ferido se encontra em estado de choque. Ora, verificar o nível de estado de choque visa aferir a prioridade de atendimento e para tanto deve-se observar segundo Silva e Tambalo (2021) se a pele do ferido está pálida, fria e úmida, se apresenta sudorese intensa, calafrios, pulso rápido e fraco, visão turva, dentre outros.

Logo após, deve proceder na limpeza de ferimento e controle de sangramento não maciços.

Por fim, controlada a circulação sanguínea e o choque hipovolêmico deve-se tratar e evitar a perda de calor do indivíduo.

4.5.5 HIPOTERMIA

No atendimento pré-hospitalar de combate o controle da temperatura corporal é fator preponderante na manutenção da vida. Nesta fase, o operador que presta o socorro deve ocupar-se em manter a temperatura da vítima sempre acima de 36°C.

O Manual de Resgate e Atendimento Pré-hospitalar Tático da PMBA, descreve a “Tríade da morte” ou também conhecida como CHA da morte (Coagulopatia, Hipotermia e Acidose Metabólica), como 3 alterações que podem acometer alguém vítima de trauma e quando instaurada, aumenta o risco de morte, conforme figura abaixo (PINTO, 2020).

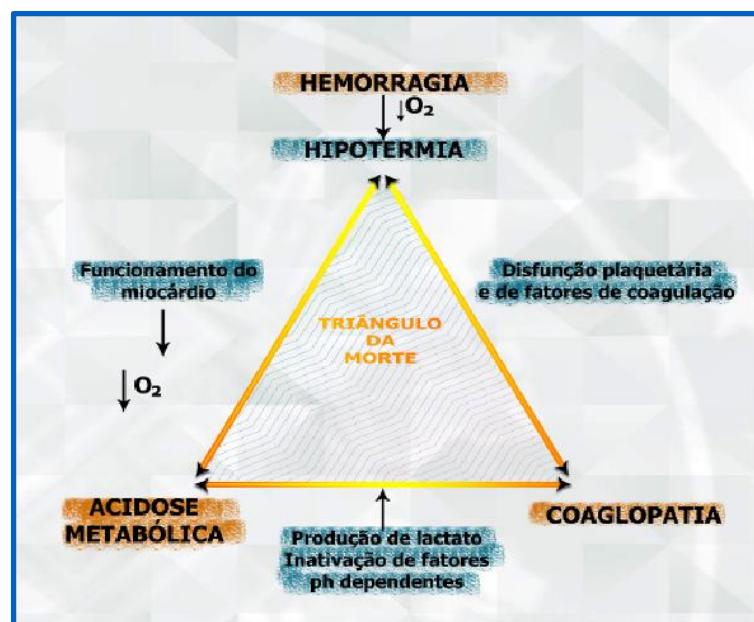


Figura 24 - Tríade da Morte

Fonte: Manual de Resgate e Atendimento Pré-hospitalar Tático da PMBA

Assim, percebe-se a importância da prevenção da perda de calor corporal a fim de interromper o ciclo, dando uma maior sobrevida ao ferido.

A hipotermia, segundo Medeiros e Filho (2017, p. 175) do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, agrava a coagulopatia, que é um distúrbio de coagulação do sangue.

Este problema desencadeia outro, chamado acidose que, segundo Medeiros e Filho (2017, p. 176), ocorre devido a perda de hemácias. Elas são carreadoras de oxigênio, o que faz com que o corpo mantenha a “respiração”, porém de forma anaeróbia (sem oxigênio), o que gera metabólitos ácidos, tornando a respiração mais profunda e rápida.

Medeiros e Filho (2017, p. 174) afirmam que a diminuição do fornecimento de oxigênio pode retardar as interações bioquímicas de coagulação, inibindo a cascata de coagulação, ocasionando mais perda de sangue.

Ensina Nogueira (2021) que o sangue circulando pelos vasos do corpo humano é o agente responsável pela termorregulação do corpo. Expõe ainda que, quando um grande volume de sangue é perdido, um dos resultados é a perda da capacidade de termorregulação e que mesmo em um ambiente aparentemente quente, o ferido pode entrar em estado de hipotermia, que se não tratada pode levá-lo ao óbito.

Face ao exposto, devem ser tomadas atitudes para manter e elevar a temperatura corporal do paciente através de todos os meios disponíveis, como mantas térmicas, bolsas de calor, aquecedor interno da viatura e até o colete balístico.

4.5.6 COMPOSIÇÃO DO KIT DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM COMBATE

Como já foi visto em todo este trabalho, para aplicação do protocolo MARCH são necessários equipamentos dedicados à atividade de Suporte Básico de Vida e neste sentido a Portaria nº 98, de 1º de julho de 2022, do Ministério da Justiça e Segurança Pública, dispõe sobre a Diretriz Nacional de atendimento pré-hospitalar em combate e traz em seu anexo I-B a composição mínima dos equipamentos do kit de APHC, vejamos:

Composição Mínima	Opcional
-------------------	----------

1 - Bolso modular para colete tático	11 - Gaze compressiva de metro
2 - Tesoura Ponta Romba	12 - Gaze comum
3 - Pincel marcador permanente	13 - Atadura elástica
4 - Porta Torniquete	14 - Atadura de crepom
5 - Luva de procedimento nitrílica	15 - Fonte de Calor Instantâneo
6 - Torniquete tático	16 - Maca de extração rápida
7 - Gaze com agente hemostático	
8 - Bandagem tática	
9 - Cânula nasofaríngea	
10 - Selo de tórax valvulado	
11 - Manta térmica	

Fonte: Os autores.

O Bolso modular para colete tático deve ser no material de cordura 500D, ou similar, deve fornecer uma proteção contra umidade, possuir internamente nichos e tiras elásticas individuais para a colocação de objetos. Quando aberto deverá possuir ao menos 03 (três) compartimentos principais. Com o fito de identificar que tipo de equipamento ele comporta deve-se ter na parte externa um patch emborrachado com uma cruz vermelha.



Figura 25 - Bolso modular

Fonte: Os autores.

A tesoura deve ser do tipo "ponta romba" e ter a capacidade de cortar diversos tipos de tecidos, tais como: tecido Rip Stop (utilizado em fardas operacionais), couro, jeans, gaze, entre outros. As lâminas devem ser rígidas de aço

inoxidável, com borda serrilhada para cortar materiais mais resistentes. Ela deve conter um grande anel de polipropileno, para proporcionar o maior controle e conforto no encaixe dos dedos. Poderá ser na tonalidade caqui, preta ou verde escuro.



Figura 26 - Tesoura Ponta
Fonte: Os autores.

O porta-torniquete deve ser produzido com fitas de poliéster ou poliamida, deve funcionar com sistema de fixação modular podendo ser fixado no cinto ou no colete tático, permitindo que o porta torniquete seja utilizado na horizontal ou na vertical. Poderá ser na cor caqui, preta, verde ou estampa camuflada.



Figura 27 - Porta Torniquete tático
Fonte: Os autores.

O pincel marcador permanente deve possuir ponta cônica, com corpo emborrachado e possuir secagem rápida à base de álcool.



Figura 28 - Pincel Marcador Permanente
Fonte: Os autores.

A luva de procedimento nitrílica é fabricada em Nitrilo, tipo de borracha sintética antialérgica de alta resistência a muitos tipos de produtos químicos e ações mecânicas. Deve ser ambidestra e não possui o pó bioabsorvível. Ela pode ser acondicionada em embalagem a vácuo, que garante um menor volume.



Figura 29 - Luva nitrílica a vácuo
Fonte: Os autores.

O torniquete tático deve possuir um único sistema de fivela simples e proporcionar ao operador sua autoaplicação. Deve permitir uma aplicação extremamente rápida e uma efetiva remoção de folgas. Além disso, deve ter aplicação simples e existir um único protocolo para todas as aplicações. A barra de tracionamento deve, ao ser girada no próprio eixo, tracionar o sistema, produzindo a oclusão sanguínea total no membro. Ela deve ainda, possuir sobressaltos proporcionando maior aderência nas extremidades.

O torniquete deve ser recomendado pelo Committee on Tactical Combat Casualty Care (CoTCCC – USA) ou ter passado por estudo que comprove suas características similares.

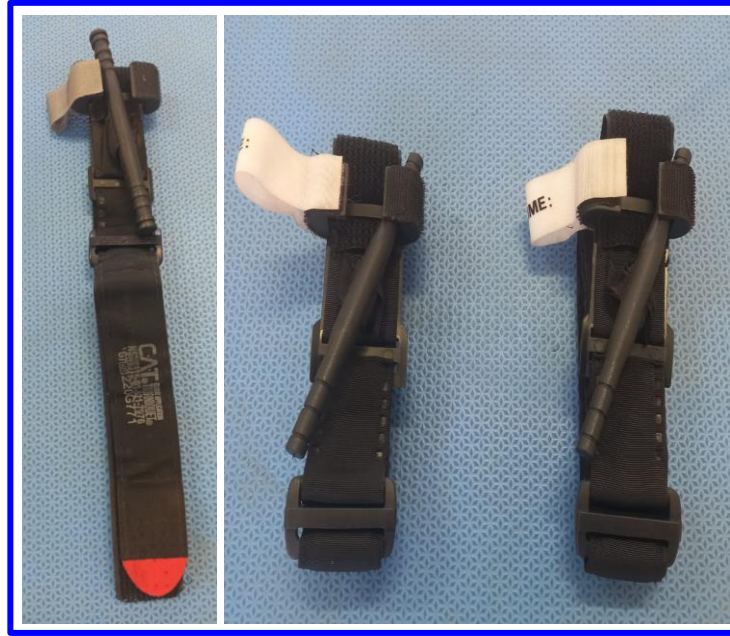


Figura 30 - Torniquete tático
Fonte: Os autores

A gaze com agente hemostático, por sua vez, deve possuir tira de duas camadas e dobrada em forma de “Z” para facilitar a sua aplicação. Seu material deve ter propriedades hemostáticas, sem produção de quaisquer reações exotérmicas, devendo ser estéril e apirogênica.

Deve conter uma tira detectável por raios-X, para facilitar sua identificação. Dever se acondicionada em embalagem selada a vácuo, de fácil abertura e ser registrada na Anvisa, além de ser recomendada pelo Committee on Tactical Combat Casualty Care (CoTCCC – USA).



Figura 31 - Gaze com agente hemostático
Fonte: Os autores.

A bandagem tática deve possuir uma compressão elástica, podendo ser do tipo israelense ou olaes. Deve conter ainda uma almofada de curativo e uma barra ou aplicador de pressão, preferencialmente embalada a vácuo e possuir registro na Anvisa.



Figura 32 - Bandagem tática
Fonte: Os autores.

A cânula nasofaríngea deve ser produzida em material flexível, livre de látex e possuir ponta distal atraumática. Deve conter formato anatômico para facilitar a ventilação, mantendo as vias aéreas superiores permeáveis.



Figura 33 - Cânula Nasofaríngea
Fonte: Os autores.

O selo de tórax valvulado deve ser duplo, para vedação torácica de entrada e saída do projétil, utilizado para a prevenção, gerenciamento e tratamento de um pneumotórax. Os selos devem possuir no mínimo, 03 saídas projetadas para impedir o fluxo de ar na cavidade torácica durante a inspiração, enquanto permite que o ar e

sangue escapem pelos canais de ventilação durante a expiração ou válvula unidirecional.



Figura 34 - Selo de tórax valvulado

Fonte: Os autores.

A manta térmica deve ser confeccionada em polietileno e aluminizado em toda sua superfície. Ela deve ser à prova d'água, não deve deformar e tem que ter a capacidade de refletir o calor, mantendo o calor interno.



Figura 35 - Manta térmica aluminizada

Fonte: Os autores.

A gaze compressiva de metro deve ser estéril, confeccionada em algodão e destinada ao preenchimento de feridas, para o controle do sangramento massivo. Deve ainda ser comprimida em dobras em formato de “Z”, para fácil aplicação, ser embalada a vácuo e apresentar picotes na sua embalagem para facilitar a abertura rápida.



Figura 36 - Gaze compressiva de metro
Fonte: Os autores.

A gaze comum deve ser confeccionada em tecido 100% algodão, possuir cor branca, e ser estéril.



Figura 37 - Gaze compressiva comum
Fonte: Os autores.

A atadura elástica de compressão deve possuir grampo para fixação ou sistema similar ao seu final, podendo por tiras de velcro ou similares que impeçam o deslocamento acidental durante e após a aplicação.



Figura 38 - Atadura elástica
Fonte: Os autores

A Atadura de crepom deve ser fabricada em material 100% algodão, ser em formato de faixa contínua e ter propriedades elásticas.



Figura 39 - Atadura de crepom
Fonte: Os autores

A fonte de calor instantâneo deve ser gerada por reação química e a temperatura de aquecimento deve ficar entre 50°C e 60 °C, com o seu tempo mínimo de duração são 25 minutos.



Figura 40 - Fonte de calor instantânea
Fonte: Os autores.

A maca de extração rápida deve ser maleável, compacta e ser de acondicionada em sistema modular.



Figura 41 - Maca de extração rápida
Fonte: Ministério da Justiça e Segurança Pública

5 PROPOSTA DE NOTA DE INSTRUÇÃO/MANUAL DE APHC

Em virtude de existir no serviço Policial Militar o risco de confronto armado e a possibilidade de o policial vir a ser baleado, esfaqueado ou se envolver em acidente automobilístico, tem-se a necessidade de implementar um protocolo de ações táticas que visam salvar a vida desses profissionais. Em que pese haver nos cursos iniciais

de carreira da PMDF a disciplina “Atendimento Pré-Hospitalar”, esta não oferece todos os procedimentos a serem adotados em situações de confronto armado.

Tendo em vista essa necessidade, a proposta deste trabalho é, com base na IN DEC nº 30, de 02 de dezembro de 2020, desenvolver uma Instrução Policial Militar InPM de APH de combate, que possa ser ministrada pelos Coordenadores de Policiamento de Unidade, bem como pela Sslog ou pela seção de Ensino do Departamento de Educação e Cultura.

O Regulamento Geral de Ensino (RGE) da PMDF, estabelecido pela Portaria PMDF nº 1.109/201951, dispõe o seguinte:

Art. 26. A educação técnico-profissional e superior na PMDF será desenvolvida por meio de Cursos ou de Instruções Policiais Militares. § 2º Instrução Policial Militar (InPM) é toda atividade educacional programada, de caráter prático e/ou teórico, realizada no âmbito da Corporação, de curta duração, que objetiva promover:

I - capacitação em técnica, tática ou conceito inerentes à atividade ou relacionada à condição de policial militar;

II - atualização de conhecimento ao qual o policial militar tenha sido previamente capacitado em curso ou instrução;

III - habilitação ao uso de tecnologias, equipamentos, armamentos ou munições; ou

IV - treinamento continuado de técnicas ou táticas policiais militares.

Assim, os policiais participarão desta instrução prática como forma de capacitá-los com técnicas policiais e com vistas a manter o treinamento continuado.

Nesse contexto, disciplina a Portaria nº 98, de 1º de julho de 2022, que criou a Diretriz Nacional de Atendimento Pré-Hospitalar Tático para Profissionais de Segurança Pública:

Art. 10. A habilitação em APH-Tático e suas atualizações, observadas a matriz curricular mínima e demais prescrições desta Diretriz, serão reconhecidas por meio de certificação a ser conferida:

I - pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública, no âmbito de suas competências;

II - pelas instituições de segurança pública federais, atendidas as disposições desta Diretriz e de suas normas complementares; ou

III - pelas instituições de segurança pública dos Estados e do Distrito Federal, a critério destas, atendido o disposto nesta Portaria e nas suas normas complementares.

§ 1º A certificação referida no caput confere ao profissional da segurança pública a habilitação necessária para atuação no âmbito do APH-Tático, observados os limites técnicos e legais de cada nível de emprego definidos nesta Diretriz.

§ 2º As certificações em APH-Tático, conferidas pelas instituições de segurança pública estaduais e do Distrito Federal antes da vigência desta Diretriz, poderão ser homologadas pelo Ministério Da Justiça e Segurança Pública, atendidos os requisitos mínimos estabelecidos nesta Portaria e nas normas complementares.

§ 3º Os profissionais habilitados em APH-Tático se submeterão a atualizações com previsão de revisão periódica mínima, definida em ato de cada instituição de segurança pública, sob pena de cassação da respectiva habilitação.

Art. 11. O ingresso e a participação em capacitações de APH-Tático serão regulados, preferencialmente, por edital, a ser publicado pelas respectivas instituições certificadoras.

Parágrafo único. Para além do disposto no art. 9º e no § 3º do art. 10, **as instituições de segurança pública poderão realizar treinamentos, nivelamentos e instruções continuadas** visando à difusão do conhecimento em APH-Tático e à requalificação permanente dos profissionais de segurança pública.

Ademais, ter um documento para consulta rápida e de fácil acesso se faz bastante relevante. O guia ilustrado tem o objetivo de demonstrar de forma simples e objetiva as técnicas utilizadas para aplicação do APHC. Nesse sentido, o guia servirá tanto para consulta rápida quanto para subsidiar a instrução prática.

O Guia foi desenvolvido por meio do Microsoft Word, tendo como referência as regras e especificações técnicas contidas no Regulamento de Identidade Visual (RIV) edição 2018 da PMDF. As imagens utilizadas foram realizadas pelos próprios autores.

Por fim, o documento poderá ser acessado por meio de código QR para facilitar a divulgação e acesso pelos policiais militares.

6 DISCUSSÃO

Tendo o tema APHC como objetivo do presente estudo, foi feito um pequeno recorte populacional da Polícia Militar do Distrito Federal e aplicado um questionário por meio da plataforma Google Forms a fim de verificar o conhecimento e o sentimento de confiança dos policiais para realizarem procedimentos de primeiros socorros em casos de confronto, acidente etc. Todos os 205 participantes da pesquisa são policiais militares da Polícia Militar do Distrito Federal (PMDF) e do serviço ativo.

O questionário foi difundido através do aplicativo de mensagem WhatsApp para saber qual a percepção da tropa sobre o tema abordado. Foram coletados dados referentes ao sexo, tempo de serviço e área de atuação. Além disso, foram questionados se já conheciam o APHC e se se sentiam capazes de proceder no atendimento de um companheiro ferido em combate, bem como a existência de aplicação do tema APHC nos cursos de formação.

A primeira pergunta utilizada na pesquisa foi relativa ao sexo do policial. Dentre os 205 policiais militares que responderam à pesquisa, 90,2% são do sexo masculino e 9,8% são do sexo feminino. Em números absolutos 185 são do sexo masculino e 20 do sexo feminino. Esse resultado é reflexo da Lei nº 9.713, de 25 de novembro de 1988, que prevê em seu artigo 4º que o efetivo de policiais militares femininos será de até dez por cento do efetivo de cada Quadro.

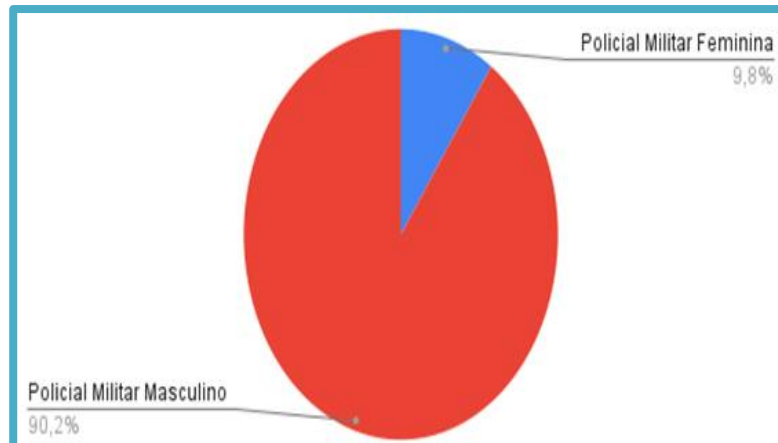


Gráfico 1- Quantidade de respondentes por sexo
Fonte: Os Autores

A segunda pergunta teve o objetivo de identificar o tempo de serviço policial militar de cada policial. As respostas foram direcionadas para quatro grupos, no primeiro constatou-se que das 205 respostas 48,3% (99 policiais) possuem até 05 anos de serviço policial militar, no segundo 23,4% (48 policiais) possuem de 05 a 10 anos, o terceiro 11,2% (23 policiais) possuem de 10 a 15 anos e 17,1% (35 policiais) possuem mais de 15 anos de serviço.

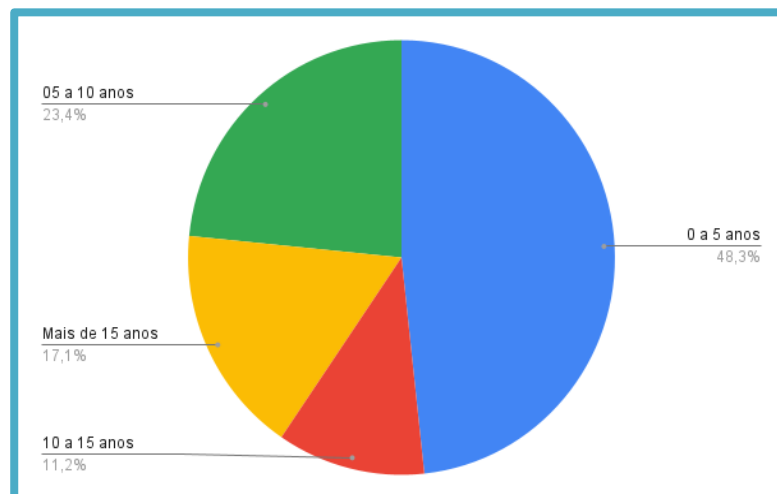


Gráfico 2 – Tempo de serviço Policial Militar
Fonte: Os Autores

Do total de entrevistados 75,6% (155 policiais) atuam na atividade operacional e 24% (50 policiais) na atividade administrativa. O resultado reflete o que de fato ocorre na corporação, tendo em vista a missão constitucional da corporação e sua atividade fim, a maior parte de seu efetivo é dedicada à atividade operacional.

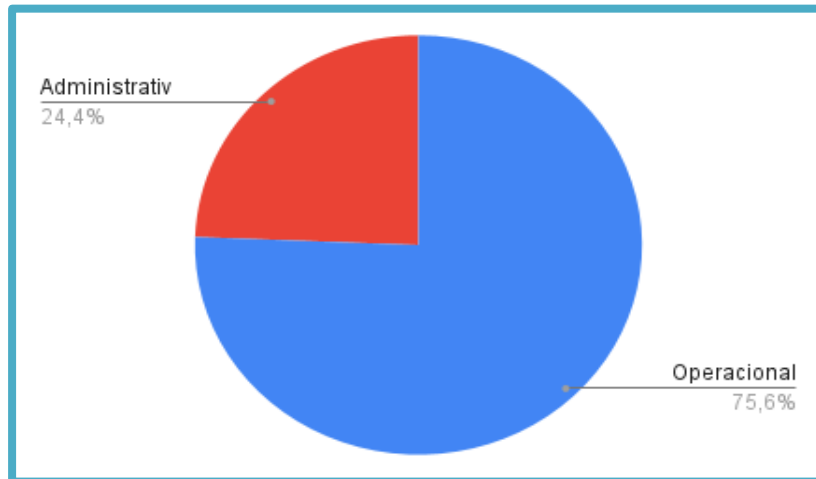


Gráfico 3– Área em que serve o Policial Militar
Fonte: Os Autores

O gráfico abaixo evidencia se antes da leitura dos conceitos de Atendimento Pré-Hospitalar Convencional (APH) e APHC, os policiais sabiam diferenciá-los. Verificou-se que:

- 52,2% (107 policiais) conseguiam distinguir os dois conceitos e;
- 47,8% (98 policiais) não compreendiam a distinção entre os conceitos.

O fato de grande parte da amostra não ter o conhecimento do APH em combate demonstra a real necessidade de uma ação massiva de difusão de tal conhecimento na corporação. E a outra parcela reforça a necessidade da instrução para consolidação e treinamento constante.

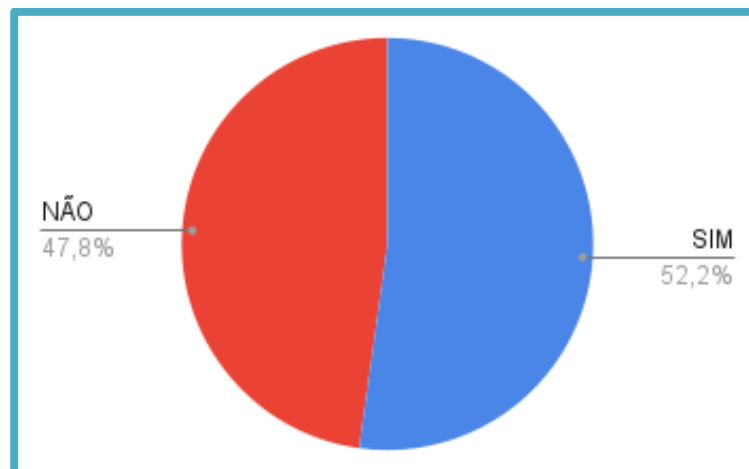


Gráfico 4 – Conhecimento do APHC antes da leitura do Questionário
Fonte: Os Autores

Observa-se que 53,2% (109 policiais) sempre utilizam arma de fogo nos períodos de folga, 40,5% (83 policiais) utilizam às vezes e apenas 6,3% (13 policiais) não utilizam arma de fogo na folga. Como já citado anteriormente, a grande maioria dos policiais são vitimados no período de folga, assim, os fundamentos do APH em combate são essenciais também nesse período, ainda mais pelos policiais que portam o armamento.

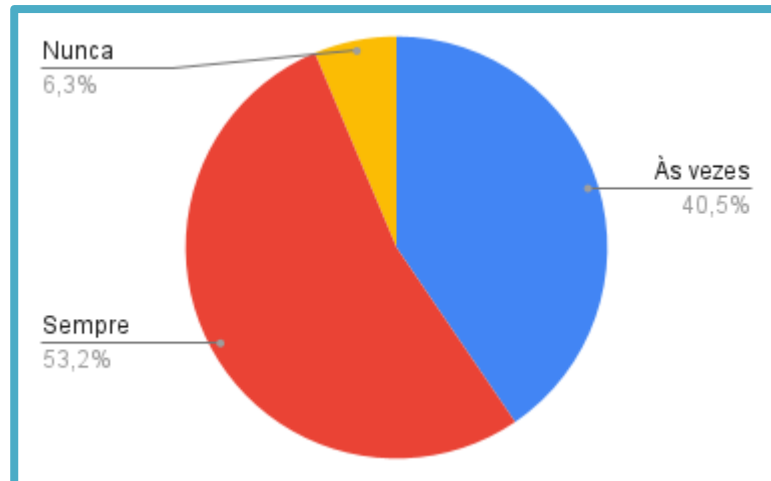


Gráfico 5 – Frequência do porte da arma de fogo durante o período de folga
Fonte: Os Autores

É sabido que nos cursos de formação há a disciplina de Atendimento Pré-Hospitalar Convencional (APH) em sua grade curricular. Assim, foi questionado se o policial se recorda dos conhecimentos adquiridos. Isto posto, 33,2% (68 policiais) disseram que se recordam, 56,1% (115 policiais) se recordam vagamente e 10,7% (22 policiais) não se recordam dos conhecimentos de APH convencional. Esses dados mostram a necessidade de uma atualização acerca dos procedimentos básicos de APH e, especificamente, de protocolos de resgate em combate.

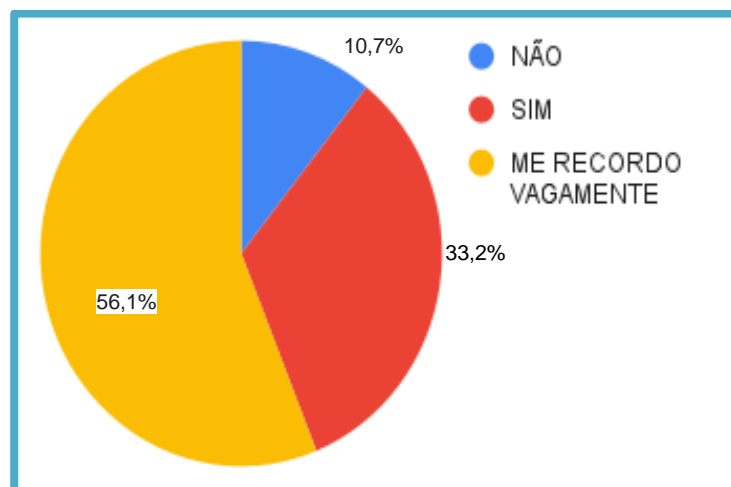


Gráfico 6 – Policiais que se recordam dos conhecimentos de APH convencional
Fonte: Os Autores

No gráfico abaixo, foi constatado que 58% (119 policiais) dos entrevistados não se julgaram aptos a realizar atendimento pré-hospitalar em situações de confronto envolvendo lesões perfurocortantes (Faca) ou perfuro contundentes (Arma de fogo).

Destes:

- 27,3% (56 policiais) possuem até 5 anos de serviço policial militar;
- 15,6% (32 policiais) possuem de 5 a 10 anos de serviço;
- 4,9% (10 policiais) possuem de 10 a 15 anos de serviço;
- 10,2 (21 policiais) possuem mais de 15 anos de serviço.

Noutro giro, verifica-se que 42% (86 policiais) dos entrevistados se julgaram aptos a realizar atendimento pré-hospitalar em situações de confronto, sendo:

- 20,5% (42 policiais) possuem até 05 anos de serviço policial militar;
- 8,3% (17 policiais) possuem de 05 a 10 anos de serviço;
- 5,4% (11 policiais) possuem de 10 a 15 anos de serviço;
- 7,8% (16 policiais) possuem mais de 15 anos de serviço.

Ao observar os dados dos policiais que se julgaram aptos a proceder no resgate de um colega de equipe, nota-se que a maioria possui até 05 anos de serviço, ou seja, são os policiais formados recentemente. É sabido também que na corporação tem-se ensinado nos últimos anos o protocolo de APHC MARC1, durante as instruções da disciplina Armamento Munição e Tiro e este fator é o que faz com que os policiais novos se julguem aptos a resgatar um colega vitimado.

Com o presente resultado é possível afirmar a necessidade não somente de instruções esporádicas, mas que se deve haver instruções continuadas de modo a garantir uma requalificação permanente dos policiais, conforme preconiza a Diretriz Nacional de APH Tático.

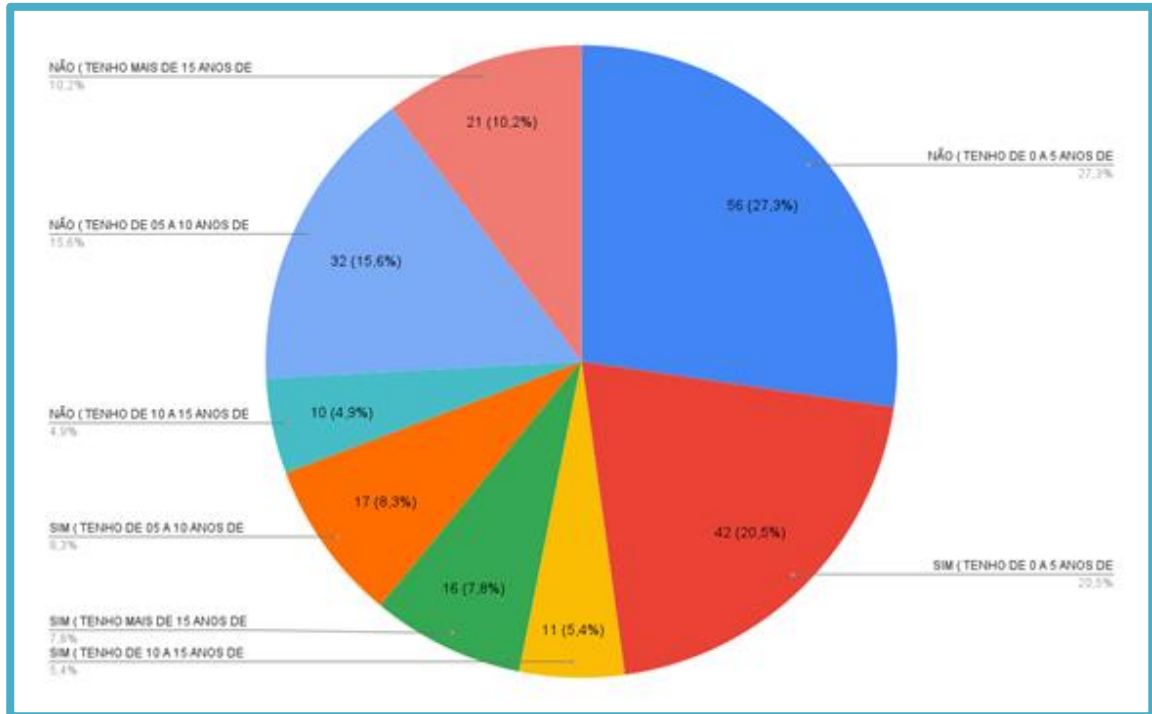


Gráfico 7– Policiais que se julgam ou não aptos a proceder em APHC por tempo de serviço
Fonte: Os Autores

Constatou-se também que 52,2% (107 policiais) tiveram instrução de Atendimento Pré-Hospitalar em Combate (APHC) no seu curso inicial de carreira, sendo:

- 2,4% (05 policiais) – CFSD;
- 37,6% (77 policiais) – CFP;
- 12,2% (25 policiais) - Curso de Formação de Oficiais.

Percebe-se que instruções voltadas ao APHC não eram uma prática permanente nos cursos de formação, contudo com o advento da Portaria MJSP nº 98, de 1º de julho de 2022 estabeleceu-se o prazo de dois anos para inclusão nos componentes curriculares dos cursos de formação e aperfeiçoamento das instituições de segurança pública as disciplinas voltadas ao APHC.

Pode-se perceber que nos novos Cursos de Formação estão sendo ministrados o APHC aos novos policiais. Fato esse que corrobora para que as instruções policiais militares sejam ofertadas nas UPM's para reforçar o conhecimento e manter o profissional treinado.

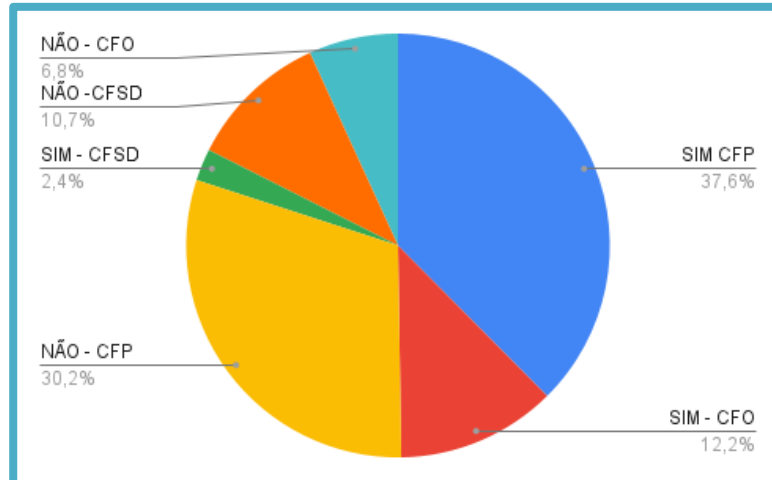


Gráfico 8 – Policiais que tiveram instrução de APHC nos cursos iniciais de carreira
Fonte: Os Autores

Em outro questionamento, das 205 respostas obtidas, 24 policiais tiveram instruções de APHC fora da PMDF, sendo:

- 08 na Força Nacional;
- 04 na Polícia Rodoviária Federal;
- 02 no Corpo de Bombeiros do Distrito Federal;
- 01 na Polícia Civil da Bahia;
- 03 na Polícia Federal;
- 01 em curso particular de Brigadista;
- 01 na Federação Sul-Americana de Krav Magá;
- 02 no Exército Brasileiro;
- 01 na Polícia Civil do Distrito Federal;
- 01 na faculdade.

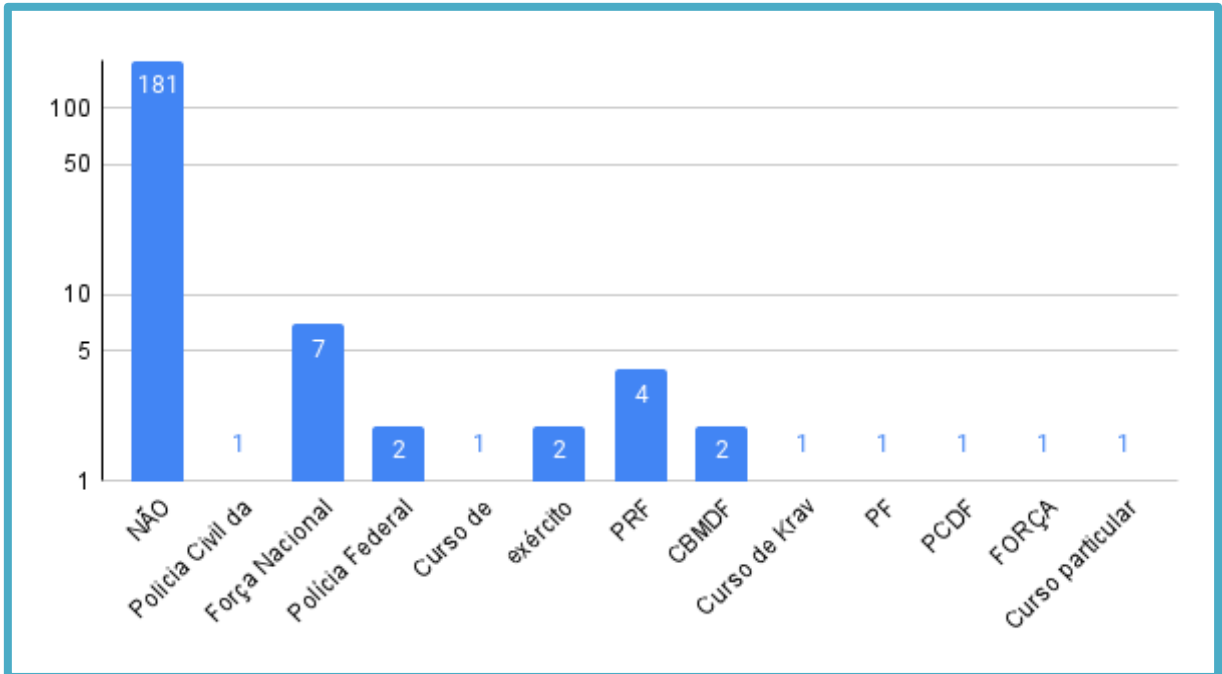


Gráfico 9 – Policiais que tiveram instrução de APHC fora da PMDF
Fonte: Os Autores

Detecta-se que alguns policiais militares acabam buscando conhecimento fora da instituição PMDF, alguns por falta de oferta pela instituição do conhecimento e outros pela proatividade na busca de aprendizagem. Isso demonstra que os policiais almejam por conhecimento e aperfeiçoamento.

Percebeu-se ainda, conforme gráfico abaixo, que apenas 12,5% (25 policiais) dos policiais respondentes, tiveram aulas de APHC em curso/instrução promovidas pela PMDF, sendo:

- 4% (08 policiais) no Curso de Operações de Choque;
- 3% (06 policiais) no Curso de Patrulhamento Tático Móvel;
- 4% (08 policiais) no Curso Tático Operacional;
- 1% (02 policiais) no curso de Tiro de Combate e
- 0,5% (01 policial) no Curso de Operações Especiais.

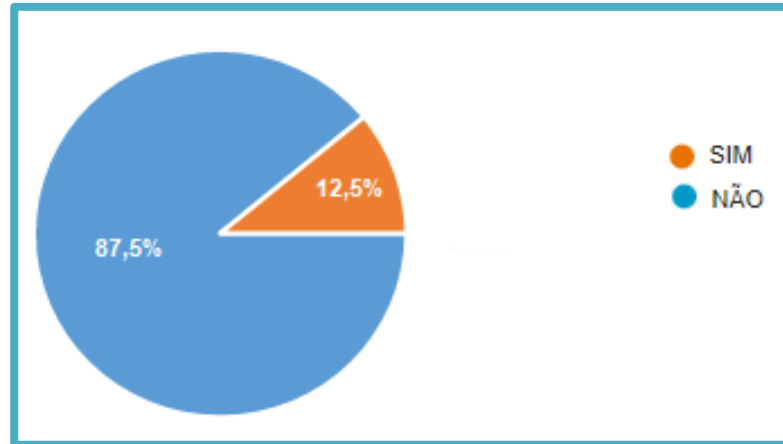


Gráfico 10 – Policiais que tiveram instrução de APHC na PMDF
Fonte: Os Autores

Identifica-se que a disciplina de APHC compõe a grade curricular de grande parte dos cursos de especialização da instituição, todavia nas unidades de área há uma necessidade da difusão em larga escala de tal conhecimento.

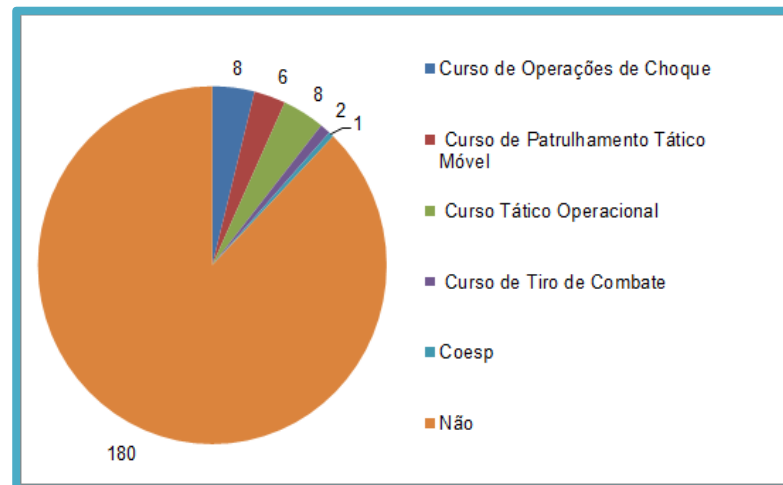


Gráfico 11 – Locais que tiveram instrução de APHC na PMDF
Fonte: Os Autores

Foi questionado ainda se o policial possui algum equipamento de Atendimento Pré-hospitalar em Combate (APHC), como: Torniquete, manta térmica, gaze hemostática, gaze compressiva, selo de tórax, dentre outros. Do total entrevistado, 33,2% (68 policiais) possuem equipamentos de APHC adquiridos de forma particular, 66,8% não possuem equipamentos e nenhum entrevistado possui equipamento fornecido pela PMDF.

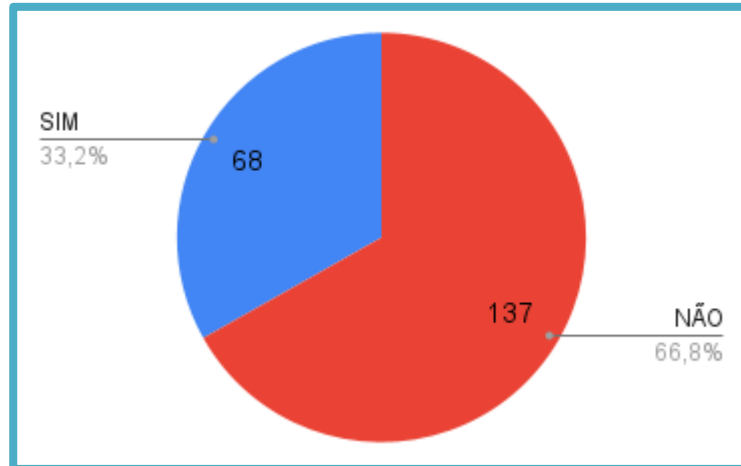


Gráfico 12 – Policiais que adquiriram material de APHC
Fonte: Os Autores

Há uma clara percepção da necessidade de instruções de APHC bem como também da aquisição de equipamentos de APHC pela instituição. Ora, percebe-se que policiais sem curso de APHC adquiriram algum tipo de equipamento destinado à esta finalidade.

Quando perguntado se o policial considera importante que a PMDF promova instruções de Atendimento Pré-hospitalar em Combate - APHC dentro de cada UPM - Unidade Policial Militar, 99% (203 policiais) responderam que consideram importante e 1% (02 policiais) não consideram importante.

Vê-se que é quase unânime a compreensão da importância das instruções de APHC para a atividade policial militar, compreende-se ainda que cabe a instituição fornecer as instruções a seu efetivo, não apenas nos cursos iniciais e sequenciais de carreira, mas também de maneira eletiva e periódica.

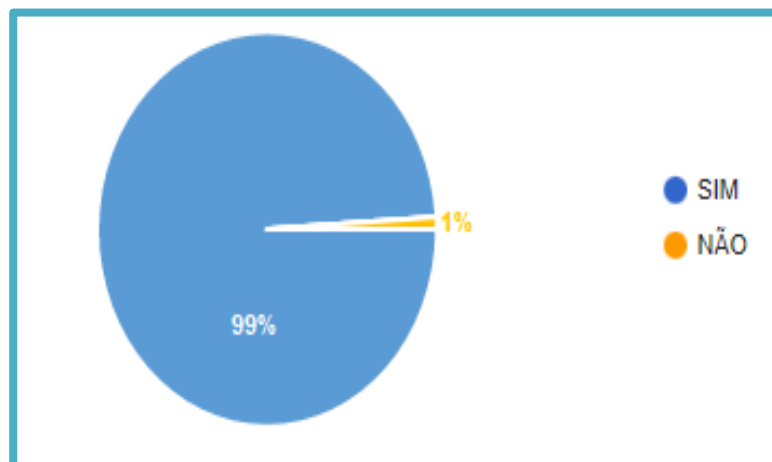


Gráfico 13 - Considera importante que a PMDF promova instruções de APHC dentro de cada UPM
Fonte: Os Autores

Por fim, foi questionado se fosse ofertado em sua Unidade Policial Militar uma instrução de Atendimento Pré-hospitalar em Combate (APHC), com carga horária de 16h/a dividida em dois dias de instrução (8h/a por dia) a ser aplicada em seu horário de folga, qual seria seu nível de interesse em participar. Nesse sentido, 4,9% (10 policiais) não teriam interesse em participar, 12,2% (24 policiais) teriam pouco interesse em participar, 39% (81 policiais) teriam interesse em participar e 43,9% (90 policiais) teriam muito interesse em participar.

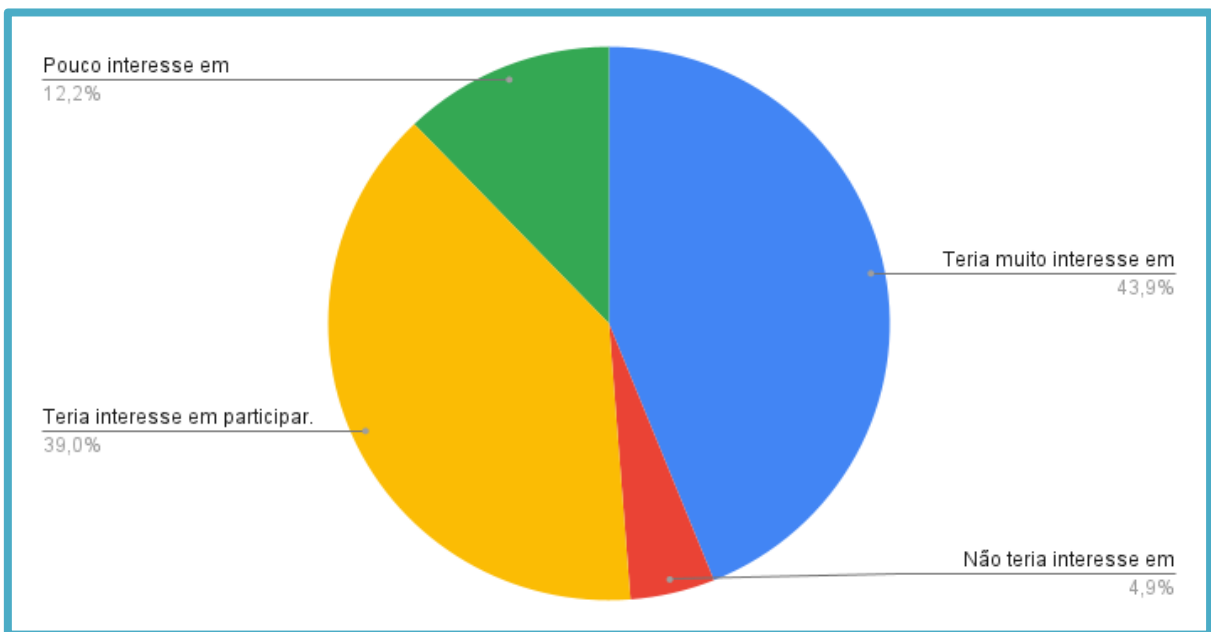


Gráfico 14 – Interesse dos policiais em participar de instruções nas UPMS
Fonte: Os Autores

Isto posto, observa-se que 82,9% (171 policiais) compreendem a relevância do tema, bem como a dimensão dos benefícios gerados com esse tipo de instrução. Ressalta-se ainda que, dentre os 205 policiais entrevistados 171 estão dispostos a abdicar de seus horários de folga para participar de instruções de APHC, tal dado demonstra que a grande maioria tem o desejo de se qualificar e absorver tais conhecimentos e que cabe à instituição promover tais instruções.

Ainda que muitos policiais não se abduquem do período de folga, as instruções podem muito bem ser adequadas para que ocorram em um período de 2 horas em cada serviço.

Não obstante, tendo em vista um caso real de aplicação do protocolo MARCH em situação de confronto armado, foi realizada entrevista com o Sd Marcirio Ferreira Fernandes Júnior, lotado do 20º Batalhão da Brigada Militar do Estado do Rio

Grande do Sul, que juntamente com o SD Jaderson Resmini, a SD Thairize Santiago, o 1ºSGT Rudson Soares e o SD Marcus Vinicius, realizaram o socorro do SD Felipe Rodrigues Carvalho em ocorrência envolvendo disparo de arma de fogo.

Cumprе ressaltar que receberam Moção de Solidariedade da Câmara Municipal de Porto Alegre (FREITAS, 2022).

6.1 Da ocorrência

No dia 21 de julho de 2022, a equipe de Inteligência estava realizando diligências em busca de veículos suspeitos de roubo e furto, quando se depararam com um veículo Toyota Corolla de cor azul com suspeitos fortemente armados e usando roupas camufladas.

Nesse momento foi solicitado apoio às guarnições do 20ºBPM, que iniciaram o cerco policial. Com a chegada da segunda viatura, às guarnições tentaram efetuar a abordagem, no entanto os indivíduos não obedeceram a ordem de parada, vindo a iniciar um breve confronto.

Após breve troca de tiros o veículo Corolla iniciou deslocamento, sendo acompanhado pelas equipes de serviço até a Rua Natho Henn, bairro Morro Santana, onde houve intensa troca de tiros, restando alvejado na coxa direita, no braço esquerdo e no tórax o SD Felipe Rodrigues Carvalho.

O disparo que atingiu a coxa foi o mais agressivo, pois houve perda maciça de sangue. No braço houve fratura exposta próximo ao punho. O disparo que atingiu o peito penetrou logo acima do limite do colete.

Após garantir a supressão de fogo e neutralização dos agressores, o SD Marcirio juntamente com os demais policiais integrantes das equipes realizou o socorro do companheiro. Aplicaram 02 torniquetes, um na perna e outro no braço. Um curativo selo de tórax para o disparo no peito para prevenir um possível pneumotórax.

Marcirio relata que, no hospital, os médicos elogiaram muito a intervenção, frisando que o SD Carvalho está vivo por causa dos torniquetes, principalmente o da perna.

6.2 Questionamento sobre os conhecimentos de APHC

Ao questionarmos onde havia tido instruções de APH em combate, o Sd Marcirio conta que concluiu no dia 11/05/2022 o 2º Curso de Especialização em Força Tática, onde uma das matérias do curso era o protocolo MARCH, ministrada pelos instrutores da 4º CIA de PATRES, que são formados no GESSAR (Grupo Especial de Salvamentos em Ações de Resgate da PMERJ). Conta ainda que sempre se mantém treinando o protocolo.

6.3 Questionamento sobre o de kit de a APHC

Quanto à existência de kit de APH em combate nas viaturas da Brigada militar, Marcirio respondeu que não há um kit coletivo na viatura. Ocorre que alguns militares adquiriram equipamentos com recursos próprios. Fala ainda que possui um kit bem básico com o mínimo para salvar sua vida, a de um colega ou até mesmo de um cidadão se necessário for.

6.4 Relato da ocorrência pelo SD Marcirio

“Começamos a acompanhar o veículo e informar as demais viaturas via rede de rádio para formarem um cerco. Os suspeitos fugiram por alguns quilômetros até que o veículo estragou em uma subida e vieram de ré em direção a minha viatura, momento esse em que o passageiro ao lado do motorista começou a efetuar disparos de fuzil contra as viaturas da Força Tática e da P2, momento esse em que o Sd Carvalho foi alvejado, o carro só parou após bater na nossa viatura então se iniciou o confronto onde restaram 4 indivíduos em óbito e 2 presos em flagrante.

Após cessar o primeiro confronto o SGT comandante da equipe de P2 veio até mim pedindo ajuda para socorrer o colega alvejado, eu então desloquei até o colega caído e já havia três colegas com ele. Eu então me posicionei de joelhos no lado direito dele e comecei a fazer a verificação na perna direita dele com mãos de garra, na primeira passada que dei na perna dele meus dedos entraram em um buraco na perna e minha mão encheu de sangue, então coloquei um torniquete Desmodus bem alto próximo a virilha e apertei bem. Verifiquei para ver se estava bem apertado e se a hemorragia havia cessado e então fui fazer a verificação no peito.

Enquanto eu colocava o torniquete, outro SD da mesma equipe aplicava um torniquete CAT GEN 7 no braço esquerdo que estava com uma fratura exposta. Outros dois SDs do 1º BPCCHOQUE colocaram dois torniquetes na perna esquerda, pois estava com muito sangue, um da marca AT7 e um RECON.

Depois disso fizemos a verificação do tórax abrindo o colete e cortando a roupa com uma tesoura ponta romba. Localizamos um disparo no peito do colega. O mesmo SD que havia colocado o torniquete no braço esquerdo colocou um selo de tórax, então eu lateralizei o colega para verificar as costas dele, não localizamos ferimento de saída.

Então decidimos levá-lo ao Hospital Cristo Redentor. Enquanto os colegas iam com ele na viatura, nós ligamos para o hospital para que a emergência o aguardasse.

Após a viatura socorro sair do local, iniciou-se um segundo confronto breve com os indivíduos que ainda estavam no carro. Após cessar o confronto, os indivíduos foram retirados do veículo, sendo prestado o devido socorro para os que ainda estavam vivos e após foram tomadas as medidas cabíveis”.

6.5 Questionamento sobre a validade de instruções sobre APHC na ótica do policial

Tendo em vista a atuação prática com aplicação do APH em combate, foi perguntado ainda ao entrevistado o que ele pensa sobre ter em cada Batalhão de Polícia Militar um treinamento contínuo de APHC, bem como sobre a criação de um guia prático, ilustrado do protocolo March para os policiais militares. Marcirio explana que: “Eu acho muito importante que seja feito treinamentos semanais tanto de APHC quanto outras instruções voltadas ao policiamento, mas principalmente do APH em combate que trata diretamente de vidas que podem ser salvas. Com certeza se tivesse um manual voltado às polícias ajudaria muito e agora com a criação da nova diretriz nacional de APH tático do MJSP vai melhorar muito.”.

Diante de todo exposto, identifica-se que a maioria dos policiais militares não se encontram preparados para atuar em situações envolvendo lesões decorrentes de conflito armado.

Percebe-se a necessidade de treinamentos periódicos permanentes, ou seja, treinamentos regulares de forma perene a fim de aperfeiçoar a capacidade técnico-profissional, bem como sedimentar o conhecimento de APHC adquirido pelo policial.

O presente trabalho não pretende esgotar o assunto, mas sim apresentar propostas de instruções continuadas de modo a garantir uma qualificação permanente dos policiais.

A intenção é levantar questionamentos e trazer a palco a importância do atendimento pré-hospitalar em combate para a atividade policial militar.

Detecta-se que muitos policiais militares têm interesse em instruções de APHC, muitos têm proatividade na busca de aprendizagem, buscando inclusive o conhecimento em outras instituições.

Assim, a proposta da nota de instrução e do guia prático ilustrado busca suprir tal demanda, além de fomentar o interesse pelo assunto por todos os policiais da instituição.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o estudo, foi possível perceber a grande relevância do tema para a atividade policial militar, mesmo sendo o Distrito Federal uma área menor comparado com as demais unidades da federação e possuindo hospitais e unidades de saúde em cada região administrativa, no caso de lesão com sangramento massivo a vítima pode entrar em choque hipovolêmico e vir a óbito em poucos minutos.

Isto posto, a pesquisa buscou indagar se o policial militar se encontra preparado para atuar em situações envolvendo lesões decorrentes de conflito armado.

Conforme verificado no questionário aplicado, percebe-se que cerca de 58% dos entrevistados não se consideram capazes de socorrer um colega de serviço vitimado em confronto, de forma eficaz. Enquanto 42% se julgam capazes de efetuar um socorro eficaz.

Diante desse cenário, foi desenvolvida uma nota de instrução policial militar, um plano de aula padronizado e um guia prático ilustrado. Tais propostas buscam criar instruções continuadas de modo a garantir uma qualificação permanente dos policiais, bem como através do guia ilustrado um material de consulta simplificado.

Contudo, é importante salientar que essas impressões são meras convicções que podem não ocorrer, ora, o APHC é muito mais que apenas praticar

procedimentos de primeiros socorros, envolve ações táticas de combate que devem ser treinadas constantemente, bem como o protocolo médico propriamente dito.

**APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM
COMBATE POLICIAL MARCH EM SITUAÇÕES DE CONFRONTO.**

**ERICKSON BRENNER ROSA MATOS
MATHEUS RAULINO MENDES**

ABSTRACT

The present study aims to carry out bibliographic and field research on pre-hospital care in combat among military police officers in the Federal District. We sought to contextualize the history, present the legal aspects and objectives of pre-hospital care in combat, as well as describe its phases. The methodology used was the literature review, with a qualitative research approach and field research. In this context, the following question arises: Are the military police prepared to act in situations involving injuries caused by armed conflicts? The field research showed that most of the military police officers interviewed do not feel able to provide care in situations involving injuries from armed confrontations. Given the relevance of the topic, the study proposes a police instruction note on APHC within the scope of the PMDF, a lesson plan with the logistical demands of instruction, as well as an easily accessible booklet, aiming to meet the need to disseminate knowledge of APH in the fight against the PMDF staff, seeking permanent requalification.

Keywords: Pre-hospital care in combat. Military Police Instruction. Injuries in armed conflict.

REFERÊNCIAS

RAMOS, Viviane Oliveira; SANA, Maria Cristina. SciELO - **Brasil - A inserção da enfermagem no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais A inserção da enfermagem no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais** . [S.I.], 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/kVgLnqhPx5FmfsvVFQG5ghK/?lang=pt#>. Acessado em: 3 de outubro de 2022.

BARJUD, Elvas. [2021]. **Atendimento Pré-Hospitalar Policial: Protocolo MARC1**. [PowerPoint destinado à instrução do Tático Integrado de Grupos de Repressão Especial – TIGRE]. [S.I.].

BINI, Marcelo. **Medicina de Combate**. [S.I.], 2019. Disponível em: <https://medicinadecombate.wordpress.com/>. Acessado em: 3 de Agosto de 2022.

BORTOLASSI JUNIOR, Leandro Rodrigo. **A inserção do atendimento pré-hospitalar tático na formação do combatente brasileiro**. 2019. Monografia (Bacharelado em Ciências Militares) - Academia Militar das Agulhas Negras, Resende, RJ, 2019. Disponível em: <https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/6233/1/6464.pdf>. Acesso em: 2 maio 2022.

BRAGA, Erika Cristina Schroder. **A evolução da medicina operacional do Brasil**. 2020. Disponível em: https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/7501/1/Cap_Erika%20Cristina%20S Schroder%20e%20Braga.pdf Acesso em: 17 ago. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 10 maio 2022.

BRASIL. Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004. **Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em Municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 28 abr. 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5055.html. Acesso em: 17 ago. 2022.

BRASIL. **Decreto Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal**. Diário Oficial da União: seção 1, Rio de Janeiro, RJ, p. 23911, 31 dez. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 05 set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 9.713, de 25 de novembro de 1988. Altera dispositivo da Lei no 6.450, de 14 de outubro de 1977, e dá outras providências**. Diário Oficial da União: seção 1. Brasília, DF, 26 nov. 1988.

BRASIL. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. **Dispõe sobre o exercício da**

Medicina. Diário Oficial da União: seção 1. Brasília, DF, 11 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Defesa. Exército Brasileiro. Comando de Operações Terrestres. **Manual de Campanha de Atendimento Pré-Hospitalar** - EB70-MC-10.343. Brasília, DF: MD, 2020. Disponível em: <https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/6446/3/EB70-MC-10.343.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Defesa. Portaria Normativa n. 16/MD, de 12 de abril de 2018. **Aprova a Diretriz de Atendimento Pré-Hospitalar Tático do Ministério da Defesa para regular a atuação das classes profissionais, a capacitação, os procedimentos envolvidos e as situações previstas para a atividade.** Diário Oficial da União: seção 1. Brasília, DF, p. 18, 18 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Portaria nº 98, de 1º de julho de 2022. **Diretriz Nacional de Atendimento Pré-Hospitalar Tático para Profissionais de Segurança Pública - APH-Tático.**

BRASIL. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 288, de 12 de março de 2018. **Redefine a operacionalização do cadastramento de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e o elenco de profissionais que compõem as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).** Brasília: (DF): Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas **Estaduais de Urgência e Emergência - SAMU. (2002).** Brasília: (DF): Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf. Acesso em: 15 mar. 2022.

CARDOSO, Karine Brito. **A Utilidade do Tactical Combat Casualty Care (TCCC) No Curso de Formação de Oficiais da Saúde Do Exército Brasileiro.** 2021. 31 f. Monografia (Especialização em Aplicações Complementares às Ciências Militares) – Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/9714/1/MONO_KARINE%20BRITO%20CARDOSO_CFO.pdf. Acesso em: 18 ago. 2022.

CHOJE, Cristiano Hayosi (org.). **Manual de atendimento pré-hospitalar para vítimas por arma de fogo.** Presidente Prudente, SP: Unioeste, 2018.

COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA (CICV). **Primeiros Socorros em conflitos armados e outras situações de violência.** Genebra: CICV, 2007. (versão em português). Disponível em:

https://www.icrc.org/pt/doc/assets/files/other/icrc_007_0870.pdf. Acesso em: 15 mar. 2022.

FBI. Department of Justice. FBI — **LEOKA**. [S.l.]: ucr.fbi.gov. Disponível em: <https://ucr.fbi.gov/leoka>. Acesso em: 19 abr. 2022.

FREITAS, José Amaro Azevedo de. Vereador da Câmara Municipal de Porto Alegre-RS. **Moção de Solidariedade aos Policiais Militares**. Ocorrência do dia 21 de junho de 2022. Disponível em: https://www.camarapoa.rs.gov.br/draco/processos/138096/SEI_CMPA_-_0419511_-_Mo%C3%A7%C3%A3o_127.pdf Acesso em: 28 agosto de 2022.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994. 207 p.

GRECO, Rogério. **Atividade policial: aspectos penais, processuais penais, administrativos e constitucionais**. 10. ed. Niterói, RJ: Impetus, 2020.

HAKIMOGLU, Sedat *et al.* **Assessment of the perioperative period in civilians injured in the Syrian Civil War**. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 65, n. 6, p. 445-449, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2014.03.003>.

KELLY, Joseph F. *et al.* **Injury Severity and Causes of Death From Operation Iraqi Freedom and Operation Enduring Freedom: 2003–2004 Versus 2006**. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, v. 64, n. 2, fev. 2008. Disponível em: https://journals.lww.com/jtrauma/Fulltext/2008/02001/A_Profile_of_Combat_Injury.6.aspx. Acesso em: 23 de Março de 2020.

KING, Booker; JATOI, Ismail. **The mobile Army surgical hospital (MASH): a military and surgical legacy**. *Journal of the National Medical Association*, v. 97, n. 5, p. 648, 2005.

LOPES, Sérgio Luiz Brasileiro; FERNANDES, Rosana Joaquim. **Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar**. *Medicina, Ribeirão Preto*, v. 32, n. 4, p. 381- 387 1999.

MAIA, Rodrigo. **História do APH de combate no mundo**. APH de Combate, 2018. Disponível em: <https://aphdecombatebr.com.br/historia-do-aph-de-combate-no-mundo/>. Acesso em: 2 maio 2022.

MAIA, Rodrigo. **A Batalha de Mogadíscio – APH de Combate**. APH de Combate. [2022]. Disponível em: <https://aphdecombatebr.com.br/a-batalha-de-mogadiscio/>. Acesso em: 17 ago. 2022.

MARTINS, Juliana *et. al.* **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. Fórum brasileiro de segurança pública. 19 out. 2020. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica/>. Acesso em: 6 mar. 2022.

MEDEIROS, Aldo Cunha; FILHO, Irami Araújo. **Vista do CHOQUE HEMORRÁGICO EM CIRURGIA**. [S.l.], 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/jscr/article/view/14306/9452>. Acesso em: 2 de maio de 2022.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (NAEMT). **PHTLS - Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado**. 9. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2020.

NICOLA, Lucas Eduardo. **Protocolo MARC1 - MEMENTO**. [S.l.], 2021. Disponível em: C:\Users\Erickson\Google Drive\TCC. Acessado em: 4 de outubro de 2022.

NOGUEIRA, Rogério. **Atendimento Pré-Hospitalar Tático. Tiro de combate e sobrevivência policial - Método RCS: realismo em combate simulado**. Brasília, DF: Rogério Nogueira, 2021.

OLIVEIRA, Renan Arakaki. **Proposta de ensino de atendimento pré-hospitalar na Polícia Militar do Distrito Federal**. Instituto Superior de Ciências Políticas, Brasília, 2021.

PALMA, Felipe. **Dinâmicas de combate no Distrito Federal: A realidade enfrentada pelo policial militar de 2015 a 2020 - InfoArmas | O Maior portal sobre armas da América Latina**. [S. l.]: infoarmas.com.br, 2021. Disponível em: <https://infoarmas.com.br/dinamicas-de-combate-no-distrito-federal-a-realidade-enfrentada-pelo-policial-militar-de-2015-a-2020>. Acesso em: 18 de abril. 2022.

PINTO, Pedro Pinheiro Doria; RHAYNAN, Yago Rodrigues Amorin Santana; BATISTA, Rodrigo Santos. **Manual de Resgate e Atendimento Pré-hospitalar Tático - PMBA**. Salvador: Disponível em: C:\Users\Erickson\Google Drive\TCC. 2020.

POLÍCIA MILITAR, PARANÀ. **POP-PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRAO. PMPR, SERIE 200**. [S.l.], 2019, p 51. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/480460541/POP-PROCEDIMENTOS-OPERACIONAIS-PADRAO-PMPR-SERIE-200>. Acessado em: 18 de abril. 2022.

PORTELA, Flávia Fernandes. **Construção e validação de instrumento para avaliação da qualidade dos processos e resultados do serviço de atendimento móvel de urgência relacionados ao Acidente Vascular**. 2017. 210 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/47564/R%20-%20D%20-%20FLAVIA%20FERNANDES%20PORTELA.pdf;jsessionid=9BB1B8ACEC3B45ECA6A017E44E249F89?sequence=1>. Acesso em: 19 abr. 2022.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto; SOUZA, Edinilsa Ramos; SOUSA, Carlos Augusto Moreira de. **Lesões provocadas por armas de fogo atendidas em serviços de urgência e emergência brasileiros**. Ciênc. saúde colet., v. 22, n. 9, set. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DWHLjv6KvWC8b8nZqnC8kBz/?lang=pt#:~:text=Os%2>

O resultados%20mostram%20que%200,provocados%20por%20arma%20de%20fogo . Acesso em: 4 mar. 2022.

SILVA, Jessika Cristina; TAMBALO, Danila Soares. **Choque hemorrágico: métodos de análise e identificação.** 2021. 20 p. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Centro Universitário Campo Limpo Paulista - Unifaccamp, [S. /], 2021. Disponível em: <https://www.unifaccamp.edu.br/repository/artigo/arquivo/03122021074915.pdf>. Acesso em: 13 set. 2022.

APÊNDICE A - PROPOSTA DE NOTA DE INSTRUÇÃO POLICIAL MILITAR

NOTA DE InPM
<p>Referências:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●BRASIL. Ministério da Defesa. Exército Brasileiro. Comando de Operações Terrestres. Manual de Campanha de Atendimento Pré-Hospitalar - EB70-MC-10.343. Brasília, DF: MD, 2020. ●BRASIL. Ministério da Defesa. Portaria Normativa n. 16/MD, de 12 de abril de 2018. Aprova a Diretriz de Atendimento Pré-Hospitalar Tático do Ministério da Defesa para regular a atuação das classes profissionais, a capacitação, os procedimentos envolvidos e as situações previstas para a atividade. Diário Oficial da União: seção 1. Brasília, DF, p. 18, 18 abr. 2018. ●POLÍCIA MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. Portaria PMDF nº 1109, de 31 de dezembro de 2019. Estabelece o Regulamento Geral de Educação (RGE) da Polícia Militar do Distrito Federal. Brasília-DF: PMDF, 2019. ●BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Portaria nº 98, de 1º de julho de 2022. Cria a Diretriz Nacional de Atendimento Pré-Hospitalar Tático para Profissionais de Segurança Pública - APH-Tático.
<p>1. Finalidade da InPM:</p> <p>Capacitar os profissionais da Polícia Militar do Distrito Federal para executarem as manobras e procedimentos emergenciais necessários ao socorro próprio ou de outro operador da corporação, bem como de outras forças da segurança pública vitimado no ambiente operacional, em situações que inviabilizam o atendimento por profissionais de saúde em tempo hábil, exercendo-o até a chegada das equipes especializadas de emergências em saúde ou para a imediata evacuação até o suporte médico-hospitalar adequado.</p> <p>Regular o treinamento de APH em combate para os policiais militares da UPM.</p>
<p>2. Oficial Responsável:</p> <p>Oficial da Unidade Policial Militar – UPM</p>
<p>3. Destinatários:</p> <p>Efetivo da UPM escalado no serviço ordinário operacional e/ou administrativo.</p>
<p>4. Desenvolvimento:</p> <p>a. Condições de Execução:</p> <p>1) Período de realização da InPM: Calendário a ser definido pela UPM. A atividade será executada em 16h/a. A instrução realizar-se-á, preferencialmente, após a assunção do serviço. De forma que o policial possa assimilar os</p>

procedimentos. Os policiais participantes da instrução serão escalados de forma que a instrução não prejudique o bom andamento do serviço.

2) Local da InPM: Unidade Policial Militar.

3) Uniforme: Uniforme Orgânico.

4) Armamento: Pistola de cautela do policial militar.

5) Instrumentos Utilizados: Torniquete, bandagem elástica, tesoura ponta romba, gaze com e sem agente hemostático, bandagem israelense, selo de tórax, manta aluminizada, luva nitrílica, cânula nasofaríngea e bolsa de calor instantâneo.

6) Medidas de segurança na instrução: Preferencialmente será utilizado pistola de treinamento, na cor azul, para realização da instrução. Na ausência de tal equipamento na UPM, poderá utilizar o armamento do próprio policial, devendo todos os participantes antes do início da instrução dirigirem-se até a caixa de areia ou outro local seguro e descarregar o armamento, deixando-o sem munições. Ao adentrar em sala de aula, o armamento deverá estar aberto e sem munições. O Oficial responsável designará um monitor para auxiliá-lo na conferência do armamento dos instruídos.

b) Conteúdo a ser transmitido:

UNIDADE I (Introdução): (4h/a)

- Distinguir as diferenças entre o Atendimento Pré-hospitalar convencional e o Atendimento em combate;
- História do APH-Tático e a legislação brasileira;
- Apresentar estatísticas da vitimização policial no Brasil e em outros países, apresentando a quantidade de mortos e feridos em confronto armado e um breve histórico do Atendimento Pré-Hospitalar em Combate visando demonstrar sua importância;
- Reflexão acerca das normas legais, e os aspectos éticos para o emprego dos procedimentos e uso dos dispositivos do atendimento pré-hospitalar em combate na Atividade de Segurança Pública;
- Apresentação geral dos procedimentos constitutivos do protocolo MARCH passíveis de aplicação pelos operadores de segurança pública;
- Montagem e Composição do Kit Individual de APHC básico com Itens obrigatórios com exposição da Epidemiologia de Ferimentos em confronto armado e explicação do manuseio de cada item:
 - Bolso de Atendimento Pré-Hospitalar Tático modular;
 - Torniquete Tático;

- Tesoura Ponta Romba;
 - Pincel Marcador;
 - Luva de Procedimento (Par);
 - Gaze com e sem Agente Hemostático;
 - Bandagem Tática;
 - Cânula Nasofaríngea;
 - Selo de Tórax Valvulado Industrializado;
 - Manta Térmica;
- Noções do Protocolo TC3. Atendimento Sob Fogo; Atendimento tático em Campo e Evacuação Tática
 - Noções Básicas do protocolo MARCH. M: Controle de Sangramento Massivo; A: Controle das Vias Aéreas e Ventilação; R: Manutenção da Respiração; C: Circulação e Choque e H: Prevenção da Hipotermia;
 - Plano de Evacuação tática;

UNIDADE II (Prática I): (4h/a)

Exercício do emprego de técnicas para controlar a ameaça;

Exercício dos tempos do combate, as suas diferenças e peculiaridade, bem como o uso do torniquete no atendimento sob confronto armado e sua aplicação emergencial;

Execução do resgate sob confronto armado;

Utilização de abrigo;

Técnicas de Transporte no Atendimento sob Confronto Armado;

Arrasto simples por um (01) policial;

Arrasto simples por dois (02) policiais;

Arrasto carregado por um (01) policial;

Técnica de transporte com pernas cruzadas, carregado por dois policiais;

Técnica de embarque em viatura com um operador;

Embarque em viatura não apropriada ao transporte de feridos;

Transporte por Rastejo.

UNIDADE III (Protocolo MARCH): (4h/a)

- Noções Básicas de controle e identificação de sangramento massivo: Uso de torniquete, técnicas de preenchimento de feridas, aplicação dupla de torniquete.
- Noções Básicas de vias aéreas: Identificação e desobstrução das vias aéreas, identificação e tratamento de pneumotórax hipertensivo, aplicação de selo de tórax e técnica de “Burp”.
- Noções Básicas de Circulação e Hipotermia: Identificação e prevenção de choque hipovolêmico, identificação e prevenção de hipotermia.
- Julgamento clínico para priorização de atendimento no Atendimento Pré-Hospitalar Tático (MARCH);

Controle de Sangramento Massivo (M):

- Anatomia Básica do Sistema Circulatório
- Principais Áreas de Atenção para Identificação de Sangramento Massivo;
- Aplicação de segundo torniquete no membro lesionado (torniquete adicional);
- Principais falhas na aplicação do torniquete
- Contenção de Sangramento Massivo em Regiões Juncionais;
- Gaze para preenchimento de feridas;
- Técnica de emprego da gaze de preenchimento;
- Preenchimento na lateral e posterior do pescoço;
- Principais falhas no preenchimento de feridas;
- Empacotamento de ferimento preenchido com bandagens táticas ou ataduras;

Controle das Vias Aéreas (A):

- Anatomia básica do Sistema Respiratório;
- Vias aéreas superiores;
- Vias aéreas inferiores;
- Elevação de Queixo e/ou Tração Mandibular;
- Posicionamento do ferido;
- Posição de Recuperação;
- Posição Sentada e Inclinação para frente;
- Aplicação da Cânula Nasofaríngea.

Manutenção da Respiração (R):

- Pneumotórax;

- Selo de Tórax Industrializado;
- Manobra Emergencial;
- Abertura e Limpeza da Válvula do Selo de Tórax.

Circulação e Choque (C):

- Limpeza de ferimento e controle de sangramento não massivo;
- Avaliação Clínica do Estado de Choque do paciente para subsidiar a triagem de feridos e priorização na evacuação;
- Revisão dos procedimentos realizados nos sangramentos massivos.

Prevenção da Hipotermia (H):

- Realização de Técnicas e Procedimentos para evitar perda de calor corporal;
- Aplicação da Manta Térmica;
- Aplicação de Fonte de Calor Instantâneo.

UNIDADE III (Prática II): (4h/a)

- Práticas Simuladas em APH em Combate
- Realizar uma operação de Resgate de Policial ferido e utilizar o Protocolo MARCH durante o atendimento da vítima.
- Stress - batimento cardíaco acima de 120 e sobrecarga sensorial de comandos.
- Atendimento sob Confronto Armado;
- Cuidados em Campo Tático;
- Atendimento em Evacuação Tática.

c) Regime de execução:

1) As instruções se darão na própria UPM, sendo organizada e instruída por oficial com qualificação técnica na área de Atendimento Pré-Hospitalar em combate, bem como por praças designadas pelo oficial responsável.

2) As Unidades teóricas se darão no interior da sala, com instrução voltada para o desempenho com aula expositiva dialogada, com explanação teórica e demonstrativa.

3) As Unidades práticas serão realizadas no pátio ou em local determinado pelo oficial responsável.

4) Serão abordados os assuntos das quatro Unidades, com previsão de intervalo de 10 min após 50 min de instrução.

V. Atribuição aos elementos subordinados:**a. À Subseção de Pessoal:**

- Confeccionar a escala dos policiais militares que irão participar da instrução;
- Realizar o controle de quais policiais militares já participaram da instrução.

b. À Seção de Operações e instrução:

- Confeccionar a Nota de Instrução Policial Militar – NI.

c. À Seção de Logística:

- Providenciar os seguintes materiais e equipamentos:

- Sala de instrução com mesa plana e cadeiras suficientes para a quantidade de discentes;

- Computador e projetor;

- Material básico de primeiros socorros (atadura simples)

d. Ao Oficial responsável pela InPM:

- Zelar pelo bom andamento da instrução;
- Manter a segurança da instrução, fiscalizando os procedimentos de segurança e delegando aos instrutores e/ou monitores que auxiliem na preservação da integridade física de todos;
- Preencher relatório final.

VI. Prescrições diversas:

- A responsabilidade pela condução da instrução é atribuição do instrutor. A escolha do método de ensino empregado deve buscar a redução dos riscos envolvidos e inerentes à execução do treinamento;

- Os casos omissos serão resolvidos pelo Comandante da UPM.

Brasília – DF, ____ de _____ de _____ .

- QOPM
Comandante da UPM

Relatório final do Oficial Responsável

1. A InPM transcorreu da forma como previsto: () Sim () Não

2. Número de policiais discentes:

- Escalados / Designados: _____ (_____)

- Que efetivamente concluíram a InPM: _____ (_____)

3. Modificações implementadas no planejamento da InPM (se houver):

4. Alterações diversas:

Brasília – DF, _de _____ de ____.

Oficial responsável pela InPM



APÊNDICE B - PLANO DE AULA

PLANEJAMENTO EDUCACIONAL



1º dia de Instrução

<p>I. Plano de Aula: ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM COMBATE – Aula expositiva dialogada com a proposição de atividades práticas e teóricas.</p>
<p>II. Dados de Identificação: UPM: Instrutores: Oficial da UPM Disciplina: ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM COMBATE (APHC)</p>
<p>III. Tema:</p> <ul style="list-style-type: none"> Contextualização histórica do APHC, a vitimização policial militar e as fases dos protocolos TC3 e MARCH. Técnicas de resgate e evacuação tática, bem como técnicas de arrasto e rastejo.
<p>IV. Objetivos:</p> <p>Objetivo geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> Capacitar o aluno a realizar o controle de ameaça e realizar procedimentos emergenciais de socorro a policiais vitimados em situações de confronto armado. <p>Objetivos específicos ao nível de conhecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> Apresentar a evolução histórica, a vitimização policial e a legislação correlata ao APHC; Identificar as diferenças entre o APHC e o APH convencional; Instruir os alunos quanto ao uso do torniquete e as fases do protocolo TC3; Executar a segurança do local de atendimento respondendo a ameaças imediatas; Executar procedimentos de evacuação tática; Propor situações simuladas; Tornar o aluno condicionado a agir racionalmente conforme as técnicas e procedimentos. <p>Objetivos específicos ao nível de aplicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Demonstrar em atividades práticas a cronologia dos procedimentos.
<p>V. Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> História do APHC e aspectos legais; Diferenças entre o APHC e o APH convencional; Estatísticas de vitimização Policial; Composição do kit básico de APHC; Noções do protocolo TC3 e MARCH; Evacuação tática; Atividades práticas de controle de ameaça e uso de torniquete; Resgate sob confronto; Utilização de abrigo; Técnicas de arrasto e rastejo.
<p>VI. Desenvolvimento do tema:</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Aula expositiva e prática.
<p>VII. Recursos didáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pincel e quadro branco; • Datashow; • Vídeos • Microfone
<p>VIII. Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A avaliação será uma prática simulada onde o aluno deverá identificar o agressor, combater a ameaça, buscar abrigo e realizar o resgate e evacuação do policial baleado utilizando-se das técnicas de arrasto com dois e com um policial.
<p>XIX. Bibliografia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, 05 out. 1988. • BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União: seção 1. Rio de Janeiro, RJ, p. 23911, 31dez. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decretolei/Del2848compilado.htm. Acesso em: 05 set. 2022. • BRASIL. Ministério da Defesa. Exército Brasileiro. Comando de Operações Terrestres. Manual de Campanha de Atendimento Pré-Hospitalar - EB70-MC-10.343. Brasília, DF: MD, 2020. Disponível em: https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/6446/3/EB70-MC-10.343.pdf. Acesso em: 29 mar. 2022. • BRASIL. Ministério da Defesa. Portaria Normativa n. 16/MD, de 12 de abril de 2018. Aprova a Diretriz de Atendimento Pré-Hospitalar Tático do Ministério da Defesa para regular a atuação das classes profissionais, a capacitação, os procedimentos envolvidos e as situações previstas para a atividade. Diário Oficial da União: seção 1. Brasília, DF, p. 18, 18 abr. 2018. • BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Portaria nº 98, de 1º de julho de 2022. Diretriz Nacional de Atendimento Pré-Hospitalar Tático para Profissionais de Segurança Pública - APH-Tático. • GRECO, Rogério. Atividade policial: aspectos penais, processuais penais, administrativos e constitucionais. 10. ed. Niterói, RJ: Impetus, 2020. • NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (NAEMT). PHTLS - Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. 9. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2020. • PINTO, Pedro Pinheiro Doria; RHAYNAN, Yago Rodrigues Amorin Santana; BATISTA, Rodrigo Santos. Manual de Resgate e Atendimento Pré-hospitalar Tático - PMBA. Salvador, 2020.

INSTRUÇÃO DE APH EM COMBATE - Turno Matutino			
HORÁRIO	INSTRUÇÃO	INSTRUTOR	OBSERVAÇÃO
8h00 – 8h50	Explicação sobre o contexto histórico do APHC.	OFICIAL INSTRUTOR	Apresentação no Datashow.

9h00 – 9h50	Diferenças entre o APHC e o APH convencional. Composição do kit básico de APHC.	OFICIAL INSTRUTOR	Apresentação no Datashow.
10h00 – 10h50	Estatísticas de vitimização Policial.	OFICIAL INSTRUTOR	Apresentação no Datashow.
11h00 – 11h50	Noções do protocolo TC3, MARCH e evacuação tática.	OFICIAL INSTRUTOR	Apresentação no Datashow.

INSTRUÇÃO DE APH EM COMBATE – Turno Vespertino

HORÁRIO	INSTRUÇÃO	INSTRUTOR	OBSERVAÇÃO
14h00 – 14h50	Técnicas para controlar a ameaça. Movimentação, sair do “X” (Zona Vermelha).	OFICIAL INSTRUTOR	Atividade prática.
15h00 – 15h50	Resgate sob confronto armado e uso de torniquete.	OFICIAL INSTRUTOR	Atividade prática.
16h00 – 16h50	Técnicas de arrasto e utilização de abrigo.	OFICIAL INSTRUTOR	Atividade prática.
17h00 – 17h50	Simulado prático.	OFICIAL INSTRUTOR	Atividade prática.



APÊNDICE C - PLANO DE AULA

PLANEJAMENTO EDUCACIONAL



2º dia de Instrução

<p>I. Plano de Aula: ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM COMBATE – Aula expositiva dialogada com a proposição de atividades práticas e teóricas.</p>
<p>II. Dados de Identificação: UPM: Instrutores: Oficial da UPM Disciplina: ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM COMBATE (APHC)</p>
<p>III. Tema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fases do protocolo MARCH. Identificação e aplicação das técnicas e procedimentos adequados a cada tipo de lesão.
<p>IV. Objetivos: Objetivo geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar o aluno a realizar o controle de ameaça e realizar procedimentos emergenciais de socorro a policiais vitimados em situações de confronto armado. <p>Objetivos específicos ao nível de conhecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentar as fases do protocolo MARCH; • Identificar lesões e o tipo de tratamento adequado; • Instruir os alunos quanto ao uso dos equipamentos que compõe o kit básico de APHC; • Executar a segurança do local de atendimento, realizar o socorro ao ferido e realizar a evacuação tática; • Propor situações simuladas; • Tornar o aluno apto a aplicar o protocolo de atendimento pré-hospitalar policial MARCH em situações de confronto. <p>Objetivos específicos ao nível de aplicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar em atividades práticas a cronologia dos procedimentos.
<p>V. Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Noções Básicas de controle e identificação de sangramento massivo: Uso de torniquete, técnicas de preenchimento de feridas, aplicação dupla de torniquete; • Noções Básicas de vias aéreas: Identificação e desobstrução das vias aéreas, identificação e tratamento de pneumotórax hipertensivo, aplicação de selo de tórax e técnica de “Burp”. • Noções Básicas de Circulação e Hipotermia: Identificação e prevenção de choque hipovolêmico, identificação e prevenção de hipotermia. • Julgamento clínico para priorização de atendimento no Atendimento Pré-Hospitalar Tático (MARCH);
<p>VI. Desenvolvimento do tema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aula expositiva e prática.
<p>VII. Recursos didáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pincel e quadro branco;

<ul style="list-style-type: none"> • Datashow; • Vídeos • Microfone
<p>VIII. Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A avaliação será uma prática simulada onde o aluno deverá identificar combater a ameaça, buscar abrigo, executar as técnicas propostas, avaliar qual a técnica mais adequada a cada fase do atendimento e realizar a evacuação do policial baleado utilizando-se das técnicas de arrasto. Simulado com utilização de fator estressante.
<p>XIX. Bibliografia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, 05 out. 1988. • BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União: seção 1. Rio de Janeiro, RJ, p. 23911, 31dez. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decretolei/Del2848compilado.htm. Acesso em: 05 set. 2022. • BRASIL. Ministério da Defesa. Exército Brasileiro. Comando de Operações Terrestres. Manual de Campanha de Atendimento Pré-Hospitalar - EB70-MC-10.343. Brasília, DF: MD, 2020. Disponível em: https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/6446/3/EB70-MC-10.343.pdf. Acesso em: 29 mar. 2022. • BRASIL. Ministério da Defesa. Portaria Normativa n. 16/MD, de 12 de abril de 2018. Aprova a Diretriz de Atendimento Pré-Hospitalar Tático do Ministério da Defesa para regular a atuação das classes profissionais, a capacitação, os procedimentos envolvidos e as situações previstas para a atividade. Diário Oficial da União: seção 1. Brasília, DF, p. 18, 18 abr. 2018. • BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Portaria nº 98, de 1º de julho de 2022. Diretriz Nacional de Atendimento Pré-Hospitalar Tático para Profissionais de Segurança Pública - APH-Tático • GRECO, Rogério. Atividade policial: aspectos penais, processuais penais, administrativos e constitucionais. 10. ed. Niterói, RJ: Impetus, 2020. • NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (NAEMT). PHTLS - Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. 9. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2020. • PINTO, Pedro Pinheiro Doria; RHAYNAN, Yago Rodrigues Amorin Santana; BATISTA, Rodrigo Santos. Manual de Resgate e Atendimento Pré-hospitalar Tático - PMBA. Salvador, 2020.

INSTRUÇÃO DE APH EM COMBATE - Turno Matutino			
HORÁRIO	INSTRUÇÃO	INSTRUTOR	OBSERVAÇÃO
8h00 – 8h50	Controle de Sangramento Massivo.	OFICIAL INSTRUTOR	Apresentação no Datashow. Uso de IFAK Treinamento: Torniquete, gaze em metro e bandagem tática.

9h00 – 9h50	Controle das Vias Aéreas	OFICIAL INSTRUTOR	Apresentação no Datashow. Uso de IFAK Treinamento: Cânula nasofaríngea.
10h00 – 10h50	Manutenção da Respiração	OFICIAL INSTRUTOR	Apresentação no Datashow. Uso de IFAK Treinamento: Selo de tórax.
11h00 – 11h50	Controle de Choque: Circulação e Hipotermia.	OFICIAL INSTRUTOR	Apresentação no Datashow. Uso de IFAK Treinamento: Manta térmica aluminizada e fonte de calor instantâneo.

INSTRUÇÃO DE APH EM COMBATE – Turno Vespertino			
HORÁRIO	INSTRUÇÃO	INSTRUTOR	OBSERVAÇÃO
14h00 – 14h50	Oficina de torniquete e gaze de combate.	OFICIAL INSTRUTOR	Atividade prática. Uso simulador de sangramento, e IFAK de treinamento. (Torniquete, gaze em metro e bandagem tática).
15h00 – 15h50	Oficina de vias aéreas e manutenção da respiração. Desobstrução das vias aéreas e tratamento de pneumotórax.	OFICIAL INSTRUTOR	Atividade prática. Uso simulador de vias aéreas e lesão no tórax. Uso de IFAK de treinamento. (Cânula nasofaríngea e selo de tórax).
16h00 – 16h50	Oficina de controle de choque, revisão de procedimentos e manutenção de calor .	OFICIAL INSTRUTOR	Atividade prática. Uso de IFAK Treinamento: Manta térmica aluminizada.
17h00 – 17h50	Práticas Simuladas em APH em Combate. Simulado: “Resgate de Policia Ferido”.	OFICIAL INSTRUTOR	Uso de IFAK de treinamento completo. Uso de fatores estressantes, batimento cardíaco acima de 120 e sobrecarga sensorial de comandos e ruídos.

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS POLICIAIS DA PMDF

1 - Qual seu sexo?

2- Quanto tempo de serviço policial militar você possui?

3- Você serve em qual área?

4 - Antes da leitura dos conceitos apresentados de Atendimento Pré-Hospitalar Convencional - APH e Atendimento Pré-Hospitalar em Combate - APHC, você saberia diferenciá-los?

5 - Você porta arma de fogo na folga com qual frequência?

6 - Nos cursos de formação há a disciplina de Atendimento Pré-Hospitalar Convencional - APH em sua grade curricular. Você se recorda dos conhecimentos adquiridos durante essa disciplina?

7 - Você se julga apto a realizar atendimento pré-hospitalar em situações de confronto, envolvendo lesões perfurocortantes (Faca) ou perfuro contundentes (Arma de fogo)?

8 - Você teve instrução de Atendimento Pré-Hospitalar em Combate -APHC no seu curso inicial de carreira (CFSD/CFP/CFO)?

9 - Você já teve instruções de Atendimento Pré-hospitalar em Combate - APHC fora da instituição PMDF?

10 - Você já teve aulas de Atendimento Pré-hospitalar em Combate - APHC em algum curso/instrução promovidas pela PMDF?

11 - Você possui algum equipamento de Atendimento Pré-hospitalar em Combate - APHC? (Ex: Torniquete, manta térmica, gaze hemostática, gaze compressiva, selo de torax...)

12 - Você considera importante que a PMDF promova instruções de Atendimento Pré-hospitalar em Combate - APHC dentro de cada UPM - Unidade Policial Militar?

13 - Se hoje sua UPM ofertasse uma instrução de Atendimento Pré-hospitalar em Combate - APHC, com carga horária de 16h/a dividida em dois dias de instrução (8h/a por dia) a ser aplicada em seu horário de folga, qual seria seu nível de interesse em participar?

APÊNDICE E – GUIA ILUSTRADO DE APLICAÇÃO DO PROTOCOLO MARCH

**GUIA ILUSTRADO DE APLICAÇÃO
DO PROTOCOLO MARCH**

Por meio desse QR code é possível acessar a proposta de guia ilustrado de aplicação do protocolo march.



POLÍCIA MILITAR
DISTRITO FEDERAL

**GUIA ILUSTRADO DE APLICAÇÃO
DO PROTOCOLO MARCH**
Edição 2022



POLÍCIA MILITAR
DISTRITO FEDERAL





Organização e elaboração:

Erickson Brenner Rosa Matos - Aspirante PM (Autor)

Matheus Raulino Mendes - Aspirante PM (Autor)

Jadson Pereira Batista - Capitão QOPM (Orientador)



POLÍCIA MILITAR
DISTRITO FEDERAL



GUIA ILUSTRADO DE APLICAÇÃO DO PROTOCOLO MARCH

1. ATENDIMENTO SOB CONFRONTO ARMADO

- **Primeiramente reaja ao fogo inimigo e se proteja (Saia do X!).**

Inicialmente deve-se utilizar do fogo de supressão para procurar algum abrigo. Isso leva questão de segundos.

- **Comunique-se e oriente o policial ferido/Autosocorro.**

Através da comunicação com o ferido é possível orientá-lo a realizar o autocuidado bem como ter uma noção da situação do ferimento. Em caso de o ferido estar consciente, deve-se orientá-lo a colocação do Torniquete, caso ele possua um em seu cinto de guarnição.

2. CUIDADO TÁTICO DURANTE O ATENDIMENTO

2.1 Análise situacional;

- **o Perímetro de 360 graus e supressão de fogo.**

Primeiramente é importante garantir a cena segura, ou seja, garantir cobertura de fogo por todos os lados.

2.2 Retirada do ferido do local;

- **2.2.1 Travamento/desarme do armamento do policial ferido;**

Ao proceder na retirada do policial da zona quente, a orientação é desarmá-lo, visto que o ser humano, quando perde certa quantidade de sangue e sob o stress do combate, fica desorientado, podendo ser uma ameaça potencial. Em caso de impossibilidade de proceder no desarme, opta-se pelo **travamento ou retirada do carregador com retirada da munição da câmara. Nunca deixar o armamento do companheiro para trás, ele pode ser utilizado contra a equipe policial.**



GUIA ILUSTRADO DE APLICAÇÃO DO PROTOCOLO MARCH

2.4.3 Arrasto carregado por dois policiais

2.4.3.1 Transporte com penas cruzadas por dois policiais



2.4.3.2 Segura pelo braço acima do ombro e a outra mão no cinto



2.4.3.3 Segura pelo colete com arma em punho.



GUIA ILUSTRADO DE APLICAÇÃO DO PROTOCOLO MARCH

2.3 Técnicas de arrasto/carregamento

2.4 Arrasto por um policial

2.4.1 Arrastado pelo colete



2.4.2 Arrasto carregado por um policial



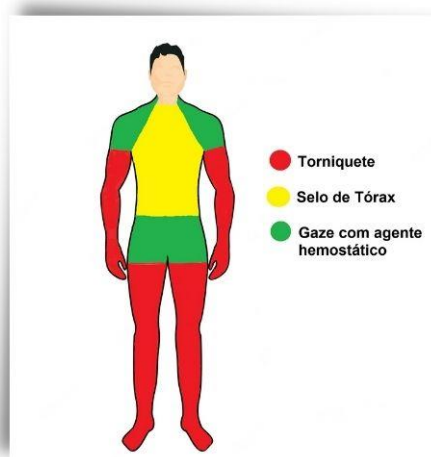
GUIA ILUSTRADO DE APLICAÇÃO DO PROTOCOLO MARCH

2.5 Aplicação do protocolo MARCH

2.5.1 M - SANGRAMENTO MASSIVO

Identificação do Sangramento

Inicia-se pelos membros e pescoço, seguindo para o tronco. Arrastar as palmas das mãos em cada membro, iniciando da parte mais próxima do tronco até a porção distal, e ir olhando para as mãos a fim de verificar se há sangramento. Assim que encontrar sangramento, procede na técnica de contenção.



GUIA ILUSTRADO DE APLICAÇÃO DO PROTOCOLO MARCH

Acondicionamento e saque do torniquete

Deve-se inicialmente esticar o torniquete. Em seguida, passar a fita pela fivela. Depois retorna com o velcro cerca de 10 a 12 cm. Dobre a parte sem velcro com a a outra sem velcro. A haste deve ficar no mesmo sentido da fita, preso na haste de fixação e o time tag - fita de tempo - fixada apenas em um lado da haste.



GUIA ILUSTRADO DE APLICAÇÃO DO PROTOCOLO MARCH



Por meio desse QR code é possível acessar vídeo demonstrando como executar a dobradura do Torniquete.

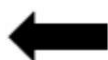
Anote o horário em que foi realizado a instalação do torniquete, pois após 2h da aplicação há risco de lesão.

Aplicação do Torniquete

Insira o membro lesionado através do laço na faixa e posicione o torniquete o mais alto possível no membro. Certifique-se que o ferido não possui nada em seus bolsos que atrapalhe o aperto do equipamento.

Puxe a fita com firmeza e prenda novamente no próprio corpo do torniquete, cuidado para não obstruir a haste.

Rotacione a barra de tração até apertar de forma que o sangramento pare, em seguida prenda na barra de ancoragem e feche o dispositivo de anotação do tempo, conforme imagens.



Por meio desse QR code é possível acessar vídeo demonstrando como aplicar o Torniquete.

OBS.: Nunca aplique o torniquete encima de objetos!



POLÍCIA MILITAR
DISTRITO FEDERAL



GUIA ILUSTRADO DE APLICAÇÃO DO PROTOCOLO MARCH

Áreas Juncionais

Em caso de ferimento em área juncional - **pélvis e ombros** - a técnica utilizada é a de preenchimento, na qual utiliza-se preferencialmente gaze do tipo hemostática.

Preenchimento com o dedo indicador, mantendo sempre a pressão até que o outro dedo com mais gaze de preenchimento, o substitua. Não deixe espaços vazios, preencha toda a lesão.

Preenchido todo o ferimento, coloque a sobra da gaze acima e use ambas as mãos para exercer pressão pelo tempo estipulado à frente. Feito isso, arremate o curativo.



GUIA ILUSTRADO DE APLICAÇÃO DO PROTOCOLO MARCH



2.5.2 A - Ar

Procede-se o tratamento imediato das vias aéreas, pois mesmo sendo as hemorragias as maiores causadoras de óbito no ambiente pré-hospitalar, a obstrução de vias aéreas é a segunda causa que mata mais rapidamente.

Verifique se existe algo obstruindo as vias aéreas abrindo a boca do ferido.

Se existir algo obstruindo, utilize o dedo em formato de gancho ou pinça para retirá-lo.

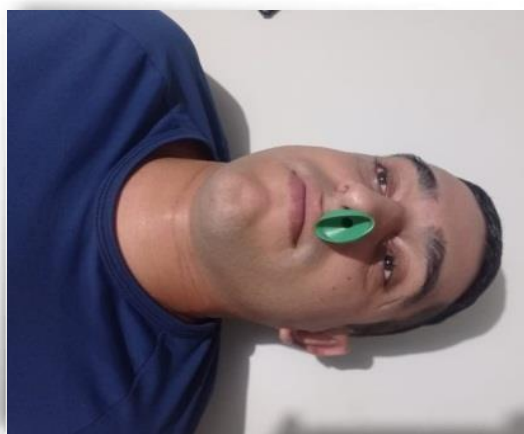


Recomenda-se ainda o uso da cânula nasofaríngea para viabilizar respiração quando houver obstrução de tecidos moles.



GUIA ILUSTRADO DE APLICAÇÃO DO PROTOCOLO MARCH

Introduz-se a cânula pelo nariz do paciente a fim de criar um caminho entre a faringe e o ambiente externo para que o paciente mantenha as vias aéreas desobstruídas.



Deve-se ainda colocar o paciente de lado para facilitar, pela ação da gravidade, a saída de líquidos que possam vir a obstruir as vias aéreas.



GUIA ILUSTRADO DE APLICAÇÃO DO PROTOCOLO MARCH

2.5.3 R - RESPIRAÇÃO

Executado os cuidados com as vias aéreas, o policial socorrista deverá **retirar o colete** do operador ferido e verificar se há movimentos torácicos e sensação de ar saindo da boca ou nariz do ferido. Se necessário, utilize uma tesoura ponta romba para cortar a farda do ferido ou até mesmo rasgue-a.



Com o tórax exposto, inspecione visual e tatilmente a fim de verificar se há algum ferimento. Lembre-se de verificar o dorso (costas) do ferido, pois pode haver ferimento de saída.

Se não for possível inspeção visual, passe a mão “em garra” por todo o tórax e abdômen do ferido, sempre olhando e sentindo se há buracos ou sangue em suas mãos.

Verificado algum ferimento, coloque **imediatamente** um selo de tórax para evitar um pneumotórax.

Lembre de verificar as costas do ferido!



GUIA ILUSTRADO DE APLICAÇÃO DO PROTOCOLO MARCH

2.5.4 C - Circulação

Depois de avaliar as vias aéreas e a respiração do ferido, o policial que procede no socorro deve avaliar a circulação. Nessa fase, o socorrista deverá realizar uma revisão dos procedimentos de controle maciço de sangue, bem como avaliar se o ferido encontra-se em estado de choque.



Atenção!
Verifique o nível de estado de choque visando aferir a prioridade do atendimento.

Avalia-se também se a pele do ferido está pálida, fria e úmida, se apresenta sudorese intensa, calafrios, pulso rápido e fraco, visão turva, dentre outros.

Logo após, deve-se proceder na limpeza de ferimento e controle de sangramentos não maciços.



GUIA ILUSTRADO DE APLICAÇÃO DO PROTOCOLO MARCH

2.5.5 H - Hipotermia

Controlada a circulação sanguínea e o choque hipovolêmico deve-se tratar e evitar a perda de calor do indivíduo. Nesta fase, o operador que presta o socorro deve ocupar-se em manter a temperatura da vítima sempre acima de 36°C.



Para manutenção da temperatura pode-se utilizar a manta térmica aluminizada.

Ela deve cobrir todo corpo do ferido. Se disponível utilize concomitantemente a fonte de calor instantâneo nas mãos ou no tórax, na altura do coração.

Após acomodar o ferido dentro da viatura pode-se utilizar também o ar quente do veículo como fonte de calor, feche os vidros e ligue o ar quente no máximo. O **colete balístico** também pode ser usado como forma de manutenção de calor.



Atenção!

Quando há uma grande perda de sangue, o corpo perde a capacidade de termorregulação e mesmo em um ambiente aparentemente quente, o ferido pode entrar em estado de hipotermia, que se não tratada pode levá-lo ao óbito.



GUIA ILUSTRADO DE APLICAÇÃO DO PROTOCOLO MARCH

2.5.6 - COMPOSIÇÃO DO KIT DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM COMBATE



Bolso modular para colete tático



Tesoura Ponta Romba



Gaze com agente hemostático



Cânula nasofaríngea



Bandagem tática



Selo de tórax valvulado



Fonte de Calor Instantâneo



Torniquete tático



GUIA ILUSTRADO DE APLICAÇÃO DO PROTOCOLO MARCH



Atadura elástica



Pincel marcador permanente



Luva de procedimento nitrílica



Gaze compressiva de metro



Manta térmica



Porta torniquete tático

"Na paz prepare-se para guerra e na guerra prepare-se para paz."

Sun Tsu

Esteja sempre preparado para o pior cenário.

Mantenha-se Vivo!



GUIA ILUSTRADO DE APLICAÇÃO DO PROTOCOLO MARCH

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Defesa. Exército Brasileiro. Comando de Operações Terrestres. **Manual de Campanha de Atendimento Pré-Hospitalar** - EB70-MC-10.343.

PHTLS - Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. 9. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

PINTO, Pedro Pinheiro Doria. **Manual de Resgate e Atendimento Pré-hospitalar Tático - PMBA.** Pedro Pinheiro Doria Pinto-Ten PMBA; Yago Rhaynan Rodrigues Amorin Santana – Ten PMBA; Rodrigo Batista Santos – Sd PMBA. Salvador, 2020.

BRASIL.Ministério da Justiça e Segurança Pública. Gabinete do Ministro. **Diretriz Nacional de Atendimento Pré-Hospitalar Tático para Profissionais de Segurança Pública.** Portaria nº 98, de 1º de julho 2022.



POLÍCIA MILITAR
DISTRITO FEDERAL



**GUIA ILUSTRADO DE APLICAÇÃO DO PROTOCOLO
MARCH**

**Polícia Militar do Distrito Federal.
Muito mais que segurança.
Orgulho de ser Policial Militar.**



POLÍCIA MILITAR
DISTRITO FEDERAL

