



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR POLICIAL (APH-P)

POP n.º
200.9

Nível de padronização:

Geral

Estabelecido em:

22/07/2019

Última revisão pela PM/3:

13/11/2023

Nº páginas:

11

Responsável: **Guarnição Policial Militar**

MATERIAL NECESSÁRIO

1. Fardamento orgânico operacional da OPM;
2. Armamentos e equipamentos básicos para o serviço PM;
3. Equipamentos de Proteção Individual (EPI), como colete balístico;
4. Kit Individual de Primeiros Socorros (*IFAK*) para ferimentos oriundos de confronto armado, composto por equipamentos certificados e/ou homologados;
5. Tourniquetes de combate, gaze de combate, bandagem de combate (elástica), pinça Kelly, cânula nasofaríngea, tesoura ponta romba, selos de tórax, manta aluminizada e bolsas de calor;
6. Radiocomunicadores.

SEQUÊNCIA DAS AÇÕES

1. **Sair** do “X” e buscar abrigo ou cobertura;
2. **Observar** o local da ocorrência para constatar se ainda há ameaças e, em caso positivo, envidar todos os esforços para incapacitá-las;
3. **Realizar** atendimento remoto à vítima;
4. **Estabelecer** um local para onde o policial militar ferido será levado após a retirada dele do “X” (denominação dada ao local em que o policial ferido se encontra, ou seja, área de perigo iminente);
5. **Deslocar-se** rapidamente ao “X” se necessário (utilizar técnicas e táticas policiais);
6. **Remover** o policial militar ferido do “X” e levá-lo para um local seguro preestabelecido (utilizar técnicas de arrasto para remoção do ferido);
7. **Analisar** a necessidade de descarregar a arma de fogo do policial militar ferido (considerando seu nível de consciência);
8. **Avaliar**, de forma tátil e visual, as extremidades (braços, mãos, pernas e pés) e as áreas juncionais (pescoço, ombro, cintura pélvica) em busca de sangramentos massivos, imediatamente após a remoção do “X”;
9. **Controlar** sangramentos massivos identificados nas extremidades e áreas juncionais, com a aplicação de tourniquetes de combate, gazes de combate e bandagens de combate;
10. **Verificar** vias aéreas superiores (nariz, boca e faringe) do policial militar ferido, caso ele esteja inconsciente utilizar de procedimentos específicos para desobstrução;
11. **Realizar** manobra de elevação da mandíbula para liberação das vias aéreas;
12. **Retirar** partículas sólidas do interior da boca, bem como fluídos (sangue e vômito), neste caso, rotacionando o corpo do policial militar ferido lateralmente;

13. **Avaliar** caso a vítima inconsciente ou desorientada, a necessidade de utilização de cânula nasofaríngea para garantia de permeabilidade das vias aéreas;
14. **Expor** o tórax do policial militar ferido, removendo veste balística frontal, gandola e outras vestimentas;
15. **Avaliar**, de forma tátil e visual, toda a região do tórax do policial militar ferido a procura de perfurações, tanto na região anterior como na posterior;
16. **Ocluir** os orifícios após retirar o excesso de sangue e sujidade, com selos de tórax;
17. **Considerar** a manobra de descompressão torácica não invasiva em caso de evolução do pneumotórax;
18. **Verificar** o quadro de choque hemorrágico do policial ferido, observando nível de consciência, tonalidade e temperatura corporal, perfusão periférica e pulso radial;
19. **Evitar** a exposição do policial militar ferido às intempéries e a outras condições que acelerem a perda de temperatura corporal, retirando peças do fardamento molhadas, e secando o ferido se necessário;
20. **Envolver** o policial militar ferido com mantas térmicas e/ou cobertores;
21. **Fornecer** calor através do uso de bolsas de calor observando os lugares adequados para a colocação;
22. **Remover** o policial militar ferido até o local onde estiver a ambulância, aeronave, ou a própria viatura (com o uso de técnicas de transporte de feridos);
23. **Utilizar** do plano de evacuação caso tenha (planejamento prévio);
24. **Deslocar** ao hospital de referência e hierarquizado;
25. **Acompanhar** o policial militar ferido até o hospital de referência, se possível (este acompanhamento deverá ser realizado pelo policial militar que prestou o atendimento).

ATIVIDADES CRÍTICAS

1. Identificação e neutralização da ameaça;
2. Saída do “X” e busca de local que garanta maior segurança (abrigo/coberta);
3. Informação à Central de Operações sobre a situação;
4. Solicitação de apoio de outras equipes PM e de ambulância no local;
5. Acesso com rapidez ao “X” e retirada do policial militar ferido para o local previamente escolhido;
6. Atendimento do policial militar ferido conforme o protocolo de APH-P;
7. Estabilização do policial militar;
8. Encaminhamento do policial militar ferido à equipe de atendimento pré-hospitalar especializada;
9. Remoção do policial ferido para o hospital de referência e hierarquizado, caso não haja equipe especializada.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Prevenção de mortes de policiais militares por causas secundárias;
2. Salvaguarda da vida de outros policiais militares envolvidos na ocorrência;
3. Incapacitação célere e adequada do agressor, em conformidade ao uso seletivo e diferenciado da força;
4. Repasse das informações precisas ao COPOM;

5. Acionamento da equipe de socorro médico, tão logo a ameaça tenha cessado;
6. Estabilização dos sinais vitais do policial até a chegada de equipe de atendimento pré-hospitalar especializada, ou, até a remoção para o hospital de referência e hierarquizado;
7. Controle eficaz de sangramentos massivos em extremidades e áreas juncionais;
8. Aplicação correta de torniquetes de combate, de gaze de combate, cânula nasofaríngea, selos de tórax, mantas aluminizadas e bolsas de calor;
9. Realização do protocolo MARCH de forma correta e na ordem estabelecida;
10. Revisar o acrônimo MARCH até a chegada no hospital de referência e hierarquizado;
11. Emprego harmônico das técnicas/táticas policiais militares e os procedimentos pré-hospitalares.

AÇÕES CORRETIVAS

1. Realizar os procedimentos previstos no protocolo de APH-P, evitando a remoção do policial militar ferido sem estabilizá-lo;
2. Intervir na hemorragia massiva de maneira a prevenir o choque hemorrágico;
3. Prevenir obstrução de vias áreas superiores;
4. Prevenir o pneumotórax hipertensivo com a utilização dos selos de tórax;
5. Interromper a instalação da tríade da morte (hipotermia, acidose metabólica, coagulopatia).

ERROS A SEREM EVITADOS

1. Não prever danos colaterais a terceiros no momento da incapacitação do agressor;
2. Demorar para repassar as informações e acionar equipe de resgate especializada (SIATE/SAMU);
3. Deixar de conter o sangramento massivo em extremidades;
4. Realizar outros procedimentos no policial militar ferido, além da aplicação emergencial do torniquete de combate, quando este se encontra no “X”;
5. Deixar de usar ou aplicar de forma ineficaz o torniquete de combate;
6. Utilizar de forma incorreta as gazes de combate, cânula nasofaríngea e os selos de tórax;
7. Não estabelecer comunicação entre os membros da equipe;
8. Agir de forma isolada durante o resgate;
9. Não empregar os procedimentos de APH-P aliados às boas táticas policiais;
10. Sair do local de ocorrência sem estabilizar o ferido.

ESCLARECIMENTOS

1. No caso de um policial militar ferido por arma de fogo (FAF) ou arma branca (FAB), é imprescindível que o(s) outro(s) militar(es) que compõe(m) a equipe realize(m) os procedimentos preconizados nos protocolos de atendimento pré-hospitalar policial (TCCC, TECC e MARCH), dos quais se estabelece o acrônimo **MARCH** (**M**assivo, **A**r, **R**espiração, **C**irculação e **H**ipotermia).

2. No momento em que um policial militar é ferido (por arma de fogo, ou, por arma branca) o(s) outro(s) componente(s) da equipe deve(m), se possível, procurar um abrigo ou cobertura e, então, agir de modo a incapacitar o agressor, de maneira seletiva e proporcional ao meio por ele empregado.
3. Cessando a agressão, o(s) componente(s) da equipe deve(m) avaliar o perímetro da ocorrência em busca de novas ameaças.
4. Informar ao COPOM, via rádio ou telefone, da situação, destacando o local exato onde se deu o confronto, o tipo e o local do ferimento do policial militar acometido, bem como solicitar o encaminhamento de equipe do SIATE/SAMU.
5. Antes de ir ao encontro do policial militar ferido, deve-se estabelecer o contato verbal com ele, de modo a verificar se está consciente, e se consegue iniciar o autoatendimento, sendo possível deslocar-se sozinho até um local abrigado.
6. Estando o policial militar ferido inconsciente, ou não sendo capaz de se locomover, este deverá ser retirado para um local abrigado por outro policial militar, de maneira segura, rápida e deliberada. No caso de a equipe contar com outros integrantes, estes devem realizar a segurança do perímetro.
7. Após a remoção do PM ferido para um local seguro e, se possível, 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)**. No caso em que se identifique o sangramento no(s) membro(s), deve, imediatamente, realizar a aplicação de torniquete de combate. O torniquete deve ser aplicado de modo emergencial “alto e apertado”, ou seja, próximo da axila, no caso de ferimento no membro superior, ou, próximo à virilha, sendo o ferimento no membro inferior. Apertar até verificar que o sangramento cesse.
8. No caso em que se identifique sangramentos massivos em áreas juncionais (pescoço, ombro, cintura pélvica), onde a aplicação de torniquete não é possível, se realiza o preenchimento da ferida com gaze de combate, preferencialmente com componente hemostático. Após introduzir a gaze e preencher todo o orifício do ferimento, o policial que está prestando o atendimento deve aplicar pressão direta no foco da ferida por **1 a 5 minutos** para gaze com componente hemostático, e de **5 a 10 minutos** para gaze sem componente hemostático, em seguida, envolver este local com bandagem de combate (elástica).
9. Após a avaliação das extremidades e do controle dos sangramentos, se inicia o segundo momento do “Atendimento Tático em Campo”, o qual se concebe pela letra **A (Ar)**, onde se avaliam as vias aéreas superiores. O policial militar que está prestando o atendimento ao ferido deve verificar se ele está respirando, sendo constatado que está inconsciente e que não respira, deve-se realizar as manobras de elevação da mandíbula, para promover a desobstrução da faringe. Retirar partículas sólidas do interior da boca, bem como de fluídos (sangue e vômito), neste caso, rotacionando o corpo do policial militar ferido lateralmente; e caso a vítima inconsciente ou desorientada avaliar necessidade de utilização de cânula nasofaríngea para garantia de permeabilidade.
10. Ao término da verificação das vias aéreas (A) se iniciará o cuidado com as vias aéreas inferiores – momento referido pela letra **R (Respiração)**. O policial militar que está prestando atendimento deve remover a placa balística anterior do ferido, bem como, a gandola do fardamento e a camiseta, expondo

o tórax. Tampar com “selos de tórax” os orifícios existentes no tórax. O policial militar que está atendendo o ferido deve verificar o tórax nas regiões anterior, laterais e posterior. **É importante que o dorso do tronco (as costas) do policial militar ferido não permaneça em contato direto com o solo.**

11. Verificar a letra **C** (**Circulação**), através da observação de quadro de choque hemorrágico do policial militar ferido, examinando nível de consciência, tonalidade e temperatura corporal, perfusão periférica e pulso radial.
12. Em seguida, é imprescindível evitar que o policial militar ferido perca calor – referido pela letra **H** (**Hipotermia**). Para tanto deve-se evitar que ele permaneça com peças do fardamento molhadas ou encharcados de sangue, bem como não manter o corpo desnudo em contato direto com o solo e exposto às intempéries. Fazer o uso de manta térmica ou cobertor, e utilizar fonte de calor externo (bolsa de calor), observando os lugares adequados de colocação.
13. Após realizar todos os passos do acrônimo **MARCH**, deverá ser procedida a revisão de todos os procedimentos adotados, de forma cíclica, até a entrega do policial militar ferido à equipe especializada;
14. Para fins deste POP se destaca que o protocolo básico de atendimento pré-hospitalar policial se denomina **APH-P Nível Básico**, o qual é composto por **Massivo, Ar, Respiração, Circulação e Hipotermia**.
15. Quanto às características do **Kit Individual de Primeiros Socorros (IFAK)**, este deve permitir a abertura rápida e fácil com ambas as mãos, sendo capaz de manter os equipamentos acondicionados em seu interior (evitando que os equipamentos caiam durante a abertura), podendo ser fixado no colete (no caso da veste modular), ou podendo ser utilizado no cinto de guarnição.

GLOSSÁRIO

Atendimento tático em campo: segunda fase do atendimento pré-hospitalar policial.

Cuidados sob fogo: primeira fase do atendimento pré-hospitalar policial.

Evacuação Tática: terceira fase do atendimento pré-hospitalar policial.

Ferido: policial militar que foi ferido por arma de fogo (FAF) ou arma branca (FAB).

Hemostático: componente que promove a formação do coágulo, bloqueando hemorragias.

MARCH: acrônimo de **Massivo, Ar, Respiração, Circulação e Hipotermia**, e que se refere às etapas realizadas na 2ª Fase do Atendimento Pré-Hospitalar Policial (Atendimento Tático em Campo).

Materiais certificados: materiais no atendimento pré-hospitalar policial, que constam nas diretrizes do Comitê TCCC (*Tactical Combat Casualty Care*), cuja eficácia se tem constatada em testes laboratoriais, estudos científicos e em relatórios de emprego em situações reais de ferimentos em combate.

Materiais homologados: aqueles de eficiência reconhecida pela Câmara Técnica de APH-P da PMPR.

Massivo: diz respeito às hemorragias externas, cuja vazão, se não controladas de forma célere e eficaz, pode levar ao óbito.

Cânula nasofaríngea: tubo anatomicamente ajustável a cavidade nasal, com objetivo de facilitar a ventilação espontânea das vias áreas superiores.

Selo de Tórax: material adesivo, específico para tampar ferimentos abertos em tórax no âmbito pré-hospitalar.

“X”: local onde o policial militar foi alvejado ou ferido por arma branca, portanto, de riscos iminentes aos demais policiais militares que lá se encontram.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DOUTRINÁRIA

BRASIL. **Portaria n.º 98, de 1º de julho de 2022.** Cria a Diretriz Nacional de Atendimento Pré-Hospitalar Tático para Profissionais de Segurança Pública – APH-Tático. Ministério da Justiça e Segurança Pública: Distrito Federal, 2022.

BRASIL. **Portaria Normativa n.º 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. Ministério da Defesa: Distrito Federal, 2018.

BUTLER JR., F. K. Tactical medicine training for SEAL mission commanders. **Military Medicine**. V. 166, Ed. 7, p. 625-631, Jul. 2001. Disponível em: <<http://www.au.af.mil/au/awc/awcgate/medical/tacmed-butler.htm>>. Acesso em: 28/04/2019.

BUTLER JR., F. K. Two decades of saving lives on the battlefield: tactical combat casualty care turns 20. **Military Medicine**. V. 182, p. 1563-1568, Mar./Abr. 2017. DOI: 10.7205/MILMED-D-16-00214. Disponível em: <<https://academic.oup.com/milmed/article/182/3-4/e1563/4099581>>. Acesso em: 28/04/2019.

CALLAWAY, D. W. et al. Tactical emergency casualty care (TECC): guidelines for the provision of prehospital trauma care in high threat environments. **Journal Of Special Operations Medicine**. V. 11, Ed. 3, p. 104-122, 2011.

CALLAWAY, D. W. et al. The Committee for Tactical Emergency Casualty Care (C-TECC): Summer Update. **Journal of Special Operations Medicine**. V. 15, Ed. 2, p. 168-170, 2015.

CALLAWAY, D. W. Translating Tactical Combat Casualty Care Lessons Learned to the High-Threat Civilian Setting: Tactical Emergency Casualty Care and the Hartford Consensus. **Wilderness & Environmental Medicine**. V. 28, Ed. 2, p. 140-145, 2017.

COMITÊ TCCC (Tactical Combat Casualty Care). **Diretriz de procedimentos e materiais utilizados em combate.** 2021.

COMITÊ TECC (Tactical Emergency Casualty Care). **Diretriz de procedimentos e materiais utilizados em situações de emergência.** 2019.

DIAS, Vitor Luiz. **O atendimento pré-hospitalar de combate:** a compatibilidade entre os protocolos internacionais e as ocorrências policiais na PMPR. Monografia (Curso do Curso de Formação de Oficiais). São José dos Pinhais: PMPR/APMG, 2019.

KOTWAL, R. S. et al. The effect of a golden hour policy on the morbidity and mortality of combat casualties. **Original Investigation.** V. 151, Ed. 1, p. 15-24, 2016.

LIMA, J. C. **Atividade policial e o confronto armado.** 2ª ed. Curitiba: Juruá, 2007.

OSTROWSKI, K., et al. The implementation of TCCC medical supplies in medical rescue teams. **Journal of Public Health, nursing and medical rescue.** V. 1, p. 11-14, 2016

PARANÁ. **Decreto Estadual n.º 8.627, de 27 de outubro de 2010.** Cria o Batalhão de Operações Especiais (BOPE) na Polícia Militar do Paraná (PMPR). Paraná, 2010.

PENNARDT, A. et al. Integration of tactical emergency casualty care into the National Tactical Emergency Medical Support competency domains. **Journal of Special Operations Medicine.** V. 16, Ed. 2, 2016.

(Assinado eletronicamente)

Coronel QOPM Jefferson Silva,
Comandante-Geral da PMPR.

ANEXO ao POP n.º 200.9 – MATERIAIS PARA APH-P

KIT BÁSICO	
IMAGEM	NOME / DESCRIÇÃO
	Torniquete (C.A.T.® Gen 7) ou similar certificado/homologado Tira de nylon com velcro e haste de tração.
	Gaze de Combate Combat Gauze® ou Celox Rapid® Gaze estéril em metro (mínimo de 3m), dobrada em "z" e acondicionada a vácuo com componente hemostático.
	Gaze de Combate NAR® ou similar Gaze estéril em metro (mínimo de 3m), dobrada em "z" e acondicionada a vácuo sem componente hemostático.
	Bandagem Olaes® Bandagem elástica estéril.
	Cânula Nasofaríngea



Selo de Tórax valvulado SAM® ou Hyfin®

Adesivo plástico para tampar ferimentos abertos em tórax.



Manta Aluminizada

Manta metálica para manter a temperatura corporal.



Bolsa de Calor

Fonte externa de calor para aumentar a temperatura corporal.

PORTA IFAK (KIT INDIVIDUAL DE PRIMEIROS SOCORROS)

Bornal para fixação no colete modular



ACESSÓRIOS

IMAGEM	NOME / DESCRIÇÃO
	Tesoura de ponta romba para cortar vestimentas.
	Luvas de nitrilo.
	Porta torniquete para acondicionamento do material.

ANEXO B ao POP nº 200.9 – FLUXOGRAMA

