



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

DELFINO BARBOSA GUEDES

**MORTE E INVALIDEZ DO BOMBEIRO MILITAR:
UM ESTUDO NO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL**

Florianópolis (SC)

2009

DELFINO BARBOSA GUEDES

**MORTE E INVALIDEZ DO BOMBEIRO MILITAR:
UM ESTUDO NO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL**

Monografia apresentada ao Curso de Altos Estudos Estratégicos do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina com especialização *lato sensu* em Administração Pública com ênfase na Gestão Estratégica de Serviços de Bombeiro Militar, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Administração Pública, com ênfase na Gestão Estratégica de Serviços de Bombeiro Militar pela Universidade do Sul de Santa Catarina.

Orientador: Ten-Cel CBMSC Evandro Carlos Gevaerd, Msc

Florianópolis (SC)

2009

DELFINO BARBOSA GUEDES

**MORTE E INVALIDEZ DO BOMBEIRO MILITAR:
UM ESTUDO NO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL**

Esta Monografia foi julgada adequada à obtenção do título de Especialista em Administração Pública, com ênfase na Gestão Estratégica de Serviços de Bombeiro Militar e aprovada em sua forma final pelo Curso de Especialização *lato sensu* em Administração Pública com ênfase na Gestão Estratégica de Serviços de Bombeiro Militar, da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Florianópolis, 23 de março de 2009.

Orientador Ten-Cel BM Evandro Carlos Gevaerd, Msc
Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina

Professor Luiz Antônio Cardoso, Msc
Universidade do Sul de Santa Catarina

Cel BM Carlos Alberto dos Santos Rodrigues, Esp
Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal

Dedico este trabalho a todos os bombeiros militares, em especial aos do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, que são o bem maior da Corporação, pois, o valor da vida humana é imensurável.

Aos meus queridos e amados pais Sebastiana Maria de São José Guedes e Jairo Guedes dos Santos (*in memoriam*) pela sabedoria na condução da vida familiar, na criação e na educação dos filhos, de forma sempre exemplar e com amor infinito.

À minha amada esposa Gildete Amorim de Sousa Guedes que sempre compartilhou e me apoiou nos momentos difíceis. Aos meus queridos e amados filhos Giselle, Pedro Augusto e Geovana Amorim Barbosa Guedes, que são a razão do meu viver e o motivo maior do meu prosperar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado vida e saúde para que eu pudesse enfrentar e transpor os obstáculos, superar desafios, de forma sempre iluminada e abençoada.

Ao Exmo. Senhor Coronel Sérgio Fernando Pedroso Aboud, Comandante-Geral do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF), que oportunizou a este oficial a participação neste importante curso de especialização.

Ao Exmo. Senhor Coronel Álvaro Maus, Comandante-Geral do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC), que proporcionou a realização do curso e possibilitou minha participação com a disponibilização de vagas ao CBMDF.

Ao Senhor Coronel José Cordeiro Neto, Chefe do Estado-Maior-Geral e Subcomandante do CBMSC, pela receptividade e acolhida e por todo apoio prestado com gentileza e carisma.

Ao Senhor Ten-Cel Júnior José Prattes, Diretor de Ensino do CBMSC, que na qualidade de coordenador do curso, conduziu os trabalhos com competência, serenidade, harmonia e prestatividade.

À Prof^a Maria Lúcia Pacheco Ferreira Marques, da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), responsável pela condução e coordenação do curso, por parte da UNISUL que, com competência e dedicação, desenvolveu suas atribuições com esmero e carinho.

Ao corpo docente do Curso de Altos Estudos Estratégicos que proporcionou um aprendizado com alto nível de conhecimentos.

Ao amigo Ten-Cel Sindulfo Teixeira Chaves pelo apoio e pelas orientações prestadas durante a carreira deste Oficial, no decorrer do curso e no desenvolvimento deste trabalho.

Ao amigo Ten-Cel Hamilton Santos Esteves Júnior, companheiro de profissão e de curso, que muito contribuiu para consolidação deste trabalho.

Ao Ten-Cel Evandro Carlos Gevaerd, do CBMSC, pela receptividade, disponibilidade e pela orientação prestada para elaboração do presente trabalho.

Ao amigo Ten-Cel Cleber Rogério Pereira e sua esposa Valéria Lemos Xavier pela colaboração prestada para a realização deste trabalho.

Aos amigos Tenentes-Coronéis Joselito Andrade de Lima, Érico Rossano Moreto dos Santos, Sérgio Ricardo Souza Santos, Marcelo Souza Rocha e Luiz

Tadeu Vilela Blumm por todo o apoio prestado na minha carreira profissional e principalmente durante a fase presencial do curso.

Aos Sargentos do CBMDF, Luiz Carlos Evangelista Nobre e Wellington Albino Batista, pelo apoio e colaboração durante levantamentos de dados realizados na Diretoria de Inativos e Pensionistas.

Ao meu tio Nilson Guedes dos Santos, por todo apoio prestado desde a minha infância, na minha carreira profissional e no período do curso, na fase presencial em Florianópolis (SC).

Às minhas estimadas irmãs e amigas Mírian, Mirani, Jane e Elen Keler Barbosa Guedes; aos meus cunhados e sobrinhos e a todos os meus familiares que sempre me incentivaram e torceram por mim.

Agradeço de forma especial aos demais amigos que me apoiaram e torceram por mim, tanto durante o curso quanto na minha carreira profissional. Os amigos são a maior riqueza que possuímos na face da terra.

“Inútil fechar os olhos, há um espinho cravado na consciência da tarde.”
(Pedro Terra)

RESUMO

O objetivo principal do presente estudo foi investigar as doenças que causam a invalidez ou a morte prematura dos bombeiros militares do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF), bem como suas relações com a atividade profissional que exerce. A motivação do autor em pesquisar o tema se deu, entre outras razões, pela percepção do elevado número de perdas dos recursos humanos motivados por doenças que acarretam a invalidez e a morte de significativa parcela da força de trabalho da Instituição. Os bombeiros militares são profissionais de carreira que necessitam estar em perfeitas condições de saúde, física e mental, para desempenhar bem suas atribuições funcionais, bem como assistir a seus dependentes. Hoje, o CBMDF, de um efetivo previsto de 6.600 homens, conta com apenas 5.890 bombeiros militares no serviço ativo. A redução na força de trabalho se dá pela dificuldade em repor o pessoal que se transfere para a inatividade ou que deixa o serviço ativo por problemas de morte ou invalidez. Essa reposição é dificultada, principalmente, pelos altos investimentos na seleção e formação dos profissionais. A pesquisa abrangeu 100% dos casos de morte e invalidez ocorridos no CBMDF no período de 1968 a 2008 e trouxe a tona fatos que comprovam a necessidade de se aprofundar cada vez mais o estudo da saúde dos bombeiros militares, a fim de subsidiar ao Comando da Corporação a criação de programas voltados à prevenção de doenças que interferem diretamente na força de trabalho do Órgão.

Palavras-Chave: Morte. Invalidez. Doenças. Risco.

ABSTRACT

The main objective of this study was to investigate the diseases that cause disability and premature death of the firefighters of the Fire Brigade Military of the Federal District, and its relations with the professional activity which exercises. The motivation of the author in researching the issue was, among other reasons, the perception of the high number of losses of human resources motivated by diseases that cause disability and death of a significant portion of the workforce of the institution. The firefighters are professional military career that need to be in perfect condition of health, physical and mental, to perform its duties and function as well as attend to their dependents. Today the fire Military of District Federal, an effective set of 6.600 men, with only 5.890 military firefighters in active service. The reduction in the workforce is given the difficulty to restore the personnel moves to inactivity or to leave the problems of active service by death or disability. This replacement is difficult, mainly by high investment in selection and training of professionals. The study covered 100% of death and disability occurring in the Fire Brigade Military of the Federal District period 1968 to 2008 and brought to light facts that demonstrate the need to increasingly deepen the study of the health of military firefighters to support the Command's Corporation to create programs aimed at prevention of diseases that directly affect the workforce of the Authority.

Key words: Death. Disability. Diseases. Risk.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Classificação dos riscos ocupacionais em grupos.....	40
Gráfico 1 – Casos de invalidez catalogados no CBMDF de 1968 a 2008 por postos e graduações.....	55
Gráfico 2 – Casos de invalidez catalogados no CBMDF de 1968 a 2008 por idade no momento da reforma	55
Gráfico 3 – Casos de invalidez catalogados no CBMDF de 1968 a 2008 por doenças adquiridas em ato de serviço.....	56
Gráfico 4 – Casos de invalidez catalogados no CBMDF de 1968 a 2008 por tipo de doenças.....	56
Gráfico 5 – Casos de mortes de militares do CBMDF entre 1968 e 2008.....	59
Gráfico 6 – Casos de mortes de militares do CBMDF no serviço ativo entre 1968 e 2008	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APH – Atendimento Pré-hospitalar

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CA – Centro de Assistência

CAECDEM – Centro de Altos Estudos, Comando, Direção e Estado-Maior

Cap – Capitão

CBM – Cabo Bombeiro Militar

CBMDF – Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal

CBMSC – Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Santa Catarina

CEFAP – Centro de Formação e Aperfeiçoamento de Praças

Cel – Coronel

CEMAN – Centro de Manutenção

CINF – Centro de Informática

CIPI – Centro de Investigação e Perícia de Incêndio

CMAUT – Curso de Mergulhador Autônomo

CSM – Centro de Suprimento de Material

CTO – Centro de Treinamento Operacional

DAL – Diretoria de Apoio Logístico

DEI – Diretoria de Ensino e Instrução

DF – Diretoria de Finanças

DIP – Diretoria de Inativos Pensionistas

DORT – Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho

DP – Diretoria Pessoal

DS – Diretoria de Saúde

DSO – Documentos Sanitários de Origem

DST – Diretoria de Serviços Técnicos

EPIs – Equipamentos de Proteção Individual

ICQ – Índice Cintura Quadril

IMC – Índice de Massa Corporal

JIS – Juntas de Inspeção de Saúde

Maj – Major

MP – Médico Perito

nº - número

OMS – Organização Mundial da Saúde

p. – página

s/n – sem número

Sgt – Sargento

SPM/CBMDF – Sistema de Perícias Médicas do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal

ST – Subtenente

TAF – Teste de Aptidão Física

Ten – Tenente

Ten-Cel – Tenente Coronel

UnB – Universidade de Brasília

UTE – Unidades Táticas de Emergência

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	TEMA	15
1.2	FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	15
1.3	JUSTIFICATIVA	17
1.4	HIPÓTESE	18
1.5	OBJETIVOS	19
1.5.1	Objetivo geral	19
1.5.2	Objetivos específicos	19
1.6	METODOLOGIA	19
1.6.1	Universo da pesquisa	20
1.6.2	Amostra	20
2	REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1	O CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL	21
2.1.1	Contextualização histórica do CBMDF	21
2.1.2	A organização básica do CBMDF	22
2.1.3	Principais atividades e serviços realizados pelo CBMDF X fatores de riscos envolvidos	26
2.1.3.1	Os serviços de prevenção e extinção de incêndios	27
2.1.3.2	O serviço de busca e salvamento	29
2.1.3.3	A atividade de atendimento pré-hospitalar	31
2.1.3.4	Atividades de Defesa Civil	33
2.2	LEGISLAÇÃO CORRELACIONADA COM A MORTE E INVALIDEZ DO BOMBEIRO MILITAR	33
2.3	RELATÓRIO DO TESTE DE APTIDÃO FÍSICA DO CBMDF (2007)	37
2.4	AS PRINCIPAIS DEFINIÇÕES RELACIONADAS COM A MORTE E INVALIDEZ NO TRABALHO	38
2.4.1	Risco ocupacional	39
2.4.2	Acidentes de trabalho	43
2.4.3	Doença ocupacional	45
2.4.3	Stress ocupacional e outras causas	46

2.4.4 Doença mental	47
2.4.5 Doença cardíaca	49
2.4.6 Doenças do sistema osteomuscular.....	51
2.4.7 Dependência química.....	52
3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	54
3.1 CASOS POR INVALIDEZ	54
3.2 CASOS POR MORTE.....	59
4 CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS.....	65
ANEXOS	69
ANEXO A - Planilhas dos casos por invalidez do bombeiro militar de 1968 a 2008	70
ANEXO B - Planilhas dos casos por morte do bombeiro militar de 1968 a 2008	82

1 INTRODUÇÃO

Segundo ensina Moreira (2007), o trabalho é um dos fatores determinantes do processo da existência humana, constituindo-se de uma necessidade natural do homem. Exerce um papel fundamental nas condições de vida, satisfazendo as necessidades básicas de subsistência.

A estreita relação entre trabalho e adoecimento vem sendo objeto de estudos científicos desde várias décadas (DEJOURS, 1992).

O manual prático “Legislação de Segurança e Medicina no Trabalho” da Federação das Indústrias de São Paulo aborda o assunto saúde e doença no trabalho. Do breve histórico podemos destacar que os problemas relacionados com a saúde no trabalho intensificaram-se a partir da Revolução Industrial.

Nos dias atuais, diversas ações são implementadas envolvendo a qualidade de vida do trabalho, buscando intervir diretamente nas causas e não apenas nos efeitos a que estão expostos os trabalhadores.

Apesar da importância do assunto, no CBMDF este estudo é inédito. O interesse maior pelo presente estudo está voltado para a compreensão das condições que potencializam o surgimento de doenças nos bombeiros militares do CBMDF como consequência de atos de serviço, que estão acarretando a invalidez ou a morte prematura.

O objetivo geral do presente trabalho é estudar os fatores que causam invalidez ou morte nos bombeiros militares do CBMDF.

Para alcançar o objetivo e apresentar subsídios ao desenvolvimento da presente pesquisa foi estudada em um primeiro momento a estrutura organizacional do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, com suas diretorias, centros e órgãos de apoio que têm a atribuição de tratar da saúde e minimizar os riscos de acidentes que estão sujeitos os Bombeiros Militares.

Em um outro ponto são tratadas as legislações específicas que amparam o bombeiro em caso de morte e invalidez, bem como as leis que regem o mundo do trabalho no Brasil.

A partir desse ponto buscou-se apresentar as definições correlatas do estudo, tais como, saúde e doença no trabalho, risco ocupacional, acidente de trabalho, *stress* ocupacional. No contexto das doenças foi abordado sobre as

doenças cardíacas, mentais e relacionados com o sistema locomotor, devido serem as de maior incidências nas relações de trabalho.

Foi necessário, ainda, investigar, por meio de pesquisa documental, quais doenças causaram invalidez e morte dos bombeiros militares do CBMDF, bem como, se estas estão associadas às atividades desempenhadas pelos mesmos.

1.1 TEMA

Morte e invalidez do bombeiro militar: um estudo no Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

A presente pesquisa se propõe a verificar se a morte e a invalidez dos bombeiros militares do CBMDF, ocorridas a partir de 1968, têm relação de causa e efeito com a profissão que exercem.

1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

As atividades desenvolvidas pelos bombeiros militares durante todo o seu ciclo de trabalho concentram vários tipos de riscos que podem estar associados ao aparecimento de doenças ocupacionais.

O bombeiro militar durante sua jornada de trabalho pode entrar em contato com diversos fatores de risco, como por exemplo, no caso da atividade de combate a incêndios, o risco decorrente dos produtos resultantes da combustão; no atendimento pré-hospitalar, o risco de entrar em contato com materiais biológicos oriundos de vítimas contaminadas; nas atividades de treinamento e de preparo físico o risco de doenças ligadas a articulações e estruturas ósseas, dentre outros fatores.

Aliado a esses fatores pode-se acrescentar o tipo de equipamento que o profissional utiliza, para o desempenho de suas atividades, que muitas vezes possui peso elevado. O manuseio diário desses equipamentos pode ocasionar, com o

passar do tempo, posturas inadequadas e flexões impróprias da coluna. Destarte, esses equipamentos podem ocasionar doenças de ordem postural.

Segundo especialistas da Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (apud FUNDACENTRO, 2008) analisaram os riscos de desenvolvimento de câncer na exposição ocupacional nos setores de trabalho que fazem revezamento de turnos, na pintura industrial e no combate ao fogo e relataram que:

Os bombeiros estão expostos a muitos produtos tóxicos da combustão, inclusive muitos agentes cancerígenos conhecidos, prováveis ou possíveis, principalmente benzeno, benzo[a]pireno, 1,3-butadieno e formaldeído. Efeitos respiratórios inflamatórios agudos e crônicos observados em bombeiros poderiam constituir um mecanismo plausível de desenvolvimento de câncer no sistema respiratório. Com base na 'limitada evidência de carcinogenicidade em humanos', o Grupo de Trabalho classificou a exposição ocupacional do bombeiro como possivelmente provocadora de câncer em humanos.

Os fatores anteriormente mencionados, aparentemente, podem não ocasionar doenças no momento da exposição, porém com a repetição no decorrer da carreira do bombeiro militar podem culminar no surgimento de doenças de causa e efeitos diversos, em uma situação extrema, ocasionando a invalidez ou até mesmo a morte.

Outro aspecto importante e preocupante é a questão da saúde mental, os distúrbios relacionados ao trabalho e sua conseqüente rotina. O bombeiro militar, no desempenho de suas atribuições, principalmente nas atividades de treinamento operacional e de socorro propriamente dito, absorve cargas emocionais elevadas conseqüentes de vários fatores, tais como: a adrenalina liberada a cada deslocamento para socorro ou em qualquer atividade de risco; o controle do pânico, a imagem da catástrofe, a responsabilidade de ser a diferença entre a vida e a morte; o gerenciamento psicológico do enfrentamento de situações extremas, a necessidade de ter um bom preparo físico, o desgaste físico e mental, dentre outros, o deixa vulnerável ao acometimento de doenças psíquicas.

A revista Proteção (2008, p. 39) aborda o assunto com a matéria transcrita abaixo com o título "No limite da razão":

Afastamentos por distúrbios mentais relacionados ao trabalho aumentaram 260% nos últimos seis anos:
De difícil diagnóstico, pela ausência de sintomas iniciais, na maioria dos casos, uma epidemia de doenças mentais se alastra silenciosamente. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que entre 30 e

40% da população economicamente ativa sofre de algum tipo de transtorno mental ou de comportamento.

Apesar da discussão quanto aonexo causal entre o trabalho e esse tipo de adoecimento, especialistas concordam que o atual modelo de organização dos processos produtivos, que desconsidera os fatores psicossociais em seu planejamento, é o principal risco para a saúde mental dos trabalhadores. As consequências já aparecem nas estatísticas do INSS: de 2000 a 2006, os afastamentos por distúrbios mentais relacionados ao trabalho aumentaram 260%.

Para que a mente adoça, pouco importa a hierarquia ou o grau de instrução: os transtornos mentais podem atingir agricultores, operários, vigilantes, motoristas, bancários, professores, aeronautas, executivos e profissionais de várias outras categorias. A falta de informação sobre o que pode desencadear um distúrbio mental contribui para que esse tipo de adoecimento ainda seja ignorado pela maior parte das organizações.

O risco é um fator sempre presente na profissão bombeiro militar. Segundo a revista Equipe, os riscos causam nos profissionais o estresse, o sofrimento, o medo, a pressão, a insegurança e a angústia. Estas causas quando agravadas podem evoluir levando o profissional à depressão: “uma doença que compromete o físico, o humor e, em consequência, o pensamento”.

Pela importância do tema a ser estudado surge o seguinte questionamento:

Quais são as doenças relacionadas ao exercício da profissão bombeiro militar, que podem acarretar invalidez laboral ou até mesmo à morte?

1.3 JUSTIFICATIVA

Segundo dados da Diretoria de Pessoal do CBMDF o efetivo atual da Corporação é de 5.890 bombeiros militares, cuja média de idade é de 38 anos e 82% do efetivo possuem dependentes reconhecidos.

Dados da Diretoria de Saúde revelam que na Policlínica da Corporação são catalogados, em média, 580 atestados a cada mês, com períodos de afastamento que variam de um a trinta dias. A cada ano 280 bombeiros militares, em média, permanecem afastados de suas funções, mediante atestados médicos, por períodos prolongados.

Dados da Diretoria de Inativos e Pensionistas (DIP) revela que hoje o efetivo inativo é de 1.815 bombeiros militares.

A cada ano, 552 bombeiros militares são assistidos pelo Centro de Assistência do CBMDF com problemas de ordem psicológica e/ou dependência química.

Há, por exemplo, militares que após atuarem em ocorrências de acidentes envolvendo óbitos e ou vítimas transportadas em estado grave para os hospitais, apresentam quadro emocional alterado, entretanto, não há na Corporação qualquer medida assistencial pós-ocorrência que vise recuperar ou amenizar o impacto causado pelo atendimento de tais ocorrências no estado emocional do militar.

Ainda que empiricamente, pode-se afirmar que tais situações podem desencadear males irreversíveis à saúde do bombeiro militar, especialmente no que se refere a problemas de caráter psicossomático, o que tem contribuído para o surgimento precoce de doenças que acabam resultando na invalidez, ou em situações extremas, no óbito de militares.

Muitos fatores podem estar relacionados com essas situações. Entretanto, não existe no CBMDF estudo voltado para estas questões. Daí a importância em se apurar a existência, ou não, de relação de causa e efeito entre a profissão bombeiro militar e a ocorrência de invalidez laboral ou morte do militar, decorrentes de ações em serviço.

Os resultados obtidos constituirão valiosas informações na tomada de decisão em prol do desenvolvimento de uma cultura voltada para corrigir falhas e adoção de medidas que contemplem criação de estratégias defensivas, na busca de se evitar que o profissional adoença ou que, isso ocorrendo, seja detectado a tempo para tratá-lo e recuperá-lo.

1.4 HIPÓTESE

O presente estudo objetiva identificar fatores e doenças que estejam ligados à ocorrência de invalidez e morte do bombeiro militar do Distrito Federal, quando no desempenho de suas atribuições profissionais.

Buscar-se-á também verificar se as atividades desempenhadas estão associadas a riscos de diversas naturezas que podem ocasionar doenças ocupacionais.

Partindo do pressuposto acima e para responder o problema formulado, a hipótese do presente estudo será: **as ocorrências de invalidez laboral ou mesmo a morte de militares do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal têm relação de causa e efeito nas atividades profissionais desenvolvidas pelos bombeiros militares.**

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo geral

Estudar os fatores que causam invalidez ou morte nos bombeiros militares do CBMDF nos últimos 40 anos.

1.5.2 Objetivos específicos

- a) Realizar levantamento de dados acerca da morte ou agravo da saúde que resulta na invalidez do bombeiro militar em ato de serviço ou em consequência dele.
- b) Apurar os índices de mortes e afastamentos por invalidez, ocorridas em ato de serviço ou em consequência dele.
- c) Elaborar propostas que orientem a adoção de medidas que visem a criação de estratégias defensivas.

1.6 METODOLOGIA

O tipo de pesquisa adotado quanto aos objetivos foi exploratória, que segundo Andrade (2008), proporciona maiores informações sobre o assunto que se

vai investigar, orienta a fixação dos objetivos e das hipóteses e avalia-se a possibilidade de desenvolver um bom trabalho, estabelecendo-se os critérios a serem adotados, os métodos e as técnicas adequados.

Quanto ao objeto, o tipo de pesquisa, foi bibliográfica. Segundo Andrade (2008), todo trabalho científico deve ter respaldo de uma pesquisa bibliográfica, que foi realizada consultando-se livros, artigos em revistas científicas, relatórios técnicos, registros estatísticos e publicações em *sites*.

A técnica de pesquisa empregada foi a documental. De acordo com Andrade (2008) a coleta de dados para uma pesquisa documental poderá ser realizada em bibliotecas, mas o pesquisador deverá recorrer a arquivos públicos ou particulares, fontes estatísticas, processos etc. As fontes estatísticas e os processos poderão ser localizados nos arquivos de empresas ou entidades públicas.

O método utilizado foi o hipotético-dedutivo que é considerado lógico por excelência, pois na visão de Andrade (2008) fundamenta-se na observação.

1.6.1 Universo da pesquisa

A população do presente estudo foi composta por 672 processos de bombeiros militares acometidos por invalidez e 440 por morte no período de 1968 a 2008.

1.6.2 Amostra

A amostra do estudo foi constituída por 599 processos de bombeiros militares acometidos por invalidez e 351 por morte no período de 1968 a 2008.

Foram excluídos os processos que se encontram no Tribunal de Contas do Distrito Federal, os quais aguardam julgamento e os processos que continham dados insuficientes para a pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este referencial teórico tem por objetivo apresentar subsídios, ao desenvolvimento da presente pesquisa, que visa estudar as causas das mortes e invalidez do bombeiro militar do Distrito Federal, nos últimos quarenta anos, e suas relações com as atividades e atribuições dos profissionais.

Inicialmente serão apresentadas as atribuições do CBMDF previstas em lei federal, em seguida as teorias e termos importantes para melhor entendimento e esclarecimento do que está sendo estudado.

2.1 O CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL

2.1.1 Contextualização histórica do CBMDF

A origem dos Corpos de Bombeiros remonta à antiguidade. Uma das primeiras organizações de combate ao fogo de que se tem notícia foi criada na antiga Roma. Augusto, que se tornou Imperador em 27 a.C., formou um grupo de "*vigiles*".

Esses "*vigiles*" patrulhavam as ruas para impedir incêndios. Sabe-se muito pouco a respeito do desenvolvimento das organizações de combate ao fogo na Europa até o grande incêndio de Londres em 1666. Esse incêndio destruiu grande parte da cidade e deixou milhares de pessoas desabrigadas. Antes do incêndio, Londres não dispunha de um sistema organizado de proteção contra o fogo. Após o incêndio, as companhias de seguro da cidade começaram a formar brigadas particulares para proteger as propriedades de seus clientes.

Em 2 de julho de 1856 o Imperador Dom Pedro II assinou o Decreto Imperial nº 1.775. Este Decreto reuniu numa só Administração as diversas seções que até então existiam para o Serviço de Extinção de Incêndios, nos Arsenais de Marinha e Guerra, Repartição de Obras Públicas e Casa de Correção, sendo, assim,

criado e organizado o Corpo Provisório de Bombeiros da Corte sob a jurisdição do Ministério da Justiça.

Em 1960, com o advento da mudança da Capital Federal para Brasília, e com o que ficou estabelecido a partir da Lei 3.752, de 14 de abril de 1960, foi disposta a organização do Corpo de Bombeiros do Distrito Federal.

2.1.2 A organização básica do CBMDF

Em 20 de novembro de 1991 foi promulgada a Lei Federal nº 8.255, que dispõe sobre a Organização Básica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Ainda nesse ano, em 6 de dezembro, a Lei Federal nº 8.258/1991 fixou o efetivo do CBMDF em 6.600 bombeiros militares.

Atualmente o CBMDF possui um total de 26 unidades de atendimento a emergências, estrategicamente distribuídas em todo o território do Distrito Federal, atendendo de forma eficaz e eficiente toda a sua população.

As atribuições do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal previstas na Lei nº 8.255, de 20 de novembro de 1991, que dispõe sobre a organização básica, prevê as competências a seguir transcritas:

Art. 1º O Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, organizado com base na hierarquia e na disciplina, em conformidade com as disposições contidas no Estatuto dos Bombeiros Militares da Corporação, destina-se a realizar serviços específicos de bombeiros na área do Distrito Federal.

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

I - realizar serviços de prevenção e extinção de incêndios;

II - realizar serviços de busca e salvamento;

III - realizar perícias de incêndio relacionadas com sua competência;

IV - prestar socorros nos casos de sinistros, sempre que houver ameaça de destruição de haveres, vítimas ou pessoas em iminente perigo de vida;

V - realizar pesquisas técnico-científicas, com vistas à obtenção de produtos e processos, que permitam o desenvolvimento de sistemas de segurança contra incêndio e pânico;

VI - realizar atividades de segurança contra incêndio e pânico, com vistas à proteção das pessoas e dos bens públicos e privados;

VII - executar atividades de prevenção aos incêndios florestais, com vistas à proteção ambiental;

VIII - executar as atividades de defesa civil;

IX - executar as ações de segurança pública que lhe forem cometidas por ato do Presidente da República, em caso de grave comprometimento da ordem pública e durante a vigência do estado de defesa, do estado de sítio e de intervenção no Distrito Federal.

A estrutura organizacional da Corporação é definida de forma verticalizada, com órgãos de direção, órgãos de apoio e órgãos de execução. Os órgãos de direção são encarregados do comando e da administração geral, com atribuições, ainda, de acionar, coordenar, controlar e fiscalizar a atuação dos órgãos de apoio e de execução. Os órgãos de apoio atendem às necessidades de pessoal, de material e de serviços de toda a corporação, realizando tão-somente às suas atividades-meio. Os órgãos de execução realizam as atividades-fins, cumprindo as missões e as destinações, mediante a execução de diretrizes e ordens emanadas dos órgãos de direção.

A seguir serão apresentados os setores que compõem a estrutura organizacional da Corporação, ressaltando que todas as atividades desenvolvidas pelos diversos setores da Corporação são realizadas por bombeiros militares.

a) Comando Geral

O Comando Geral é constituído do Comandante-Geral e dos órgãos de direção, que são o Estado-Maior-Geral, como órgão de direção geral, as Diretorias, como órgãos de direção setorial, a Ajudância Geral, como órgão auxiliar nas funções administrativas, a Auditoria, como órgão fiscalizador e o Gabinete do Comandante, como órgão de assessoramento direto ao Comandante-Geral.

b) Estado-Maior-Geral (EMG)

O Estado-Maior-Geral é o órgão de direção geral, responsável perante o Comandante-Geral pelo estudo, planejamento, coordenação, fiscalização e controle de todas as atividades da corporação, e possui a seguinte estrutura:

- Chefia do Estado-Maior-Geral e secretaria;
- 1ª Seção do EMG – Legislação e estudo de política de pessoal;
- 2ª Seção do EMG – Inteligência, supervisão e orientação;
- 3ª Seção do EMG – Planejamento e diretrizes Operacionais;
- 4ª Seção do EMG – Planejamento de Logística e de modernização administrativa e operacional;
- 5ª Seção do EMG – Relações Públicas e comunicação social;
- 6ª Seção do EMG – Planejamento orçamentário; e
- 7ª Seção do EMG – Normatização, pesquisa técnicas e periciais;

c) Diretorias

A Diretoria é um órgão de direção setorial e se organizada sob a forma de

sistema. Tem a competência de realizar o planejamento, a orientação, o controle, a coordenação, a fiscalização e a execução das atividades, dos programas e dos planos relativos às estratégias setoriais específicas. As diretorias que fazem parte da estrutura são as seguintes:

- Diretoria de Pessoal (DP) – política de pessoal;
- Diretoria de Apoio Logístico (DAL) – aquisição, locação de materiais e contratações em geral;
- Diretoria de Finanças (DF) – controle orçamentário;
- Diretoria de Ensino e Instrução (DEI) – ensino em geral cursos, estágios etc;
- Diretoria de Serviços Técnicos (DST) – análise de projetos de incêndio/vistorias, alvarás e perícias de incêndio;
- Diretoria de Inativos e Pensionistas (DIP) – política de pessoal inativo;
- Diretoria de Saúde (DS) – assistência médica, odontológica, farmacêutica e sanitária.

As atribuições da DIP estão diretamente ligadas ao foco do estudo e são definidas no artigo 25 do Decreto 16.036/1994:

Art. 25 - A Diretoria de Inativos e Pensionistas, órgão diretivo-executivo do sistema de pessoal inativo, é responsável pela coordenação, fiscalização, controle e execução da política de pessoal inativo e pensionistas militares da Corporação, tendo, ainda, as seguintes competências orgânicas:

I - instruir e complementar os processos de reforma e pensões militares, remetendo-os ao Tribunal de Contas do Distrito Federal para julgamento;

[...]

IV - preparar atos de reforma do pessoal da reserva remunerada, nas situações previstas no Estatuto do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal;

V - preparar atos de revisão de reformas e ou de proventos, submetendo-os a apreciação do Comandante-Geral;

VI - baixar atos de concessão de pensão militar aos beneficiários dos ex-militares;

[...]

VIII - exercer outras competências que lhe forem cometidas pelo Comandante-Geral.

Na estrutura organizacional do CBMDF a Policlínica está subordinada à Diretoria de Saúde, que é um órgão que tem suas atribuições diretamente ligadas ao foco do presente estudo. A Policlínica é o órgão de apoio do sistema de saúde, incumbida da assistência médica, odontológica, farmacêutica e sanitária da família bombeiro militar, conforme dispuser a lei.

O Decreto 16.036/1994 define as competências orgânicas do órgão que são:

- I - executar as atividades médico-ambulatoriais, odontológicas, farmacêuticas, sanitárias e psicológicas;
- II - executar inspeções de saúde dos militares da Corporação e de seus dependentes legais, emitindo os respectivos laudos;
- III - assessorar a Diretoria de Saúde, quando solicitada, na elaboração do pedido de aquisição de material para sua área;
- IV - emitir laudos e pareceres técnicos em questões de saúde;
- V - executar os serviços da Junta de Inspeção de Saúde necessária ao cumprimento da legislação;
- VI - constituir e manter registro médico-sanitário do pessoal do Corpo de Bombeiros e seus dependentes;
- VII - executar a instauração de Inquérito Sanitário de Origem;
- VIII - compor Junta Superior de Saúde, a nível de recurso, atendendo ordem legal; e
- IX - exercer outras competências que lhe forem determinadas.

d) Centros

Os Centros constituem os órgãos de apoio, incumbidos de fornecer suporte ao Comando Geral, com vistas ao atingimento das políticas traçadas pelo Comandante-Geral e ao cumprimento das missões da Corporação.

- Centro de Manutenção (CEMAN);
- Centro de Suprimento de Materiais (CSM);
- Centro de Altos Estudos, Comando, Direção e Estado Maior (CAECDDEM)
- Centro de Formação e Aperfeiçoamento de Praças (CEFAP);
- Centro de Treinamento Operacional (CTO);
- Centro de Investigação e Perícia de Incêndio (CIPI);
- Centro de Informática (CINF);
- Centro de Assistência (CA).

Dentre os órgãos de apoio destaca-se o Centro de Assistência, que é responsável por promover ações voltadas para a saúde do bombeiro militar. É um órgão de apoio do sistema de pessoal, subordinado à Diretoria de Pessoal, destina-se a atender às necessidades assistenciais, dentro dos limites legais e da disponibilidade de recursos humanos, tendo, ainda, as seguintes competências orgânicas, definidas pelo Decreto 16.036/1994:

- I - planejar, coordenar, controlar, fiscalizar e executar as atividades de assistência social, psicológica, jurídica e religiosa;
- II - promover medidas que visem a sociabilização e bem-estar dos servidores, bem como pela higiene e segurança dos locais de trabalho;

- III - promover, em conjunto com as Seções de Movimentação de Pessoal e de Justiça e Disciplina, pesquisas e estudos das causas dos desajustamentos no trabalho, aplicando as correspondentes medidas preventivas;
- IV - diagnosticar e eliminar ou minimizar as causas e ou focos de desajustamentos psicológicos e sociais;
- V - promover estudos das causas das ausências ao serviço e do baixo rendimento no trabalho, sugerindo as medidas gerais ou individuais a níveis aceitáveis;
- VI - identificar as causas de acidentes profissionais e indicar medidas corretivas;
- VII - proporcionar assistência jurídica gratuita aos bombeiros-militares e civis da Corporação, nos casos decorrentes do desempenho da atividade-fim;
- VIII - proporcionar assistência religiosa e espiritual aos bombeiros-militares e civis da Corporação e respectivas famílias, bem como, complementar a educação moral e cívica da tropa;
- IX - elevar o moral individual do militar e possibilitar-lhe um convívio harmonioso e fraternal em sua comunidade, proporcionar-lhe ainda, oportunidade de praticar a sua religião, satisfazer o imperativo de sua fé, e, bem ainda, realçando-lhe o caráter e o valor profissional;
- X - identificar e propor medidas para eliminar as causas dos desajustes conjugais e do alcoolismo; e
- XI - executar outras competências que lhe forem cometidas pelo Diretor de Pessoal.

e) Comando Operacional

O Comando Operacional é responsável pelo planejamento da execução da atividade fim e é composto por uma secretaria, um estado maior com cinco seções.

As unidades operacionais na estrutura do Comando Operacional são representadas por Batalhões e Companhias Regionais.

O CBMDF possui três Batalhões de Busca e Salvamento, quatro Batalhões de Incêndio e 21 Companhias Regionais de Incêndio e uma Companhia de Guarda e Segurança.

Todas as cidades satélites do Distrito Federal possuem em sua estrutura administrativa pelo menos uma unidade operacional do corpo de bombeiros, representando a cobertura no atendimento a emergências e desastres em todo o território do Distrito Federal.

2.1.3 Principais atividades e serviços realizados pelo CBMDF X fatores de riscos envolvidos

As atividades do CBMDF estão diretamente relacionadas com sua competência legal.

O art. 144, inciso V, da Constituição Federal de 1988 dispõe que o CBMDF é órgão de segurança pública encarregado da preservação da incolumidade das pessoas e do patrimônio. Em seu § 5º, a Carta Magna brasileira reza que aos corpos de bombeiros militares, além das atribuições definidas em lei, incumbe a execução de atividades de defesa civil.

A lei que define as atribuições do CBMDF é a Lei nº 8.255, de 20 de novembro de 1991 (dispõe sobre a organização básica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal e dá outras providências), a qual prescreve que a Corporação destina-se a realizar serviços específicos de bombeiros na área do Distrito Federal. Esta lei, bem como os artigos 1º e 2º, que tratam da competência e atribuições institucionais, já foi citada no item 2.1.1 deste trabalho.

Cada um dos serviços e atividades citadas tem suas particularidades e especificidades. Abordamos, a seguir, algumas dessas atividades e suas relações com fatores de risco que podem vir a provocar o afastamento do servidor de sua atividade laboral.

2.1.3.1 Os serviços de prevenção e extinção de incêndios

Uma das definições mais simples de incêndio é a que encontramos nos manuais técnicos utilizados nos cursos de formação, aperfeiçoamento e especialização de bombeiros. Nestes manuais, o incêndio é definido como “fogo que foge ao controle do homem destruindo vidas e o patrimônio”.

Ferreira (2008) traz o seguinte significado de incêndio: “sm 1. Ato ou efeito de incendiar. 2. Fogo que lavra com intensidade, destruindo e, às vezes, causando prejuízos; queima”.

Entretanto, a definição de incêndio que mais contribui para nossa pesquisa é a apresentada pela Wikipédia:

Um incêndio é uma ocorrência de **fogo** não controlado, que pode ser extremamente perigosa para os seres vivos e as estruturas. A exposição a um incêndio pode produzir a **morte**, geralmente pela inalação dos gases, ou pelo desmaio causado por eles, ou posteriormente, pelas **queimaduras** graves. (grifo nosso).

Combater incêndios é umas das tarefas que mais expõem os bombeiros militares a situações de riscos. Esta atividade requer a utilização de diversos equipamentos de proteção individual (EPIs), além do emprego de técnicas adequadas à situação encontrada associada a uma tática que possibilite uma operação segura, eficiente, eficaz e efetiva.

Daí a importância da atividade de prevenção dos incêndios, uma das áreas de atuação das corporações de bombeiros que atualmente mais se desenvolvem, cujo objetivo é o de reduzir o número de ocorrências e reduzir substancialmente suas conseqüências danosas.

Entende-se como prevenção de incêndios uma série de medidas utilizadas para eliminar ou controlar os riscos de incêndios, suas causas, os meios de propagação e os fatores necessários para que eles ocorram.

As cidades, assim como as estruturas das edificações, estão cada vez mais complexas exigindo das organizações um trabalho focado em pesquisas para garantir a qualidade dos serviços.

Baseadas nessa necessidade, as corporações desenvolvem estudos minuciosos na área de segurança contra incêndio e pânico que, normalmente, redundam em normas técnicas e legislações que se destinam a cumprir com o objetivo de se reduzir os casos de incêndios e seus efeitos.

Uma frase bastante utilizada nas corporações de bombeiros pelas pessoas que trabalham nessa área é que se precisa “apagar o incêndio na prancheta”, ou seja, elaborar normas eficientes e eficazes que realmente evitem que o incêndio aconteça.

Há que se considerar, que a despeito da adoção de todas as medidas preventivas recomendadas, o incêndio ainda pode acontecer.

Por isso, associados às ações de prevenção e combate aos incêndios, os corpos de bombeiros vêm investindo cada vez mais esforços e recursos na investigação das suas causas.

Essa atividade, desenvolvida com o auxílio de análises laboratoriais e técnicas apuradas, auxilia o trabalho de determinação de causas, o que resulta na emissão de laudos e pareceres, que podem vir a subsidiar decisões no sentido de se alterar ou adequar determinadas técnicas operacionais, além de possibilitar o desenvolvimento de novos EPIs e, em situações extremas, propostas de produtos do sistema de engenharia de segurança desenvolvidos com materiais antichama ou retardantes de sua propagação, por exemplo.

2.1.3.2 O serviço de busca e salvamento

Ferreira Júnior e Souza (1995) asseveram que a atividade de proteção é ainda mais antiga que o próprio combate ao fogo, visto que nossos ancestrais, embora não conhecessem os métodos de combate às chamas, já praticavam, talvez por instinto, a proteção, retirando seus poucos pertences das chamas ou dos lugares ameaçados pelo fogo.

No CBMDF, a atividade de proteção surgiu como idéia no ano de 1926, ou seja, somente 70 anos após sua criação, tendo sido denominada de Serviço de Salvamento e Proteção nos Incêndios (FERREIRA JÚNIOR; SOUZA, 1995).

Em sua obra Glossário de Defesa Civil, Estudos de Riscos e Medicina de Desastres, Castro (1998, p. 239) define salvamento como: “1. Assistência imediata prestada a pessoas feridas em circunstâncias de desastre. 2. Conjunto de operações com a finalidade de colocar vidas humanas e animais a salvo e em lugar seguro”.

A atividade de salvamento se classifica em salvamento terrestre, salvamento aquático e salvamento em altura ou aéreo. Esta classificação leva em consideração o meio no qual a atividade é realizada.

Cada uma das modalidades de salvamento apresenta riscos potenciais, o que requer que os bombeiros militares satisfaçam condições básicas inerentes a todas elas que são:

- a) o treinamento, que consiste em manter-se sempre em condições físicas e psíquicas ideais;
- b) a segurança, que é um conjunto de precauções adotadas antes, durante e após a realização da atividade, mesmo que se trate apenas de treinamento, a fim de se evitar qualquer tipo de dano ao bombeiro, à vítima e aos equipamentos;
- c) o tempo, aqui entendido como o momento certo de se realizar cada ação, uma questão fundamental que pode representar a diferença entre a vida e a morte;
- d) a avaliação do grau de risco, o que vai determinar ao bombeiro se a ação a empreender é ou não urgente;

- e) a seqüência das ações a empreender, que deve seguir rigorosamente a seguinte ordem:
- localizar a vítima,
 - alcançar a vítima,
 - afastar a vítima do perigo ou o perigo desta,
 - prestar os primeiros socorros a vitima e
 - transportá-la, o que, dependendo do estado geral da vítima pode ser feito concomitantemente.

Na modalidade de salvamento terrestre os riscos vão desde exposição ao calor, à ação direta das chamas, e a vapores, gases tóxicos e ambientes pobres em oxigênio, até impactos de outros corpos provocando cortes e/ou perfurações, descargas elétricas ou constato com substâncias perigosas diversas.

A queda de locais elevados é um risco diretamente associado à atividade de salvamento em altura e causa bastante freqüente de baixas de bombeiros, inclusive durante os treinamentos. Acompanhando a tendência nacional, a atividade se modernizou no CBMDF que conta, hoje, com um batalhão destinado a lhe dar apoio aéreo. O Batalhão de Aviação Operacional do CBMDF conta com helicópteros e aviões de pequeno porte que atendem a casos mais graves que necessitam da rápida remoção dos feridos, normalmente em estado grave, para hospitais de referência. Embora essa situação represente um avanço para a Corporação e para a comunidade que se serve de seus serviços, lamentavelmente, ela faz parte, de forma negativa, das estatísticas de mortes de bombeiros em serviço, devido a um grave acidente ocorrido no mês de agosto de 2007, onde a queda de um helicóptero operacional levou a óbito três jovens e experientes bombeiros.

Também a atividade de salvamento aquático apresenta seus riscos. O mais importante é o fato de se estar lidando com um meio com o qual não somos familiarizados, tanto que o homem não pode respirar debaixo d'água, o que vem a ser a principal atividade desta modalidade de salvamento, ou seja, resgatar vítimas de afogamentos. Nessa situação, o treinamento e os EPIs utilizados são o diferencial. O nível de exigência do treinamento do bombeiro que deseja ser mergulhador é tão alto que não raro militares são desligados do curso por problemas de doenças do aparelho respiratório. Outra conseqüência indesejada do treinamento de mergulho, até então inédita na história do CBMDF, é o óbito do bombeiro por

causas diversas, como, infelizmente ocorreu durante a realização do Curso de Mergulhador Autônomo (CMAut) do ano de 2008, em que foi vítima fatal mais um jovem bombeiro.

2.1.3.3 A atividade de atendimento pré-hospitalar

Como vimos no tópico anterior, prestar os primeiros socorros às vítimas é uma das condições básicas da atividade de busca e salvamento.

A partir do início da década de 1980 essa atividade ganhou importância no CBMDF resultando na criação de equipes especialmente treinadas e na concepção de veículos de bombeiros próprios para a atividade. As primeiras unidades táticas de emergência (UTE), denominação dada a esses veículos, eram bastante rústicas e com poucos recursos materiais. Montados em veículos do tipo Veraneio, possuíam apenas uma maca, luvas de procedimentos, esparadrapos e gases, ou seja, o mínimo necessário para o atendimento a uma vítima. Como filosofia inicial de trabalho os veículos tinham que possuir, também, materiais próprios para o desencarceramento de vítimas presas nas ferragens. Numa cidade em que o trânsito fluía muito bem e ainda sem os controladores eletrônicos de velocidade, a atividade privilegiava a emoção e a transpiração, em detrimento da boa técnica e da segurança dos bombeiros militares integrantes das guarnições, tanto que vez ou outra uma dessas viaturas encontrava em seu caminho um poste ou uma árvore, lesionando, em alguns casos seriamente, os militares.

Com o passar do tempo a atividade foi sendo aprimorada, os bombeiros foram sendo capacitados em cursos mais bem estruturados, a Corporação passou a adquirir equipamentos e materiais modernos para a atividade e por fim foram criadas no CBMDF unidades especializadas destinadas ao atendimento pré-hospitalar denominadas Companhias Independentes de Emergências Médicas, transformadas posteriormente em Batalhão de Busca e Salvamento – Emergências Médicas.

Com a criação das unidades especializadas o termo “primeiros socorros” passou a integrar o rol de ações denominados de atendimento pré-hospitalar, ou simplesmente, APH. Para Castro (1998, p. 213), pré-hospitalar é a “atividade médica

desenvolvida pelo escalão pré-hospitalar. Escalão sanitário constituído por todas as unidades e instalações móveis ou fixas de saúde, que atuam em condições de emergência, antes do ingresso do paciente no hospital”.

A atividade de APH envolve o atendimento de casos de trauma e casos clínicos. O trauma é caracterizado pela presença de lesão a órgãos e tecidos do indivíduo por um fator externo a ele, por exemplo, um acidente de trânsito, a ingestão acidental de veneno, a perfuração por objetos cortantes, etc., enquanto os casos clínicos referem-se geralmente a doenças e fraturas leves.

No CBMDF esse tipo de atendimento é feito por bombeiros com treinamento específico denominados socorristas. O Manual de Atendimento Pré-Hospitalar (CBMDF, 2007), utilizando a definição do Manual do Curso para Instrutores de APH – Básico, da OFDA/USAID, ensina que o socorrista é a pessoa tecnicamente capacitada e habilitada para, com segurança, avaliar e identificar problemas que comprometam a vida. Cabe ao socorrista prestar o adequado socorro pré-hospitalar e transportar o paciente sem agravar as lesões já existentes.

As principais atribuições inerentes à função do socorrista são:

- a) ter conhecimento técnico e capacidade para oferecer o atendimento necessário;
- b) aprender a controlar suas emoções;
- c) ser paciente com as ações anormais ou exageradas daqueles que estão sob situação de estresse; e ter capacidade de liderança para dar segurança e conforto ao paciente (CBMDF, 2007).

Assim como as atividades e serviços vistos até aqui, a atividade de APH também representa uma série de riscos aos bombeiros que as executa. Corroborando com essa assertiva, o Manual de APH (CBMDF, 2007, p. 16) define que:

As responsabilidades do socorrista, no local da emergência, incluem o cumprimento das seguintes atividades:

- a) utilizar os equipamentos de proteção individual (EPIs);
- b) controlar o local do acidente de modo a proteger a si mesmo, sua equipe, o paciente e prevenir outros acidentes;
- c) []
- d) obter acesso seguro ao paciente e utilizar os equipamentos necessários para a situação;
- e) identificar os problemas utilizando-se das informações obtidas no local e na avaliação do paciente;
- f) proporcionar assistência de acordo com seu treinamento;

- g) decidir quando a situação exige a mobilização ou mudança da posição ou local do paciente (os procedimentos devem ser realizados com técnicas que evitem ou minimizem os riscos de lesões adicionais);
- h) solicitar, se necessário, auxílio de terceiros presentes no local da emergência e coordenar as atividades.

2.1.3.4 Atividades de Defesa Civil

Castro (1998), define que a atividade de Defesa Civil é o conjunto de ações preventivas, de socorro, assistenciais e reconstrutivas destinadas a evitar ou minimizar os desastres, preservar o moral da população e restabelecer a normalidade social.

Visa prestar socorros nos casos de sinistros, calamidades públicas, catástrofes, sempre que haja ameaça de destruição de haveres, vítimas ou pessoa em iminente perigo de vida.

Os Corpos de Bombeiros são os órgãos de execução das ações preventivas e de socorro nas fases da Defesa Civil, quando presta as ações de busca e salvamento, combate a incêndio e outros.

2.2 LEGISLAÇÃO CORRELACIONADA COM A MORTE E INVALIDEZ DO BOMBEIRO MILITAR

Neste tópico será mencionada a principal legislação que versa sobre a saúde, a passagem para a inatividade, seja em razão de invalidez ou de morte, referente ao bombeiro militar.

No que se refere à saúde em seu contexto global, a Constituição Federal Brasileira de 1988, expressa no seu artigo 196 que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A Lei 8080/99, por sua vez, afirma em seu artigo 2º, parágrafo 3º:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o **trabalho**, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (grifo nosso).

O Decreto Distrital nº 10.174/1987, que regulamenta as promoções de praças no CBMDF, também dispõe sobre as conseqüências jurídicas decorrentes da morte de militares bem como dos casos de invalidez e outros afastamentos por motivo de saúde. Vale destacar o art. 41, que possui a seguinte redação:

Art. 41 - A promoção "post mortem" é efetivada quando a Praça Bombeiro Militar falecer em uma das seguintes situações:

I - no desempenho de missão profissional de Bombeiro-Militar e/ou de manutenção da ordem pública;

II - em conseqüência de ferimento recebido no desempenho de missão profissional de Bombeiro-Militar, manutenção da ordem pública ou doença, moléstia, ou enfermidade contraídas nessas situações, ou que nelas tenham causa eficiente;

III - em acidente de serviço, ou em conseqüência de doença, moléstia ou enfermidade que nele tenha sua causa eficiente.

§ 1º - A Praça Bombeiro Militar será, também, promovida se ao falecer estiver incluída no Quadro de Acesso de Antigüidade ou Merecimento, e satisfazia às condições dos artigos 12 e 13, respectivamente, e integrava a faixa dos que tenha sido incluído, consideradas as vagas existentes na data do falecimento.

§ 2º - A promoção que resultar de qualquer das situações estabelecidas nos incisos I, II e III deste artigo, independerá daquela prevista no Parágrafo primeiro.

§ 3º - Os casos de morte por ferimento, doença, moléstia ou enfermidade, referidos neste artigo, serão comprovados por Atestado de Origem ou Inquérito Sanitário de Origem, sendo os termos do acidente, baixa a hospital, papeletas de tratamento nas enfermarias e hospitais e os registros de baixa utilizados como meios subsidiários para esclarecer a situação.

§ 4º - No caso de falecimento da Praça Bombeiro Militar, a promoção por bravura exclui a promoção "post mortem" que resultaria da conseqüência do ato de bravura.

O Decreto Distrital nº 11.595/1989 regulamenta o retorno ao serviço ativo de bombeiro-militar reformado, cessada sua incapacidade física definitiva. Interessante destacar seu artigo 1º, que prevê o seguinte:

Art. 1º - O bombeiro-militar reformado por incapacidade física definitiva em virtude de ferimento, acidente, doença, moléstia ou enfermidade, cujo tratamento, por evolução da medicina ou outro motivo, venha a recuperação para o Serviço Ativo, poderá ser inspecionado ou requerer inspeção de saúde, por Junta Superior de Saúde, em grau de recurso ou de revisão, para fins de retorno ao Serviço Ativo.

A importância do Decreto Distrital nº 16.036/1994, que regulamenta a Lei de Organização Básica do CBMDF, em seu art. 25 dispõe sobre a DIP, de forma que os militares que passam à inatividade por qualquer motivo ou falecem bem como os beneficiários (pensionistas) têm suas situações gerenciadas por esta diretoria, por meio de processos administrativos próprios.

No caso de o bombeiro militar sofrer qualquer acidente ou adoecimento é submetido à perícia médica.

As perícias médicas no CBMDF são regulamentadas pelo Decreto nº 24.559/2004, tem sua finalidade descrita no art. 1º, que assim dispõe:

Art. 1º O presente regulamento tem por finalidade disciplinar o Sistema de Perícias Médicas do Corpo de Bombeiros Militar (SPM/CBMDF), definindo estruturas, atribuições, competências e procedimentos relativos às atividades médico-periciais, praticadas pelas Juntas de Inspeção de Saúde (JIS) e pelos Médicos Peritos (MP), além do que prevê a legislação em vigor.

Quando constatado problema de saúde que haja suspeita de ser decorrente de acidente em serviço, obrigatoriamente deverão ser lavrados documentos que comprovem e conseqüentemente amparam o militar. Esses documentos são denominados Sanitários de Origem.

O Decreto nº 26.604/2006, que aprova as instruções reguladoras dos Documentos Sanitários de Origem (DSO), para a Polícia Militar e o CBMDF dispõe no art. 1º o seguinte:

Art. 1º Estas instruções tem por objetivo regular a confecção e o processamento dos documentos comprobatórios das incapacidades físicas, temporárias ou definitivas, oriundas de acidentes ocorridos em conseqüência de ato de serviço, do pessoal integrante da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

No caso de invalidez e morte a legislação do CBMDF prevê auxílios financeiros que garantem a subsistência do militar. A Lei Federal nº 10.486/2002 define as remunerações e vantagens financeiras em caso de inatividade, destacando-se os auxílios invalidez e auxílio funeral.

O Capítulo IV desta lei trata dos incapacitados, dispondo o seguinte:

Art. 24. O militar incapacitado terá seus proventos calculados sobre o soldo integral do posto ou graduação em que foi reformado, na forma da legislação em vigor e os adicionais e auxílios a que fizer jus, quando reformado pelos seguintes motivos:

- I - ferimento recebido em serviço ou na manutenção da ordem e segurança pública ou por enfermidade contraída nessa situação ou que nelas tenha sua causa eficiente;
- II - acidente em serviço;
- III - doença tendo relação de causa e efeito com o serviço;
- IV - por moléstia profissional, doença grave, contagiosa ou incurável, desde que torne o militar total ou permanentemente inválido para qualquer trabalho.

O Estatuto dos Bombeiros Militares do Distrito Federal foi aprovado pela Lei nº 7.479/1986, também trata dos auxílios previstos nesses casos. Destaca-se, o art. 55, que assim dispõe:

Art 55. O auxílio-invalidez, atendidas as condições estipuladas na lei específica que trata da remuneração dos bombeiros-militares, será concedido ao bombeiro-militar que, quando em serviço ativo, haja sido ou venha a ser reformado por incapacidade definitiva e considerado inválido, total e permanentemente, para qualquer trabalho que o impossibilite de prover a própria subsistência.

Consciente do risco envolvido na atividade desenvolvida pelo bombeiro militar, o Governo do Distrito Federal estabeleceu mediante a Lei Distrital nº 935/1995 a concessão aos policiais militares e bombeiros militares a gratificação de risco de vida. Seu art. 1º dispõe que:

Art. 1º - Fica o Governo do Distrito Federal autorizado a conceder aos Policiais Militares e Bombeiros Militares do Distrito Federal a gratificação de risco de vida, na forma do Art. 7º, inciso XXIII da Constituição Federal.

Vale ressaltar que esta lei distrital ainda não foi implementada em nível federal.

Outro ponto importante a ser destacado é o amparo a família em caso de invalidez ou morte do bombeiro. O Decreto Presidencial nº 49.096/1960 regulamenta as pensões militares, benefícios que são pagos mensalmente nos casos de falecimento do contribuinte. O art. 1º prevê que:

Art 1º. A pensão militar de que trata este regulamento é o benefício criado pela Lei nº 3.765, de 4 de maio de 1960, em favor dos beneficiários dos contribuintes que ela especifica.

Também há de se destacar o Decreto nº 9.490/1986 que prevê o agraciamento com a medalha denominada “Sangue de Brasília”, nos casos de acidentes ou ferimentos no exercício da função. Não tem maior relevância para a

saúde, mas vale ressaltar a demonstração de que o Estado preocupa-se em reconhecer e manifestar os casos em que os bombeiros sofreram algum tipo de acidente em atendimento emergencial.

2.3 RELATÓRIO DO TESTE DE APTIDÃO FÍSICA DO CBMDF (2007)

No ano de 2007 o CBMDF realizou um trabalho inédito de levantamento de dados sobre a saúde física do bombeiro militar, durante a realização do Teste de Aptidão Física (TAF).

O relatório do TAF foi publicado no Boletim Geral do CBMDF nº 198, de 17 de outubro de 2007.

O TAF é aplicado anualmente, de caráter obrigatório para todo bombeiro militar da ativa, salvo nos casos de afastamentos regulamentares. Foi aplicado em 4.839 bombeiros militares dos 6.013 existentes na época. Dentre os testes e avaliações aplicados, podemos destacar a Avaliação Antropométrica que, segundo a OMS, é um dos métodos mais utilizados para avaliar a estrutura corporal.

A OMS classifica que para a Avaliação Antropométrica calculam-se o Índice de Massa Corporal (IMC), o Índice de Cintura Quadril (ICQ) e o percentual de gordura de cada indivíduo.

O relatório da comissão constatou que dos 4.839 militares que realizaram o TAF, 1.457 apresentaram risco de desenvolvimento de complicações metabólicas associado ao perímetro da cintura, e 2.139 foram classificados como alto ou muito alto no Índice Cintura Quadril (ICQ), 590 tiveram o Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 30, ou seja, 12,19% estão classificados como obesos e 925 foram considerados gordos pela porcentagem de gordura, representando 20%. Somando o ICQ com o IMC resulta em 32% do efetivo classificado como sedentários.

Concluiu-se no relatório, que a condição física dos militares do CBMDF está aquém do padrão de referência aceito na Comunidade Científica (Modelo Teórico de Behnke). Vale salientar que este padrão refere-se à população geral sem considerar que a profissão de bombeiro militar requer uma aptidão física diferenciada da comunidade para o cumprimento da missão fim.

2.4 AS PRINCIPAIS DEFINIÇÕES RELACIONADAS COM A MORTE E INVALIDEZ NO TRABALHO

Inicia-se este tópico com as idéias de Ribeiro (1999 apud MOREIRA, 2007), que encontra relatos de doenças e mortes no trabalho entre escravos e servos desde a era cristã, nos impérios grego e romano. Para o autor estas ocorrências tornaram-se mais freqüentes na idade média, no período do mercantilismo em função da expansão do comércio tendo-se agravado com a revolução industrial pela exploração do homem pelo trabalho.

No mundo contemporâneo Mendes, Borges e Ferreira (2002), afirmam que as novas formas de organização do trabalho que surgiram para acompanhar a acelerada incorporação da nova tecnologia foram, sem dúvida, eficazes na viabilização do aumento potencial da produtividade, mas não evitaram potenciais efeitos danosos à saúde física e mental dos trabalhadores.

Sêcco et al. (2004) afirmam que seja qual for a abordagem metodológica relativa ao conhecimento dos agravos sofridos por profissionais, esta traduz a realidade da situação do trabalho e das relações existentes entre este e a saúde dos trabalhadores. Trata-se, portanto, de ferramenta indispensável para a concretização do objetivo maior que é a promoção da saúde, sendo merecedoras de atenção dos profissionais, dos administradores e do Estado, no objetivo maior da concretização da saúde como direito constitucional de todos.

O mesmo autor destaca que a área da ergonomia, saúde ocupacional e psicofisiologia têm destacado a importância de se estudar as causas e efeitos do agravo a saúde no trabalho, podendo levar à invalidez e à morte.

Para Mendes (2005 apud MOREIRA, 2007) os agravos à saúde do trabalhador são definidos em dois grupos: o primeiro decorre da ruptura abrupta do equilíbrio entre as condições e o ambiente de trabalho e a saúde do trabalhador, como os acidentes de trabalho. O segundo é determinado pela doença profissional típica, inerente ou peculiar a determinado ramo de atividade.

Para destacar o cerne dessa questão, são apresentadas a seguir as principais definições relacionadas.

2.4.1 Risco ocupacional

Destacando-se a evolução histórica da concepção de riscos ocupacionais, a OMS (1973) classificou-os em biológicos, físicos, químicos, ergonômicos, psicossociais. Também, reforçou a necessidade de maior atenção ao problema da saúde dos trabalhadores, com destaque para os programas de higiene no trabalho, de promoção e manutenção de sua saúde.

Nas organizações civis os responsáveis pela definição de atividades com risco ocupacional e sua fiscalização é o Ministério da Previdência e do Trabalho. O CBMDF possui legislações específicas e setores responsáveis para tratar dessas questões e estabelecer mediadas adequadas para a prevenção.

Oliveira (2003) define que os riscos ou as condições de risco no trabalho estão associados com a utilização de equipamentos apropriados, com as experiências vividas pelos próprios trabalhadores ou por simples observações de quem conhece o ambiente de trabalho, tomando-se como referência três situações distintas, que, no seu conjunto formam o complexo do ambiente e da organização do trabalho:

- a) aspectos ambientais – riscos físicos, químicos, biológicos, de acidentes e problemas ergonômicos;
- b) aspectos organizacionais – a maneira como o trabalho é organizado e realizado, a estruturação hierárquica, incluindo todos os traços fundamentais da cultura da empresa;
- c) aspectos comportamentais – como as pessoas se comportam diante das exigências do trabalho.

Ainda nessa perspectiva para Vendrame (2008), risco ocupacional é a probabilidade de ocorrer acidente ou doença na realização de atividades no trabalho. As atividades que podem apresentar risco ocupacional se encontram descritas, tanto na legislação previdenciária, quanto na trabalhista.

Vendrame (2008), também discorre que o risco ocupacional decorre da exposição do trabalhador a fatores de riscos no ambiente de trabalho, de várias espécies:

- a) Fatores de riscos ambientais: agentes nocivos físicos, químicos e biológicos, ou a associação destes.
- Agentes físicos são formas de energia: ruídos, vibrações, calor, pressões anormais, radiações ionizantes, entre outros;
 - Agentes químicos são as substâncias, compostas ou produtos que podem penetrar no organismo pela via respiratória, ou ser absorvidos pelo organismo (pela pele ou por ingestão): névoas, neblinas, poeiras, fumos, gases, vapores de substâncias nocivas presentes no ambiente de trabalho;
 - Agentes biológicos são os microorganismos como bactérias, fungos, parasitas, bacilos, vírus, entre outros.
- b) Fatores de riscos das operações: risco mecânico e ergonômico.
- Riscos mecânicos: queimaduras, quedas, prensamentos, cortes, amputações, entre outros.
 - Riscos ergonômicos: levantamento de peso, ritmo excessivo de trabalho, monotonia, repetitividade, postura inadequada de trabalho etc.

A seguir a classificação dos principais riscos ocupacionais em grupos, de acordo com sua natureza e a padronização das cores correspondentes.

Grupo 1 Verde	Grupo 2 Vermelho	Grupo 3 Marrom	Grupo 4 Amarelo	Grupo 5 Azul
Riscos físicos	Riscos químicos	Riscos biológicos	Riscos ergonômicos	Riscos de acidentes
Ruídos Vibrações Radiações ionizantes Radiações não ionizantes Frio Calor Pressões anormais Umidade	Poeiras Fumos Névoas Neblinas Gases Vapores Substâncias, compostos ou produtos químicos	Vírus Bactérias Protozoários Fungos Parasitas Bacilos	Esforço físico intenso Levantamento e transporte manual de peso Exigência de postura inadequada Controle rígido de produtividade Imposição de ritmos excessivos Trabalho em turno e noturno Jornadas de trabalho prolongadas Monotonia e repetitividade Outras situações causadoras de <i>stress</i> físico e/ou psíquico	Arranjo físico inadequado Máquinas e equipamentos sem proteção Ferramentas inadequadas ou defeituosas Iluminação inadequada Eletricidade Probabilidade de incêndio ou explosão Armazenamento inadequado Animais peçonhentos Outras situações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes

Quadro 1 – Classificação dos riscos ocupacionais em grupos

Fonte: UNICAMP. Disponível em: <<http://www.ifi.unicamp.br/~jalfredo/Tabela1.htm>> . Acesso em: 22 jan. 2009.

Outra definição encontrada sobre os riscos ocupacionais acrescenta os agentes psicossociais (relacionado com a condição emocional) como mais um fator de agravo à saúde no ambiente de trabalho, de acordo com a abordagem de Asmus (1996).

Para Mendes, Borges e Ferreira (2002), fator psicossocial é uma denominação complexa que inclui variáveis relativas ao indivíduo, como personalidade; ao ambiente de trabalho, como controle sobre a tarefa; e ao ambiente social, como fatores culturais.

O internacional Labour Office (apud MENDES; BORGES; FERREIRA, 2002) definiu fatores psicossociais como a interação entre os aspectos do ambiente de trabalho (ou externos a ele) e características do indivíduo, que afetam o bem-estar e o desempenho, com ênfase nos efeitos psicológicos.

Quanto aos riscos ergonômicos Sêcco et al. (2004), destacam os riscos de fadiga psíquica, física e o trabalho noturno. Associa, ainda, estes fatores como causa ou consequência de outros como gastrites, úlceras, dores variadas, palpitações, agravamento da hipertensão arterial, transtornos de personalidade, entre muitos outros.

Na idéia do autor o conhecimento dos riscos no trabalho sem o conhecimento de sua verdadeira origem constitui-se num dos principais obstáculos, não apenas para a definição correta das medidas de controle, mas, sobretudo, para a sua implementação.

Oliveira (2003) em seu estudo identificou por meio da representação de gerentes de várias empresas de ramos de atividades diferentes os principais traços da cultura brasileira relacionados à segurança e à saúde no trabalho:

- a) as pessoas (líderes) que lidam diretamente com os riscos potencialmente capazes de gerar danos à saúde dos trabalhadores não dispõem de conhecimento necessário para com eles lidar de maneira adequada;
- b) as pessoas que lidam com os riscos, mesmo tendo consciência de sua existência, não assumem o compromisso de corrigi-los;
- c) as pessoas que lidam com os riscos podem saber de sua existência, mas não se esforçam para corrigi-los porque suas chefias superiores não lhes dão apoio para as ações necessárias;
- d) a situação de risco é mantida porque sua existência não atrapalha, e se atrapalha não impede a realização do trabalho;

- e) a exposição, por longo tempo, a determinada condição de risco, sem o controle devido, induz as pessoas a enxergá-la como normal e aceitável;
- f) a situação de risco é mantida porque ninguém toma qualquer providência para corrigi-la;
- g) a situação de risco é mantida porque todas as preocupações e recursos são voltados prioritariamente para o atendimento às finalidades do negócio;
- h) a situação de risco é mantida porque as gerências das áreas alegam não dispor de recursos (orçamentários e de mão-de-obra) para a sua solução;
- i) a situação de risco é mantida devido à descrença das pessoas com ela envolvidas, por falta de respostas às inúmeras solicitações para a sua correção.
- j) a situação de risco é mantida e, às vezes, se agrava em função da indefinição do trabalhador em relação a que ou a quem obedecer-se aos procedimentos escritos ou às ordens dos supervisores.

Para finalizar Amalberti (1996 apud OLIVEIRA, 2003), relata que o risco que incomoda o trabalhador não é principalmente o risco de acidente, mas, sobretudo, o risco cognitivo de não cumprir seus compromissos, de sofrer fadiga excessiva ou de sua performance ser insuficiente – e de, ao extremo, perder o controle da situação.

O cotidiano da atividade de Bombeiro exige do profissional um desempenho de alto nível fazendo com que esteja sempre preparado para atuar em situações extremas e susceptíveis aos riscos de acidentes.

O manual prático de legislação de segurança e medicina do trabalho da FIESP/CIESP (2003), apresenta a importância de analisar o risco como uma técnica de solução de problemas, pode ajudar a resolver algumas questões importantes no ambiente de trabalho, tais como:

- a) identificar problemas reais que possam ter sido ignorados durante a seleção de equipamentos ou na elaboração do *layout* do local de trabalho;
- b) encontrar problemas potenciais que podem resultar em mudanças no produto produzido ou etapas do processo;

- c) avaliar possíveis maneiras para prevenir acidentes, paradas de produção, deficiências na qualidade e reduções no valor do produto;
- d) conhecer técnicas ocultas de produtividade e qualidade praticadas por operadores;
- e) identificar abusos cometidos no processo produtivo, de qualidade e segurança cometidos por empregados;
- f) usar todas as informações disponíveis em treinamento para empregados novos, transferidos.

2.4.2 Acidentes de trabalho

Costa e Costa (2004, p. 6) apresentam a origem da palavra acidente:

palavra de origem latina – *accidens (acaso)*, é qualquer fato que interrompe o andamento normal de uma ação ou acontecimento, causado por fatores que podem ser de origem humana, social, ambiental instrumental etc., o que provoca danos pessoal, material ou ambos. Quando não provoca danos recebe o nome de incidente.

De acordo com Oliveira (2007), diariamente, no Brasil, por volta de cinquenta profissionais deixam definitivamente o mundo do trabalho, por morte ou por incapacidade laborativa permanente, e muitos deles em razão de acidentes causados por culpa do empregador.

Acidente de trabalho, no sentido genérico, é o evento em si, a ocorrência de determinado fato em virtude da conjugação aleatória de circunstâncias causais. No sentido escrito, caracteriza-se também pela instantaneidade; a ocorrência é súbita e a lesão é imediata. (OLIVEIRA, 2007, p. 42).

Notadamente, segundo a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, alterada pelo Decreto nº 611, de 21 de julho de 1992, no seu artigo 19, define o acidente de trabalho:

Acidente do Trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa ou ainda, pelo serviço de trabalho de segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução da capacidade para o trabalho, permanente ou temporária.

São considerados, ainda, como acidentes de trabalho os acidentes de trajeto, as doenças profissionais e as doenças do trabalho.

Neste contexto, os acidentes de trabalho ocupam destaque, uma vez que se apresentam como a concretização dos agravos à sua saúde em decorrência da atividade produtiva, recebendo interferências de variáveis inerentes à própria pessoa, do ponto de vista físico ou psíquico, bem como do contexto social, econômico, político e da própria existência (BARBOSA, 1989; SILVA, 1996).

Oliveira (2007), ressalta que os acidentes podem ocasionar lesões traumáticas denominadas ferimentos, internos e externos, podendo também resultar em efeitos tóxico, infeccioso ou mesmo exclusivamente psíquico. O acidente pode ocasionar a morte ou a invalidez.

Para Cordeiro et al. (2005), os acidentes do trabalho são o maior agravo à saúde dos trabalhadores brasileiros. Constituem importante problema de saúde pública não apenas em países em desenvolvimento, como também em países desenvolvidos. Diferentemente do que o nome sugere, eles não são eventos fortuitos ou acidentais, mas sim fenômenos socialmente determinados e preveníveis.

Sêcco et al. (2004) alertam que sabidamente, a ocorrência dos acidentes de trabalho é atribuída muitas vezes a não utilização de EPIs, entre outros. No entanto, aventa-se que muitas outras variáveis também devem contribuir para as ocorrências: falta de treinamento, inexperiência, indisponibilidade de equipamentos de segurança, cansaço, repetitividade de tarefas, dupla jornada de trabalho, distúrbios emocionais, excesso de autoconfiança, qualificação profissional inadequada, falta de organização do serviço, trabalho em turnos, desequilíbrio emocional na vigência de situações de emergência, negligência de outros, “carga” de trabalho, características próprias do trabalho realizado nas unidades hospitalares, que possui caráter altamente industrial, com concentração de tecnologia crescente de alta complexidade.

Oliveira (2003), afirma que do mais simples ao mais grave acidente ocorrido no trabalho, no seu desencadeamento, nunca se tem apenas um fator causal. Nenhum acidente, por mais inadequadas que sejam as condições de trabalho, ocorre sem o concurso do comportamento de alguém, que induzido pela maneira como o trabalho é organizado, por problemas de ordem pessoal ou por quaisquer outros fatores ligados ao ambiente de trabalho – fatores de risco sem controle – se expõe a alguma situação de risco sem as medidas de segurança necessárias.

Do ponto de vista prevencionista, Costa e Costa (2004) consideram que acidente do trabalho é qualquer ocorrência não programada, como lesão ou qualquer ocorrência não programada, como lesão o qualquer outro dano ao trabalhador, assim como também qualquer dano que interfira no processo produtivo (equipamentos, instalações etc.).

A ciência que estuda os acidentes chama-se acidentologia. É um campo interdisciplinar, e onde muitos pesquisadores têm origem nas ciências sociais e psicologia, além da engenharia e outras.

De acordo com a definição encontrada no manual prático de legislação de segurança e medicina no trabalho da FIESP/CIESP (2003, p. 12) acidente de trabalho é:

O que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados previdenciários, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

De acordo com as definições contidas no manual, consideram-se acidentes do trabalho:

Doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério da Previdência Social;
Doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério da Previdência Social. (FIESP/CIESP, 2003, p. 12).

2.3.3 Doença ocupacional

A denominação “doença ocupacional”, segundo Oliveira (2007), passou a ser adotada como o gênero mais próximo que abrange as denominações doença profissional e doença do trabalho, a saber:

A doença profissional é aquela peculiar a determinada atividade ou profissão, também chamada de doença profissional típica. O exercício de determinada profissão pode produzir ou desencadear certas patologias, sendo que, nessa hipótese o nexo causal da doença com a atividade é presumida.

A doença do trabalho também chamada de doença profissional atípica, apesar de igualmente ter origem na atividade do trabalho, não está vinculada necessariamente a esta ou aquela profissão. Seu aparecimento decorre da forma em que o trabalho é prestado ou das condições específicas do ambiente de trabalho.

As doenças ocupacionais são aquelas deflagradas em virtude da atividade laborativa desempenhada pelo indivíduo. São as que resultam em constante exposição a agentes físicos, químicos e biológicos. (OLIVEIRA, 2007, p. 47-48).

Miranda (1998 apud MENDES; BORGES; FERREIRA, 2002), constata que os distúrbios osteomusculares têm se destacado como uma das patologias do trabalho mais freqüentemente citadas, ao lado da surdez ocupacional, das dermatoses, das doenças pulmonares e da intoxicação por benzeno.

2.4.3 Stress ocupacional e outras causas

A teoria do *stress* ocupacional tem sido utilizada para compreender o comportamento dos indivíduos no trabalho e os processos psicobiológicos.

Selye (1985 apud MENDES; BORGES; FERREIRA, 2002) propõe que o estresse é um processo biológico pelo qual o organismo tenta se adaptar a desafios do ambiente, por meio de respostas de enfrentamento, em busca da sobrevivência.

Para Murta (2005) as conseqüências do *stress* ocupacional sobre a saúde variam desde sintomas psicológicos, como irritabilidade e perda de concentração, até condições clínicas mais graves, como doença coronariana, hipertensão, desordens psiquiátricas e morte prematura. O *stress* tem sido identificado como fator de risco para doenças coronarianas e distúrbios do sono em bombeiros.

O mesmo autor indica que o *stress* pode favorecer a ocorrência de sintomas menores, como cefaléia, problemas gástricos e desordens de sono. Além de perdas individuais, há de se considerar ainda as perdas para a organização, tais como aposentadorias precoces e perda do potencial produtivo de seus membros.

Certas características do ambiente de trabalho como afirma Murta (2005), podem gerar desequilíbrio, como pressão para produtividade, retaliação por parte de chefias, condições desfavoráveis á segurança, indisponibilidade de treinamento e orientação, falta de controle do trabalhador sobre a tarefa, ausência de plano de carreira, problemas de comunicação e trabalho noturno.

A atividade desenvolvida por profissionais bombeiros é permeada por vários fatores que podem provocar esse desequilíbrio.

Os autores Ferreira e Mendes (2003) apresentam o aspecto da vivência do sofrimento psíquico no trabalho. O sofrimento é uma vivência, muitas vezes inconsciente, individual e/ou compartilhada por um grupo de trabalhadores, de experiências dolorosas, como angústia, medo e insegurança, provenientes de conflitos e de contradições originados do confronto entre desejo e necessidades do trabalhador e as características de determinado Contexto de Produção de Bens e Serviços.

Características principais do sofrimento:

- a) origina-se dos males que o trabalho causa no corpo e na mente e nas relações socioprofissionais;
- b) suas principais causas encontram-se nas dimensões da organização, das condições e das relações de trabalho que estruturam os contextos de produção de bens e serviços;
- c) constitui um dos antecedentes do mal-estar no trabalho, sob a forma de uma avaliação de que algo não vai bem;
- d) manifesta-se por ansiedade, insatisfação, indignidade, inutilidade, desvalorização e desgaste no trabalho;
- e) constitui um indicador de saúde por ser paradoxalmente uma vivência de afetos dolorosos e mobilizador para as mudanças das situações que fazem sofrer, quando resignificado pelo uso de eficaz de estratégias de mediação oportunizadas por determinado contexto de produção;
- f) é indiretamente observável e, muitas vezes invisível pelo seu caráter inconsciente, manifestando-se por meio da fala sobre um conjunto de sentimentos que o sintetiza.

2.4.4 Doença mental

Neste tipo de adoecimento é interessante que haja um maior aprofundamento por ser uma das doenças de maior incidência nos dias atuais.

Segundo Ballone (2005) doença mental pode ser entendida como uma variação mórbida do normal, variação esta capaz de produzir prejuízo na performance global da pessoa (social, ocupacional, familiar e pessoal) e/ou das pessoas com quem convive. A OMS diz que o estado de completo bem estar físico, mental e social define o que é saúde, portanto, tal conceito implica num critério de valores (valorativo), já que, lida com a idéia de bem-estar e mal-estar.

Na linha de pensamento do autor acima, assim como as demais doenças, pode-se dizer que para se desenvolver uma doença mental há necessidade, no mínimo, de dois fatores; a disposição pessoal para a doença e dos agentes ocasionais.

Para a disposição pessoal para a doença, ainda na idéia de Ballone (2005), a disposição psíquica pessoal básica tem lugar nos momentos mais precoces da vida, constituindo a marca característica e perene do relacionamento da pessoa com o ambiente e consigo própria, constituindo a maneira do indivíduo contatar e reagir ao mundo objectual. A este ser, dotado geneticamente de um conjunto de traços pessoais e de uma série de outras características psíquicas adquiridas durante seu desenvolvimento precoce, através da complacência de seus genes, podemos atribuir uma certa disposição pessoal originária, a qual, favorecerá ou não, o desenvolvimento da doença mental.

Na análise dos agentes ocasionais, entram os fatores psicogênicos que a existência oferece para o indivíduo, tratam-se dos estressores psicossociais. Estes agentes ocasionais são as vivências mais significativas que colocam em risco a adaptação do indivíduo ao mundo e consigo próprio. São as ameaças ao desequilíbrio de relacionamento da pessoa com sua existência, ameaças capazes de comprometer a relação de ajustamento do sujeito com seu mundo objectual.

A relação do trabalho com a saúde e doença mental também foi estudada por Dejours (1988 apud JACQUES, 2003, p. 20), que afirma:

A organização do trabalho se apresenta como uma "porta de entrada" do sofrimento e doença mental enquanto geradora de angústia e de estratégias defensivas e quando se refere a "elos intermediários" entre pressões do trabalho e doença mental, e ainda, quando assinala o uso que esta organização do trabalho faz das características de personalidade dos trabalhadores.

Codo (1997), como um dos resultados de sua pesquisa, também afirma que o trabalho se apresenta como um fator constitutivo do psiquismo e do processo

saúde/doença mental. Segundo o autor o trabalho é "uma dupla relação de transformação entre o homem e a natureza, geradora de significado". Diz, ainda, que "o sofrimento psíquico e a doença mental ocorrem quando e apenas quando, afeta esferas da nossa vida que são significativas, geradoras e transformadoras de significado".

Como metodologia, Codo (2002) propõe a utilização de instrumentos de medida das condições de trabalho e saúde mental dos trabalhadores, adotando sete escalas clínicas: depressão, histeria, paranóia, mania, esquizofrenia, desvio psicopático e obsessão. Tal proposta preconiza a utilização de abordagens qualitativas e quantitativas.

Segundo Codo (2002, p. 184):

a investigação se conduz com a lógica da epidemiologia, cruzando as variáveis advindas do diagnóstico do trabalho com as escalas clínicas, estudando possibilidades de aparecimento de sintomas; [...] depois se recorre a entrevista clínica, buscando identificar a psicodinâmica.

De acordo com o autor, a sistemática proposta recebe críticas dos quantitativistas por utilizar estudos de casos clínicos e dos qualitativistas pelo uso da estatística.

2.4.5 Doença cardíaca

Diversos autores foram estudados. Conforme as citações que veremos a seguir, para podermos entender todas as circunstâncias que levam o ser humano a desenvolver doença cardíaca. Certo é que todos os autores são unânimes em afirmar cientificamente que os fatores estão aliados aos riscos.

Pollock e Schmidt (2003) definem os eventos principais decorrentes de doenças cardíacas: doença arterial coronariana, acidente vascular encefálico, doença vascular, insuficiência cardíaca, dentre outras. A obesidade e o ganho de peso podem induzir todos os principais fatores de risco aterogênicos, que são: o colesterol alto e a hipertensão arterial, e o sedentarismo promove muito destes fatores e predispõe à doença cardíaca em pessoas de qualquer idade e sexo.

De modo geral, os riscos diminuem ou aumentam de acordo com a qualidade e o estilo de vida. Ainda, segundo Pollock e Schimidt (2003), componentes do estilo de vida de risco são caracterizados por ganho de peso excessivo, tabagismo e falta de atividade física. Também destacam que há um efeito protetor contra o desenvolvimento de doenças cardíacas em pessoas que tem consumo moderado de álcool. Entretanto, tal benefício não é observado no abuso no consumo do álcool que além do agravo da doença, aumenta também o risco a possibilidade de ocorrência de acidente vascular cerebral (AVC).

Os mesmos autores citados relatam que os principais fatores de risco cardiovasculares estão também diretamente ligados ao acometimento de AVC, tanto nos jovens quanto nos idosos.

Borges (2002), destaca que mesmo diante dos grandes avanços na medicina, as doenças arteriais coronárias continuam representando um alto custo para a saúde pública, sendo uma das principais causas de mortalidade no mundo atual. Ele também associa os principais fatores de riscos estabelecidos como sendo: história familiar, hipercolesterolêmica, hipertrigliceridemia, diabetes, hipertensão arterial, tabagismo, estresse, obesidade, etc.

McCULLY e McCULLY (2000) classificam os principais fatores de risco para doenças cardíacas em: tabagismo, hereditariedade, obesidade (falta de atividade física), hormônios e envelhecimento.

Segundo Scher (1992), a cada ano, cerca de um milhão e meio de americanos morrem de infarto, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial e outras doenças cardiovasculares e mais de sessenta milhões apresentam alguma manifestação clínica. Sob o ponto de vista econômico, as doenças cardíacas significaram, em 1984, uma despesa 64,4 milhões de dólares.

Scher (1992) ressalta ainda que sete entre cada dez óbitos por causas mais comuns de doenças cardíacas nos Estados Unidos da América poderiam ser reduzidas substancialmente com medidas simples, tais como:

- a) eliminação do ato de fumar;
- b) redução no consumo de álcool;
- c) moderação no ato alimentar (orientado por nutricionista);
- d) exames médicos periódicos conforme idade e sexo;
- e) prática de exercício laboral e de atividade física regular (orientada).

De acordo com Borges (2002) no Brasil ocorreram 257.179 óbitos por doenças coronárias em 1999, o que representa 32,27% do total de óbitos no país durante este ano.

Partindo de uma pesquisa, realizada junto a 133 médicos cardiologistas brasileiros, Scher (1992) obteve dados preocupantes. Foram cruzadas análises de um formulário, no qual perguntava sobre atividade física, hábitos alimentares, história familiar, perfil do risco cardiológico, com análise do colesterol sanguíneo e dados como pressão arterial, peso corporal e frequência cardíaca. Os resultados foram os seguintes:

- a) 42,9% sedentários;
- b) 37,6% fumantes;
- c) 72,1% consumidores moderados a grandes de gordura e açúcar;
- d) 75,9% consumidores moderados a grandes de sal.

Outras conclusões:

- a) há relação definitiva entre a elevação de peso corporal e o aumento de pressão arterial;
- b) a frequência cardíaca é maior nas pessoas sedentárias, obesas e fumantes.

2.4.6 Doenças do sistema osteomuscular

O jornal A Tribuna Mato Grosso, ao abordar este tipo de doença, define que as Doenças Osteomusculares relacionadas ao Trabalho (DORT) são um grupo de lesões que constituem doença ocupacional. Caracteriza-se por sintomas dolorosos que acometem tendões, músculos, nervos, ligamentos e outras estruturas responsáveis pelos movimentos dos membros superiores, costas, região do pescoço, ombros e membros inferiores.

A reportagem revela também que as DORT tornaram-se as mais frequentes causas de afastamento no trabalho no mundo. Esse conjunto de doenças atinge as pessoas que desenvolvem atividades que requerem movimentos repetitivos dentro do trabalho.

Apesar de se tratar de um problema ocupacional bastante sério, as DORT são benignas e totalmente curáveis, quando diagnosticadas precocemente e tratadas rapidamente. Quanto mais cedo as DORT forem diagnosticadas e tratadas, maiores as chances de sucesso do tratamento. Por isso, ao primeiro sintoma de desconforto, procure um fisioterapeuta e faça o tratamento.

Dados levantados pelo Laboratório de Saúde do Trabalhador da Universidade de Brasília (UnB) apontam que as doenças osteomusculares são as que mais causam afastamentos do trabalho. O estudo também constata que os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais têm papel fundamental na redução dessas doenças, já que atuam principalmente com a prevenção e a reabilitação. É comprovado que os atendimentos de fisioterapia e terapia ocupacional diminuem significativamente o absenteísmo, melhorando a produtividade do trabalhador, além de contribuir para a redução de gastos com internação e medicamentos e proporcionar qualidade de vida e bem-estar.

O mesmo laboratório define que as doenças do sistema osteomuscular, descritas como ocupacionais, são associadas ao trabalho pesado, por esforço repetitivo, ao trabalho sentado ou imobilização por tempo prolongado, ao levantamento de pesos, à falta de exercício e a problemas psicológicos. As lesões no ombro podem ser classificadas como doenças relacionadas ao trabalho quando ocorrem condições de trabalho que exigem posições forçadas e gestos repetitivos e ou ritmo de trabalho penoso e ou condições difíceis de trabalho.

2.4.7 Dependência química

A Revista Brasileira de Psiquiatria (2004) publicou um estudo de Babor et al. (2003) no qual revela que, há 30 anos, a OMS vem coordenando um projeto que visa a analisar as evidências disponíveis sobre as políticas públicas em relação ao álcool. Da perspectiva da saúde pública, o consumo de álcool desempenha um papel significativo na morbidade e na mortalidade em uma escala global. Nos últimos 50 anos, houve um progresso considerável no conhecimento da relação entre álcool e saúde, proporcionando uma base científica para o debate público e a elaboração

de políticas públicas. No entanto, a maior parte dessas evidências científicas encontra-se em publicações acadêmicas que não atingem os responsáveis pela laboração de políticas de saúde apropriadas para combater esses problemas, incluindo programas e campanha de prevenção e de tratamento.

A autora Mendes (2008) classifica o alcoolismo como a maior ameaça quanto à morbidade e afastamentos do trabalho. A autora afirma que o álcool é um subproduto da revolução industrial, diretamente associado ao sofrimento no trabalho. Destaca também que nas últimas décadas, de forma acelerada, o consumo de substâncias psicoativas, com destaque para o álcool, tornou-se o primeiro problema de saúde pública em escala mundial, associado a duas situações extremas: os comportamentos violentos e as depressões.

Com relação ao sofrimento no trabalho, que neste caso a autora classifica como sofrimento patogênico, pode-se citar:

[...] Outro aspecto é o sofrimento no trabalho: ao mesmo tempo em que o trabalho pode ser operador de saúde mental, também pode ser fator de alienação mental no caso de falhar em sua missão de operador do simbólico. O ser humano não pode escapar ao próprio de sua condição, ao seu assujeitamento, seja o sofrimento patogênico seja o sofrimento criador.

Continuando a mesma autora, a noção de assujeitamento refere-se ao sujeito submetido às intempéries, à fragilidade, à incompletude, às contingências da vida, à morte, ao outro, ao absurdo da existência.

Segundo os relatórios do Centro de Assistência do CBMDF dos dois últimos anos, em 2007 foram realizados 1.183 atendimentos sociais e psicológicos a bombeiro militar e em 2008, 1.150 atendimentos. Destes números de atendimentos uma média de 580 (quinhentos e oitenta) bombeiros é assistida durante cada ano. O alcoolismo e o tabagismo representam juntos mais de 70% dos casos de dependência química.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A presente pesquisa objetivou estudar os fatores e as doenças que levaram os bombeiros militares à invalidez e à morte.

Para realizar a correlação dos casos de mortes e invalidez com a atividade desenvolvida pelo bombeiro militar foi feito um levantamento na DIP do CBMDF, desde o ano de 1968 até 2008, resultando em 672 casos por invalidez e 440 casos por morte. Importante relatar que esses dados correspondem a 100% dos casos ocorridos na Corporação.

Um ponto a destacar no início desta análise é que o somatório dos bombeiros inválidos e mortos representa 60% do número de inativos, que totalizam 1.815 bombeiros militares. Isto significa que este percentual refere-se à perda de recursos humanos por doença.

Do total dos casos por invalidez e morte foram considerados válidos apenas 599 processos dos casos por invalidez e 351 dos casos por morte, por terem sido apresentados dados de forma incompleta, com informações incorretas e também, os que se encontram no Tribunal de Contas do Distrito Federal aguardando julgamento.

3.1 CASOS POR INVALIDEZ

Inicia-se a análise dos dados pelos casos por invalidez que representa a maior parte dos casos encontrados. Dos 599 casos por invalidez ocorridos, 57% aconteceram com cabos e soldados, 36% com Subtenentes e Sargentos e 7% com Oficiais, conforme comprova o gráfico 1.

Isso demonstra que a maior incidência dos casos aconteceu com o nível hierárquico responsável pela execução da atividade de bombeiro, ou seja, os profissionais de primeira resposta que estão diariamente mais expostos aos riscos.

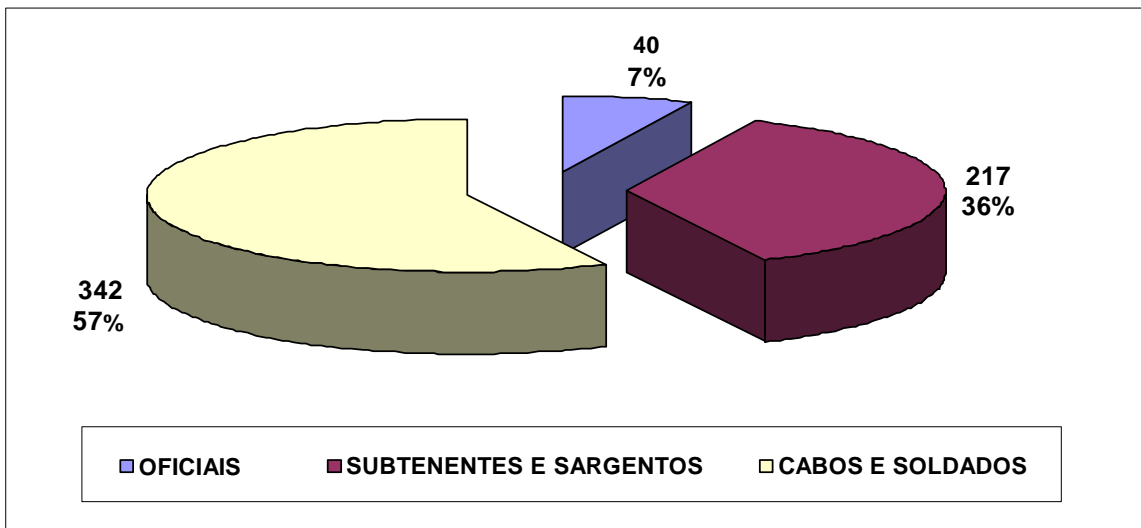


Gráfico 1 – Casos de invalidez catalogados no CBMDF de 1968 a 2008 por postos e graduações

Fonte: O autor.

Outro ponto de destaque na análise dos dados é o tempo médio em que os militares inválidos ficaram no serviço ativo da Corporação que foi de 18 anos.

No que diz respeito a faixa etária dos bombeiros militares inválidos, o gráfico 2, apresenta que 57% dos casos ocorreram entre 31 a 40 anos de idade, 30% com idade acima de 40 anos e 16% menos de 30 anos.

Verifica-se que a idade avançada não é o fator principal para os casos de invalidez, denotando a existência de outros fatores.

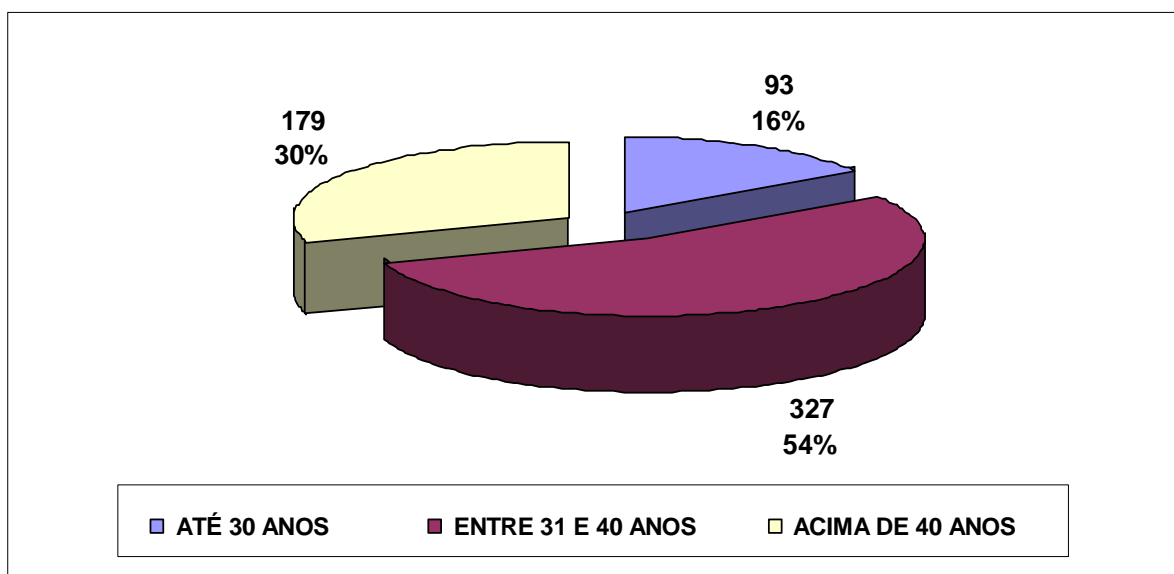


Gráfico 2 – Casos de invalidez catalogados no CBMDF de 1968 a 2008 por idade no momento da reforma

Fonte: O autor.

Dos casos encontrados, 70% não aconteceram em ato de serviço, 20% deles em ato de serviço e 10% não se pôde identificar se foi ou não em ato de serviço.

Da maioria dos casos encontrados que não foram considerados em ato de serviço, não podemos descartar a possibilidade de ser consequência da atividade bombeiro militar.

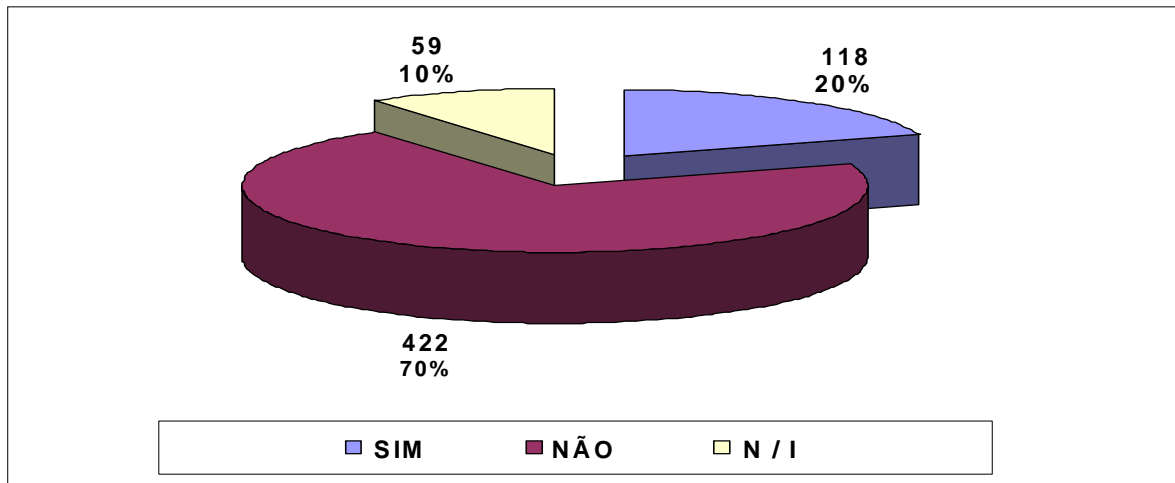


Gráfico 3 – Casos de invalidez catalogados no CBMDF de 1968 a 2008 por doenças adquiridas em ato de serviço

Fonte: O autor.

Passa-se a analisar as doenças que levaram o bombeiro militar a invalidez. As 599 ocorrências por invalidez tiveram diversas doenças que levaram o bombeiro militar a não mais executar as diversas tarefas ligadas a profissão, conforme gráfico a seguir.

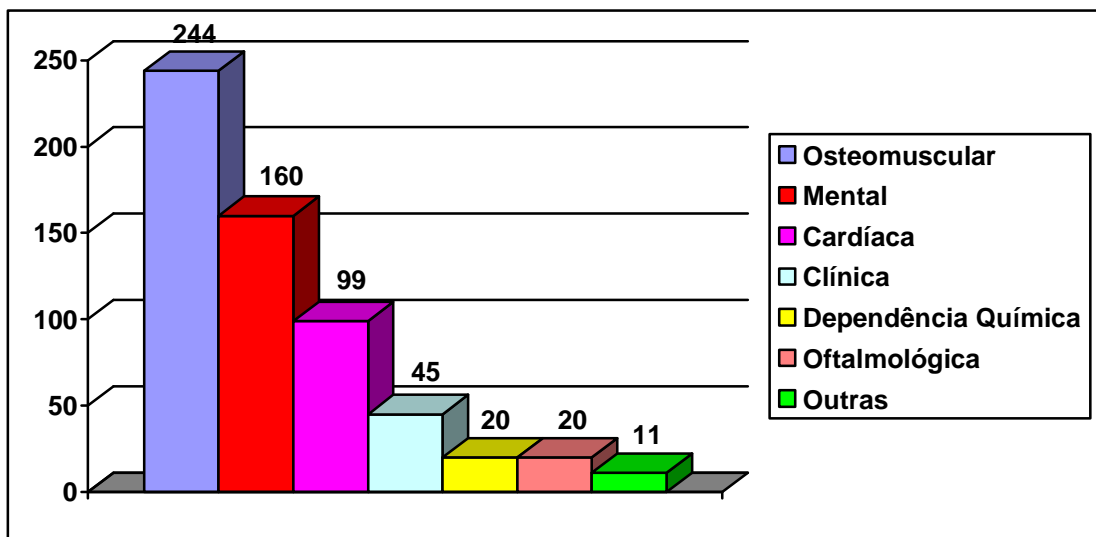


Gráfico 4 – Casos de invalidez catalogados no CBMDF de 1968 a 2008 por tipo de doenças

Fonte: O autor.

A doença osteomuscular é responsável por 244 casos por invalidez. Essa doença representa 41% dos casos encontrados e está relacionada com problemas nas articulações, nos tendões, músculos, nervos, ligamentos e outras estruturas responsáveis pelos movimentos dos membros superiores, costas, região do pescoço, ombros e membros inferiores.

Esse número elevado de casos está relacionado com o tipo de atividade que o bombeiro militar realiza nas diversas atividades da profissão, tais como, salvamento, combate a incêndio, primeiros socorros e treinamentos físicos.

Apesar da ajuda da tecnologia no desenvolvimento de equipamentos e materiais de bombeiro menos pesados, ainda assim, realiza atividades com o emprego de cargas excessivas, como o transporte de vítimas em locais de difícil acesso.

O segundo maior caso por invalidez são as doenças mentais, com 160 ocorrências, que corresponde a 27% do total de casos.

Nesse caso também há relação de causa com a atividade profissional do bombeiro, tendo em vista trabalhar diariamente sob forte tensão, quando o limiar entre a vida e a morte estão em suas mãos e absorção da imagem da catástrofe.

Isso é corroborado com o pensamento de Ballone (2005), quando trata dos agentes ocasionais no acometimento de doenças mentais. Estes agentes ocasionais são as vivências mais significativas que colocam em risco a adaptação do indivíduo ao mundo e consigo próprio. São as ameaças ao desequilíbrio de relacionamento da pessoa com sua existência, ameaças capazes de comprometer a relação de ajustamento do sujeito com seu mundo material.

A terceira maior incidência de casos por invalidez está relacionada com a doença que mais acomete o ser humano nos dias atuais, ou seja, a doença cardíaca. Dos 599 casos de invalidez 99 foram originados por doenças relacionadas com problemas do coração que corresponde a 17%.

No ano de 2007 o CBMDF realizou um trabalho inédito de levantamento de dados sobre a saúde física do bombeiro militar, durante a realização do Teste de Aptidão Física (TAF) anual.

O relatório da comissão constatou que dos 4.839 militares que realizaram o TAF, 1.457 apresentaram risco de desenvolvimento de complicações metabólicas

associado ao perímetro da cintura, e 2.139 foram classificados como alto ou muito alto no Índice Cintura Quadril (ICQ), 590 tiveram o Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 30, ou seja, 12,19% estão classificados como obesos e 925 foram considerados gordos pela porcentagem de gordura, representando 20%. Somando o ICQ com o IMC resulta em 32% do efetivo classificado como sedentários.

O resultado chegou a conclusão de que a condição física dos militares do CBMDF está aquém do padrão de referência aceito na Comunidade Científica (Modelo Teórico de Behnke). Vale salientar que este padrão refere-se à população geral sem considerar que a profissão de bombeiro militar requer uma aptidão física diferenciada da comunidade para o cumprimento da missão fim.

Os dados do TAF justificam o índice elevado de casos de invalidez por doenças cardíacas.

As doenças clínicas (sinusite, bronquite, gastrite, úlceras etc) totalizam 45 casos correspondendo a 7%. Dependência química soma 20 casos representando 3%. As doenças oftalmológicas representam também 3% dos casos e outras doenças, como: surdez, varizes, venéreas, paralisia, representam 2%.

Após a análise de todas as doenças que levaram o bombeiro militar à invalidez, ressalta-se às três doenças de maior incidência, que são: osteomuscular, mental e cardíaca.

Com relação às doenças osteomusculares observa-se que, pelas atividades profissionais realizadas pelos bombeiros militares, essas têm relação direta de causa e efeito. Além dos riscos que o bombeiro militar está exposto, a esses tipos de doenças, há de se destacar que muitos destes casos são conseqüências ou agravados pela falta de atividade física regular e orientada ou realizada de forma incorreta. Isso pode acarretar problemas diversos nas articulações dos membros inferiores.

Há de se considerar ainda que de acordo com TAF realizado em 2008 constatou-se que grande parte do efetivo do CBMDF está obeso, o que comprova o sedentarismo. Pollock e Schmidt (2003) salientam que o sedentarismo predispõe à doença cardíaca em pessoas de qualquer idade e sexo.

3.2 CASOS POR MORTE

Após descobrir as principais doenças relacionadas com os casos por invalidez passa-se a analisar as mortes ocorridas na Corporação. De 1968 até o ano de 2008 no CBMDF, ocorreram 440 casos por mortes entre os bombeiros.

Dos 351 casos estudados, verifica-se que 85% das mortes ocorreram quando o militar estava na inatividade e 15% quando o militar estava no serviço ativo.

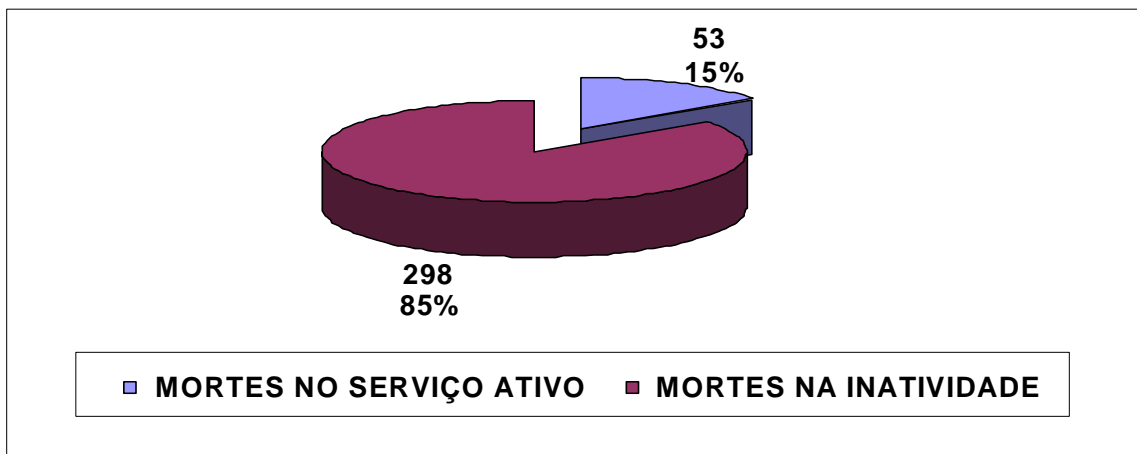


Gráfico 5 – Casos de mortes de militares do CBMDF entre 1968 e 2008

Fonte: O autor.

Dos 53 militares que se encontravam no serviço ativo, observa-se que 76% dos casos por morte não ocorreram em ato de serviço e 24% aconteceram em ato de serviço.

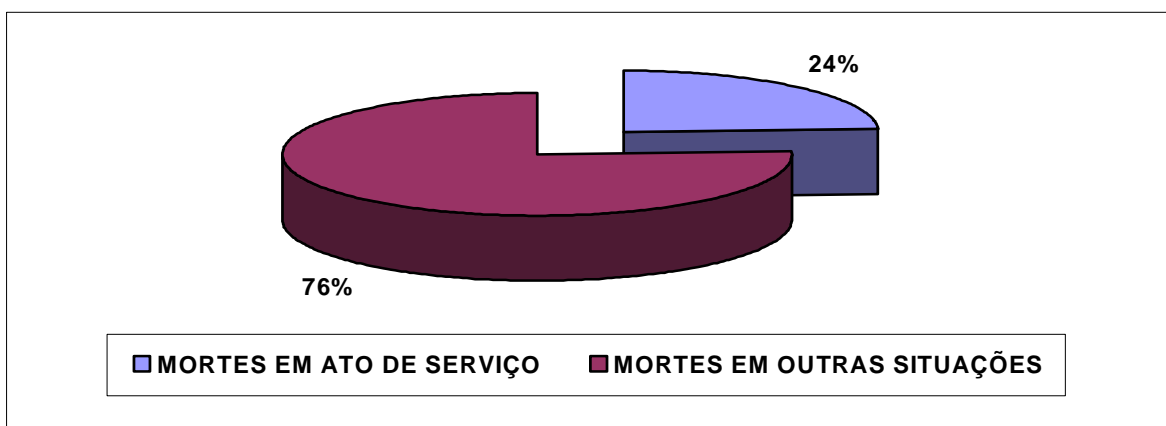


Gráfico 6 – Casos de mortes de militares do CBMDF no serviço ativo entre 1968 e 2008

Fonte: O autor.

Não foi possível levantar as causas das mortes com os dados fornecidos pela DIP. Foi possível constatar apenas as causas das doenças que sofriram antes da morte, sendo a de maior incidência as doenças cardíacas com 30% dos casos. Também se constatou que a maioria dos casos por morte ocorreu quando o militar se encontrava na inatividade.

4 CONCLUSÃO

Em linhas gerais, os riscos relacionados quando o bombeiro militar realiza a sua atividade são as queimaduras, intoxicações, insolações, internações, lesões por perfuração de objetos, contusões, contaminações por produtos químicos, contaminações por material biológico (secreções, sangue, etc), quedas, choques elétricos, traumas, afogamento, queda de aeronave, acidentes aquáticos em geral, intoxicações por produtos perigosos, desenvolvimento de psicopatologias, ataque de animais silvestres, picada de animais peçonhentos, dentre outros.

Ao realizar a correlação com os fatores de risco no trabalho que é dividido em fatores de riscos ambientais e os fatores de riscos das operações, verifica-se que o bombeiro militar freqüentemente está em contato com todos esses fatores e o que se associa a eles, tais como: ruídos, vibrações, calor, pressões anormais, radiações ionizantes, névoas, neblinas, poeiras, fumos, gases, vapores de substâncias nocivas presentes no ambiente de trabalho, microorganismos como bactérias, fungos, parasitas, bacilos, vírus, queimaduras, quedas, prensamentos, cortes, amputações, levantamento de peso, ritmo excessivo de trabalho, monotonia, repetitividade, postura inadequada de trabalho etc.

As atividades de combate a incêndio, salvamentos e o atendimento pré-hospitalar expõem o bombeiro a estes fatores fazendo com que se torne mais vulnerável ao acometimento de doenças ocupacionais.

Outro ponto a ser destacado é o que revela Sêcco et al. (2004) quanto aos riscos ergonômicos. Destaca-se a isso os riscos de fadiga psíquica, física e o trabalho noturno. Associa, ainda, a esses fatores como causa ou conseqüência de outros como gastrites, úlceras, dores variadas, palpitações, agravamento da hipertensão arterial, transtornos de personalidade, entre muitos outros.

Corroboram-se a esses fatores os índices encontrados no levantamento das causas de doenças acometidas aos bombeiros nos últimos quarenta anos, que o levaram a invalidez. Os maiores índices são de doenças osteomusculares, que se justifica pelo levantamento de peso excessivo de equipamentos e vítimas, a postura inadequada de trabalho por período de tempo prolongado, quando necessita como exemplo realizar um desencarceramento de vítima presa nas ferragens de um acidente automobilístico.

Outro aspecto importante a ser analisado são as atividades burocráticas, ligados à ergonomia, ocasionando doenças osteomusculares. Relaciona-se a essa atividade a obesidade, o sedentarismo e a postura inadequada.

A atividade em geral do bombeiro militar o expõe também ao risco de adoecimento por estresse ocupacional. Murta (2005) afirma que o *stress* tem sido identificado como fator de risco para doenças coronarianas e distúrbios do sono em bombeiros. No caso das doenças cardíacas é o terceiro caso de maior incidência nos casos de invalidez encontrados no CBMDF.

Portanto, verifica-se que as principais doenças relacionadas ao exercício da profissão bombeiro militar, que acarretam a invalidez laboral são as doenças osteomusculares, as doenças mentais e as doenças cardíacas.

Sendo assim, constata-se com o presente estudo que as ocorrências de invalidez laboral de militares do CBMDF têm relação de causa e efeito nas atividades profissionais desenvolvidas pelos bombeiros militares.

A falta de definição das causas das mortes dos bombeiros militares limitou o presente estudo dificultando o desenvolvimento da relação de causa e efeito com a atividade bombeiro militar. O que se pode constatar foram as causas das doenças que sofriam antes da morte, sendo a de maior incidência as doenças cardíacas com 30% dos casos.

A ausência de informações por parte da DIP foi o motivo pelo qual as causas das mortes não puderam ser identificadas e conseqüentemente relacionadas com a profissão. Há de se destacar que foi possível constatar apenas os óbitos em ato de serviço, porém sem identificar as causas correlatas para se estabelecer parâmetros de análise.

O que se pode constatar é a ausência de programas preventivos desenvolvidos pela Corporação que minimizem essas ocorrências por invalidez e morte no trabalho.

A prevenção e educação permanente buscam evitar novas ocorrências e se torna um desafio para todos os envolvidos no processo de promoção da saúde. Demanda esforços intensos de formação e informação aos profissionais do CBMDF, visando à prevenção dos acidentes de trabalho que culminam, sempre, em desgaste emocional do profissional, riscos à saúde, problemas de ordem econômica e social, necessidade de investimentos financeiros, problemas éticos e legais envolvendo os profissionais, pacientes e a instituição.

Quanto ao aspecto preventivo na instituição existem poucas medidas. Há por exemplo a falta de uma política de educação física regular que imponha a realização obrigatória a todos os bombeiros militares.

Hoje, temos em torno de 150 bombeiros militares formados tanto como instrutores como monitores, em Educação Física, que poderiam ser aproveitados para trabalharem no planejamento, na aplicação e no acompanhamento da atividade física, bem como na reabilitação. Uma medida importante seria a criação de um centro de capacitação física e de academias de musculação no CBMDF, ou firmar parcerias ou convênios com academias particulares, em pontos estratégicos no Distrito Federal. Assim, o profissional se sentirá motivado e estará preocupado com seu condicionamento físico e em investir na prevenção de doenças.

O Programa de Reabilitação Física existente atualmente tem a finalidade de condicionar fisicamente o bombeiro militar para um bom desempenho das funções inerentes a Corporação e prevenir as doenças cardíacas, garantir o perfeito equilíbrio físico e mental na atuação diante dos complexos e situações com que se deparam o bombeiro militar em seu dia-a-dia e manter um bom nível de condicionamento físico por meio da prática contínua de exercícios.

Ocorre que este programa alcança uma porcentagem muito pequena da Corporação. Para ser efetivo necessita de ampliação e continuidade, para que surta os efeitos desejados para a minimização dos casos por invalidez e morte.

Outra medida importante seria a ampliação das condições de atendimento do Centro de Assistência e da Policlínica, para que possam trabalhar não somente nos efeitos da doença, mas também nas causas no que tange aos aspectos preventivos.

Para isso, faz-se necessário o desenvolvimento de campanhas educativas voltadas para a prática alimentar e de exercício físico, associadas ao combate ao tabagismo, alcoolismo, dentre outros.

Vale ressaltar que economicamente há um elevado custo para o Estado em manter os salários dos militares inválidos, os custos referentes aos tratamentos médicos, o amparo à família do militar morto, os gastos com a reposição do bombeiro militar, mediante a seleção por concurso público, a formação e a especialização dos mesmos. Com isso, pode-se afirmar que investindo na prevenção, além do fator econômico, a Corporação terá a médio e longo prazo o militar mais tempo atuante no serviço ativo, preservando sua saúde, a qualidade de vida e conseqüentemente a redução dos índices de mortes e de invalidez.

Neste sentido, sugere-se que o CBMDF constitua uma comissão composta por especialistas e técnicos nesta área de estudo para seja aprofundado, com o objetivo de estabelecer a política de promoção da saúde na Corporação, visando minimizar as ocorrências de invalidez e morte do bombeiro militar.

REFERÊNCIAS

A TRIBUNA MATO GROSSO. Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho. Notícias. Disponível em: <<http://www.tribunamt.com.br>>. Acesso em: 25 fev. 2009.

ANDRADE, Maria Margarida de. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação**: noções práticas. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

ASMUS, Carmen Ildes Rodrigues Fróes et al. Riscos ocupacionais na infância e na adolescência. **Jornal de Pediatria**. v. 72, n. 4, 1996. Disponível em: <<http://www.jpmed.com.br/conteudo/96-72-04-203/port.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2009.

BALLONE, G. J. Perguntas mais freqüentes sobre doenças mentais. **PsiquWeb**, Internet, revisto em 2005. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em: 26 fev. 2009.

BARBOSA, A. **Riscos ocupacionais em hospitais**: um desafio aos profissionais da área de saúde ocupacional. Florianópolis, 1989. 126 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1989.

BORGES, Jairo Lins et al. **Doença arterial coronária crônica**. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n^{os} 1/92 a 53/2006 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n^{os} 1 a 6/94. Brasília, DF, 2007.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1999**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. **Lei nº 8.255, de 20 de novembro de 1991**. Dispõe sobre a Organização Básica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 nov. 1991. Seção I.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Fundacentro. **Os riscos do câncer em atividades de turno, pintura e combate ao fogo**. 2008. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/dominios/CTN/noticias.asp?Cod=674>>. Acesso em: 21 set. 2008.

BRASIL. **Lei nº 8.258, de 6 de dezembro de 1991**. Fixa o efetivo do CBMDF. Disponível em: <<http://www.leidireto.com.br/lei-8258.html>>. Acesso em: 10 fev. 2009.

CASTRO, Antonio Luiz Coimbra de (Coord.). **Glossário de Defesa Civil, Estudos de Riscos e Medicina de Desastres**. 4. ed. rev. e ampl. Brasília: MPO, Departamento de Defesa Civil, 1998.

CASTRO, Antônio Luiz Coimbra. **Glossário de Defesa Civil Estudos de Riscos e Medicina de Desastres**. 2. ed. rev. ampl. 1998. Disponível em: <<http://www.mi.gov.br>>. Acesso em: 23 ago. 2008.

CORDEIRO, Ricardo et al. Exposição ao ruído ocupacional como fator de risco para acidentes do trabalho. **Revista Saúde Pública**. v. 39, n. 3. São Paulo, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89102005000300018&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 11 fev. 2009.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de atendimento pré-hospitalar**. Brasília: CBMDF, 2007.

_____. **Relatório do Teste de Aptidão Física**. Boletim Geral do CBMDF nº 198, de 17 de outubro de 2007.

COSTA, Marco Antonio F. da; COSTA, Maria de Fátima Barrozo da. **Segurança e saúde no trabalho: cidadania, competitividade e produtividade**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 16.036, de 4 de novembro de 1994**. Dispõe sobre o regulamento da organização básica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal e dá outras providências. Diário Oficial [do] Distrito Federal nº 213, 7 nov. 1994 (Suplemento).

EQUIPE. A revista para você que constrói. Ed. 14, p. 20-23, nov./dez. 2007.

FERREIRA JÚNIOR, Haroldo Machado; SOUZA, Paulo José Barbosa de. **Manual técnico profissional de salvamento**. Brasília: CBMDF, 1992. 4. v.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio: Dicionário da Língua Portuguesa**. 7. ed. Curitiba: Positivo, 2008.

FERREIRA, Mario César; MENDES, Ana Magnólia. **Trabalho e riscos de adoecimentos: o caso dos auditores-fiscais da previdência social brasileira**. Brasília: Ler, Pensar, Agir, 2003.

FIESP/CIESP. Legislação de Segurança e Medicina no Trabalho. **Manual prático**. São Paulo, 2003.

MCCULLY, Kilmer; MCCULLY, Martha. **O fator homocisteína**: a revolucionária descoberta que mostra como diminuir o risco da doença cardíaca. Rio de Janeiro: Editora Objetiva LTDA, 2000.

MENDES, Ana Magnólia. **Trabalho e saúde**: o sujeito entre emancipação e servidão. Curitiba: Juruá, 2008.

MENDES, Ana Magnólia; BORGES, Livia de Oliveira; FERREIRA, Mario César. (Orgs.). **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília, DF, 2002.

MINISTÉRIO DO TRABALHO. O programa de prevenção de riscos ambientais (PPRA). **Norma Reguladora 09**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/cesat/ColetaneaLegislacao/NormasRegulamentadoras_NRs/NR09.PDF>. Acesso em: 3 mar. 2009.

MOREIRA, Berenice. **Acidentes de trabalho entre profissionais de enfermagem**: análise do processo de trabalho. Brasília, 2007. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2007.

MURTA, Sheila Giardini. **Planejamento, implementação e avaliação de um programa de manejo de stress ocupacional**. Brasília, 2005. Tese de Doutorado do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, 2005.

OLIVEIRA, João Cândido. **Modelo simplificado de abordagem dos riscos no trabalho**. Belo Horizonte. Fundacentro: Universidade Federal de São João Del Rei, 2003.

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo de Oliveira. **Indenizações por acidente do trabalho ou doença ocupacional**. 3. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: LTr, 2007.

POLLOCK, Michael L.; SCHMIDT, Donald H. **Doença cardíaca e reabilitação**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

PROTEÇÃO. Revista mensal de saúde e segurança do trabalho. **No limite da razão**. n. 199, p. 39, jul. 2008.

RASIA, Carlos Alberto; BARROS, Cláudio Caetano; MARCELINO, Sílvio Cláudio. **Manual de atendimento pré-hospitalar**. Brasília: Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, 2007.

SCHER, Carlos. **Prepare seu coração**: como prevenir a doença coronária. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

SÊCCO, Iara Aparecida de Oliveira et al. **Acidentes de trabalho e riscos ocupacionais no dia-a-dia do trabalhador hospitalar**: desafio para a saúde do trabalhador. 2004. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v4n1/doc/hospitais.doc>>. Acesso em: 11 fev. 2009.

SOUZA, Paulo José Barbosa de. **Curso de Formação de Brigadas Contra Incêndio e Pânico**. Brasília: CBMDF, 1992.

UNICAMP. **Classificação dos principais riscos ocupacionais em grupos, de acordo com sua natureza e a padronização das cores correspondentes**. Disponível em: <<http://www.ifi.unicamp.br/~jalfredo/Tabela1.htm>>. Acesso em: 11 fev. 2009.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UnB). Laboratório de Saúde do Trabalhador. Disponível em: <<http://www.portalfisioterapia.com.br/fisioterapia/principal/conteudo.asp>>. Acesso em: 5 mar. 2009.

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA. **Trabalhos acadêmicos da Unisul**: apresentação gráfica para TCC, monografia, dissertação e tese. 2 ed. rev. e ampl. Tubarão, 2008. Disponível em: <<http://www.unisul.br/biblioteca>>. Acesso em: 25 ago. 2008.

VENDRAME, Antonio Carlos. **Prevenção**: gestão de risco ocupacional conduzida de forma adequada evita que empresas amarguem prejuízos. 2008. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/noticias/prevencao_gestao_de_risco_ocupacional_conduzida_de_forma_adequada_evita_que_empresas_amarguem_prejuizos/14383/>. Acesso em: 21 set. 2008.

WIKIPÉDIA. **Incêndio**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org>>. Acesso em: 3 mar. 2009.

ANEXOS

ANEXO A
Planilhas dos casos por invalidez do bombeiro militar
de 1968 a 2008

ANEXO B
Planilhas dos casos por morte do bombeiro militar
de 1968 a 2008

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
CAUSA/MOTIVO DE REFORMA POR INVALIDEZ

PoSto/ Graduação	DN	Motivo da Reforma	A/S	DODF	Data da Reforma
2º SgtTen	15/11/1949	Alienação mental	Não	148 de 30/09/75	30/9/1975
ST	6/5/1930	Lesão no menisco	Não	5/11/1971	5/11/1971
2º SgtTen	31/3/1931	Escoliose Lombar	Não	2/7/1969	2/7/1969
ST	7/5/1937	Alienação Mental	Não	15/6/1971	15/6/1971
Cap	20/3/1945	Neurose	Não	16/8/1976	16/8/1976
ST	31/10/1932	Alienação mental	Não	4/2/1969	4/2/1969
Cabo	6/10/1945	Taquicardia	Não	19/7/1971	19/7/1971
1º Sgt	24/5/1940	Psicose Depressiva	Não	10/2/1977	10/2/1977
1º Sgt	5/2/1932	Osteoartrite da coluna lombar	Não	13/1/1971	13/1/1971
1º Sgt	20/8/1936	Neuróse de ansiedade	Não	13/1/1971	13/1/1971
1º Sgt	28/1/1929	Artrite deformante	Não	13/2/1980	13/2/1980
2º Sgt	22/3/1934	Sífilis e sistema nervoso	Não	30/4/1969	30/4/1969
2º Sgt	7/3/1931	Osteocondrose da coluna lombar	Não	4/7/1975	4/7/1975
2º Sgt	19/4/1934	Ataque focal dos lóbulos temporais	Não	19/1/1971	19/1/1971
2º Sgt	16/11/1932	Lesão do joelho esquerdo	Não	23/1/1970	23/1/1970
2º Sgt	31/12/1932	Lesão do joelho esquerdo	Não	1/9/1970	1/9/1970
2º Sgt	5/3/1926	Cardiopatia hipertensiva	Não	18/9/1970	18/9/1970
2º Sgt	17/6/1932	Doença cardíaca hipertensiva benigna	Não	12/7/1974	12/7/1974
2º Sgt	5/9/1931	Osteoartrite da coluna vertebral	Não	29/10/1974	29/10/1974
2º Sgt	5/12/1920	Varizes nos membros inferiores	Não	23/1/1970	23/1/1970
2º Sgt	20/4/1932	Psicose devido a traumatismo crânioencefálico	Não	12/6/1974	12/6/1974
2º Sgt	3/3/1931	Ataque focal do lóbulo temporal e hemorróidas	Não	22/6/1971	22/6/1971
2º Sgt	23/7/1938	Psicose maniacodepressiva-depressiva	Não	25/1/1989	25/1/1989
2º Sgt	26/9/1933	Neuróse ocupacional	Não	7/1/1970	7/1/1970
Cabo	22/5/1934	Neurose obsessiva compulsiva e Alcoolismo crônico	Não	29/6/1972	29/6/1972
Cabo	5/6/1929	Cardiopatia grave	Não	18/6/1971	18/6/1971
Cabo	8/10/1934	Hipertensão essencial maligna	Não	30/10/1974	30/10/1974
Cabo	11/4/1933	Hérnia ingnal escrotal	Não	23/10/1967	23/10/1967
Cabo	1/5/1930	Cardiopatia hipertensiva	Não	17/8/1970	17/8/1970
Cabo	20/7/1947	Osteoartrite da coluna vertebral devido a trauma	Sim	24/7/1975	24/7/1975
Cabo	18/6/1947	Degeneração macular do olho esquerdo * Ato de serviço	Não	5/10/1973	5/10/1973
Cabo	15/6/1931	Varizes nos membros inferiores	Não	30/8/689	30/8/689
Cabo	5/2/1931	Varizes nos membros inferiores	Não	6/2/1969	6/2/1969
Cabo	25/3/1936	Desvio da coluna vertebral	Sim	2/7/1969	2/7/1969
Soldado	9/6/1947	Síndrome da dependência do álcool	Não	17/3/1980	17/3/1980
Soldado	29/6/1934	Espondilite osteoartrítica	Não	28/1/1980	28/1/1980
Soldado	10/6/1945	Alienação mental	Não	13/2/1980	13/2/1980
Soldado	27/6/1934	Doença Cardíaca hipertensiva	Não	18/10/1978	18/10/1978
Soldado	23/1/1947	Lesão do joelho esquerdo	Sim	1/8/1978	1/8/1978
Soldado	21/7/1944	Alienação mental	Não	16/12/1977	16/12/1977
Soldado	13/3/1948	Queimadura dos olhos	Sim	16/11/1976	16/11/1976
Soldado	26/4/1949	Artrite Traumática do joelho direito	Sim	10/7/1975	10/7/1975
Soldado	1/9/1937	Alienação mental	Não	20/6/1975	20/6/1975
Soldado	6/2/1946	Hérnia de disco	Sim	12/12/1973	12/12/1973
Soldado	23/1/1968	Lesão do joelho esquerdo	Sim	15/12/1972	15/12/1972
Soldado	24/6/1934	Espondilo-artrose cervical	Sim	15/7/1969	15/7/1969
Soldado	22/1/1942	Epilepsia, Neurose de Ansiedade	Sim	12/1/1973	12/1/1973
Soldado	14/3/1930	Exzema ulcerativa da perna esquerda	Não	26/8/1969	26/8/1969
Soldado	24/9/1929	Atrofia do nervo óticos dos olhos	Não	30/10/1967	30/10/1967
Soldado	31/8/1940	Calcificação de ligamentos e cartilagens da coluna lombo sacra	Sim	12/7/1974	12/7/1974
Soldado	2/1/1934	Alienação mental	Não	15/6/1971	15/6/1971
Soldado	28/3/1947	Encurtamento do membro inferior direito	Sim	12/1/1973	12/1/1973
Soldado	2/4/1941	Paralisia do polegar esquerdo	Sim	10/1/1977	10/1/1977
Soldado	23/5/1934	Hipertensão essencial não especificada	Não	13/4/1971	13/4/1971
2º Sgt	24/2/1944	Bronquite Crônica	Não	8/9/1987	8/9/1987

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
CAUSA/MOTIVO DE REFORMA POR INVALIDEZ

PoSTo/ Graduação	DN	Motivo da Reforma	A/S	DODF	Data da Reforma
2° Sgt	17/1/1952	Transtorno ansioso e depressivo	Não	14/3/2002	14/3/2002
1° Sgt	13/3/1945	Transtornos Neuroticos	Não	10/10/1984	10/10/1984
2° Sgt	8/5/1944	Transtorno afetivo da personalidade	Não	10/10/1984	10/10/1984
2° Sgt	10/2/1944	Osteoartrose primária	Não	31/8/1984	31/8/1984
1° Sgt	6/12/1936	Transtornos depressivos	Não	14/5/1986	14/5/1986
1° Sgt	9/8/1945	Artrite reumatoide	Não	20/5/1987	20/5/1987
2° Sgt	17/3/1943	Osteoartrose e transtornos afins	Não	23/12/1985	23/12/1985
2° Sgt	4/5/1947	Transtorno do disco intervertebral	Não	6/2/1984	6/2/1984
2° Sgt	13/11/1948	Otosclerose da coclea	Não	30/9/1982	30/9/1982
Cabo	23/11/1956	Lombalgia Crônica	Não	24/7/1990	24/7/1990
Soldado	16/5/1948	Osteoartrose do joelho direito	Não	111	15/6/1988
1° Sgt	12/8/1956	Transtornos da personalidade	Não	222	20/11/1995
Cabo	6/4/1941	Transtornos do dorço	Não	16	23/1/1987
Cabo	11/5/1953	Artrose pós-traumática	Não	168	30/8/1990
ST	12/8/1952	CID - 369.3/5	Não	141	25/7/1997
Cabo	28/5/1946	Neurastenia	Não	14	19/1/1984
Cabo	22/11/1955	Disturbio de personalidade	Não	200	1/10/1992
3° Sgt	26/10/1947	Neurose de ansiedade	Não	223	24/11/1989
Cabo	25/8/1941	Algoneurodistrofia	Sim	23/2/1993	23/2/1993
Soldado	7/11/1953	Fratura da Coluna Vertebral	Não	69	10/4/1987
Soldado	8/1/1953	Hipertensão essencial não especificada	Não	41	2/3/1988
Soldado	7/9/1956	estados de ansiedade	Não	220	17/11/1994
Soldado	13/11/1959	Psicose Orgânica Crônica	Não	176	11/9/1990
3° Sgt	7/7/1956	Reação de ajustamento não especificada	Não	143	31/7/1987
Soldado	22/3/1956	Alcoolismo crônico	Não	176	14/9/1989
Cabo	27/11/1951	CID - I 49.4 +I 47.2	Não	107	4/6/2001
Cabo	10/6/1934	Doença Cardíaca hipertensiva	Não	28	8/2/1984
2° Sgt	19/6/1954	neoplasia maligna	Não	234	4/12/1997
Cabo	30/11/1957	depressão neurotica	Não	6/3/1990	6/3/1990
Soldado	18/3/1955	epilepsia não especificada	Não	26/7/1986	26/7/1986
Soldado	9/4/1964	Fratura do plato tibial	Não	59	27/3/1998
3° Sgt	30/10/1946	Lesão do menisco medial do joelho	Sim	60	29/3/1988
Cabo	5/8/1955	CID 891.2/5	Sim	60	29/3/1988
Cabo	10/4/1952	Úlcera gástrica aguda	Não	162	27/8/1987
Cabo	10/11/1956	Transtornos Neuroticos	Não	143	31/7/1987
Cabo	2/5/1959	epilepsia convulsiva generalizada	Não	69	13/4/1988
Soldado	12/10/1958	Transtorno afetivo da personalidade	Não	029	8/2/1995
Cabo	6/8/1949	Lumbago	Não	069	10/4/1987
Cabo	6/10/1953	Fibrose pulmonar pós-inflamatória	Não	245	24/12/1985
Cabo	28/12/1946	Orquite e epididimite	Sim	169	31/8/1984
Cabo	1/2/1960	Fobia Social	Não	21	30/1/2002
Soldado	26/11/1955	Lumbago	Não	169	31/8/1984
Soldado	7/9/1959	Artrose joelho direito	Sim	237	25/11/1993
Soldado	17/6/1958	Hipertensão essencial não especificada	Não	120	24/6/1996
Soldado	20/6/1958	Polineuropatia alcoolica	Não	92	15/5/1995
Soldado	6/2/1958	CID C16.9+C18.4	Não	118	22/6/1999
Soldado	22/9/1958	Disturbio predominante psicomotor	Não	75	17/4/1984
Soldado	30/1/1958	flebite e tromboflebite das extremidades inferiores	Não	198	30/9/1993
2° Sgt	12/4/1955	S.I.D.A	Não	128	9/7/1998
Cabo	30/8/1960	Transtornos mentais devido ao uso de alcool	Não	31	10/2/2006
Cabo	22/9/1969	CID 030.0/0 + 702.9/7	Não	120	29/6/1998
Soldado	9/4/1970	CID G82.0	Não	057	24/3/1999
Soldado	16/1/1967	lesões do plexo braquial	Sim	154	10/8/1995
Soldado	6/3/1967	Psicose não especificada	Não	045	7/3/1997
Soldado	15/7/1969	Alienação mental	Não	13	18/1/2006
Soldado	22/4/1967	artrose não especificada	Não	218	18/11/2005
Cabo	8/6/1969	Fratura de fêmur e calcânho	Não	212	9/11/2005

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
CAUSA/MOTIVO DE REFORMA POR INVALIDEZ

PoSTo/ Graduação	DN	Motivo da Reforma	A/S	DODF	Data da Reforma
Cabo	5/5/1966	CID F42.1 + F32.2	Não	140	24/7/2000
Soldado	26/5/1966	Esquizofrenia paranoide	Não	011	15/1/2003
Soldado	4/12/1967	S.I.D.A	Não	237	25/11/1993
Soldado	24/10/1966	Alienação mental	Não	171	3/9/1999
ST	16/7/1937	Cardiopatia grave	Não	182	22/9/1983
Cap	9/7/1949	Pênfigo	Não	47	11/3/1987
Cap	29/10/1934	Diabetes	Não	79	30/4/1987
2º SgtTen	18/6/1934	Hipertensão essencial não especificada	Não	198	15/10/1986
Cap	22/4/1960	Artrose do joelho	Sim	230	5/12/1989
Major	22/4/1958	Síndrome da dependência do álcool	Não	188	27/9/1994
Ten Cel	15/5/1960	Sequela de Acidente Vascular Cerebra	Sim	137	17/7/1996
Ten Cel	23/5/1957	Transtornos mentais	Não	209	4/11/1998
Major	1/2/1960	Lesão do nervo fibular esquerdo	Sim	220	17/11/1994
Cap	12/1/1953	Hipertensão essencial não especificada	Não	207	24/11/1996
Cap	29/4/1971	CID C40.0 e Z 54.0	Não	170	3/9/2001
ST	13/3/1929	Cardiopatia Hipertensiva, alcoolismo e nevrite braquial	Não	18/8/1970	17/8/1970
ST	6/2/1937	fraturas múltiplas, cegueira e trauma de cabeça	Não	31/1/1975	31/1/1975
ST	28/8/1941	Cardiopatia grave	Não	2/7/1969	2/7/1969
ST	18/3/1935	Postpiroloplastia	Não	2/3/1971	2/3/1971
ST	11/5/1937	Alienação mental	Não	2/9/1969	2/9/1969
ST	28/2/1928	Vício de Refração	Não	2/6/1978	2/6/1978
ST	15/7/1929	espondiloidase e pisamento	Não	4/2/1969	4/2/1969
ST	16/9/1932	Anquilose da coluna dorsal	Não	4/7/1970	4/7/1970
ST	2/8/1928	Osteoartrose degenerativa da coluna	Não	28/11/1975	28/11/1975
ST	25/3/1929	Cardiopatia Grave	Não	27/10/1969	27/10/1969
2º Sgt	29/6/1931	Ataque focal lóbulo temporal		20/10/1970	20/10/1970
2º SGT	27/2/1930	Anquilose na articulação do joelho*ato de serviço		30/4/1969	30/4/1969
2º Sgt	29/3/1944	Artrite nevrálgia espinhal *ato de serviço	Sim	16/4/1975	16/4/1975
2º Sgt	10/10/1929	Diabetes e Lombalgia		22/2/1978	22/2/1978
2º SGT	29/4/1932	Ataque focal lóbulo temporal		18/9/1970	18/9/1970
2º Sgt	18/12/1946	Cegueira		26/12/1978	26/12/1978
2º Sgt	4/5/1946	Alienação mental		31/7/1979	31/7/1979
3º Sgt	30/10/1931	Osteoartrose cervical		2/7/1969	2/7/1969
3º Sgt	29/7/1932	Ataque focal lóbulo temporal		29/2/1968	29/2/1968
Cabo	20/11/1946	Ruptura do ligamento cruzado e luxação do ombro *ato de serviço	Sim	19/9/1974	19/9/1974
Cabo	12/6/1931	Reação neuro depressiva e ataque frontal lóbulo temporal * ato de serviço		5/10/1973	5/10/1973
Cabo	25/2/1938	Alienação mental		28/12/1971	28/12/1971
Cabo	2/11/1930	Insuficiência Coronária e Úlcera duodenal		22/11/1974	22/11/1974
Cabo	14/2/1946	Entorse no joelho e da perna e entorse e distensão do tornozelo e do pé * ato de serviço	Sim	14/2/1976	14/2/1976
Cabo	1/11/1933	Lesão dos nervos quirodátiles esquerdos * ato de serviço	Sim	23/7/1969	23/7/1969
Cabo	2/11/1934	Bronquite Asmática		13/10/1970	13/10/1970
Cabo	20/9/1931	Ametropia olho esquerdo * ato de serviço	Sim	8/8/1973	8/8/1973
Cabo	27/11/1932	Artrite e reumatismo crônico		16/9/1968	16/9/1968
Cabo	20/5/1930	Tuberculose Pulmonar e megaesôfago		19/8/1968	19/8/1968
Soldado	4/10/1928	Bronquite Crônica e debilidade		17/8/1970	17/8/1970
Soldado	1/9/1931	Tuberculose pulmonar		13/9/1968	13/9/1968
Soldado	9/10/1930	Anquilose Articular grave da coluna lombar e fratura da coluna vertebral * ato de serviço	Sim	2/7/1969	2/7/1969
Soldado	15/6/1933	Tuberculose Pulmonar		15/6/1971	15/6/1971
Soldado	27/12/1944	Fratura da tíbia e perônio, encurtamento do MID * ato de serviço	Sim	15/12/1972	15/12/1972
Soldado	7/3/1935	Artrose do joelho	Não	2/7/1969	2/7/1969
Soldado	20/7/1927	Cardiopatia grave	Não	9/8/1971	9/8/1971

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
CAUSA/MOTIVO DE REFORMA POR INVALIDEZ

PoSto/ Graduação	DN	Motivo da Reforma	A/S	DODF	Data da Reforma
Soldado	24/4/1932	Úlcera duodenal crônica e ambliopia	Não	6/10/1970	6/10/1970
Soldado	25/2/1946	Entorse do joelho e desarranjo das articulações do joelhos * ato de serviço	Sim	25/11/1977	25/11/1977
Soldado	1/10/1950	Entorse e distensão do joelho ruptura do menisco do joelho * ato de serviço	Sim	12/12/1973	12/12/1973
Soldado	14/8/1934	Cardiopatia e amebíase		11/5/1970	11/5/1970
Cabo	22/6/1933	osteoartrite traumática da coluna * ato de serviço	Sim	14/7/1978	14/7/1978
Cabo	26/12/1950	Efeitos tardios de fraturas * ato de serviço	Sim	2/6/1978	2/6/1978
Cabo	27/7/1929	Equimose da Face dorsal do hemitorax* ato de serviço	Sim	23/10/1967	23/10/1967
Cabo	24/5/1931	Esquisofrenia, psicose com epilepsia e vícios de refração	Não	18/6/1975	18/6/1975
Cabo	16/4/1930	Colite Mucosa psíquica e infestações devido a cestoides	Não	2/7/1969	2/7/1969
Cabo	9/1/1928	Vertigens do precordial e debilidades	Não	2/6/1970	2/6/1970
Cabo	15/8/1927	Hipertensão e insuficiência Coronária	Não	4/9/1968	4/9/1968
Cabo	13/5/1935	Tuberculose Pulmonar	Não	20/7/1971	20/7/1971
Cabo	12/9/1943	Alienação mental	Não	6/7/1971	6/7/1971
CEL	8/5/1939	Varizes e Vertigens	Não	10/2/1992	10/2/1992
CEL	17/6/1934	Varizes das extremidades inferiores	Não	29/11/1983	29/11/1983
CEL	5/4/1932	Radiculite lombo-sacra	Não	22/5/1987	22/5/1987
CEL	5/1/1929	Cardiopatia grave	Não	7/12/1981	7/12/1981
MAJ	23/2/1947	Hipertensão e Depressão neurótica	Não	18/1/1989	18/1/1989
CAP	5/3/1947	Transtorno da personalidade	Não	29/11/1983	29/11/1983
MAJ	4/7/1947	Hérnia inguinal e efeitos tardios de procedimento cirurgico	Sim	25/8/1987	25/8/1987
ST	12/1/1929	espondilose	Não	28/3/1988	28/3/1988
ST	4/2/1937	Lumbago	Não	9/4/1987	9/4/1987
1° SGT	14/1/1932	Cegueira	Não	14/9/1982	14/9/1982
ST	17/7/1940	Hipertensão essencial	Não	26/1/1988	26/1/1988
ST	5/1/1935	Hérnia inguinal bilateral	Não	7/8/1989	7/8/1989
ST	30/12/1943	cervico braquialgia bilateral	Não	9/8/1981	9/8/1981
1° SGT	14/10/1949	Anomalia da Coluna vertebral	Sim	15/3/1985	15/3/1985
1° Sgt	15/5/1935	Osteoartrose	Não	19/1/1984	19/1/1984
ST	8/6/1937	Lumbago	Não	10/4/1987	10/4/1987
ST	6/7/1934	Lombalgia crônica	Não	15/8/1989	15/8/1989
2° Sgt	15/4/1948	Hipertensão essencial e cegueira	Não	17/4/1984	17/4/1984
Soldado	10/6/1947	Transtorno neurológico	Não	14/8/1987	14/8/1987
Soldado	30/6/1966	Citopatia Mitocondrial	Não	1/10/2002	1/10/2002
3° SGT	12/6/1965	Artrose pós-traumática	Não	26/10/2005	26/10/2005
Soldado	7/1/1972	Amiotrofia nevrálgica	Não	17/7/2006	17/7/2006
Soldado	11/9/1970	Traumatismo por esmagamento dos membros inferiores	Sim	18/9/2003	18/9/2003
2° SGT	6/7/1926	Cardiopatia Hipertensiva	Não	30/10/1974	30/10/1974
Cabo	1/12/1933	Lombalgia crônica hipermetropia	Não	4/11/1977	4/11/1977
Soldado	17/6/1955	CID m 45 + d 18.0	Não	4/6/2001	4/6/2001
Soldado	29/11/1951	Tuberculose Pulmonar	Não	12/8/1983	12/8/1983
Soldado	15/7/1959	Cegueira e trauma craniano	Não	23/10/1985	23/10/1985
3° Sgt	14/10/1948	Cegueira	Não	23/11/1982	23/11/1982
Soldado	10/6/1949	Síndrome pós-concussão cerebral	Não	24/11/1983	24/11/1983
Cabo	30/1/1954	Paraparesia não especificada	Não	1/6/1995	1/6/1995
1° Sgt	19/5/1947	osteoartrose e transtornos afins	Não	29/1/1987	29/1/1987
Soldado	27/7/1945	Degeneração Macular do olho	Sim	18/6/1975	18/6/1975
3° Sgt	19/4/1948	CID 427.2/2+ 401.1/8	Não	25/7/1997	25/7/1997
Soldado	15/8/1946	Dor na Coluna Vertebral	Não	23/2/1987	23/2/1987
Soldado	29/1/1942	Sinusite crônica do maxilar e osteoartrose	Não	27/4/1984	27/4/1984
3° SGT	9/9/1956	Miopia, astigmatismo	Não	25/2/1987	25/2/1987
Cabo	15/11/1955	Pênfigo foliaceo	Não	7/5/2002	7/5/2002
Soldado	18/11/1944	Fratura da coluna vertebral e lesão da medula	Não	14/5/1986	14/5/1986

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
CAUSA/MOTIVO DE REFORMA POR INVALIDEZ

PoSto/ Graduação	DN	Motivo da Reforma	A/S	DODF	Data da Reforma
Soldado	3/12/1957	Sacro-ileite a direita	Sim	7/2/1991	7/2/1991
3° Sgt	24/4/1944	Transtornos neurológicos	Não	11/12/1998	11/12/1998
Soldado	15/7/1946	Luxação e fratura cominutiva do úmero	Sim	12/11/1984	12/11/1984
Soldado	6/2/1954	surdez neuro sensorial	Sim	29/3/1988	29/3/1988
Cabo	27/6/1956	osteoartrose do joelho esquerdo	Não	20/11/1995	20/11/1995
Soldado	8/2/1958	Fraturas múltiplas de fêmur	Não	14/11/1986	14/11/1986
Soldado	4/9/1959	Acidente Vascular Cerebral	Não	27/10/2004	27/10/2004
3° Sgt	20/6/1956	Artrose do quadril e joelho	Não	25/7/1997	25/7/1997
Soldado	22/11/1958	CID f 41.1	Não	9/5/2000	9/5/2000
Soldado	20/11/1955	Fratura da coluna lombar	Sim	17/4/1995	17/4/1995
Soldado	30/9/1952	Transtorno depressivo	Não	21/5/1986	21/5/1986
Soldado	28/11/1959	Anquilose dos dedos indicador e médio	Sim	30/9/1993	30/9/1993
Soldado	29/4/1957	Transtorno da personalidade	Não	10/1/1995	10/1/1995
Soldado	26/12/1959	surdez mista	Não	28/2/1995	28/2/1995
2° SGT	27/6/1967	Lesão no joelho	Não	26/2/2003	26/2/2003
Soldado	4/12/1967	CID h 54.4	Não	13/12/2000	13/12/2000
Soldado	30/4/1965	Cid s 66.1	Sim	6/9/1999	6/9/1999
Soldado	11/5/1967	S.I.D.A	Não	4/6/2001	4/6/2001
Soldado	3/12/1967	Transtorno de discos lombares	Não	23/3/2004	23/3/2004
Soldado	2/1/1968	Alienação mental	Sim	20/5/1998	20/5/1998
Soldado	4/5/1969	Psicose maníaco depressivo	Não	10/1/1995	10/1/1995
Soldado	22/11/1968	transtorno esquiso-afetivo	Não	8/10/2003	8/10/2003
Soldado	12/12/1969	Espondilite Anquilosante	Não	12/11/2004	12/11/2004
Soldado	11/4/1965	CID G 40.4 + f 6.9	Não	4/6/2001	4/6/2001
Soldado	8/10/1965	Ruptura do ligamento do joelho	Sim	9/11/1990	9/11/1990
Soldado	17/5/1966	Artrose do joelho	Sim	6/10/1993	6/10/1993
Soldado	8/1/1976	CID J 68	Sim	16/7/1999	16/7/1999
Soldado	26/1/1967	Gonartrose pos-traumatica	Sim	18/2/2003	18/2/2003
Soldado	17/12/1970	Transtorno misto ansioso depressivo	Não	25/2/95	25/2/1995
ST	4/7/1932	Transtornos Neuroticos, depressão neurótica	Não	24/12/84	24/12/1984
Capitão	1/1/1950	Neoplasia Maligna da bexiga	Não	28/3/83	28/3/1983
Capitão	25/10/1934	Arteriosclerose coronária	Não	17/3/83	17/3/1983
Capitão	1/12/1930	Luxação do ombro esquerdo	Não	15/9/83	15/9/1983
Major	11/11/1951	Estado Fóbico	Não	11/12/87	11/12/1987
Capitão	17/9/1951	Ligamento do joelho e osteoartrose	Não	28/5/87	28/5/1987
ST	19/3/1934	Artrite Degenerativa do Joelho	Não		21/5/1973
ST	26/2/1934	"Epilepsia " Grande Mal	Não	063 de 30/03/1995	30/3/1995
ST	27/2/1945	Turbeculose Pulmonar Ativa	Não		15/6/1971
ST	18/5/1933	Bronquite Crônica	Não	Dec.	23/10/1969
ST	15/4/1928	Hipertensão Maligna com Complicações Cardíacas	Não		27/6/1975
ST	28/2/1934	Hipertensão Porta	Não		18/9/1970
ST	27/6/1930	Estenose Aórtica	Não		30/3/1970
ST	24/7/1934	Colite Ulcerativa	Não	Dec.	30/12/1975
ST	20/7/1937	"Osteoartrite" (Artrose)	Não		17/11/1975
2° Ten	15/2/1937	Cardiopatas Graves	Não		15/7/1971
2° Ten	5/3/1933	Artrose da Coluna Lombar	Não		31/7/1975
2° Ten	10/3/1950	Artrite Traumática	Não		18/9/1975
2° Ten	1/2/2029	Estado Depressivo ansioso	Não		28/9/1972
2° Ten	13/3/1949	Traum. No Joelho Acid.Serv.	Sim	237 de 11/12/1986	11/12/1986
2° Ten	8/2/2029	Disritmia Cerebral	Não		30/9/1988
2° Ten	12/1/1930	Deficiência de Pronação Mão Dir.	Não		13/2/1973
2° Ten	15/10/1946	Psicose Depressiva	Não		27/4/1976
2° Ten	23/9/1931	Epilepsia Focal/Psiconeuros	Não		12/12/1969
1° Sgt	14/8/2028	Artrose da rótula esquerda em consequência do Serviço	Sim		23/10/1969
1° Sgt	1/6/1930	Glaucoma	Não		3/7/1970
1° Sgt	1/9/1941	Psicose Depressiva	Não		7/10/1975
1° Sgt	11/2/1936	Artrose da Coluna Lombar Grave	Não		14/7/1971

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
CAUSA/MOTIVO DE REFORMA POR INVALIDEZ

PoSto/ Graduação	DN	Motivo da Reforma	A/S	DODF	Data da Reforma
1° Sgt	13/6/1946	Anquilose das Articulações Sacro-Iliacos em consequência do Serviço	Sim		6/4/1976
1° Sgt	24/2/2029	Reação Depresiva Neurotica	Não		6/7/1971
ST	13/12/2312	Cardiopatia Grave	Não	231 de 08/11/1979	8/11/1979
ST	2/2/2029	Melancolia de Involução	Não		5/3/1974
ST	8/6/1933	Osteoartrite da Coluna Vertebral	Não	047 de 30/03/71	23/3/1971
Soldado	7/11/1931	Ataque Focal dos Lóbulos Temporais	Não		18/5/1971
Soldado	13/2/1947	Ancilose Articular do Punho Esquerdo	Sim		27/5/1975
Soldado	17/0746	Desarranjo da articulação do joelho esquerdo	Sim		16/11/1976
Soldado	8/7/2029	hipertensão arterial/reação neuro depressiva	Não		17/8/1970
Soldado	21/4/1949	Osteoartrite da Coluna lombar	Sim		1/8/1975
Soldado	3/7/1934	Epilepsia	Não		2/7/1969
Soldado	21/9/1947	Fratura da extremidade distal cúbito esquerdo	Sim		15/5/1974
Soldado	13/1/1949	osteoartrite da coluna lombar devido a trauma	Sim		12/12/1974
Soldado	30/10/1935	Reação Depresiva Neurotica	Não		18/9/1970
Soldado	11/2/1931	Osteoartrite da coluna lombar	Não		4/2/1975
Soldado	19/9/1952	fratura da extremidade distal rádio direito	Sim		17/7/1975
1° Sgt	24/2/1946	Reação Depresiva prolongada	Não	219 de 14/11/86	13/11/1986
2° Sgt	29/3/1948	Transtorno efetivo da personalidade	Não		17/1/1984
1° Sgt	4/4/1948	deslocamento do disco intervertebral	Não		5/8/1987
ST	17/8/1930	Hipertensão Essencial	Não		20/11/1984
2° Ten	26/10/1936	Hipertensão Essencial	Não		12/4/1988
ST	28/8/1932	síndro cervicocraniana	Não	170 de 05/09/84	5/9/1984
2° Ten	28/3/1936	Transtorno depressivo	Não	188 de 02/10/84	20/9/1984
1° Sgt	15/4/1943	artrose metatarso falangiana	Não	079 de 29/04/88	27/4/1988
3° Sgt	15/4/1950	Depressão neurótica	Não	018 de 25/01/84	17/1/1984
Cabo	29/5/1949	Luxação do joelho	Sim	001 de 02/01/85	18/12/1984
3° Sgt	18/7/46	cisticercose	Não	120 de 26/06/84	14/6/1984
3° Sgt	24/6/1948	deformidades osteomusculares congênitas	Não	132 de 16/07/85	9/7/1985
3° Sgt	23/3/1940	aterosclerose coronariana	Não	073 de 19/04/94	17/3/1994
1° Sgt	8/3/1946	Cardiopatia Grave	Não	110 de 14/06/93	24/5/1993
3° Sgt	2/6/1936	epilepsia	Não	139 de 29/07/86	23/7/1986
Cabo	28/10/1935	lombocitalgia crônica	Não	081 de 27/04/84	11/4/1984
Cabo	20/10/1953	lesão crônica no joelho direito	Sim	205	17/10/1991
Soldado	21/3/1954	sinusite crônica maxilar	Não	6	12/1/1987
3° Sgt	29/1/55	Hipertensão Essencial	Não	200	1/10/1992
Soldado	4/7/1948	epilepsia	Não	14	19/1/1984
1° Sgt	8/7/1954	traumatismo nervo fíbulo-peronial	Sim	70	10/4/2003
2° Sgt	20/7/1956	osteocondrite do tornozelo direito	Sim	97	26/5/1988
2° Sgt	15/9/1957	CID S 63.0 + S 72.0 + S 72.7	Não	22	19/5/1998
Cabo	3/7/1948	desarranjo do menisco lateral	Sim	21	1/2/1988
Soldado	25/1/1955	luxação do ombro esquerdo	Sim	42	4/3/1983
Soldado	5/8/1957	sinovite crônica de joelhos	Sim	1	3/1/1994
Cabo	4/11/1958	CID C 22.0	Não	113	15/6/1999
2° Sgt	16/1/1959	hipertensão arterial, colelitíase, esofagite, e outras.	Não	214	7/11/2001
Soldado	20/8/1957	lupus discoide	Não	235	11/12/1998
Soldado	21/11/1956	fratura de um ou de vários dedos da mão	Sim	120	26/6/1984
Cabo	2/4/1950	reação de ajustamento em presença de transtornos da personalidade	Não	139	29/7/1986
Cabo	23/8/1958	transtornos de discos lombares e de outros discos	Não	107	7/6/2004
Soldado	13/8/1959	transtornos neuróticos e reação depressiva prolongada	Não	6	10/1/1994
2° Sgt	25/7/1954	dislipidemia, diabetes mellitus tipo II, hipertensão arterial	Não	135	16/7/2003
1° Sgt	14/1/1950	Cardiopatia Grave	Não	133	15/7/1997
Soldado	29/11/1957	estenose e oclusão das artérias pré-cerebrais e hipertensão secundária	Não	171	9/9/1998
3° Sgt	3/8/1957	reação depressiva prolongada	Não	128	28/6/1996

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
CAUSA/MOTIVO DE REFORMA POR INVALIDEZ

PoSto/ Graduação	DN	Motivo da Reforma	A/S	DODF	Data da Reforma
Soldado	23/2/1957	efeitos tardios de lesão traumática de nervo periférico da cintura escapular e do MI	Sim	229	11/12/1987
Soldado	5/1/1959	efeitos tardios de lesão traumática da medula espinhal	Não	169	5/9/1985
Soldado	6/8/1960	deficiência imunitária não especificada	Não	161	10/8/1993
Soldado	19/1/1956	instabilidade antero-lateral do joelho esquerdo	Sim	148	3/8/1990
1° Sgt	10/4/1952	neuropatias inflamatórias e tóxicas	Não	241	30/12/1987
Soldado	14/10/1961	espondilopatia inflamatória não especificada	Não	118	22/6/1990
2° Sgt	31/12/1957	fratura de T-11 com lesão medular completa	Sim	203	29/10/1993
Soldado	23/10/1960	epilepsia não especificada	Não	69	9/4/1992
Soldado	17/10/1961	anquilose da articulação inter-falangiana proximal e luxação recidivante ombro esquerdo	Sim	247	9/12/1993
ST	1/3/1961	lombocotalgia pós duas cirurgias para hérnia de disco	Não	151	11/8/1998
Soldado	25/7/1958	efeitos tardios de fraturas das extremidades inferiores	Não	97	28/5/1987
3° Sgt	9/6/1973	psicose maníaco-depressiva tipo depressivo	Não	234	4/12/1997
Soldado	9/3/1970	síndrome de Guillain-Barré	Não	189	1/10/2004
Soldado	7/1/1974	CID M 15.3 + M 25.5	Sim	247	24/12/2000
Soldado	6/2/1971	transtornos de discos lombares e de outros discos	Não	253	31/12/2003
Soldado	5/12/1971	transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintoma psicóticos	Não	130	12/7/2005
Cabo	16/8/1973	CID F20.04	Sim	180	19/9/2000
Soldado	11/8/1975	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	Não	224	25/11/1998
Cabo	14/7/1974	espondilite anquilosante	Não	218	18/11/2005
Soldado	30/8/1974	consolidação viciosa de fratura no tornozelo esquerdo com distrofia simpático reflexiva	Sim	168	3/9/1998
Soldado	8/3/1973	CID I 62.9	Não	181	20/9/2000
Soldado	29/9/1980	CID 10 N° G 82.2 paraplegia não especificada	*Sim	163	26/8/2005
Soldado	1/7/1972	TCE	Sim	132	15/7/1998
Soldado	17/11/1976	convalescência após cirurgia e ceratocone	Não	223	24/11/2004
1° Sgt	3/10/1943			16	23/1/1987
1° Sgt	3/2/1945	Pancreatite Crônica	Não	103	3/6/1988
ST	5/5/1947	Hipertensão e Isquemia Cerebral	Não	140	21/7/1995
1° Sgt	12/12/1947	Cardiopatia Grave	Não	84	6/5/1991
3° Sgt	19/6/1949	Cegueira	Não	228	1/12/1983
1° Sgt	18/3/1948	Lombalgia Crônica	Não	150	19/8/1988
1° Sgt	4/5/1947	Hipertensão	Não	1	4/1/1988
2° SgtBM	23/4/1945	Espondilose Lombo Sacra e Reação de Ajustamento	Sim	152	12/8/1986
3° Sgt	12/4/1949	Perfuração do Timpano Neurose Depressiva	Sim	228	1/12/1983
ST	17/11/1953	Osteortrose, Transtornos Afins, Sinovite e Tenossinovite	Sim	137	17/7/1996
3° Sgt	24/6/1953	Cardiopatia Grave	Não	84	7/5/1998
Soldado	12/7/1954	Hipertensão Arterial	Não	59	27/3/1991
Soldado	18/2/1991	Neurose Fóbica, Sinusite Crônica e Disacusia Neurosensorial	Não	60	29/3/1988
2° SgtBM	21/12/1953	Contusão do Tornozelo	Sim	151	9/8/1989
Soldado	3/10/1954	Estabilidade Crônica do Joelho Direito	Sim	59	27/3/1991
CBM	5/6/1948	Reação de Ajustamento com Distúrbios Emocionais	Não	106	9/6/1987
Soldado	6/12/1955	Epilepsia Não Especificada	Não	95	22/5/1981
CBM	18/2/1946	Osteortrose, Efeitos de Complicação de Procedimentos Médicos, Hematuria	Não	69	13/4/1988
Soldado	21/7/1956	Depressão Neurótica, Surdez	Não	22	31/1/1985
Soldado	10/10/1950	Alcolismo Crônico, Sífilose e Úlcera	Não	104	3/6/1983
3° Sgt	27/11/1957	Gastrite Colites Esclerose Artropatia	Não	233	11/12/1987
Soldado	28/8/1951	Epilepsia Psicomotora	Não	191	6/10/1982
3° Sgt	12/3/1988	Aterosclerose Coronária e Hipertensão	Não	143	31/7/1987
3° Sgt	20/7/1950	Síndrome Pós-Laminectomia	Não	47	10/3/1994
ST	1/8/1947	Paralisia	Não	69	12/4/1999
Soldado	23/5/1953	Alcolismo Crônico	Não	139	24/7/1986

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
CAUSA/MOTIVO DE REFORMA POR INVALIDEZ

PoSto/ Graduação	DN	Motivo da Reforma	A/S	DODF	Data da Reforma
3° Sgt	3/11/1953	Lumbago	Não	221	24/11/1987
CBM	22/4/1944	Diabetes	Não	221	24/11/1987
Soldado	19/11/1960	Osteomelite Crônica	Não	96	25/5/1988
Soldado	28/12/1955	Desarranjo Interno do Joelho	Sim	69	10/4/1987
Soldado	29/12/1956	Sinovite Vilonodular	Sim	176	29/8/1992
Soldado	11/4/1956	Transtornos Neuróticos Distúrbios Mentais	Não	47	10/3/1994
Soldado	28/12/1958	Luxação do Cotovelo e Fratura do Membro Superior	Sim	225	24/11/1986
3° Sgt	12/6/1965	Paralisia Irreversível e Incapacitante	Não	99	14/3/1984
Soldado	25/8/1963	S.I.D.A	Não	160	21/8/2000
Soldado	29/9/1965	Paralisia Irreversível e Incapacitante	Não	131	10/7/1995
Soldado	2/2/1966	Lombalgia Crônica	Sim	243	29/12/1991
Soldado	29/7/1962	Espondilose Torácica ou Lombar	Sim	52	18/3/1997
Soldado	19/10/1963	Cardiopatia Grave	Não	212	29/11/2005
Soldado	1/4/1960	Transtorno Histérico da Personalidade	Não	170	9/9/1987
1° Sgt	7/3/1961	Alcolismo Crônico	Não	107	4/6/2001
Soldado	4/10/1961	Hanseníase	Não	69	10/4/1987
CBM	4/12/1960	Síndrome Vertiginosa e Transtornos do Labirinto	Não	103	25/5/1993
1° Sgt	29/2/1960	Atrofia dos membros inferiores	Sim	69	12/4/1999
Cabo	23/8/1960	Entorses e distensões do joelho	Não	221	24/11/1987
2° SgtBM	5/3/1957	Traumatismo crânio-encefálico com fratura e lesão	Não	249	24/12/1996
TC	11/9/1920	Tempo Serviço		-	28/9/1966
Cap	15/09/1393	Estado Depressivo Ansioso		BG 186	17/9/1975
Cap	19/6/1939	Bronquite com Enfizema		-	18/9/1970
Cap	11/10/1948	Neurose Depressiva		-	12/6/1978
Cap	20/5/1932	Tempo Serviço		-	28/7/1978
Cap	15/9/1936	Transtornos Mentais		-	18/5/1976
Cap	25/1/1940	Disritmia Cerebral Difusa		-	16/2/1971
Cap	13/11/1946	Desarranjo Joelho Direito		-	14/7/1978
2° SgtTen	17/10/1910	Arteriosclerose Generalizada		-	29/5/1969
1° Ten	21/6/1950	Alienação Mental		-	14/7/1978
2° SgtTen	10/1/1930	Osteoartrose Coluna Cervical		-	18/9/1975
Aspirante	4/5/1951	Inadaptação Situacional Aguda		-	31/10/1975
3° Sgt	26/10/1939	Úlcera Duodenal Crônica		-	23/10/1969
3° Sgt	23/3/1933	Cardiopatia Hipertensiva		-	17/8/1970
3° Sgt	17/7/1931	Alcoolismo Crônico		-	30/6/1970
3° Sgt	23/6/1926	Sinusite Crônica		-	16/2/1971
3° Sgt	21/12/1945	Anquilose Traumática	Sim		8/9/1976
3° Sgt	21/4/1932	Anquilose da Articulação do Dedo			27/2/1970
3° Sgt	4/6/1933	Hernia Hinguino Escrotal			2/7/1969
3° Sgt	10/12/1932	Distensão Art. Lombosacra			17/8/1970
3° Sgt	30/9/1932	Alienação Mental			2/7/1969
Soldado	6/4/1934	Cardiopatia Hipertensiva			23/10/1967
Cabo	1/6/1932	Insuficiência Cardíaca			12/6/1970
Cabo	3/6/1937	Sobrecarga Ventricular			18/9/1970
Cabo	17/8/1934	Rotura dos Meniscos Joelho Direito	Sim		15/6/1971
Cabo	24/2/1936	Osteoartrose Coluna Lombar			12/12/1973
3° Sgt	27/9/1927	Hipertensão Arterial			23/3/1971
3° Sgt	15/5/1936	Anquilose Lombar			30/6/1970
3° Sgt	12/4/1932	Úlcera Duodenal Crônica			27/2/1970
Cabo	1/2/1931	Doença de Pelegrini Stieda			31/04/71
3° Sgt	17/4/1932	Psicose Alcoolica			15/7/1969
3° Sgt	25/5/1941	Alienação Mental			26/5/1971
Soldado	17/10/1947	Desloc. Do Disco da Coluna	Sim		14/8/1974
Soldado	13/3/1947	Pertubação Mental - eplepsia	Sim		14/7/1975
Soldado	18/7/2029	Anbliopia			14/7/1969
Soldado	15/5/1945	Cegueira Total O D	Sim		3/11/1975
Soldado	17/1/1933	Cardiopatia Grave		B.G 134	14/7/1969

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
CAUSA/MOTIVO DE REFORMA POR INVALIDEZ

PoSto/ Graduação	DN	Motivo da Reforma	A/S	DODF	Data da Reforma
Soldado	24/7/1936	Hipertensão Arterial		B.G 188	18/9/1970
Soldado	5/3/1932	Úlcera Duodenal		B.G 129	30/6/1970
Soldado	10/11/1929	Alienação Mental		B.G 108	26/5/1971
Soldado	10/3/1950	Luxação Art. Escapolo Umeral	Sim	B.G 154	1/8/1975
Soldado	2/8/1945	Artrite Traumática Joelho	Sim	B.G 126	27/6/1975
Soldado/2	3/8/1952	Fratura da Coluna Vertebral	Sim	B.G 217	26/10/1973
Soldado	18/12/1948	Esquisofrenia Catatonica		B.G 166	8/8/1975
Soldado	27/9/1937	Tuberculose Ativa Pulmonar		B.G 126	10/10/1971
Soldado	10/9/1934	Cardiopatia Hipertensiva		B.G 128	22/6/1971
Soldado	15/5/1952	Artrite Traumática da Tíbia	Sim	B.G 46	10/1/1975
Soldado	3/1/1936	Alcoolismo Cronico		B.G 168	17/8/1970
Soldado	20/9/1945	Disritimia Cerebral	Sim	B.G 203	13/10/1971
Soldado	21/5/1945	Atrofia Muscular	Sim	B.G 145	14/12/1976
Soldado	15/9/1941	Úlcera Duodenal Cronica		B.G 192	6/10/1970
Soldado	12/12/1934	Hipertensão Arterial		B.G 73	18/9/1978
Cabo	23/7/1949	Fratura da Tíbia e Perônio	Sim		11/9/1980
Cabo		Alienação Mental	Sim		2/12/1980
Soldado	7/12/1942	Anquilose Articular do Joelho Dir.	Sim		14/8/1980
Soldado	19/8/1947	Desarranjo Interno do Joelho Dir.	Sim		14/11/1980
Soldado	28/7/1935	Espondilite Osteoartritica da Coluna	Não		14/11/1980
3° Sgt	4/10/1946	Alienação Mental	Não		21/7/1980
Soldado	16/12/1946	Alienação Mental	Não		30/4/1979
ST	13/5/1932	Arritmias Cardíacas, Extrassistolia	Não		1/6/1988
ST	19/7/1934	Lombalgia Crônica	Não		14/004/83
ST	10/3/1934	Hipertensão Essencial	Não		24/1/1984
ST	14/4/1934	Arritmias Cardíacas, Extrassistolia	Não		9/2/1988
ST	10/8/1937	Diabetes Mellitus, Doença Cardíaca	Não		20/9/1984
ST	3/11/2027	Hipertensao Maligna	Não		13/6/1983
ST	27/10/1931	Transtorno de Disco Intervertebral	Não		24/11/1983
ST	20/8/1931	Miopia Progressiva	Não		24/11/1983
ST	14/2/1933	Calculose Renal	Não		15/6/1983
2° Sgt	26/4/1945	Transtornos do Coxis	Sim	BG 91	14/5/1986
1° Sgt	20/11/1948	Transtornos do Coxis	Não	BG 220	23/11/1987
1° Sgt	20/12/1947	Hipertensão Essencial	Não	BG 021	26/1/1988
1° Sgt	10/7/1948	Cegueira Parcial	Sim	60	29/3/1988
1° Sgt	18/4/1949	Espondilose Lombo-Sacra	Não	BG 166	25/8/1987
1° Sgt	23/2/1946	Hipertensão Essencial Benigna	Não	BG 50	10/3/1987
2° Sgt	23/12/1945	Hérnia Incisional Gigante	Sim	65	12/3/1981
ST	23/9/1945	Hérnia de Disco	Não	237	24/11/1983
ST	6/9/1945	Diabetes Mellitus	Não	96	23/5/1989
2° Sgt	5/12/1940	Gonartrose Bilateral	Não	197	13/10/1989
1° Sgt	4/5/1950	Espondilose Lombo-Sacra	Não	230	4/12/1987
CAPITÃO	15/9/1950	Cardiopatia Grave	Não	17	21/1/1999
2° Sgt	27/12/1949	Espondilose Lombo-Sacra	Não	221	23/11/1987
Soldado	25/5/1945	Lumbago	Não	75	9/4/1987
3° Sgt	21/6/1946	Transtorno Neurótico	Não	68	15/6/1983
1° Sgt	22/5/1954	Transtorno Esquisóide da Personalidade	Não	249	31/10/1995
3° Sgt	6/8/1954	Transtorno Explosivo da Personalidade	Não	173	6/9/1983
3° Sgt	7/3/1943	Epilepsia, Asma	Não	BG 001	18/12/1984
Soldado	7/4/1958	Infarto Agudo do Miocárdio	Não	206	20/10/1994
Soldado	27/2/1957	Luxação Simples	Sim	75	9/4/1987
Soldado	7/9/1946	Lumbago	Não	89	29/4/1987
Soldado	7/8/1946	Ansiedade, Depressao Nerótica	Não	58	15/3/1985
Soldado	28/2/1947	Lumbago	Não	75	9/4/1987
3° Sgt	22/6/1945	401 + 803,08	Não	28	29/1/1998
Soldado	5/1/1954	Sinovite Crônica Joelho Dir.	Não	BG 193	2/10/1991
Soldado	10/11/1948	Transtorno da Personalidade	Sim	BG 70	3/4/1985

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
CAUSA/MOTIVO DE REFORMA POR INVALIDEZ

PoSto/ Graduação	DN	Motivo da Reforma	A/S	DODF	Data da Reforma
Cabo	29/9/1951	Lombalgia Crônica	Não	BG 164	23/8/1948
Soldado	1/2/1954	Dependência do Álcool	Não	BG 140	18/7/1986
Soldado	11/9/1954	Lumbago	Não	BG 58	15/3/1985
2° Sgt	4/2/1953	Transtornos de Discos Lombars	Sim	245	12/12/2001
Soldado	29/1/1958	Opacidade e outros transtornos da Córnea	Sim	170	28/8/1984
Soldado	2/7/1955	Surdez Neurossensorial	Não	110	31/5/1985
Soldado	12/5/1952	Encurtamento Traum. Membro Inf. Esquerdo	Não	BG 28	24/1/1985
Soldado	14/9/1952	Psicose Alcoolica	Não	BG 97	21/5/1987
Soldado	15/9/1951	Miosite Idiopática	Não	BG 90	12/4/1988
Cabo	17/2/1946	Pé Plano	Não	BG 24	23/1/1987
Cabo	17/6/1953	907.5/1	Não	BG 177	8/9/1987
Soldado	22/8/1958	Sinusite Crônica não Adquirida	Não	BG 90	12/4/1988
Soldado	20/7/1958	Distúrbio da Personalidade	Não	BG 244	6/12/1991
Soldado	22/9/1943	Hérnia de Disco	Não	BG 114	7/6/1984
3° Sgt	9/5/1937	Sinovite e Tenossinovite	Não	BG 31	9/2/1988
Cabo	27/10/1951	Lumbago	Não	BG 75	9/4/1987
Cabo	24/8/1946	Extrassistolia	Não	BG 75	9/4/1987
Soldado	28/4/1946	Transtorno Afetivo da Personalidade	Não	BG 70	3/4/1985
Soldado	16/9/1953	Lumbago	Não	219	13/11/1986
Cabo	22/4/1951	Psicose Depressiva	Sim	188	30/9/1986
Soldado	6/3/1957	Asma Extrínseca	Não	BG 85	10/3/1994
Soldado	8/7/1959	Dependência do Álcool	Não	8	5/1/1995
Cabo	23/4/1956	Retinopatia Serosa Central	Sim	141	16/7/1997
Soldado	28/11/1959	Artrite Reumatóide	Não	214	30/10/1996
Soldado	6/7/1961	Cardiopatia Não Especificada	Não	42	24/2/2005
Soldado	18/9/1961	S.I.D.A	Não	200	1/10/1993
Soldado	1/3/1959	Dermatite de Contato	Sim	75	9/4/1987
Soldado	28/12/1960	Neurofibroma De Plexo Braquial	Não	45	28/2/1997
Soldado	16/7/1960	Paralisia da Musc. Do Pé Direito	Não	91	14/5/1986
Soldado	25/8/1960	Síndrome de Sjogren	Não	BG 145	20/7/1990
Cabo	4/9/1960	Sinovite Crônica Joelho Esq.	Sim	BG 122	22/6/1992
Soldado	2/8/1957	M 65	Não	38	7/1/2000
Soldado	18/7/1958	Lesão de Lig. Cruzado ant. Joelho Esq.	Sim	105	1/6/1995
Soldado	3/11/1958	Anquilose Articular Interfalangeana	Sim	165	31/8/1998
Cabo	28/8/1930	Artrose da Coluna Lombar	Sim	BG 114	19/6/1970
Cabo	22/10/1934	Diabetes mellitus	Não	BG 01	2/1/1975
Cabo	1/5/1935	Cardiopatia grave	Não	BG 137	21/7/1971
Cabo	22/3/1932	Artrose do joelho	Não	BG 68	16/9/1968
Cabo	31/12/1935	Osteocondose da coluna	Não	BG 102	30/5/1974
Cabo	25/5/1937	Osteoartrite da Coluna	Não	BG 232	3/12/1974
Cabo	7/5/1929	Ataque focal do lobulo	Não	BG 07	7/11/1969
Cabo	1/11/1941	Ancilose articular do joelho	Sim	BG 56	24/3/1975
Cabo	29/1/1929	Distonia neorovegetativa	Não	BG 40	28/2/1969
Cabo	11/4/1933	Artrose no Joelho	Não	BG 162	28/8/1970
ST	4/4/1934	Cardiopatia grave	Não	BG 103	27/8/1984
1° Sgt	2/12/1933	Desarranjo interno do joelho	Sim	BG 71	9/12/1982
1° Sgt	10/1/1933	Trauma Cranio encefalico	Não	DODF	18/8/1981
1° Sgt	29/9/1942	Fratura da coluna vertebral	Sim	BG 51	14/3/1984
1° Sgt	20/6/1930	Espondilodiscartrose	Não	BG 42	27/7/1984
1° Sgt	20/3/1949	Cegueira em um olho	Sim	BG 233	17/12/1987
1° Sgt	14/11/1944	Transtorno personalidade	Não	BG 156	21/8/1986
1° Sgt	2/10/1948	Lumbago / efeito de luxação	Não	BG 93	22/5/1987
1° Sgt	23/2/1944	Transtorno depressivo	Não	BG 166	9/9/1987
2° Sgt	13/2/1944	Transtorno depressivo	Não	BG 31	13/2/1984
1° Sgt	20/4/1948	Transtorno da Válvula aorta	Não	BG 75	27/4/1987
2° Sgt	29/8/1947	Dermatite de Contato	Não	BG 79	25/4/1984
1° Sgt	26/11/1945	Transtorno depressivo	Não	BG 166	9/9/1987

**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
CAUSA/MOTIVO DE REFORMA POR INVALIDEZ**

PoSTo/ Graduação	DN	Motivo da Reforma	A/S	DODF	Data da Reforma
1° Sgt	7/7/1947	Cardiopatia grave	Não	BG 220	27/11/1987
1° Sgt	3/1/1949	Osteoartrose	Não	BG 06	12/1/1987
Cabo	31/1/1956	Alienação Mental	Não	DODF 204	29/10/1987
Cap.	25/2/1956	Artrose Secundaria	Não	DODF 130	12/7/2005
3° Sgt	23/3/1934	Lombago	Não	DODF 172	9/9/1986
3° Sgt	22/1/1954	Reação Depressiva	Não	DODF 143	31/7/1987
2° Sgt	29/6/1939	Degeneração de Disco	Não	DODF	23/10/1985
3° Sgt	31/7/1935	Degeneração de Disco	Não	DODF 143	31/7/1987
Cabo	4/10/1947	Cervicalgia crônica	Não	DODF 125	23/6/1992
3° Sgt	17/10/1939	Diminuição de audição	Não	DODF	18/8/1981
3° Sgt	28/9/1948	Espondilose Toracica	Sim	DODF	2/12/1986
3° Sgt	29/9/1945	Cirrose Alcoolica	Não	DODF 142	27/7/1983
3° Sgt	22/3/1956	Nefrectomia Total	Não	DODF 227	27/11/1984
2° Sgt	17/5/1954	Depressão Neurótica	Não	DODF 214	14/11/1988
2° Sgt	8/4/1955	Rotura do minisco	Não	DODF 96	24/5/1988
Cabo	27/1/1956	Epilepsia	Não	DODF 08	11/1/1990
1° Sgt	23/6/1945	Entorse Canal Lombar	Não	DODF 246	19/12/1996
3° Sgt	26/10/1952	Transtorno da Visão	Sim	DODF 187	23/9/1991
3° Sgt	25/3/1953	Lombalgia e Pielonefrite	Sim	DODF 40	28/2/1986
Soldado	23/7/1941	Labirintite Crônica	Não	DODF 230	8/12/1987
Soldado	7/8/1948	Transtorno Personalidade	Não	DODF	15/3/1985
Soldado	9/10/1957	Deslocamento de disco	Não	DODF 69	10/4/1987
Soldado	7/2/1955	Depressão neurótica	Não	DODF 99	24/5/1991
Cabo	1/4/1954	Cardiopatia grave	Não	DODF 256	22/12/1993
Soldado	14/11/1947	Síndrome Pos-colecistectomia	Não	DODF 230	8/12/1987
Soldado	2/11/1945	Arteriosclerose Coronaria	Não	DODF	31/8/1984
Cabo	23/9/1957	Distrofia Muscular	Não	DODF 47	11/4/1987
Cabo	2/5/1957	Cardiopatia grave	Não	DODF 123	2/7/1998
Soldado	1/12/1953	Lesão da Medula espinhal	Não	DODF 19	25/1/1989
Cabo	29/6/1956	Deslocamento de disco	Não	DODF 47	10/3/1994
Soldado	1/12/1958	Transtorno Personalidade	Não	DODF 08	10/1/1995
Soldado	29/3/1956	CID 10 F32.0 e F10	Não	DODF 19	27/1/2003
Soldado	5/11/1957	Dependencia de Alcool	Não	DODF 157	4/8/1992
Soldado	13/1/1958	Hipertensão não especificada	Não	DODF 94	22/5/1987
Soldado	7/8/1959	Cardiomiopatia secundaria	Não	DODF	17/4/1984
Soldado	19/11/1958	Epilepsia e depend. alcool	Não	DODF 227	27/11/1984
1° Sgt	21/12/1959	Transtorno mental por alcool	Não	DODF 203	20/10/2003
Soldado	27/10/1960	Fratuira de vertebra toracica	Não	DODF 62	29/3/1996
Soldado	9/2/1955	Lombalgia crônica	Não	DODF 35	21/2/1991
Soldado	3/3/1960	Psicose maniaco depressiva	Não	DODF 75	17/4/1984
Cabo	5/7/1960	Cardiopatia grave	Não	DODF 47	11/3/1997
Soldado	29/1/1965	Espondilite Anquilosante	Não	DODF 11	16/1/2004
3° Sgt	24/2/1965	Hernia de disco	Não	DODF 235	11/12/1998
Cabo	31/8/1957	Desarranjo no menisco	Não	DODF 222	20/11/1995
Soldado	20/8/1962	Alienação Mental	Não	DODF 141	25/7/1997
Cabo	30/3/1964	CID M51.1 + M54.1	Sim	DODF 161	20/8/1999
3° Sgt	17/6/1964	Neoplasia maligna encefalo	Não	DODF 90	3/5/2003
Soldado	18/7/1962	Consolidação fratura femur	Não	DODF 08	13/1/1998
3° Sgt	16/5/1963	Cegueira no olho esquerdo	Sim	DODF 104	4/6/1998
1° Sgt	3/7/1966	Epilepsia, transtorno mental	Não	DODF 247	29/12/2004
Cabo	6/10/1966	CID S84 + Z54.0 + M21.9	Não	DODF 170	3/9/2001
Soldado	13/7/1965	Amputação do Braço	Não	DODF 99	24/5/1991
Soldado	21/11/1966	Distrofia Simpatico-Reflexa	Sim	DODF 27	7/2/1991
Soldado	10/6/1966	CID 730.1/6	Não	DODF 84	7/5/1998

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
BOMBEIROS MILITARES MORTOS NO PERÍODO DE 1968-2008

Posto/ Graduação	DN	Sit. De Falecimento	Dt. Falecimento	Motivo da Reforma/ Se falec na ativa espec. se em serviço	A/Sim	DODF	Data da Reforma
2° Sgt	6/10/1927	Reforma	13/9/1968	insuficiência cardíaca congestiva	Não	13/9/1968	13/9/1968
Cabo	21/4/1933	Reforma	21/12/1972	neoplasia maligna do estômago	Não	15/6/1971	15/6/1971
Soldado	17/6/1932	Reforma	23/11/1970	Hipertensão arterial	Não	6/10/1970	6/10/1970
2° Sgt	11/3/2027	Ativa	9/2/1975	***	Não	***	***
Ten Cel	25/8/1919	Ativa	24/9/1975	***	Não	***	***
2° Ten	20/1/1931	Ativa	20/9/1975	***	Não	***	***
Cabo	29/10/1928	Reforma	29/11/1973	Disritmia cerebral	Não	28/8/1968	28/8/1968
2° Sgt	16/10/1918	Reforma	24/9/1975	Cardiopatia hipertensiva	Não	30/8/1968	30/8/1968
Cabo	29/5/1929	Reforma	10/2/1977	Osteocondrose da coluna vertebral	Não	27/8/1974	27/8/1974
2° Ten	21/7/1927	Ativa	10/12/1974	***	Não	***	***
Cabo	8/5/1934	Reforma	17/5/1968	Cardiopatia hipertensiva	Não	11/10/1967	11/10/1967
Ten Cel	8/12/1925	Ativa	17/10/1974	***	Não	***	***
Soldado	8/12/1948	Ativa	4/6/1977	***	Não	***	***
Cabo	29/9/1931	Reforma	25/9/1972	Cardiopatia hipertensiva	Não	1/6/1971	1/6/1971
Cabo	12/11/1930	Ativa	14/9/1967	***	Não	***	***
Cabo	25/11/1934	Reforma	2/11/1975	úlcera do duodeno	Não	16/12/1969	16/12/1969
Cabo	14/6/1928	Reforma	22/5/1972	Hipertensão arterial	Não	20/10/1970	20/10/1970
Soldado	4/2/1945	Ativa	12/10/1973	***	Não	**	**
Cel	30/11/1915	Ativa	20/5/1972	***	Não	**	**
Cabo	17/1/1927	Reforma	2/9/1976	Hipertensão arterial essencial málgna	Não	23/10/1967	23/10/1967
Soldado	6/8/1938	nada consta	5/12/1970	nada consta			
3° Sgt	15/8/1927	Reforma	2/11/1976	Hipertensão arterial	Não	20/4/1971	20/4/1971
1° Sgt promovido a ST Post Morten	20/4/1936	Ativa	2/10/1982	Em serviço	Sim	***	***
Soldado	22/12/1959	Ativa	11/7/1982				
Soldado	22/8/1935	Reforma	23/12/1994	Cardiopatia grave	Não	20/7/1971	20/7/1971
Cabo	24/1/1953	Ativa	31/12/1994			***	***

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
BOMBEIROS MILITARES MORTOS NO PERÍODO DE 1968-2008

Posto/ Graduação	DN	Sit. De Falecimento	Dt. Falecimento	Motivo da Reforma/ Se falec na ativa espec. se em serviço	A/Sim	DODF	Data da Reforma
3º Sgt promovido a 2º Ten Post Morten	20/9/1968	Ativa	27/11/1994	Em serviço	Sim	***	***
3º Sgt	12/12/1927	Reforma	29/9/1994	bronquite crônica	Não	17/8/1970	17/8/1970
Soldado	28/9/1928	Reforma	22/8/1994	Cardiopatia grave	Não	28/5/1971	28/5/1971
Cabo	2/5/1958	Ativa	26/9/1994	**	**	**	**
Soldado	22/6/1968	Ativa	1/10/1994	**	**	**	**
Soldado	23/1/1967	Reforma	19/7/1994	Neoplama Maligno do estômago	Não	198	30/9/1993
ST	8/1/1932	Reforma	10/9/1983	Anquilose do joelho	Não	13/10/1970	13/10/1970
1º Sgt	26/6/1937	Reforma	7/5/1994	Cardiopatia grave	Não	21/7/1971	21/7/1971
1º Sgt	16/6/1933	Reforma	1/5/1994	Hipertensão arterial	Não	6/10/1970	6/10/1970
1º Sgt	30/4/1934	Reforma	1/6/1994	Diabétes Melittus	Não	246	24/12/1984
Soldado	12/12/1956	Reforma	15/5/1994	Transtorno de personalidade	Não	28/8/1992	28/8/1992
Ten Cel	7/9/1946	Ativa	9/5/1994				
ST	2/4/1937	Reforma	9/3/1994	Ambliopia com anopsia	Não	2/6/1970	2/6/1970
Soldado	21/1136	Reforma	8/2/1994	Síndrome asmatiforme	Não	16/10/1971	16/10/1971
Cabo	11/5/1927	Reforma	31/8/1995	Úlcera gastro-jejunal	Não	12/6/1970	12/6/1970
2º Sgt	18/3/1960	Ativa	9/9/1995				
Soldado	21/3/1946	Reforma	26/8/1995	Cardiopatia grave	Não	18/4/1986	18/4/1986
3º Sgt	15/5/1927	Reforma	30/7/1995	Hipertensão Arterial	Não	18/5/1974	18/5/1974
1º Sgt	29/2/1936	Reforma	13/8/1995	Hipertensão Arterial	Não	230	3/12/1985
1º Sgt	15/4/1933	Reforma	2/6/1995	Deslocamento do disco intervertebral lombar e lombossacro	Não	17/11/1975	17/11/1975
Cabo	2/2/1945	Reforma	19/4/1995	Hernia de disco	Não	34	17/2/1989
Soldado	28/6/1957	Reforma	23/4/95	Linfoma nodular	Não	247	9/12/1993
Soldado	3/8/1956	Ativa	18/3/1994	***	Não	***	***
2º Sgt	2/3/1937	Reforma	1/4/1995	Osteoartrite da coluna dorçal	Não	13/4/1971	13/4/1971
Soldado	24/6/1933	Reforma	2/3/1995	Cardiopatia hipertensiva	Não	13/4/1971	13/4/1971
Soldado	29/11/1929	Reforma	27/1/1995	Cardiopatia grave	Não	26/5/1971	26/5/1971

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
BOMBEIROS MILITARES MORTOS NO PERÍODO DE 1968-2008

Posto/ Graduação	DN	Sit. De Falecimento	Dt. Falecimento	Motivo da Reforma/ Se falec na ativa espec. se em serviço	A/Sim	DODF	Data da Reforma
3° Sgt	20/8/1935	Reforma	22/10/2001	Em serviço (Desarranjo do joelho direito)	Sim	13/11/1986	13/11/1986
Cabo	7/7/1930	Reforma	7/8/2001	Em serviço (Osteoartrose do joelho	Sim	BG 01	2/1/1985
ST	27/12/1930	Reforma	6/7/2001	nada consta	Não	***	***
Cabo	27/7/1964	Ativa	9/7/2001	***	Não	***	***
Soldado	27/5/1959	Ativa	25/1/2001	***	Não	***	***
2° Sgt	23/1/1943	Reforma	21/7/2001	Cardiopatia grave	Não	Dec de 6/3/90	8/3/1990
Cap	23/11/1929	Reforma	15/6/2001	Transtornos do osso sacro	Não	115	20/6/1983
Soldado	10/10/1956	Reforma	23/5/2001	Cardiopatia grave	Não	256	22/12/1993
Cabo	19/11/1936	Reforma	20/4/2001	Consequencia de queimaduras generalizadas produzidas por explosão e psiconeurose	Sim	21/1/1973	21/1/1973
Soldado	8/1/1935	Reforma	31/5/2002	Doença cardiaca hipertensiva	Não	18/12/1984	18/12/1984
Soldado	13/2/1965	Ativa	29/4/2002				
2° Sgt	25/4/1933	Reforma	3/5/2002	Hipertensão essencial benigna	Não	13/4/1973	13/4/1973
cap	25/2/1973	Ativa	26/4/2002	***	Não	***	***
Cabo	22/4/1967	Ativa	4/4/2002	***	Não	***	***
Soldado	14/9/1964	Reforma	10/2/2002	CID F10.2	Não	107	4/6/2001
Soldado	28/12/1947	Reforma		Desarranjo interno do joelho	Sim		
Soldado	9/4/1961	Reforma	29/1/2002	HIV	Não	179	21/9/1998
Cabo	3/3/1933	Reforma	7/12/2001	Depressão psicótica	Não	18/3/1971	18/3/1971
3° Sgt	13/9/1951	Ativa	8/12/2001	**	Não	**	**
3° Sgt	11/2/1931	Reforma	2/7/2004	Cardiopatia grave	Não	23/10/1969	23/10/1969
1° Sgt	26/6/1932	Reforma	1/8/2004	CID 723.1e353.4	Não	13/4/1971	13/4/1971
Soldado	6/12/1931	Reforma	22/3/2004	CID 440, 443.0	Não	BG 155	16/8/1971
cap	12/3/1926	Reforma	17/8/1978	Cardiopatia grave	Não	2/7/1969	2/7/1969
Cabo	24/10/1967	Reforma	26/6/2005	CID F10 + G31.2	Não	168	31/8/2000
ST	21/2/1931	Reforma	10/11/2004	nada consta	Não	BG 126	8/7/1969
ST	8/7/1930	Reforma	22/9/2006	Artropatia Gotosa	Não	BG 054	22/6/1983

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
BOMBEIROS MILITARES MORTOS NO PERÍODO DE 1968-2008

Posto/ Graduação	DN	Sit. De Falecimento	Dt. Falecimento	Motivo da Reforma/ Se falec na ativa espec. se em serviço	A/Sim	DODF	Data da Reforma
Cabo	3/5/1969	Ativa	15/9/2005	***	Não	***	***
Soldado	16/11/1971	ATIVA	6/1/1999	***	Não	***	***
				***	Não	***	***
ST	16/2/1952	ATIVA	12/12/1998	***	Não	***	***
Soldado	20/8/1956	ATIVA	15/10/1998	***	Não	***	***
ST	8/3/1927	REFORMA	11/10/1998	Esquisofrenia tipo hebefrenico	Não	29/8/1968	29/8/1968
cap	6/10/1905	REFORMA	4/2/1976	Cardiopatia Grave	Não	7/3/1972	7/3/1972
Cabo	25/5/1929	REFORMA	4/10/1998	Hipertensão Arterial	Não	19/1/1900	25/1/1989
2° Ten	23/4/1958	ATIVA	3/2/2000	***	Não		
Soldado	1/12/1953	REFORMA	23/3/2000	Cardiopatia	Não	19/1/1900	25/1/1995
Cabo	1/5/1927	REFORMA	15/12/1999	sequelas de castronomia	Não	5/9/1972	5/9/1972
Ten Cel	19/4/1916	REFORMA	13/11/1999	Cardiopatia Grave	Não	24/7/1970	24/7/1970
ST	13/5/1955	ATIVA	22/12/1999	***	Não	***	***
Soldado	2/6/1959	ATIVA	23/5/1985	***	Não	***	***
2° Sgt	30/9/1925	REFORMA	29/10/1999	Cardiopatia e diabetes mellitus	Não	20/7/1971	20/7/1971
Cabo	21/4/1947	REFORMA	26/8/1999	Em serviço (lombalgia - fratura da coluna)	Sim	21/11/1986	21/11/1986
Soldado	14/6/1969	ATIVA	4/7/1999	***	Não	***	***
Cabo	24/3/1932	REFORMA	29/1/1999	Hipertensão arterial e esquitossomose	Não	23/10/1969	23/10/1969
2° Sgt	6/11/1933	REFORMA	17/7/1999	Cardiopatia Grave	Não	15/1/1979	15/1/1979
1° Tenente	13/2/1948	REFORMA	23/7/1999	Cardiopatia Grave	Não	10/9/1994	10/9/1994
Cabo	2/3/1948	REFORMA	8/7/1999	Cardiopatia Grave de Diabetes	Não	n° 246	24/12/1984
Cabo	8/10/1932	REFORMA	3/7/1999	Cardiopatia	Não	29/3/1971	29/3/1971
Cabo	15/9/1955	REFORMA	18/6/1999	Alcoolismo Crônico	Não	2/2/1994	2/2/1994
Cabo	4/2/1930	REFORMA	31/12/1977	Osteocondrose e cardiopatia	Não	22/11/1974	22/11/1974
Soldado	22/8/1970	REFORMA	21/9/1998	SIDA	Não	9/4/1999	21/9/1998
Soldado	17/3/1964	REFORMA	26/2/1999	Hipertensão	Não	27/2/1970	27/2/1970
1° Ten	11/6/1958	na ativa	17/2/1988	acidente de tráfego	Não	32	18/2/1988

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
BOMBEIROS MILITARES MORTOS NO PERÍODO DE 1968-2008

Posto/ Graduação	DN	Sit. De Falecimento	Dt. Falecimento	Motivo da Reforma/ Se falec na ativa espec. se em serviço	A/Sim	DODF	Data da Reforma
Soldado	28/4/1961	ativa	23/1/1988	acidente de trânsito	Não	17	26/1/1988
1° Sgt	21/5/1928	reformado	25/1/1988	alienação mental	Não		10/8/1972
1° Sgt	3/11/1932	reformado	11/7/1987	insuficiência cardíaca aguda	Não	114	15/6/1984
ST	30/8/1933	reformado	1/11/1987	hipertensão arterial	Não		13/4/1971
Soldado	12/1/1948	reformado	28/10/1987	transtorno de personalidade	Não	219	14/11/1986
Soldado	8/2/1930	reformado	28/4/1987	Em serviço (escoliose lombar e hérnia de disco)	Sim	113	29/7/1970
Soldado	29/6/1936	reformado	6/6/1987	diabétes melitus e hipertensão essencial benigna	Não	132	1/9/1970
ST	15/10/1949	ativa	24/7/1987	acidente de trânsito	Não		
ST	16/9/1933	reformado	2/6/1987	CID 353.3	Não	71	13/5/1970
Soldado	22/12/1956	ativa	26/11/1986		Não		
Soldado	10/10/2029	reformado	6/5/1987	Carga Ventricular Esquerda, Bronquite Crônica e Escaliose da Coluna Dorsal.	Não	18	18/9/1970
Soldado	11/3/1951	reformado		Em serviço(Entorse e Distensão do Joelho Esquerdo)	Sim	11	11/9/1980
Ten Cel	12/4/1945	ativa	21/2/1987	**	Não	**	**
ST	21/5/1953	reformado	17/1/1987	Sobrecarga Ventricular Esquerda, Atividade Irritativa Bitemporo-Occiptais	Não	18	18/3/1971
2° Ten	22/5/1929	reformado	4/9/1986	Cardiopatias Graves	Não	***	2/7/1969
Ten Cel	20/5/1942	ativa	20/9/1986	**	Não	***	**
Cabo	29/12/1935	reformado	9/9/1986	Cardiopatias Graves	Não	***	20/7/1971
3° Sgt	9/2/1929	reformado	24/8/1986	perfuração do tímpano	Não	**	18/9/1970
1° Sgt	30/11/1933	reformado	16/8/1986	síndrome de dependência alcóolica	Não	75	17/4/1984
Maj.	15/5/1959	reformado	29/1/1986	emfisema pulmonar e hipertensão arterial	Não	***	18/5/1971
Soldado	9/10/1960	reformado	8/10/1984	estado confusional agúdo e epilepsia	Não	***	3/2/1983

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
BOMBEIROS MILITARES MORTOS NO PERÍODO DE 1968-2008

Posto/ Graduação	DN	Sit. De Falecimento	Dt. Falecimento	Motivo da Reforma/ Se falec na ativa espec. se em serviço	A/Sim	DODF	Data da Reforma
2° Sgt	25/4/1954	ativa	30/11/1985	***	Não	***	***
Soldado	18/4/1933	reformado	8/3/2001	Cardiopatias Graves	Não	***	13/6/1991
Soldado	23/7/1930	reformado	9/2/2001	***	Não	***	21/8/1968
3° Sgt	18/1/1967	ativa	8/1/2001	***	Não	***	***
3° Sgt	13/6/1951	reformado	29/1/2001	CID K70.3	Não	107	4/6/2001
Cabo	25/7/1972	ativa	9/1/2001	***	Não	***	**
Maj. BM	2/8/1954	ativa	29/1/2001	***	Não	***	**
Soldado	19/7/1935	reformado	25/9/2000	psicose esquisotiva	Não	***	16/12/1969
Soldado		reformado	17/4/1993	hérnia muscular e traumatismo do nervo do anti-braço	Não	***	17/8/1970
2° Sgt	7/9/1924	reformado	26/12/2000	hipertensão arterial e psico-neurose	Não	***	15/6/1971
Cabo BM	13/8/1931	reformado	19/12/2000	cardiopatia hipertensiva	Não	79	29/4/1986
3° Sgt	12/4/1934	reformado	31/12/2000	espondiloartrose lombar	Não	90	15/5/1986
Soldado	9/3/1930	reformado	25/10/2000	invalidez	Não	***	5/7/1971
Cabo BM	7/12/1932	reformado	31/10/1991	tuberculose pulmonar ativa	Não	***	***
2° Sgt	2/11/1933	reformado	15/12/1988	hemorróidas externas e lumbago	Não	169	28/8/1984
Soldado	**	ativa	16/10/1986	***	Não	***	***
Soldado	6/10/1968	ativa	22/8/1991	***	Não	***	***
2° Sgt	12/10/1941	reformado	19/8/1991	lumbago e hosteoartrose	Não	***	25/1/1989
ST	18/3/1933	reformado	28/4/1991	estado epilético, ataque focal	Não	***	2/7/1969
3° Sgt	13/4/2029	reformado	4/8/1982	diabétes mellitus com retinite	Não	***	2/7/1969
ST	30/12/1936	reformado	21/1/1985	osteocistríte da coluna cervical	Não	***	2/7/1969
3° Sgt	15/2/1931	reformado	9/2/1991	hipoxia e infarto agudo do miocárdio	Não	***	30/6/1970
Soldado	3/8/1961	ativa	23/2/1991	***	Não	***	**
ST	30/9/1924	reformado	29/7/2004	diminuição da acuidade visual	Não	***	8/7/1969
2° Sgt	25/3/1933	reformado	14/7/2003	cardiopatia hipertensiva grave	Não	***	5/3/1970
1° Sgt	14/7/1927	reformado	1/6/2004	espondilo-artrite, escoliose lombar e enfisema pulmonar	Não	***	14/7/1971
ST	17/11/1952	reformado	6/1/2006	***	Não	225	29/11/2005

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
BOMBEIROS MILITARES MORTOS NO PERÍODO DE 1968-2008

Posto/ Graduação	DN	Sit. De Falecimento	Dt. Falecimento	Motivo da Reforma/ Se falec na ativa espec. se em serviço	A/Sim	DODF	Data da Reforma
ST	3/4/1932	reformado	28/12/2003	cardiopatia hipertensiva e asma brônquica	Não	***	2/7/1969
Cabo BM	28/11/1947	reformado	2/8/2004	artrite gotosa e hipertensão essencial	Não	221	23/11/1987
2° Ten	10/7/1923	reformado	6/1/2006	***	Não	***	15/6/1971
Soldado	12/4/1930	reformado	4/1/1977	***	Não	***	***
Soldado	16/5/1947	reformado	15/4/2004	estado de ansiedade e transtorno histérico da personalidade	Não	***	16/11/1982
Soldado	6/5/1945	reformado	17/10/2006	psicose com traumatismo craniano	Não	***	26/11/1982
3° Sgt	16/7/1946	reformado	19/9/2003	hipertensão arterial e aterosclerose coronária	Não	***	27/11/1987
Cabo	8/6/1927	Reforma	26/12/1969	Diabetes	Não	***	26/12/1969
Maj	5/1/1918	Reforma	17/5/1978	Infarto do Miocárdio e Edema Agudo do Pulmão	Não	***	13/11/1968
Cabo	8/10/1931	Reforma	28/10/1992	Parada Cardiorespiratória	Não	***	31/5/1985
1° Sgt	15/11/1929	Reforma	24/5/1977	Ileo Paralítico - Distúrbio Hidro Eletrolítico	Não	***	14/8/1974
Soldado	10/10/1947	Reforma	5/8/1972	Cardiopatia Grave	Não	***	30/1/1970
3° Sgt BM	29/9/1928	Reforma	26/9/1973	Cardiopatia Grave	Não	***	21/5/1970
Soldado	12/4/1930	Reforma	4/1/1977	Cardiopatia Grave e Hipertensão	Não	***	24/5/1968
3° Sgt BM	28/9/1931	Reforma	18/9/1972	Alienação Mental	Não	***	24/10/1969
Cabo	20/5/1933	Reforma	7/4/1988	Hipertensão Arterial - Cardiopatia	Não	***	18/9/1973
ST	30/8/1928	Reforma	24/9/1971	Bronquite Asmática	Não	***	6/7/1971
Cabo	4/10/1932	Reforma	31/10/1987	Dissritmia Cerebral	Não	***	31/12/1969
Soldado	16/3/1933	Reforma	9/4/1996	Ataque Focal Psicomotor	Não	***	26/8/1968
1° Sgt	29/9/1935	Reforma	19/11/1972	Úlcera Duodenal Crônica	Não	***	3/7/1970
Cap	31/1/1955	Ativa	3/2/1991	***	Não	***	***
Soldado	17/6/1972	Ativa	15/12/1990	***	Não	***	***
Soldado	31/3/1949	Ativa	7/1/1991	***	Não	***	***
Cabo	25/6/1933	Reforma	2/1/1989	Neurose de Angústia Grave	Não	***	31/12/1969

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
BOMBEIROS MILITARES MORTOS NO PERÍODO DE 1968-2008

Posto/ Graduação	DN	Sit. De Falecimento	Dt. Falecimento	Motivo da Reforma/ Se falec na ativa espec. se em serviço	A/Sim	DODF	Data da Reforma
Soldado	23/12/1963	Ativa	15/11/1989	***	Não	***	***
Soldado	18/4/1933	Reforma	15/10/1983	Ataque Focal dos Lóbulos Temporais	Não	***	6/10/1970
Soldado	6/5/1959	Ativa	28/7/1984	***	Não	***	***
Maj	28/7/1947	Ativa	21/7/1990	***	Não	***	***
Soldado	24/9/1947	Ativa	23/7/1990	***	Não	***	***
Cabo	14/2/1956	Ativa	31/5/1990	***	Não	***	***
3° Sgt BM	31/7/1947	Reforma	23/11/1983	Alcoolismo e Delirio Tremes	Não	108	25/5/1983
Cabo	27/4/1933	Reforma	3/5/1990	Cardiopatia Isquemica	Não		8/7/1970
ST	9/1/1930	Reforma	3/5/1990	Orteoartrite da Coluna e Diabetes	Não	18	31/1/1975
Cabo	16/7/1932	REFORMA	27/05/1979	Artrose da Articulaçãodo Joelho direito	Não	BG 188	19/9/1970
Cabo	20/4/1933	REFORMA	06/03/1979	Alcoolismo Cronico	Não	***	17/8/1970
Soldado	20/2/1945	ATIVA	06/06/1971	***	Não	***	***
Cabo	1/6/1947	ATIVA	01/12/1975	***		***	***
Soldado	2/10/1932	REFORMA	17/08/1970	Ataque focal do lóbolo temporal esquerdo	Não	***	3/9/1968
Cabo	24/10/1927	REFORMA	17/05/1972	Cardiopatia Hipertensiva	Não	B.G. 126	08/071969
Soldado	26/10/1948	ATIVA	18/08/1974	***	Não	***	***
Cabo	3/2/1926	ATIVA	19/09/1973	***	Não	***	***
Cabo	28/12/1937	REFORMA	19/12/1975	Disritimia cerebral tipo psicomotor	Não	***	15/7/1969
Soldado	27/2/1935	ATIVA	20/02/1975	NÃO	Não	***	***
Soldado	5/2/1934	REFORMA	12/06/1972	Insuficiencia Ventricular Esquerda, Hipertensão Maligna	Não	***	16/8/1971
Soldado	12/10/1949	ATIVA	25/10/1973	NÃO	Não	***	***
3° Sgt	20/2/1954	ATIVA	08/10/1981	NÃO	Não	***	***
ST	25/7/1933	REFORMA	14/09/1981	Trombo Angeite Oblierante do Membro inferior Direito	Não	***	2/4/1973
Soldado	2/1/1942	REFORMA	03/09/1981	Ataque focal do lóbolo temporal	Não	B.G. 110	15/6/1970
Soldado	7/7/1945	REFORMA	05/08/1981	Alienação Mental	Não	***	17/7/1979

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
BOMBEIROS MILITARES MORTOS NO PERÍODO DE 1968-2008

Posto/ Graduação	DN	Sit. De Falecimento	Dt. Falecimento	Motivo da Reforma/ Se falec na ativa espec. se em serviço	A/Sim	DODF	Data da Reforma
2° Sgt	15/6/1937	REFORMA	25/04/1981	Poliradiculite Generalizada	Não	***	27/6/1975
3° Sgt	29/4/1950	ATIVA	05/01/1981	NÃO		***	
Soldado	18/2/1931	REFORMA	14/03/1981	Alienação Mental	Não	***	2/7/1969
2° Sgt	1/5/1947	REFORMA	05/01/1981	Em serviço (Ligamentoplastia Medial no Joelho Direito)	Sim	***	12/6/1974
Cabo	19/11/1933	REFORMA	24/04/1976	Hipertensão Essencial Malígna	Não	B.G. 126	17/1/1975
1° Sgt		ATIVA	20/11/1972	NÃO	***	***	
CABO	26/6/1936	REFORMA	04/04/1980	Diabetes Mallitus	Não	***	28/1/1975
Soldado		ATIVA	07/02/1980	***	Não	***	
1° Sgt	17/5/1945	ATIVA	22/12/1979	***	Não	***	***
ST	2/8/1934	ATIVA	07/08/1979	***	Não	***	***
Soldado	28/12/1953	ATIVA	05/09/1979	***	Não	***	***
CABO	19/8/1931	REFORMA	21/07/1979	Bronquite Asmatica e Artrose do Joelho	Não	***	17/8/1970
2° Sgt	16/6/1934	REFORMA	10/07/93	Úlcera Duodenal	Não	***	11/11/1974
Major	20/8/1931	REFORMA	11/07/1993	Cardiopatia Grave	Não	***	23/10/1969
3°	27/1/1930	REFORMA	08/07/1993	Asma Bronquica, Etilismo	Não	***	11/5/1970
TC	30/9/1912	REFORMA	21/04/1970	Cardiopatia Hipertensiva	Não	***	8/10/1968
Soldado	29/3/1967	ATIVA	31/07/1993	NÃO		***	
2° Tem	26/3/1929	REFORMA	13/08/1993	Cardiopatia Grave	Não	***	2/7/1969
Soldado	19/9/1960	ATIVA	09/10/1993	SIM (deslocamento do trabalho para residencia)	Não	***	***
2° Sgt	19/4/1955	ATIVA	30/10/1993	***	Não	***	***
Soldado	16/8/1931	REFORMA	21/12/1993	Osteoperiostite do Peroneo e Tíbia	Não	B.G. 188	6/10/1970
Cabo	11/11/1933	REFORMA	17/01/1994	Artrose da Coluna Vertebral	Não	B.G. 89	14/5/1970
ST	7/10/1935	REFORMA	20/02/1994	Em serviço (Hipertensão Essencial não Especificada)	Sim	B.G. 62	4/4/1988
Soldado	9/6/1963	REFORMA	18/02/1994	Transtornos Envolvendo Mecanismos Imunitários	Não	***	29/6/1993

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
BOMBEIROS MILITARES MORTOS NO PERÍODO DE 1968-2008

Posto/ Graduação	DN	Sit. De Falecimento	Dt. Falecimento	Motivo da Reforma/ Se falec na ativa espec. se em serviço	A/Sim	DODF	Data da Reforma
2º Sgt	21/3/1929	REFORMA	12/02/1971	Tuberculose Pulmonar	Não	***	30/8/1968
Maj	17/5/1955	ATIVA	04/06/1993	NÃO (a beneficiária percebe pensão militar referente ao soldo de TC, considerando que o instituidor quando veio a falecer, preenchia os requisitos que facultavam sua transferencia para inatividade com proventos imediatos.	Não	***	***
2º Sgt	12/12/1946	ATIVA	05/05/1993	***	Não	***	***
Soldado	16/11/1957	REFORMA	25/04/1993	Aneurisma Toraxico sem Mensão de Rotura	Não	DODF 173	25/8/1993
Soldado	25/6/1932	REFORMA	09/03/1993	Em serviço (Artrite do Punho)direito devido a Trauma	Sim	B.G. 102	2/9/1982
Soldado	10/11/1993	REFORMA	29/01/1993	Visão Nula	Não	B.G. 180	3/9/1983
ST	23/8/1931	REFORMA	02/02/1993	Ulcera Duodenal, Hipertensão Arterial Benigna	Não	B.G. 75	13/4/1971
1º Sgt	22/4/1932	REFORMA	28/01/1993	Em serviço (Osteoartritr da Coluna Dorsal e Escoliose da mesma	Sim	B.G. 162	17/8/1970
CABO	1/3/1936	REFORMA	11/02/1993	Em serviço (Fratura Cervical)	Sim	***	2/9/1980
Soldado	16/3/1934	REFORMA	20/01/1993	Depressão, Hipertensão e Alcoolismo	Não	***	29/6/1972
ST	31/1/1935	REFORMA	07/12/1989	Hipertensão Essencial, Insuficiencia Cardiac Congestiva	Não	***	13/6/1988
3º Sgt	12/2/1957	ATIVA	12/12/1992	***	NÃO	***	***
Soldado	24/6/1952	ATIVA	27/04/1984	***	NÃO	***	***
Soldado	20/11/1970	ATIVA	03/11/2000	***	NÃO	***	***
Soldado	15/7/1960	ATIVA	25/10/2000	***	NÃO	***	***
Soldado	6/11/1971	REFORMA	03/11/2000	Alienação Mental	Não	DODF 168	31/8/2000
CAP	15/8/1966	ATIVA	06/10/2000	***	NÃO	***	***
Soldado	2/12/1966	ATIVA	25/06/2000	***	NÃO	***	***

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
BOMBEIROS MILITARES MORTOS NO PERÍODO DE 1968-2008

Posto/ Graduação	DN	Sit. De Falecimento	Dt. Falecimento	Motivo da Reforma/ Se falec na ativa espec. se em serviço	A/Sim	DODF	Data da Reforma
1° Tenente	4/3/1972	ATIVA	04/07/2000	***	NÃO	***	***
2° Sgt	10/5/1970	ATIVA	04/05/2000	***	NÃO	***	***
CABO	7/9/1928	REFORMA	13/04/2003	Disritimia cerebral tipo psicomotor	Não	***	11/5/1970
2° Sgt	5/11/1957	REFORMA	27/01/1999	Deficiencia Imunitária Combinada	Não	DODF 29	6/2/1995
CABO	12/1/1935	REFORMA	08/08/1977	Doença Cardíaca Hipertensiva e Nefrite não Especificada	Não	***	6/1/1977
Soldado	18/9/1973	ATIVA	10/08/2003	NÃO	***	***	***
Soldado	30/1/1930	REFORMA	12/07/2006	Não consta		B.G. 114	19/6/1970
3° Sgt	15/1/1931	REFORMA	19/11/2004	Em serviço (Exostose Osteocartilaginosa das Articulações Astílogo-Ecapoidiana de ambos os pés)	Sim	B.G. 166	10/10/1984
ST	10/4/1934	REFORMA	08/04/2004	Flebite e Tromboflebite das extremidades inferiores	Não	***	28/8/1984
Soldado	3/4/1957	REFORMA	29/03/2007	Hipertensão Arterial Essencial	Não	***	13/3/2007
Soldado	29/2/1932	REFORMA	26/09/2005	CID - 463	Não	B.G. 180	23/10/1967
Soldado	22/4/1971	ATIVA	12/10/2005	NÃO	***	***	***
Soldado	14/6/1919	REFORMA	15/12/1995	Hipertensão Arterial e Equisema Pulmonar	Não	B.G. 40	28/2/1969
1° Sgt	27/11/1933	REFORMA	28/10/2005	Desarranjos Internos do Joelho Esquerdo, Hérnia Umbilical	Não	B.G. 18	25/1/1984
CABO	18/9/1959	ATIVA	25/05/2006	NÃO			
Soldado	24/10/1933	REFORMA	02/02/2007	Bloqueio de Ramo não Especificado, Insuficiência Cardíaca, Cardiomegalia	Não	B.B. 28	24/1/1985
2° Sgt	8/3/1968	ATIVA	25/08/2005	NÃO			
ST	11/11/1935	REFORMA	05/11/2004	Espondilite anquilosante	Não	B.G. 071	13/4/1992
2° Ten	12/3/1931	REFORMA	20/12/2004			B.G. 101	18/4/1971

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
BOMBEIROS MILITARES MORTOS NO PERÍODO DE 1968-2008

Posto/ Graduação	DN	Sit. De Falecimento	Dt. Falecimento	Motivo da Reforma/ Se falec na ativa espec. se em serviço	A/Sim	DODF	Data da Reforma
ST	18/7/1937	REFORMA	20/09/2006	Neurose Histero-Anciosa Transtorno Paranoide da Personalidade	Não	B.G. 79	29/4/1983
2º Ten	2/12/1994	REFORMA	17/08/2005	Neoplasia Maligna da Laringe	Não	DODF 085	7/5/2002
2º Sgt	19/11/1930	REFORMA	30/01/2000	CID - 434-2	Não	B.G. 90	15/5/1970
3º Sgt	19/3/1955	REFORMA	03/02/2007	CID - 300.0 + 309.4	Não	DODF 165	28/8/1997
Soldado	6/9/1946	Ativo	12/12/1966	em serviço	***	***	***
Cap.	24/11/1957	Reforma	26/1/1989	arteriolo-esclerose	Não	BG 66	12/9/1968
3º Sgt	28/8/1930	Reforma	16/11/1988	***	***	***	***
Soldado	2/3/1955	Reforma	5/11/1988	Cardiopatia Grave	Não	DODF	22/4/1986
Soldado	20/7/1949	Ativo	23/9/1971	não estava em serviço		***	***
1º TEN	22/5/1949	Reforma	6/7/1988	Transtorno de Personalidade	Não	DODF	11/12/1986
Soldado	22/9/1946	Ativo	9/8/1971	não estava em serviço		***	***
Soldado	6/2/1947	Reforma	10/6/1988	Chagas com cardiopatia	Não	DODF	27/7/1983
Cabo	1/11/1947	Reforma	31/5/1988	Menisectomia	Sim	BG 232	3/12/1974
ST	13/7/1937	Reforma	18/4/1988	Osteoartrose cervical	Não	DODF 160	28/8/1986
2º TEN	4/5/1929	Reforma	6/2/1990	Epilepsia	Não	BG 117	26/11/1968
3º Sgt	9/2/1961	Ativo	12/3/1990	não estava em serviço		***	***
1º Sgt	10/9/1932	Reforma	15/2/1990	doença cardíaca hipertensiva	Não	DODF 47	11/3/1987
Soldado	17ju1947	Reforma	5/12/1989	Cardiopatia Grave	Não	DODF 172	9/3/1986
Cabo	8/12/1943	Ativo	16/9/1989	não estava em serviço		***	***
Cabo	15/6/1930	Reforma	14/9/1989	Fibrose do pulmão	Não	DODF 35	19/2/1990
Soldado	24/12/1930	Reforma	20/6/1989	Tuberculose Pulmonar ativa	Não	BG 52	23/8/1968
ST	12/2/1928	Reforma	7/3/1985	arteriosclerose	Não	BG 10	15/1/1970
Cabo	19/6/1928	Reforma	23/6/1989	Fibrose pulmonar	Não	DODF	18/9/1970
Cabo	22/3/1934	Reforma	7/4/1989	esquizofrenia	Não	BG 126	8/7/1969
Soldado	6/1/1958	Ativo	16/6/1989		Não	***	***
2º Sgt	19/5/1924	Reforma	12/4/1989	Hipertensão Arterial	Não	DODF 104	5/6/1985
Soldado	13/3/1965	Ativo	29/5/1989	***	Não	***	***
Soldado	17/4/1961	Ativo	26/9/1983	Em serviço	Não	***	***

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
BOMBEIROS MILITARES MORTOS NO PERÍODO DE 1968-2008

Posto/ Graduação	DN	Sit. De Falecimento	Dt. Falecimento	Motivo da Reforma/ Se falec na ativa espec. se em serviço	A/Sim	DODF	Data da Reforma
1° Sgt	30/7/1949	Ativo	28/3/1989	***	Não	***	***
1° Sgt	1/12/1945	Ativo	8/2/1989	***	Não	***	***
3° Sgt	10/4/1931	Reforma	14/7/1992	***	Não	***	***
2° TEN	6/2/1931	Reforma	2/7/1992	Osteartrose e transtorno afim	Não	DODF 182	22/9/1983
Soldado	11/11/1950	Reforma	19/6/1992	Depressão neurótica	Não	DODF 246	24/12/1984
MAJ	17/12/1919	Reforma	13/6/1992	Osteofitose Lombar	Não	BG 013	1/2/1967
2° TEN	28/5/1931	Reforma	17/5/1992	Em Serviço (Rotura de menisco)	Sim	DODF 173	12/9/1988
ST	13/3/1932	Reforma	14/3/1991	Deslocamento disco lombar	Não	***	DODF
Soldado	21/3/1968	Ativo	3/1/1992	Em serviço (deslocamento)	Sim	***	***
Soldado	27/9/1959	Ativo	13/12/1991	não estava em serviço	não	***	***
Soldado	20/9/1930	Reforma	17/12/1991	***	não	***	***
2° Sgt	16/7/1923	Reforma	27/12/1991	anquilose da coluna lombar	Não	DODF	23/3/1971
Soldado	4/11/1950	Reforma	1/12/1992	esquizofrenia	Não	DODF	4/7/1979
Soldado	14/6/1934	Reforma	31/10/1992	esquizofrenia	Não	BG 68	16/9/1968
ST	9/7/1928	Reforma	8/11/1992	Úlcera duodenal crônica	Não	DODF	27/2/1970
MAJ	27/5/1926	Reforma	18/10/1992	Alienação Mental	Não	DODF	8/7/1969
Soldado	13/2/1970	Ativo	6/6/1992	***		***	***
Soldado	23/6/1946	Reforma	17/8/1992	Lumbago, Glaucoma do olho	Não	DODF	24/7/1986
ST	28/10/1932	Reforma	06out192	Cardiopatia hipertensiva	Não	BG 90	15/5/1970
3° Sgt	12/4/1950	Ativo	9/10/1992	***	Não	***	***
Soldado	23/1/1958	Reforma	20/9/1992	epilepsia não convulsiva	Não	DODF	23/4/1984
Cabo	1/10/1969	Ativo	1/1/1998	***	Não	***	***
Cabo	28/5/1928	Reforma	30/12/1996	Em serviço (Hipoacusia de ouvidos)	Sim	BG 43	5/3/1970
Cabo	11/12/1934	Reforma	18/10/1997	Cardiopatia Grave	Não	DODF 246	19/12/1996
Soldado	25/6/1934	Reforma	2/9/1997	Bronquite crônica efizema	Não	BG 143	31/7/1969
Soldado	20/5/1953	Ativo	13/7/1976	***	Não	***	***
Soldado	6/3/1969	Ativo	29/6/1997	***	Não	***	***
2° TEN	5/3/1933	Reforma	25/7/1997	Varizes com ulcera	Não	DODF 105	6/6/1986
Soldado		Reforma	9/3/1989	Psicose esquizofrenica	Não	Decreto	1/2/1973

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
BOMBEIROS MILITARES MORTOS NO PERÍODO DE 1968-2008

Posto/ Graduação	DN	Sit. De Falecimento	Dt. Falecimento	Motivo da Reforma/ Se falec na ativa espec. se em serviço	A/Sim	DODF	Data da Reforma
Cabo	9/5/1928	Reforma	1/4/1997	Cardiopatia Grave	Não	Decreto	2/7/1969
Cabo	19/12/1969	Ativo	6/5/1997	***	Não	***	***
ST	1/10/1935	Reforma	8/3/1997	Alienação Mental	Não	DODF	4/8/1980
1º Sgt	15/11/1916	Reforma	18/1/1997	Cardiopatia hipertensiva	Não	BG 60	4/9/1968
2º Sgt	25/11/1924	Inativo	9/12/1995	***	Não	***	***
Soldado	9/1/1967	Reforma	31/1/1997	***	Não	***	***
Cabo	11/4/1932	Inativo	24/12/1996	Bronquite crônica	Não	Decreto	23/10/1969
1º Sgt	27/2/1927	Inativo	8/9/1998	epilepsia e hipertensão	Não	DODF 65	7/5/1969
Cabo	6/3/1933	Inativo	12/8/1998	Úlcera duodenal crônica	Não	DODF	2/8/1968
3º Sgt	17/5/1929	Inativo	10/8/1998	***		***	***
Soldado	25/4/1970	Ativo	12/7/1998	não estava em serviço		***	***
Soldado	26/12/1937	Reforma	18/9/1991	Hipertensão Arterial	Não	DODF	29/6/1972
MAJ	28/5/1918	Reforma	21/5/1998	Hipertensão Arterial	Não	Decreto	23/3/1971
Soldado	6/10/1936	Reforma	12/1/1991	Alienação Mental	Não	DODF	13/8/1968
Soldado	29/11/1934	Reforma	26/5/1998	Alienação Mental	Não	DODF	23/7/1969
Soldado		Ativo	18/4/1998	***		***	***
Soldado	17/9/1957	Reforma	25/4/1998	alcoolismo crônico	Não	DODF 157	4/8/1992
Soldado		Ativo	15/3/1998	***	Não	***	***
Cabo	8/2/1924	Reforma	25/11/1997	artrose avançada da coluna	Não	DODF	6/7/1971
2º Sgt	5/9/1928	Ativo	9/7/1969	em serviço	sim	***	***
Soldado	12/1/1959	Reforma	14/2/1998	Em serviço (Espondilose e escoliose)	Sim	DODF	1/10/1986
2º Sgt	3/8/1933	Reforma	31/1/1998	Cardiopatia Grave	Não	DODF	23/1/1970
3º Sgt	29/6/1958	Reforma	22/6/2004	Cardiopatia Grave	Não	DODF 57	22/3/1996
3º Sgt	5/10/1958	Ativo	24/11/2006	não estava em serviço	Não	***	***
3º Sgt	15/10/1967	Ativo	5/7/2004	***	Não	***	***
3º Sgt	13/1/1937	Reforma	22/6/2006	***	Não	BG 162	28/8/1970
1º Sgt	30/4/1926	Reforma	11/8/2005	Cardiopatia hipertensiva	Não	BG 223	27/11/1970
ST	24/12/1946	Reforma	13/4/2007	Instabilidade cronica joelho	Não	DODF 151	9/8/1989
Soldado	7/9/1929	Reforma	4/1/2005	***	Não	BG 97	23/5/1974

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
BOMBEIROS MILITARES MORTOS NO PERÍODO DE 1968-2008

Posto/ Gradação	DN	Sit. De Falecimento	Dt. Falecimento	Motivo da Reforma/ Se falec na ativa espec. se em serviço	A/Sim	DODF	Data da Reforma
ST	6/11/1924	Reforma	27/5/2004	***	Não	BG 223	27/11/1970
Soldado	29/11/1926	Reforma	15/11/2005	***	Não	DODF 188	27/9/1994
3º Sgt	20/1/1934	Reforma	12/5/2004	***	Não	BG 89	14/5/1970
1º Sgt	6/10/1932	Reforma	17/9/2005	***	Não	BG 173	15/9/1983
Cabo	14/3/1970	Ativo	7/8/2004	não estava em serviço	Não	***	***
Soldado	16/1/1976	Reforma	30/11/2004	neoplasia maligna	Não	DODF 119	24/6/2003
Soldado	10/1/1976	Ativo	17/9/2003	***	Não	***	***
Cabo	14/12/1961	Ativo	25/8/2001	***	Não	***	***
ST	31/5/1931	Reforma	3/7/2005	***		BG 23	3/2/1970
Soldado	20/4/1946	Reforma	25/1/2005	lombago	Não	BG 37	24/2/1987
1º Sgt	8/6/1930	REFORMA	1/11/1995	Ataque Focal do Lóbulo Temporal Esquerdo	Não	BG 129	13/7/1970
Soldado	12/2/1970	ATIVA	19/10/1995	***	Não	***	***
1º Tenente	4/3/1949	ATIVA	9/11/1995	***	Não	***	***
Soldado	24/11/1930	REFORMA	30/9/1995	Sinovite com Calcificações nos Ombros	Não	***	10/7/1975
Soldado	9/8/1933	REFORMA	6/10/1995	Psicose Epileptica	Não	***	1/2/1973
3º Sgt	27/2/1929	REFORMA	26/9/1995	Hérnia de Disco Lombar	Não	***	27/8/1969
Soldado	6/7/1943	REFORMA	12/9/1995	Depressão Neurótica	Não	BG 228	9/12/1980
Soldado	24/1/1950	REFORMA	22/8/1995	Em serviço (Fratura Exposta Tornozelo)	Sim	***	15/5/1974
Soldado	21/6/1956	REFORMA	9/8/1996	Transtornos Paranóide da Personalidade	Não	***	13/10/1989
Soldado	28/3/1968	ATIVA	17/2/1996	-	Não	***	***
3º Sgt	30/9/1924	REFORMA	12/7/1996	Alcoolismo Crônico	Não	***	2/7/1969
1º Tenente	26/8/1934	ATIVA	10/1/1983	***	Não	***	***
Soldado/2	2/1/1973	ATIVA	26/5/1996	* Promovido Post Mortem	Sim	***	***
Soldado	9/11/1931	REFORMA	2/6/1996	Alienação Mental	Não	BG 136	18/7/1973
1º Tenente	5/4/1966	ATIVA	21/4/1996		Não	***	***

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
BOMBEIROS MILITARES MORTOS NO PERÍODO DE 1968-2008

Posto/ Graduação	DN	Sit. De Falecimento	Dt. Falecimento	Motivo da Reforma/ Se falec na ativa espec. se em serviço	A/Sim	DODF	Data da Reforma
Soldado	3/7/1968	ATIVA	28/4/1996	***	Não	***	***
1º Sgt	30/1/1932	REFORMA	2/4/1996	Psicose Maníaco Depressiva	Não	BG 03	4/1/1973
1º Sgt	15/7/2017	REFORMA	18/3/1996	Coronarioesclerose	Não	BG 61	29/3/1974
3º Sgt	17/11/1955	ATIVA	10/1/1996	?		***	
CABO	18/12/1947	REFORMA	4/2/1996	Em serviço ((Lesões Intra. Art. Joelho Dir).	Sim	BG 126	7/7/1975
Soldado	18/4/1948	REFORMA	7/1/1996	Síndrome de Dependência do Alcool	Não	***	5/1/1995
CABO	16/11/1935	REFORMA	6/12/1995	Esquizofrenia e Lipomas	Não	***	2/7/1969
ST	8/2/1933	REFORMA	17/11/1996	Esquizofrenia Catatônica	Não	***	6/7/1971
ST	25/2/1929	REFORMA	8/10/1996	Em serviço (Disrritmia Cerebral)	Sim	***	30/3/1970
1º Sgt	30/4/1931	REFORMA	27/10/1996	Hipertensão Arterial	Não	***	1/9/1970
ST	18/5/1932	REFORMA	27/9/1996	Ataque Focal do Lóbulo Temporal	Não	***	11/5/1970
Soldado	23/3/1975	ATIVA	24/4/1996	***	Não	***	
1º Sgt	15/3/1925	REFORMA	27/8/1996	***	Não	BG 239	22/12/1966
3º Sgt	5/7/1946	REFORMA	20/8/1996	Psoríase	Não		15/5/1995
Soldado	15/11/1959	ATIVA	2/8/1996	***	Não		
2º Sgt	23/6/1943	REFORMA	11/8/1996	Surdez Mista, Deform. Córnea	Não	96	18/5/1990
1º Tenente	10/10/1973	ATIVA	10/8/1994	***	Não		
Soldado	9/1/1954	REFORMA	20/1/2007	Em serviço 377.1	Sim	BG 218	13/11/1975
2º Sgt	2/1/1962	ATIVA	28/2/2004	***	Não		
Soldado	7/10/1969	ATIVA	4/7/2004	***	Não		
CABO	12/2/1955	REFORMA	?	F 10.2 e F 10.5	Não	149	29/7/1998
CABO	8/8/1934	REFORMA	11/7/2004	I 10 + N 54.4 + I 50	Não	BG 21	30/1/1978
2º Sgt	7/7/1927	REFORMA	?	Osteoartrite da Coluna Vertebral	Não		12/4/1973
CABO	1/8/1932	REFORMA	17/2/2005	Disrritmia Cerebral	Não	BG 126	8/7/1969
Soldado	19/11/1967	REFORMA	12/9/2003	F 31.0	Não	230	23/11/2000
Soldado	17/4/1955	ATIVA	29/7/2003	***	Não		
1º Sgt	19/6/1934	REFORMA	6/8/2003	Alienação Mental	Não	BG 172	6/9/1974