



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Departamento de Administração

Uendel Dourado Gomes

**CONFLITOS NO SETOR DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DE
HOSPITAIS PÚBLICOS DO DISTRITO FEDERAL: A
perspectiva dos emergencistas de sete Unidades
Operacionais do Corpo de Bombeiros do DF**

Brasília – DF

2013

Uendel Dourado Gomes

**CONFLITOS NO SETOR DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DE
HOSPITAIS PÚBLICOS DO DISTRITO FEDERAL: A
perspectiva dos emergencistas de sete Unidades
Operacionais do Corpo de Bombeiros do DF**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Administração
como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Administração.

Professor Orientador: Me. Marcos Alberto

Brasília – DF

2013

Autoria

Gomes, Uendel Dourado

Conflitos no Setor de Urgência/Emergência de Hospitais Públicos do Distrito Federal: A perspectiva dos emergencistas de sete Unidades Operacionais do Corpo de Bombeiros do DF – Brasília, 2013.

55f.

Monografia (bacharelado) – Universidade de Brasília, Departamento de Administração, 2013.

Orientador: Prof. Me. Marcos Alberto Dantas, Departamento de Administração.

1. Uniformidade da comunicação entre Bombeiros e Hospitais. 2. Regulação Médica nas Urgências Pré-Hospitalares. 3. Integração de Equipes Profissionais. 4. Qualidade no Atendimento. I. Título.



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Departamento de Administração

**CONFLITOS NO SETOR DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DE
HOSPITAIS PÚBLICOS DO DISTRITO FEDERAL: A perspectiva dos
emergencistas de sete Unidades Operacionais do Corpo de
Bombeiros do DF**

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de Administração da Universidade de Brasília do aluno

Uendel Dourado Gomes

Me. Marcos Alberto Dantas
Professor-Orientador

Dra. Patrícia Guarnieri dos Santos
Professor-Examinador

Dr. Rodrigo Rezende Ferreira
Professor-Examinador

Brasília-DF, em 05 de março de 2013.

Dedico este trabalho à minha amada esposa Maria, companheira e amiga, presente em todos os momentos desse curso, mesmo com todas as suas limitações. Seu ânimo e alegria sempre me deram forças pra continuar.

Aos meus preciosos tesouros, verdadeiros presentes de Deus pra mim: André e Laurinha. Vocês são minha alegria, minha inspiração para o trabalho e para a vida.

AGRADECIMENTOS

Ao amado e soberano Criador de tudo, que nos deu o dom da vida, pela qual podemos atestar diariamente o milagre da existência.

À minha esposa e filhos pela paciência e suporte emocional nos momentos mais difíceis.

À minha família toda, em especial aqueles mais próximos, que nos momentos de grande necessidade minha, foram um socorro eficaz: minha Mãe, Vilaci, Uilma, tia Diolina, tia Míria, Wesley e Carla, tia Justa e Roberto.

Ao professor Marcos Alberto, meu orientador, que se dispôs desde o início à árdua tarefa de supervisionar um trabalho científico, que soube me encorajar no momento oportuno, quando o quadro não estava muito favorável.

Aos amigos e companheiros de trabalho pela ajuda durante o andamento do curso, e ao fim no momento da realização da Monografia. A todos os colegas de profissão meus sinceros agradecimentos pela compreensão, força, inspiração e solidariedade, que me permitiram chegar ao final dessa caminhada.

A todos que contribuíram de alguma forma para a execução deste trabalho, mesmo que de forma indireta. Desejo que todos tenham paz e sucesso, conforme o eterno desígnio de Deus.

“Os sãos não necessitam de médico, mas, sim, os que estão doentes;
eu não vim chamar os justos, mas, sim, os pecadores ao arrependimento”.

Jesus de Nazaré (Mc 2.17)

RESUMO

Este trabalho trata dos aspectos envolvidos no trabalho do socorrista de atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, mais especificamente no tipo de relação desses profissionais com as equipes internas dos hospitais públicos que atuam no pronto-socorro, nesse caso as equipes médicas, responsáveis pelo recebimento de pacientes. O estudo teve como objetivo identificar os possíveis conflitos entre bombeiros e médicos na entrada de emergência de hospitais públicos do Distrito Federal. As teorias utilizadas foram de autores da área da saúde, Sociologia, bem como da Administração propriamente, como Morgan (2000) e Mintzberg (1995). A técnica para coleta de dados se deu pela aplicação de questionários aos militares que trabalham nas UTE's (Unidade Tática de Emergência), que são os principais responsáveis pelo atendimento nas ocorrências e transferência das vítimas aos hospitais. A análise de dados ocorreu pela análise de conteúdo categorial temática. Por meio da análise dos resultados foi possível verificar uma comunicação deficiente entre as equipes envolvidas no atendimento, nesse caso, entre as UTE's e os prontos-socorros. Verificou-se ainda dificuldades de acesso das equipes dos bombeiros aos prontos-socorros, mesmo se tratando de urgências, bem como relacionamentos tensos entre os profissionais. Isso mostrou a necessidade de uma gestão ordenadora, de protocolos mais claros, de equipes bem formadas e informadas sobre os procedimentos a serem realizados no atendimento de emergência.

Palavras-chave: Padronização. Regulação Médica. Comunicação. Negociação. Conflito.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRAMEDE – Associação Brasileira de Medicina de Emergência

APH – Atendimento Pré-hospitalar

CBMDF – Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal

CIADE – Centro Integrado de Atendimento e Despacho

CSU – Curso de Socorros de Urgência

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

UTE – Unidade Tática de Emergência

GBM – Grupamento Bombeiro Militar

CMT de SOS – Comandante de Socorro

GAEPH – Grupamento de Atendimento em Emergência Pré-Hospitalar

HRT – Hospital Regional de Taguatinga

HBB – Hospital de Base

RBCE – Rede Brasileira de Cooperação em Emergências

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Contextualização do Tema	11
1.2	Formulação do problema	13
1.3	Objetivo Geral	13
1.4	Justificativa	13
1.5	Objetivos Específicos.....	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1	Administração de Conflitos	17
2.2	A negociação na resolução de conflitos	19
2.3	Gestão Hospitalar	21
2.4	Regulação Médica	24
2.5	Natureza do trabalho do emergencista de Suporte Básico de Vida	27
2.6	Protocolos Institucionais no atendimento médico de urgência	29
3	MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA	32
3.1	Tipo e descrição geral da pesquisa	32
3.2	Caracterização da organização por setor ou área	32
3.3	População e amostra	34
3.4	Caracterização dos instrumentos de pesquisa	35
3.5	Procedimentos de coleta e de análise de dados	35
4	ANÁLISE DE RESULTADOS.....	37
4.1	Uniformidade de ações e materiais para o atendimento	37
4.2	Integração das equipes diversas	38
4.3	Agilidade no atendimento	38
4.4	Nível de conhecimento sobre Regulação Médica.....	39
4.5	Indiferença conflituosa da equipe do Pronto-Socorro.....	39

4.6	Síntese dos resultados x Revisão da Literatura	40
5	CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
	REFERÊNCIAS.....	46
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO.....	51

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Tema

Nada mais elementar do que dar entrada em um hospital e receber o atendimento que se fizer necessário numa situação de emergência. No entanto esse processo pode não fluir tão tranquilamente como deveria. O paciente em situação desfavorável, sem poder de reivindicação, pode sofrer com a morosidade no atendimento, não tendo a celeridade requerida pelo caso.

Parece existir um problema de demora e de comunicação na transferência de pacientes dos bombeiros militares para o plantão médico. Questões dessa natureza podem fazer a diferença entre a vida e a morte de um ser humano. (MINAYO e DESLANDES, 2007).

Quais problemas de teor organizacional estariam passando os hospitais públicos, mais especificamente quando do recebimento de vítimas transportadas pelo Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal? Pode-se pensar na existência de conflitos, do momento da chegada ao hospital até o instante em que o paciente é de fato assumido pelo médico de plantão. Esses conflitos existem de fato? De que natureza são? É um problema de comunicação? Existe dificuldade na negociação entre bombeiros e médicos na transferência de pacientes no ambiente hospitalar? Parece inapropriado falar em negociação em casos como esses, mas é exatamente esse o termo adequado. (CICONET, 2009). O que acontece nas portas das emergências é de fato uma negociação, pois o paciente embora em situação crítica, precisa ser entregue a um profissional competente para recebê-lo antes da equipe que prestou socorro possa dar o serviço por terminado. Isso pode se evidenciar no processo de comunicação que não tem se mostrado amigável e nem prático. (CICONET, 2009).

Em seus princípios constitucionais assegurados na Carta de 1988, o SUS já preconizava no art. 196 que a saúde é direito de todos e o acesso a ela deve ser

universal e igualitário, e ainda no mesmo artigo, inciso II, que o atendimento deve ser integral. Gomes (1997) cita a Carta de Curitiba que diz que as políticas de saúde devem ser formuladas e implementadas de forma integrada a um conjunto de políticas sociais. Gomes (1997, p. 384) constatou a “falta de articulação e de integração entre os saberes e práticas dos diversos profissionais que integram as equipes multiprofissionais de saúde”. Ciconet (2009, p. 114) se referindo ao SAMU (Serviço Atendimento Móvel de Urgência), que realiza um trabalho semelhante às equipes de primeiros socorros dos bombeiros do Distrito Federal, diz que “é, essencialmente, um trabalho em equipe”. A natureza do trabalho de Atendimento Pré-hospitalar mostra claramente a importância da integração da equipe durante todo o processo, principalmente em função de se tratar de profissionais diversos.

O Atendimento pré-hospitalar lida com preservação da vida de pacientes, muitas vezes em estado grave de saúde, e por isso seria inaceitável conflitos entre as equipes envolvidas nesses trabalhos. Entretanto Ciconet (2009, p. 18) fala de conflitos constantes entre profissionais que atuam no Suporte Básico de Vida das viaturas do SAMU de Porto Alegre, segundo ela há “relatos constantes da falta de diálogo e respeito entre profissionais, de atitudes entendidas como represália, que prejudicam o andamento do trabalho”. Isso acontecendo com as equipes do SAMU onde trabalham médicos e enfermeiros, é provável que não seja diferente com os bombeiros que realizam esse mesmo serviço no que se refere ao transporte de pacientes aos hospitais, mas que são de categoria profissional distinta da área de saúde.

No Distrito Federal a inserção dos Bombeiros nesse tipo de serviço ocorreu no ano de 1995, por meio de decreto do Governador. Contudo a convivência não tem sido fácil, a verificar pelos relatos na imprensa de ocorrências policiais envolvendo militares bombeiros e médicos, quando da recusa de atendimento a algum paciente entregue em unidade de saúde pública. (CORREIO BRASILIENSE, 2012). De fato os conflitos parecem ser uma constante nas organizações hospitalares. Vendemiatti et al. (2010, p. 1305) afirma que existe “disputa de poder e provocações sutis mútuas entre as subculturas que atuam, supostamente, juntas em função de um objetivo maior”. Morgan (2000) reconhece a existência dos conflitos nas organizações e elenca uma série de fontes de poder que poderiam ser utilizadas no enfrentamento dos conflitos. Dentro desse contexto, também defende a existência

de certo jogo de poder que inclui o próprio conflito, e que o papel do gestor é fazer com que esse jogo traga resultados positivos para a organização.

1.2 Formulação do problema

Quais os possíveis conflitos entre bombeiros e médicos na entrada das portas de urgência/emergência dos hospitais públicos?

1.3 Objetivo Geral

Identificar e analisar os possíveis conflitos entre bombeiros e médicos na entrada de emergência dos hospitais no DF.

1.4 Justificativa

A emenda constitucional nº19, de 1998 acrescentou o princípio da Eficiência à Administração Pública, somando-se aos demais já existentes, como os princípios da legalidade e da impessoalidade. Eficiência fala de ação rápida, precisa e satisfatória, e no caso do serviço público, suprimindo as necessidades da população. Segundo a definição de Pena (2008) eficiência é fazer certo. A gestão tem como função cuidar para que as instituições públicas façam as coisas certas, como devem ser feitas, mesmo com todas as limitações existentes. Ainda mais quando o que está em jogo é a vida das pessoas.

A saúde pública tem passado por sérios problemas, muitos de ordem administrativa. A gestão tem se mostrado deficiente e com desarticulação setorial. (CICONET, 2009). Não tem se mostrado capaz de controlar os conflitos existentes entre as equipes de saúde, e nem a adesão do principal setor, considerando os conhecimentos técnicos, que são os médicos. (CECÍLIO e MENDES, 2004). Esses mesmos autores afirmam que “não se percebe uma intenção, por parte deles (os

médicos), de reflexão sobre estes conflitos e modificação de sua prática, mas sim uma resistência em trabalharem cooperativamente”. (CECÍLIO e MENDES, 2004, p.52). Os mesmos autores mostram como os trabalhadores da saúde se apropriam das regras estabelecidas pela gestão, de tal forma que consigam impor aquilo que querem. ... “os trabalhadores, com seus interesses e com suas práticas, vão constituindo múltiplos campos de relações de força que ‘deformam’ os vetores das diretrizes da direção.” (CECÍLIO e MENDES, 2004, p. 43).

O tema é de grande relevância para a sociedade, uma vez que qualquer pessoa, em qualquer tempo, pode precisar de um atendimento de emergência de qualidade. Cabe também a Administração Pública encontrar meios para que isso aconteça de forma eficiente e eficaz.

O trabalho de atendimento pré-hospitalar vive um momento de transição no Brasil. Por muitos anos esse trabalho foi realizado por militares dos Corpos de Bombeiros espalhados pelo país. No início da década de 2000, o Governo Federal com sua Política Nacional de Atenção às Urgências iniciou um processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Isso trouxe conflitos em algumas partes do país, entre aqueles que outrora realizavam o trabalho de socorrista e os novos profissionais da saúde inseridos no sistema. (MINAYO e DESLANDES, 2007).

O tempo também é fator crucial nesse tipo de trabalho. Não somente precisa ser feito correto, como precisa ser rápido. O tempo de negociação na entrada dos prontos-socorros não pode ser morosa, dificultosa. Existem protocolos, como o ATLS (*Advanced Trauma Life Support*, ou Suporte Avançado de Vida no Trauma – SAVT) que visam “aperfeiçoar a avaliação e o tratamento das vítimas de trauma durante a chamada hora de ouro, a primeira hora após o trauma baseado em princípios consagrados de abordagem do Trauma ou cuidados emergenciais de enfermagem.” (VIZZOTTO e KAEFER, 2012, p.1). Essa primeira hora é imprescindível na vida de uma vítima de trauma e um atendimento inadequado pode ceifar-lhe a vida ou pelo menos deixar sequelas irreversíveis. Embora o problema possa estar relacionado à saúde, sua solução passa pela Administração em geral, que tem como objeto a Gestão das organizações, seja pública ou privada. A confirmação da existência de conflitos no processo de execução desse serviço pode aumentar o tempo de sua realização, trazendo assim prejuízo para o usuário.

O Corpo de Bombeiros pode, diante dos resultados apresentados, realizar ações corretivas e preventivas visando à eliminação dessas distorções. E ainda incentivar estudos mais aprofundados na busca da compreensão das relações entre as equipes de socorristas e o pronto-socorro.

A exploração dessas questões, envolvendo conflitos entre categorias profissionais distintas, acrescenta material importante para estudos posteriores.

1.5 Objetivos Específicos

- a) Analisar o protocolo de atendimento do Corpo de Bombeiros.
- b) Descrever a natureza do trabalho do emergencista¹ de suporte básico de vida, com ênfase na importância do tempo no atendimento e na integração da equipe para o sucesso da operação.
- c) Descrever o papel do médico regulador por meio da legislação.
- d) Verificar a existência de conflitos, sob o ponto de vista dos emergencistas.

¹ Pessoa tecnicamente capacitada e habilitada para avaliar e identificar os problemas que comprometam a vida. Cabe ao emergencista prestar o adequado socorro pré-hospitalar e transportar o paciente sem agravar as lesões já existentes. (Curso para emergencistas em APH-B, 2010)

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O APH (Atendimento pré-hospitalar) no Brasil ainda está incipiente. Enquanto em países como Alemanha, segundo Fernandes (2004), existe um transporte rápido com demora máxima de 30 minutos para se chegar a um centro de referência, no Brasil isso está muito aquém. Esse tempo é importantíssimo para o paciente, pois dentro da chamada hora de ouro a chance de sobrevivência é muito maior. (VIZZOTTO e KAEFER, 2012).

Segundo a Resolução CFM (Conselho Federal de Medicina) nº 1.671 de 2003, os serviços pré-hospitalares exigem ato médico, sendo por isso atividade exclusiva de médico. Entretanto Lopes e Fernandes (1999) relatam que

Na prática civil, os médicos demoraram a se mobilizar, mesmo diante do aumento progressivo das perdas de vidas humanas por traumas advindos de causas externas, principalmente acidentes de trânsito. Esta demora fez com que as autoridades sanitárias, inicialmente, delegassem as responsabilidades deste serviço aos responsáveis pelos resgates, os militares do Corpo de Bombeiros, retirando a característica sanitária deste atendimento. (LOPES e FERNANDES, 1999, p. 381)

A gestão de organizações hospitalares encontra resistência na classe médica, pois o papel que o médico ocupa na dinâmica do serviço lhe confere poder para ter uma atitude, segundo Vendemiatti et al. (2010, p. 1309) de “rebeldia do profissional com relação as regras”.

A legislação mais recente, como a Portaria nº 2048, do Ministério da Saúde, de 5 de novembro de 2002, vem tratando da importância da Regulação Médica de urgências, conceituada como elemento ordenador e orientador do sistema de saúde. O Ministério da Saúde publicou em 2006 um Manual sobre a Regulação Médica das Urgências, mas na prática ainda não é perceptível o que é preconizado. No Distrito Federal o sistema de atendimento às emergências ainda opera de forma desarticulada entre o Corpo de Bombeiros e o SAMU, existindo casos de viaturas das duas corporações se deslocarem para a mesma ocorrência, acarretando utilização de recursos sem necessidade, bem como impedindo que a população usufrua de um serviço pleno. A Portaria nº 2048 determina a existência de uma rede de comunicação entre a Central, as ambulâncias e todos os serviços que recebem os pacientes, entretanto no DF existem dois números disponíveis à população para acesso aos socorros de urgências (192 e 193) e além disso não há conexão entre

esse ramais. Não se verifica também a figura essencial do médico regulador que desempenha uma função gestora na articulação das equipes, desencadeando a resposta melhor adaptada para cada situação (Brasil, 2006a). A portaria nº 2048 autoriza o desempenho das atividades de primeiros socorros pelos militares bombeiros, desde que “regulados e orientados pelas Centrais de Regulação” (Brasil, 2006a, p. 94).

2.1 Administração de Conflitos

Vive-se em meio aos conflitos. (MARTINELLI e ALMEIDA, 2011). Em casa, no trabalho, na vizinhança, eles estão sempre presentes. Cohen (2000) diz que a questão não é saber se o conflito virá, e sim saber de onde ele virá.

Conflito refere-se a embate, luta, peleja, choque. O conflito é inerente à natureza humana. Ele existe inclusive entre pessoas bem próximas, com fortes laços de relacionamento, como marido e mulher, pais e filhos, e entre os maiores amigos.

Não se pode dizer que o conflito em si seja ruim. Segundo Almeida e Martinelli (2011, p. 63) “o conflito não é nem positivo, nem negativo em si mesmo. O conflito é resultado da diversidade que caracteriza os pensamentos, atitudes, crenças, percepções, bem como o sistema e a estrutura social”.

Os conflitos podem representar fonte de novas ideias e proporcionar discussões abertas, proporcionando a oportunidade de descoberta de novos caminhos. No geral ele é positivo, pois permite a exploração de diferentes pontos de vista, interesses e valores, e ainda equilibram as relações de poder na organização. (MENDES, 2002).

Para a solução de um conflito é necessário entender as causas que levaram ao seu surgimento. O mais importante é conhecer o conflito para saber qual sua amplitude e qual o nível de preparação necessária para lidar com ele. (MENDES, 2002). Mais do que fórmulas o importante é conhecer com o que se está lidando.

O conflito pode existir de forma latente (não declarada), onde não existe uma clara consciência de sua existência (MENDES, 2002). Esse pode ser o tipo de conflito mais difícil de resolver, pois não há um reconhecimento de sua existência, o que dificulta a busca de uma solução satisfatória. A postura comum nesse tipo de situação é deixar as coisas como estão, não procurar problema. Só que essa

atitude, de caráter passivo, pode acarretar conflitos mais sérios e destrutivos. É sempre melhor apagar um foco de incêndio quando ele ainda é pequeno.

A temática do conflito tem recebido atenção das várias escolas da administração, desde a escola clássica até as mais contemporâneas. A diferença está na forma como o conflito é encarado por cada uma delas. Para Motta, na administração científica e na abordagem humanística eles eram inexistentes, enquanto no behaviorismo e estruturalismo são reconhecidos, e até tidos como necessários para propulsão do desenvolvimento. Quando se trata de identificação das origens dos conflitos, Marx e Weber são tomados como referência. A partir dos estruturalistas essa temática foi incorporada definitivamente nos estudos organizacionais (VENDEMIATTI et al., 2010).

Em imagens da organização com suas metáforas, Morgan (2000) traz a questão dos conflitos dentro de uma visão política, onde se verifica interesses concorrentes e jogos de poder. Para esse autor entender as organizações como sistema político é importante, pois as situações conflituosas são mais comuns do que se pode imaginar. A política pode ser vista por muitos como algo sujo, mas já foi considerada por filósofos como Aristóteles um meio eficaz de fazer convergir interesses conflitantes. E o poder cuja definição não tem sido fácil para os autores em geral, é entendido aqui como “o meio através do qual os conflitos de interesse acabam resolvendo-se” (Morgan, 2000, p. 194). Assim o poder que é apontado muitas vezes como a causa dos conflitos por causa de sua desigual distribuição, acaba sendo o meio de solucioná-los.

O resultado de um conflito vai depender da forma como ele é administrado. Provavelmente, lidar com conflitos, seja um dos maiores desafios atuais da administração no mundo. Almeida e Martinelli (2011, p. 59) afirmam que “as organizações são fontes inevitáveis de conflitos” e “quanto maior a organização, maior a tendência de existirem conflitos.” Cabe à administração encontrar meios de gerir conflitos que surgem a cada instante. Desde que o homem é homem o conflito tem sido uma constante, e com a aceleração das mudanças no final do século XX e início deste século essa situação parece ter se agravado. As mudanças em todos os setores costumam ser bem rápidas aumentando o nível de stress entre as pessoas.

O conflito se não for tratado corretamente pode se tornar destrutivo. “Caso os conflitos gerem desavenças profundas, rompimento de relacionamentos, enfoque nas posições e desprezo pelas necessidades da negociação, pode-se considerar o

conflito destrutivo” (ALMEIDA e MARTINELLI, 2011, p. 50). Quando o conflito se caracteriza como destrutivo ele torna-se mais significativo que a própria tarefa a ser desempenhada, além dos grupos se tornarem não cooperativos entre si (ALMEIDA e MARTINELLI, 2011). Conforme esse conceito, no caso do socorro pré-hospitalar a qualidade do atendimento acabaria ficando em segundo plano, com o conflito se tornando o foco principal.

É possível deduzir que o problema não é o conflito em si, mas sim as causas que o originaram. O conflito acaba sendo uma consequência natural, e até saudável em alguns casos, embora possa ser drástica. O conflito entre uma autoridade policial e um bandido é considerado normal e natural, e até desejável pela população que anseia por segurança. Antes de simplesmente condenar os conflitos é preciso uma minuciosa investigação de suas origens.

Fazendo uma analogia do conflito com a dor é possível perceber que sua ausência é que irá representar o verdadeiro problema. É senso comum que a dor, embora desagradável, é imprescindível, pois sem ela sérias doenças não seriam descobertas, e no fim a pessoa seria vitimada. E assim como a dor, os conflitos se não tratados poderão causar danos (ALMEIDA e MARTINELLI, 2011).

2.2 A negociação na resolução de conflitos

(Sebenius e Lax, 1987, apud Brandão; Spinola e Duzert, 2010) diz que negociação é a possibilidade de se fazer algo de uma forma melhor conjuntamente à ação de outras pessoas. O termo negociação lembra a abordagem política das organizações tratada por Morgan (2000). Segundo Almeida e Martinelli (2011, p. 52) “existem várias maneiras de resolver conflitos além da negociação”, mas a negociação tem se mostrado o meio mais eficaz e, também o modo mais adequado de conseguir algo que se deseja (BRANDÃO; SPINOLA e DUZERT, 2010).

De modo geral existem duas formas de negociação: a competitiva e a cooperativa (BRANDÃO; SPINOLA e DUZERT, 2010). Na negociação competitiva ocorre o que se denomina de jogo do ganha-perde. Apenas um dos lados na negociação sai ganhando. Já na negociação cooperativa o objetivo são os ganhos mútuos, onde todos saem ganhando, o que se popularizou como ganha-ganha.

A justiça pode ser estabelecida como um importante balizador no processo de negociação envolvendo profissionais da área da saúde, ainda mais quando hospitais e bombeiros têm uma responsabilidade social perante a comunidade. Nesse caso o uso “da força pode promover uma escalada do conflito de forma que o objetivo principal que é a defesa dos interesses acaba sendo subavaliada” (BRANDÃO; SPINOLA e DUZERT, 2010, p. 43).

O propósito da negociação é alcançar resultados que satisfaçam tanto os anseios latentes, quanto aqueles manifestos de todos os envolvidos (LOPES e STOECKICHT, 2011, p. 54).

Se o caminho escolhido em uma negociação for de uma abordagem integrativa, cujo objetivo seja um acordo do tipo ganha-ganha, então haverá perspectivas de benefícios para todos os envolvidos, enquanto a abordagem distributiva com foco na competição resulta em ameaças e ultimatoss entre as partes, um lado tenta forçar o outro a se render, mostrando maior poder, e não se discute o problema de igual para igual. (LOPES e STOECKICHT, 2011).

No caso do Corpo de Bombeiros e dos hospitais públicos existem todas as razões para um acordo cooperativo que tragam benefícios mútuos, e, sobretudo vantagens para os usuários finais. As negociações entre bombeiros e médicos nas portas de entrada dos hospitais precisam contemplar todos os passos de uma negociação de caráter cooperativo, integrativo (CICONET, 2009).

Diante das divergências, o papel do gestor parece ser mais a de um mediador do que alguém que tenha todas as respostas prontas, mantendo as condições favoráveis para atuação dos agentes organizacionais, ou seja, que o trabalho na organização continue sendo feito de forma satisfatória e promovendo na medida do possível uma comunicação entre as partes conflituosas, evitando um nível avançado de conflito. E por ser um processo de percepção e contextualização não é possível um padrão de tratamento, pois se trata de comportamentos distintos e conjunturas diferenciadas que exigem formas diferentes de tratamento (VENDEMIATTI et al. 2010).

2.3 Gestão Hospitalar

A forma como o poder está distribuído na organização pode facilitar ou dificultar o trabalho do gestor. Será necessário um bom nível de entendimento sobre a dinâmica das influências que afetam a vida das pessoas, e, por conseguinte o andamento da organização como um todo (MINTIZBERG, 1995).

Os hospitais públicos são instituições sem fins lucrativos, portanto diferem em vários aspectos de uma organização que tenha uma incessante busca ao lucro. Além disso, possuem particularidades não encontradas na maioria das organizações, no que se refere a autonomia de trabalho da base operacional. A “organização hospitalar é um território extremamente complexo, justamente pelo entrecruzamento de múltiplas, incontáveis racionalidades, compostas, elas próprias, por outras tantas éticas de convicção e de responsabilidade”. (CECÍLIO e MENDES, 2004, p. 48).

Conforme Segui “A organização hospitalar é considerada atualmente uma das mais complexas, pela amplitude de sua missão e por ser constituída de equipe multidisciplinar que possui o objetivo de prestar assistência à saúde”. (SEGUI, 2010, p. 38). E ainda segundo o mesmo autor “no hospital os profissionais de saúde têm grande autonomia e independência, decorrente do seu caráter especializado e da complexidade do seu trabalho, razão pela qual não admitem interferências”. (GURGEL JUNIOR e VIEIRA, 2002, apud SEGUI, 2010).

Gurgel Júnior e Vieira dizem que até programas voltados para melhoria da qualidade dos serviços prestados não são vistos com bons olhos.

No setor hospitalar observa-se uma grande resistência aos programas de qualidade em função dos médicos, que historicamente detêm o poder dentro destas organizações e não veem com bons olhos a ideia de contenção de custos, nem uma avaliação do seu trabalho numa perspectiva de medir a qualidade, por se sentirem fiscalizados e terem medo de perder sua autonomia na condução clínica dos pacientes (GURGEL JUNIOR e VIEIRA, 2002, p. 330).

O poder decorrido da grande autonomia de trabalho que possuem dificulta a submissão da classe médica ao controle gerencial. Bernardes (2007) diz que “é justamente porque mantêm uma relação de grande autonomia em relação à organização que os médicos rejeitam qualquer ‘processo gerencial’ que coloque em

risco o *status quo* atual” (BERNARDES et al. 2007, p. 866). Dessa forma a gestão, em muitas situações, não consegue interferir eficazmente no trabalho dos médicos.

A proeminência da atividade médica não é algo recente. Já é algo histórico a importância que os médicos representam no imaginário das pessoas. A palavra do médico já foi tida por muito tempo como a palavra final, considerando a respeitabilidade dessa profissão ao longo dos séculos. Assim o paradigma hegemônico da prática médica parece de difícil superação, principalmente quando se pretende instituir mudanças institucionais, formas inovadoras de se fazer a gerência, com uma política baseada no diálogo e no vínculo com as pessoas, onde se busca compartilhar responsabilidades nas decisões. (BERNARDES et al. 2007).

Mintizberg (1995) diz que “a organização hospitalar caracteriza-se por ser uma burocracia profissional do ponto de vista estrutural, onde o setor operacional tem importância, traciona e concentra o poder na organização”. (MINTIZBERG, 1995).

Parece existir uma distância entre aquilo que é preconizado nas normas e regulamentações e o que de fato acontece dentro das instituições hospitalares.

Conforme Cecílio e Mendes (2004) há uma incontornável distância entre as equipes da base operacional e a direção, de tal forma que as ordens e diretrizes dessa última são sempre reinterpretadas pelas primeiras. Isso obviamente representa um enorme desafio a gestão de organizações hospitalares. A cultura está entre as coisas mais difíceis de mudar numa organização, podendo ser considerada inalterável dentro de certas circunstâncias.

Considerando a visão dos autores Cecílio e Feuerwerker (2007)

Se os hospitais, em si, são instituições tão complexas, num contexto de mudanças como o atual, os desafios que se apresentam para sua gestão são ainda mais significativos. Daí a necessidade de criar novas oportunidades para um debate qualificado e para a construção de novas tecnologias e estratégias de gestão que ampliem as possibilidades de oferta de atenção à saúde de qualidade no âmbito público e privado. Debate esse fundamental também para se pensar a formação em gestão hospitalar (CECÍLIO e FEUERWERKER, 2007, p. 970).

A década de 1990 foi promissora para a área da saúde, sobretudo pela consolidação do SUS no país, pela constituição de 1988. O SUS ratificou a ideia de integralidade e universalidade da atenção à saúde da população, inspirando com isso também modelos gerenciais para a sua real efetivação. Mas com o tempo se verificou que os objetivos traçados pela direção não eram reproduzidos em sua originalidade por toda a organização. Os objetivos da direção serão fatalmente

alterados ao atravessarem denso campo de forças inerentes à micropolítica interna dos hospitais (CECÍLIO e MENDES, 2004).

Diante da complexidade das organizações hospitalares que dificultam a ação gestora, pergunta-se como ficaria a relação da classe médica com outras categorias profissionais, que também atuam na promoção da saúde e do bem estar dos pacientes?

Falando sobre controle de recursos dentro do hospital, como a definição do acesso ao leito pelo paciente e também do relacionamento entre os profissionais, os autores dizem que qualquer ato de interferência ou indiferença manifesta o poder médico e sua indisponibilidade para relações horizontais com equipes alheias a sua profissão (CECÍLIO e MENDES, 2004). E também dizem que não existe compartilhamento de decisões com outros profissionais da saúde, sendo assim uma organização de natureza exclusivamente médica (CECÍLIO e MENDES, 2004).

Diante disso ocorrem diversos conflitos e situações de enfrentamento, embora devam trabalhar juntos em função de um objetivo maior: a melhora do paciente. Existem relatos de discussões entre profissionais médicos e militares socorristas do Corpo de Bombeiros quando da entrega de pacientes nos prontos-socorros, e até mesmo o extremo de ser dada voz de prisão a profissionais médicos de serviço, por uma suposta omissão de socorro, como já foi noticiado na imprensa (CORREIO BRASILIENSE, 2012). Como haveria uma boa relação quando casos assim chegam ao extremo? Como impor pela força que um trabalho tão delicado seja realizado com cuidado e toda qualidade? Como fica o paciente, que necessitado e impotente, se vê no meio de um conflito? Essas são perguntas que os gestores precisam responder. Em meio a esses atritos existe uma busca pela preservação da reputação tanto pessoal, quanto corporativa. Fato este que faz as desavenças ficarem ocultas, latentes, sem uma clara exposição. É natural no homem a busca da autopreservação, evitando confrontos, na medida do possível. Esse falso ambiente de paz pode acarretar prejuízos para o paciente, que tende a não receber um pleno atendimento de qualidade. Mas nem tudo está perdido, pois existe não só uma luta pela autopreservação, mas também uma busca “de ‘boas práticas’ por parte dos trabalhadores, muito mais referenciadas aos seus valores individuais, à sua biografia, à sua ética de convicção ou sua visão de mundo e, em boa medida, às

suas corporações, do que a um ordenamento racional que a direção pensa poder impor” (CECÍLIO e MENDES, 2004, p. 53).

Percebe-se diante desse contexto a importância do gestor como o mediador para uma eficaz comunicação e negociação entre os vários atores organizacionais. Trazendo a tona a importância de cada setor, no alcance do objetivo maior. Rivera (2003) apud Vendemiatti (2010) diz que “a comunicação e a negociação são instrumentos decisivos na gestão contemporânea em busca da governabilidade de uma organização de alto grau de complexidade, como a hospitalar” (RIVERA, 2003, apud VENDEMIATTI et al. 2010, p. 1305).

Romo (1993) apud Vendemiatti (2010), discorrendo sobre o poder nas organizações de saúde, diz que “é compartilhado por vários núcleos de profissionais, reforçando a necessidade de aprimoramento constante na comunicação e na capacidade de negociação das lideranças” (ROMO, 1993, apud VENDEMIATTI et al. 2010, p. 1305).

A administração não é tarefa fácil, ainda mais se tratando de uma organização tão complexa como a hospitalar. Conhecer profundamente esse tipo de organização é fundamental para uma gestão efetiva. Não somente estabelecer normas e medidas a serem obedecidas, mas compreender a dinâmica interna, os interesses, o jogo de poder.

2.4 Regulação Médica

Tendo em vista a grande ocorrência de morbimortalidade decorrentes de acidentes de trânsito e da violência, esses dois temas foram considerados como problema de saúde pública, redundando na criação de uma política de combate, instituída pela portaria MS/GM 737, de 16 de maio de 2001. Conforme texto desta portaria:

Na década de 80, as mortes por acidentes e violências passaram a responder pela segunda causa de óbitos no quadro de mortalidade geral, ensejando a discussão de que se tratava de um dos mais graves problemas de saúde pública a ser enfrentado. A partir de então, essas mortes representam cerca de 15% dos óbitos registrados no País, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório. (PORTARIA MS/GM 737, 2001, p.3)

Esse quadro crescente de mortes por acidentes e violência juntamente com os ideais de universalidade, integralidade e participação social preconizados no SUS contribuíram de forma enfática para a idealização de uma Política Nacional de Atenção às Urgências. Essa política foi aprovada por meio da portaria GM nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, na qual também se instituiu formalmente o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), como um dos programas prioritários para a população. A proposta do SAMU não era de ser um mero transportador de pacientes, mas um serviço de atendimento básico completo, tendo inclusive a presença de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem em suas viaturas (BRASIL, 2006a).

A portaria 2.048 do Ministério da Saúde serviu como base a implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, pois ela aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Essa portaria ressalta a importância da regulação médica para o pleno funcionamento do sistema de atendimento pré-hospitalar. Entre as considerações para sua implantação está

A necessidade de ordenar o atendimento às Urgências e Emergências, garantindo acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, estabilização e referência adequada dos pacientes graves dentro do Sistema Único de Saúde, por meio do acionamento e intervenção das Centrais de Regulação Médica de Urgências;

Considerando a expansão de serviços públicos e privados de atendimento pré-hospitalar móvel e de transporte inter-hospitalar e a necessidade de integrar estes serviços à lógica dos sistemas de urgência, com regulação médica e presença de equipe de saúde qualificada para as especificidades deste atendimento e a obrigatoriedade da presença do médico nos casos que necessitem suporte avançado à vida, e

Considerando a necessidade de aprofundar o processo de consolidação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, aperfeiçoar as normas já existentes e ampliar o seu escopo e ainda a necessidade de melhor definir uma ampla política nacional para esta área, com a organização de sistemas regionalizados, com referências previamente pactuadas e efetivadas sob regulação médica. (PORTARIA GM nº 2.048, de 5 de novembro de 2002).

O SAMU um dos primeiros programas da Política Nacional de Atenção às Urgências já nasceu sob essa compreensão da importância das centrais de regulação médica, conforme se verifica. “O Samu 192, com suas unidades de Suporte Avançado e de Suporte Básico de Vida, responderá às necessidades de nossa população, oferecendo a melhor resposta de pedido de auxílio, por meio de Centrais de Regulação Médica” (BRASIL, 2006a). Já o Corpo de Bombeiros que já

realizava esses serviços de primeiros socorros desde a década de 1990 teria que se adequar as novas regras. O corpo de Bombeiros se enquadra na descrição de serviços associados de salvamento e resgate que devem estar necessariamente sob regulação médica, assim como as equipes do SAMU. E, além disso, foi determinado que haja um único número nacional para atendimento às urgências médicas, o que ainda não se verifica no Distrito Federal, até mesmo pelo costume da população em solicitar atendimento dessa natureza junto aos bombeiros. (BRASIL, 2006a).

Com a Política Nacional de Atenção às Urgências lançada, consolidar a regulação é imperativo para que o CBMDF não se transforme num mero transportador de doentes (CICONET, 2009).

A RBCE (Rede Brasileira de Cooperação em Emergência) justificando a implantação do serviço móvel de urgência como uma das primeiras ações, destaca também a importância da regulação médica:

Por que começamos a implantação da política nacional de urgências pelo pré-hospitalar móvel?

Pela importância estratégica da regulação das urgências, que mobiliza e desestabiliza a atenção, rompendo rapidamente com a banalização do caos, evidenciando com clareza os vazios assistenciais e apontando de maneira sistemática a necessidade de um sistema universal, integral e equânime. (RBCE, 2013).

Falando dos benefícios da regulação médica o mesmo site diz que ela combina “a melhor resposta possível e necessária para cada caso, buscando a economia do sistema em nome da equidade sustentada das respostas” (RBCE, 2013).

A portaria conjunta entre Corpo de Bombeiros e Secretaria de Saúde prevê a integração dos serviços de atendimento pré-hospitalar por meio de protocolos pactuados. “Utilizar protocolo pactuado e ficha de atendimento para suporte básico e avançado de vida conjunto entre as partes, bem como as formas de registros”. (DODF, 2011, p. 13). Essa mesma portaria determina a plena adequação do Corpo de Bombeiros às normas federais relativas ao atendimento médico de urgência.

a) Estar em conformidade com a Política Nacional de Atenção as Urgências, no atendimento pré-hospitalar de suporte básico ou avançado de vida nas emergências médicas oriundas de ordem clínicas, traumáticas, pediátricas, obstétricas e psiquiátricas, em condições de atuar interligado ao SAMU, no âmbito do Distrito Federal, por meio da Central de Regulação Médica Integrada, com acesso gratuito, em consonância com as diretrizes contidas no Regulamento Técnico de Urgências, através dos chamados via 192 ou 193;

b) Repassar para Central Conjunta de Regulação Médica todos os chamados de socorro com vítima que entrarem via 193, para devida regulação (DODF, 2011, p. 13).

Essa portaria ainda direciona à Secretaria de Saúde a responsabilidade pela instalação de uma Central Conjunta de Regulação Médica com o propósito de “atendimento aos chamados de socorro da população do Distrito Federal, com médico 24 horas por dia, da Secretaria de Saúde e do CBMDF, regulando todas as viaturas envolvidas com o atendimento pré-hospitalar”. (DODF, 2011, p. 14).

O principal motivo para existência da regulação médica nas urgências pode ser o conhecimento técnico na área da saúde, como ressaltado neste texto: “A prática a medicina de emergência requer um conhecimento e reconhecimento adequados de lesões e doenças agudas, com ou sem risco de vida, seguidas de imediato tratamento e estabilização” (ABRAMEDE, 2010).

2.5 Natureza do trabalho do emergencista de Suporte Básico de Vida

A vida implica responsabilidade em tudo que se faz. E quando se trata do trabalho de um emergencista de suporte básico isso se torna mais grave, considerando as implicações legais, éticas e morais. Não adianta somente ter boa vontade de fazer, de ajudar, de socorrer. Para o bom desempenho desse tipo de trabalho se faz necessário uma série de medidas e estruturas. O trabalho requer contínua capacitação de seus profissionais, pois os erros podem ser extremamente prejudiciais. O conhecimento sobre normas, protocolos e legislação é vital para o socorrista, que ao atender qualquer paciente precisa saber como proceder no momento posterior, para que a pessoa possa continuar recebendo o devido tratamento, e assim não tenha um agravamento de seu estado (RASIA, BARROS e MARCELINO et al. 2007).

O manual de capacitação de socorristas do Corpo de Bombeiros define como abandono a “a suspensão da assistência já iniciada a um paciente, antes da chegada a quem o continuará ou da chegada a um centro médico-hospitalar definitivo”. (OFDA-LAC/USAID, 2010, p. MP 2-5). Além disso, conceitua como imperícia, imprudência e negligência, toda ação do socorrista que implique

inabilidade, inexperiência, falta de atenção, desprezo e falta de cuidado, que o leva inevitavelmente a “responder judicialmente pelos atos prejudiciais resultantes de suas atividades ou de seu mau atendimento” (OFDA-LAC/USAID, 2010, p. MP 2-4).

É possível verificar que não é fácil o trabalho de um emergencista, que precisa de muitas habilidades para ter um desempenho satisfatório no desempenho de suas atividades. Ter conhecimento técnico, aprender a controlar as emoções, ser paciente com ações anormais ou exageradas daqueles que estão sob situação de estresse e ter capacidade de liderança para dar segurança e conforto ao paciente, são algumas das habilidades exigidas do socorrista, segundo o Manual de Atendimento Pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros (RASIA, BARROS e MARCELINO et al. 2007). Segundo publicação da revista Exame, citando pesquisa do site Careercast, a profissão de bombeiro foi considerada a segunda mais estressante do mundo em 2012, ficando atrás somente da carreira dos soldados americanos alistados. (EXAME, 2013).

A capacitação técnica nessa profissão precisa ser contínua e eficaz. A associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE) considera seis meses como um tempo insuficiente para uma residência médica em emergência. (ABRAMEDE, 2010).

A Abramede diz que “existe um amplo conjunto de conhecimentos e técnicas únicos à medicina de emergência que requerem um contínuo refinamento e desenvolvimento da área” (ABRAMEDE, 2013). Sobre o significado da medicina de emergência essa associação diz que “sua prática abrange desde os cuidados pré-hospitalares até o atendimento hospitalar, cuidados que requerem conhecimentos de todas as especialidades intimamente relacionadas a ela” (ABRAMEDE, 2013).

O funcionamento do serviço de atendimento pré-hospitalar ocorre ininterruptamente. Não existem feriados ou finais de semana de pausa. A definição do SAMU retrata bem esse ponto.

O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população. (SAMU, 2013).

2.6 Protocolos Institucionais no atendimento médico de urgência

Um protocolo significa acordo, consenso, entre as partes envolvidas de como uma ação deve ser realizada. São regras e procedimentos a serem seguidos. (7graus, 2013).

Quando se trata de trabalho conjunto entre organizações distintas, com vistas a um objetivo comum, o protocolo de procedimentos se apresenta como uma proposta interessante. No atendimento pré-hospitalar o protocolo de atendimento teria o objetivo de “reduzir o tempo de atendimento e estabelecer os cuidados de forma padronizados para garantir uma melhor evolução clínica do cliente traumatizado”. (UFTM, 2008, p. 3). Ciconet (2009, p. 96) diz que “existe melhor acolhida onde existem rotinas de acolhimento baseadas na classificação de risco”. E também que “os acordos institucionais devem ser igualmente tratados e aprimorados”. Cecílio e Mendes (2004, p. 43) defendem a “a adoção de protocolos de atendimento, que pudessem padronizar as ações em saúde realizadas no hospital, disputando, em alguma medida, com a autonomia das ações dos profissionais”.

A definição de protocolo traz à discussão a importância do tempo no atendimento pré-hospitalar. A hora de ouro é um conceito presente nessa questão. O paciente necessita de um atendimento correto, mas também rápido. A hora de ouro trata da essencialidade da primeira hora no atendimento de um paciente traumatizado. Segundo esse conceito uma demora de ação eficaz nesse período pode ser fatal para a vítima, que mesmo não indo a óbito pode ficar com sequelas irreversíveis (VIZZOTTO e KAEFER, 2012). Fernandes (2004, p. 3) destaca que “a urgência médica é prioritária em relação a certos pacientes, porque sua patologia evolui muito rapidamente para estados graves”. A Abramede defende que se deveria “exigir que as Emergências implementem e apliquem protocolos e marcadores de qualidade, bem como métodos de gerenciamento”. (ABRAMEDE, 2013.)

Criada em 2007 a Abramede luta para tornar a medicina de emergência uma especialidade médica, bem como uniformizar e padronizar o atendimento pré-hospitalar; melhorar e padronizar os sistemas de regulação médica do país e padronizar as condutas e criar protocolos nacionais para o correto atendimento das principais patologias emergenciais. (ABRAMEDE, 2010).

O (CFM, 2003), órgão que possui atribuições constitucionais de fiscalização e normatização da prática médica, defende claramente em sua legislação a ordenação do trabalho de atendimento pré-hospitalar, pelo estabelecimento da regulação médica e protocolos bem definidos. Ressalta a proeminência do profissional médico nesse tipo de atividade, considerando os seus vários desdobramentos. De acordo com o CFM:

Os protocolos de intervenção médica pré-hospitalar deverão ser concebidos e pactuados, garantindo perfeito entendimento entre o médico regulador e o intervencionista quanto aos elementos de decisão e intervenção, garantindo objetividade nas comunicações e precisão nos encaminhamentos decorrentes (CFM, 2003, p. 4).

E ainda:

O monitoramento das missões é dever do médico regulador. Como, frequentemente, o médico regulador irá autorizar atos não médicos por radiotelefonia (sobretudo para profissionais de enfermagem, bombeiros, policiais rodoviários, enfermeiros), os protocolos correspondentes deverão estar claramente constituídos (CFM, 2003, p. 4).

Defendendo a integração entre as equipes envolvidas nos serviços de saúde, Almeida et al. dizem que

A coordenação entre níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionada à determinada intervenção de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. (ALMEIDA et al., 2010, p. 287).

Os mesmos autores chamam a atenção para os poucos estudos na América Latina sobre a coordenação dos cuidados na área da saúde. Por fim defendem a constituição de redes integradas, para a plena efetividade dos cuidados em saúde. (ALMEIDA et al. 2010).

A visão das equipes intra hospitalares precisa mudar, para a compreensão do objetivo maior do atendimento de urgência, pois nos hospitais, muitas vezes, “o profissional do pré-hospitalar é visto como alguém que vem trazer problemas”. (DESLANDES et al, 2006, p. 1287).

A situação é tal que muitas vezes a equipe do suporte básico precisa de uma rede pessoal de conhecimentos para entregar os pacientes. (Deslandes, 2007a).

Bernardes et al (2007) diz que o gerente ou coordenador precisa romper a lógica marginalizadora das corporações, fazendo com que as equipes conversem entre si de forma contínua, assumindo acordos centralizados na qualificação do atendimento.

A portaria conjunta nº 4/2011 da Secretaria de Saúde do DF orienta que o Corpo de Bombeiros trabalhe de modo integrado com SAMU para melhor resultado do trabalho, visando também uma padronização (DODF, 2011).

Todo o sistema de emergência médica tem como foco os cuidados com a vida, com o destino dos pacientes, com o bem estar daqueles cujas vidas são confiadas nas mãos dos diversos profissionais envolvidos nas ocorrências que acontecem diariamente. Ainda que os conflitos sejam da natureza humana e das relações nas organizações, não se pode admitir que o bem maior seja negligenciado, desprezado, deixado de lado, e que outras questões secundárias sejam colocadas acima. Como bem destacam Cecílio e Mendes (2004, p. 52) “no fogo cruzado das corporações, encontramos o paciente em uma situação de total dependência e submissão”. Não importa quais tipos de problemas organizacionais existam, o paciente deveria ser priorizado como razão de existências das instituições de saúde.

Sobre os direitos dos profissionais envolvidos com trabalhos nessa área alguns autores dizem: ninguém está sugerindo que se deixe de reivindicar os direitos como trabalhador, a sugestão é que não haja recusa na disposição de todos os recursos para defender a vida (MERHY, CAMPOS e CECÍLIO, 1994).

Ciconet (2009, p. 98) diz que “muitas vezes as equipes precisam tensionar pelo atendimento como se isso não fosse um direito do usuário”.

É sabido que existem sérios problemas de superlotação nas unidades hospitalares, mas a própria Política Nacional de Atenção às Urgências traz o conceito de vaga zero que prioriza o atendimento médico para aqueles que se encontram em estado grave de saúde. A urgência médica é considerada prioritária para certos pacientes, considerando que sua patologia pode evoluir muito rápido para estados críticos. (Fernandes, 2004).

A esperança de dias melhores está no esforço de todos aqueles profissionais compromissados com a defesa da vida, que baseados em princípios e valores pessoais, buscam sempre realizar o trabalho de uma forma melhor, mais justa e amigável.

3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

3.1 Tipo e descrição geral da pesquisa

Quanto aos objetivos específicos a pesquisa é exploratória, pois “têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito” (GIL, 2010, p.27).

Quanto ao delineamento: pesquisa documental e levantamento.

Quanto à natureza dos dados: pesquisa qualitativa.

Quanto à técnica de coleta de dados: questionário e documentação indireta. A aplicação de questionários tem como objetivo identificar pontos importantes na relação entre as categorias, como percepção e expectativas.

Quanto à técnica de análise de dados: análise de conteúdo categorial temática.

Considerando que a análise de dados terá teor predominantemente qualitativo, optou-se pela análise de conteúdo, uma das formas de tratamento de dados qualitativos conforme (MINAYO, DESLANDES e GOMES, 2010). Existem algumas maneiras para se realizar a análise de conteúdo, sendo que para este trabalho a análise temática se adequou melhor aos objetivos propostos, pois visa a descoberta dos núcleos de sentidos implícitos na comunicação escrita, donde se pode extrair significados para o objetivo analítico. (MINAYO, DESLANDES e GOMES, 2010).

A amostra é do tipo não probabilística, por acessibilidade, onde os elementos são selecionados pela facilidade de acesso a eles. (VERGARA, 1998).

3.2 Caracterização da organização por setor ou área

A organização estudada foi, de forma direta, sete Unidades Operacionais do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

De acordo com o Planejamento Estratégico 2011-2016 do Corpo de Bombeiros:

A origem dessa corporação 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 02 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.

Em 06 de novembro de 2009 foi promulgada a Lei Federal nº 12.086, que alterou a Lei Federal nº 8.255, de 20 de novembro de 1991, alterando a estrutura funcional do CBMDF (Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal), adequada a atual realidade do Distrito Federal, fixando o efetivo em 9.703 militares. Contudo, a instituição possui atualmente 5.487 militares.

A Corporação possui um total de 26 (vinte e seis) unidades de atendimento a emergências, estrategicamente distribuídas em todo o território do Distrito Federal. A missão do CBMDF é a proteção de vidas, patrimônio e meio ambiente. E sua visão ser referência para a sociedade pela excelência dos serviços prestados, por meio da qualificação dos seus integrantes, da gestão estratégica da Instituição, do constante reequipamento e da inovação tecnológica.

Conforme a lei 7479, de 1986 o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal é instituição permanente, essencial à segurança pública e às atividades de defesa civil, fundamentada nos princípios da hierarquia e disciplina, e ainda força auxiliar e reserva do Exército nos casos de convocação ou mobilização, organizada e mantida pela União nos termos do inciso XIV do art. 21 e dos §§ 5o e 6o do art. 144 da Constituição Federal, subordinada ao Governador do Distrito Federal, destina-se à execução de serviços de perícia, prevenção e combate a incêndios, de busca e salvamento, e de atendimento pré-hospitalar e de prestação de socorros nos casos de sinistros, inundações, desabamentos, catástrofes, calamidades públicas e outros em que seja necessária a preservação da incolumidade das pessoas e do patrimônio. (Redação dada pela Lei nº 12.086, de 2009).

Quanto às organizações hospitalares, elas não serão objeto de estudo neste trabalho, em virtude das dificuldades de acesso aos profissionais da saúde, escudados por um rigoroso conselho de ética que impede o colhimento de

informações antes de análise criteriosa dos objetivos da pesquisa, o que iria requerer também bastante tempo, até que fosse concedida autorização para a pesquisa. Mas o trabalho trata dos hospitais públicos em geral, centros de referência para atendimentos de emergência no Distrito Federal, onde ocorre entrada de pacientes por intermédio dos militares bombeiros de serviço.

3.3 População e amostra

Dentre os profissionais envolvidos diretamente no serviço de atendimento pré-hospitalar, foi tomada como amostra, para o alcance do objetivo proposto, os militares emergencistas do Corpo de Bombeiros. O critério de seleção da amostra foi a acessibilidade, conforme Vergara (1998). Das 26 Unidades Operacionais de atendimento às emergências do Corpo de Bombeiros foram selecionadas 7, representando 27% do universo. O questionário foi aplicado a uma amostra de 79 bombeiros socorristas, aproximadamente. Obteve-se um total de 36 (46%) questionários respondidos. Do total de questionários respondidos 2 foram descartados por conterem um grande número de perguntas sem respostas.

Dessas unidades pesquisadas, uma é considerada a que concentra maior demanda por atendimentos no Distrito Federal. Essas 7 unidades atuam em 6 distintas regiões administrativas do DF. Os militares pesquisados concorrem a duas escalas de serviço de 12x24 e 12x72, alternadamente, sendo 12 horas de trabalho por 24 horas de descanso, e 12 horas de trabalho por 72 horas de descanso. Eles concorrem a essa escala obrigatória e ainda tem a possibilidade de tirar serviços extras voluntariamente nas horas de folga. Depois de requerida autorização junto aos comandantes da referidas unidades, foi realizada aplicação de questionários nos dias 30 e 31 de janeiro, e 1º, 2 e 3 de fevereiro de 2013, período suficiente para contato com todos os socorristas de serviço nesse período. Para a pesquisa considerou-se os socorristas de serviço obrigatoriamente, num total de 58 militares, bem como um terço dos militares escalados voluntariamente, num total de 21, somando 79 bombeiros.

Embora a aplicação dos questionários tenha se concentrado em 7 unidades operacionais, os militares socorristas pesquisados atuam em todas as regiões administrativas do DF, podendo ser escalados em qualquer unidade. Assim, pode-se

afirmar, considerando também o longo tempo de trabalho, que conhecem bem a realidade do sistema de saúde do Distrito Federal.

3.4 Caracterização dos instrumentos de pesquisa

O instrumento de pesquisa foi o questionário, elaborado e aplicado aos integrantes do Corpo de Bombeiros.

Foi elaborado um questionário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas, contendo 15 questões, buscando o alcance dos objetivos propostos. A elaboração das questões foi baseada principalmente na experiência prática do pesquisador que vivenciou várias situações no atendimento pré-hospitalar.

O objetivo principal do questionário era verificar a existência de conflitos e ainda nível de padronização das equipes nos procedimentos, na comunicação e no conhecimento técnico.

O título do questionário falando sobre nível de integração teve o intuito de evitar qualquer preconceito ou tendenciosidade nas respostas dos militares, pois houve o entendimento de que caso fosse expresso logo no título que se tratava de uma pesquisa sobre conflitos entre médicos e bombeiros as respostas estariam distorcidas, uma vez que existem muitas estórias sobre esse tipo de acontecimento.

Setenta e cinco por cento daqueles que responderam possuem mais de 10 anos de serviço na área de atendimento pré-hospitalar.

Após o recolhimento dos questionários respondidos foram estabelecidos códigos no anverso das primeiras folhas, para a citação dos resultados na pesquisa.

3.5 Procedimentos de coleta e de análise de dados

A coleta de dados se deu pela obtenção de informações dos questionários aplicados. Os questionários foram colocados em pastas devidamente identificadas com os dados do pesquisador e da instituição de ensino. Foi feita comunicação verbal com os militares de serviço para que os mesmos pudessem responder as

questões, bem como ligações telefônicas procurando contatar as diversas equipes de serviço. A análise dos dados obtidos é qualitativa.

Existem algumas maneiras para se realizar a análise de conteúdo, sendo que para este trabalho a análise temática se adequou melhor aos objetivos propostos, pois visa a descoberta dos núcleos de sentidos implícitos na comunicação escrita, donde se pode extrair significados para o objetivo analítico. (MINAYO, DESLANDES e GOMES, 2010, p.86).

Optou-se por realizar uma categorização do material coletado com as seguintes descrições: Uniformidade de ações e materiais para o atendimento, integração das equipes diversas, agilidade no atendimento, nível de conhecimento sobre regulação médica e indiferença conflituosa da equipe do pronto-socorro. Cada pergunta do questionário foi relacionada com um tema ou assunto específico, e depois classificada dentro de uma das cinco categorias estabelecidas. Os temas *comunicação* e *padronização* foram classificados em “uniformidade de ações e materiais para o atendimento”; *integração* na categoria “integração das equipes diversas”; *conflito*, *atrito com equipe médica* e *relevância do trabalho do bombeiro socorrista* ficaram na categoria “indiferença conflituosa da equipe do pronto-socorro”. Os assuntos *hora de ouro* e *regulador médico* foram classificados nas categorias “agilidade no atendimento” e “nível de conhecimento sobre regulação médica”, respectivamente.

Por meio de inferências foram feitas deduções lógicas do conteúdo analisado, e por fim realizada uma interpretação buscando relacionar questões da pesquisa, resultados da análise de material coletado e a perspectiva teórica dos autores estudados para esse trabalho. (MINAYO, DESLANDES e GOMES, 2010).

4 ANÁLISE DE RESULTADOS

4.1 Uniformidade de ações e materiais para o atendimento

No intuito de extrair informações sobre o nível de padronização e de comunicação durante as ocorrências foram elaboradas para esse objetivo cinco questões nos questionários aplicados.

Não se verificou alto índice de padronização quando perguntados sobre o tipo de procedimento padrão adotado pelo CBMDF (Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal) na entrega de vítimas em grave estado de saúde nos hospitais. Cerca de 33% dos socorristas pesquisados afirmaram que a vítima é entregue ao médico especialista ou equipe médica, enquanto 39% ressaltaram o acionamento prévio da equipe médica como um procedimento padrão. Ainda destacaram o relato sobre a situação em que a vítima foi encontrada (19,5%) e a estabilização do paciente (25%). Chama a atenção o destaque dado ao aviso antecipado à equipe médica sobre a entrada de novos pacientes em situação grave. “Sempre que possível avisar o hospital de destino”. (P-1).

Sobre fatores essenciais para um atendimento de qualidade a maioria (61%) citou a capacitação técnica e 41,5% a disponibilidade de material e equipamentos adequados. Houve um grande número de fatores considerados como importantes. Cerca de 36% apontaram a comunicação integrada, triagem, monitoramento e suporte avançado pela equipe médica, atendimento adequado do CIADE e regulação médica. Todos esses pontos tem relação direta com a regulação médica, mas esta foi citada literalmente por apenas um socorrista.

Apesar da citação de vários cursos realizados na área de urgências, 75% afirmaram possuir o CSU e 44,5% o APH, indicando um bom nível de padronização no que se refere a capacitação técnica dos socorristas. Pois se deduz que realizando os mesmos cursos os procedimentos tenderão à homogeneidade.

A questão da comunicação, já citada anteriormente e tida como muito importante no trabalho dos socorristas, foi novamente apontada. Dessa vez 61% disseram que avisam aos hospitais sobre a entrada de pacientes em estado grave.

Mas que isso geralmente só ocorre com eficácia nos estabelecimentos onde tem um posto com militar do CBMDF, nesse caso só o HRT e HBB. O mesmo índice (16,5%) disse que avisam algumas vezes ou não avisam. Dos que avisam algumas vezes ou não avisam jamais, 13,8% dizem que essa obrigação seria do CIADE.

Mesmo o sistema militar sendo bem definido hierarquicamente, não se verificou um alto índice de uniformidade de conduta em caso de ocorrência de algum problema/conflito durante o atendimento. Foram citados pelo menos treze cargos, funções e órgãos, como destino em busca de solução, em caso de acontecimento de alguma dificuldade. O CIADE e o Supervisor de Área foram o mais citados, com 33% cada um. Entretanto, nas respostas, os militares não demonstraram animação de que suas causas sejam bem assistidas.

4.2 Integração das equipes diversas

Dos 36 socorristas pesquisados 26 (72%) consideram como sendo de grande importância a coesão/integração das equipes. Citam várias razões para isso. Dentre os vários motivos podemos destacar: Otimização do tempo, aumento da chance de salvar o paciente, eliminação de ambiguidade e duplicidade da mesma ocorrência e qualidade no atendimento com mais informações para tratar a vítima. Chama a atenção o aparecimento da palavra qualidade, utilizada por 39% dos socorristas para justificar a importância da integração das equipes envolvidas. Cerca de 13,8% disseram que a coesão tem média importância, e 5,5% que é de pequena importância.

4.3 Agilidade no atendimento

Por lidar frequentemente com situações graves que envolve o risco da perda de vidas e bens, a rapidez parece estar impregnada nos bombeiros. O conceito de “tempo resposta” está difundido em toda a corporação. Na pergunta sobre a importância da “hora de ouro” no casos mais graves, 69% a consideram como importantíssima ou muito importante. Pode-se perceber a grande ênfase que os

socorristas dão a agilidade do atendimento. “Quanto mais rápido, melhor chance de vida” (C-4). Imprescindível, primordial, crucial e fundamental, foram algumas das palavras usadas para se referir a hora de ouro. Apenas um socorrista disse desconhecer o termo, enquanto três questionários ficaram sem resposta para essa pergunta.

4.4 Nível de conhecimento sobre Regulação Médica

A regulação médica tem sido constantemente citada na legislação mais recente, especialmente na Política Nacional de Atenção às Urgências. Sua aplicação é em nível nacional para todos os serviços envolvidos com atendimento médico de urgência. Entretanto, mais de 80% dos socorristas pesquisados disseram ter pouco ou médio conhecimento sobre as funções e responsabilidades do médico regulador. E embora 19,5% tenham afirmado ter muito conhecimento sobre o assunto, na pergunta sobre fatores essenciais para um atendimento de qualidade, quase o total dos pesquisados sequer citaram a regulação médica.

4.5 Indiferença conflituosa da equipe do Pronto-Socorro

Os conflitos são inerentes aos relacionamentos humanos, e é de se esperar que sejam maiores ainda quando se trata de contato de categorias profissionais distintas. Buscando verificar a percepção dos socorristas quanto ao nível de reconhecimento recebido dos médicos no pronto-socorro, 66,5% disse que se sente pouco reconhecido, enquanto 33% afirmou o contrário. Esse índice maior indica a existência de sentimentos negativos por perceber que seu trabalho não é valorizado, reconhecido.

Sobre o tratamento recebido de médicos no pronto-socorro, a grande maioria (89%) afirmou já ter se sentido incomodado. Isso mostra que o relacionamento entre bombeiros e médicos de plantão não é amigável geralmente. Pode existir indiferença, frieza, descaso, ou outras atitudes que geram algum tipo de desconforto

no ambiente de trabalho. “Várias vezes os médicos tratam, ou fazem de conta que nós nem estamos ali presentes” (P-3). “Morosidade” (G-6).

Um índice preocupante está relacionado a questão da entrega do paciente no pronto-socorro. Cerca de 78% afirmou ter enfrentado problema com isso. Apenas 11% afirmou não ter tido dificuldade para a entrega do paciente. Dos que disseram ter encontrado resistência: 25% foram várias vezes, 13,8% muitas vezes, e 8,5% mais de 20 vezes. “Já perdi as contas, mas acontece em todas as regionais hospitalares” (R-1). “Em caso mais extremo bombeiro é cuspidado no rosto” (C-10). “Já fui xingado por um médico” (N-3). Esse índice representa um sério problema, principalmente para o paciente que precisa de atendimento rápido.

Na questão sobre a percepção da principal dificuldade na relação médico/bombeiro e como isso poderia ser solucionado, não houve consenso, as respostas ficaram bastante difusas. O que pode indicar uma dificuldade de identificação das reais causas. No entanto, 75% das respostas indicaram alguma característica negativa dos médicos e da estrutura hospitalar, que dificulta o relacionamento desses com os profissionais bombeiros, como: Falta de profissionalismo, falta de respeito, falta de reconhecimento, médicos estressados, excesso de serviço dos médicos, falta de área adequada para trabalhar, superlotação dos hospitais, falta de médicos, morosidade, arrogância dos médicos, má vontade, descaso dos médicos e falta de material, principalmente maca.

Como possível solução 5% apontou a regulação médica ou colocação de posto de bombeiros nos hospitais, enquanto a maioria representada por 14% indicou a integração entre as equipes.

4.6 Síntese dos resultados x Revisão da Literatura

O protocolo remete ao consenso, à uniformidade de procedimentos. Se bem acordado e aceito pelas instituições envolvidas trará economia de recursos. A padronização no atendimento pré-hospitalar é defendida por autores estudados, como Ciconet (2009) e Cecílio e Mendes (2004).

A padronização precisa acontecer principalmente na comunicação antecipada (prévia), indicada como principal procedimento realizado na entrega de pacientes graves no pronto-socorro. Doutra forma a equipe médica continuará a ser

surpreendida com as diversas entradas de novos pacientes, muitos em situação crítica.

A regulação médica é definida na teoria como elemento ordenador do sistema de atendimento médico de urgência, mas foi a capacitação técnica dos profissionais envolvidos nesse trabalho e a disponibilidade de material adequado que se destacaram no imaginário dos socorristas como essenciais para um atendimento de qualidade. À regulação médica não foi dada muita atenção, mas a baixa qualidade dos atendimentos se dá, inclusive, pela falta de uma adequada regulação.

Cursos padronizados para profissionais que executam os mesmos serviços representam uma solução nas organizações e diminuição de divergências durante a execução. Nesses cursos de capacitação a adoção dos mesmos princípios e regras para as turmas instruídas conduzirá a um padrão de procedimentos, caso haja uma continuidade no tempo. A política Nacional de Atenção às Urgências (Brasil, 2006a, p. 19) possui entre seus componentes fundamentais a “capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção”, inclusive “ toda gestão e atenção pré-hospitalar”.

Comunicação e negociação são consideradas pelos autores Almeida e Martinelli (2011) como formas excelentes para resolução de conflitos. Mesmo acontecendo uma comunicação prévia dos bombeiros com os hospitais em cerca de 60% dos casos, ela ainda é ineficiente e desarticulada. Verifica-se assim a existência de um problema de comunicação entre as UTE's (Unidade Tática de Emergência) dos Bombeiros e o pronto-socorro dos hospitais.

Morgan (2000) trata sobre o conflito nas organizações e como o gestor pode atuar nesses casos. Almeida e Martinelli (2011) afirmam que existem diversas formas de resolução de conflitos, mas que a negociação seria a melhor forma. O caminho na busca de solução em caso de algum conflito durante o atendimento se mostrou difuso entre os socorristas, mostrando baixa padronização.

Os autores Cecílio e Mendes (2004) afirmam existir uma resistência da classe médica em trabalhar de forma cooperativa, considerando a força que possui ou conforme Mintzberg (1995, p.189) o “poder da perícia” que lhe confere um “considerável controle sobre o seu trabalho”. Isso não combina com o atendimento pré-hospitalar, pois é um trabalho de natureza conjunta, em equipe, segundo Ciconet (2009). Existe grande consenso sobre a importância da integração nesse tipo de atividade, principalmente por ser vista como uma forma de oferecer

qualidade no atendimento. Uma integração adequada evita ambiguidade e duplicidade, conduz a objetivos comuns, otimiza o tempo, incentiva a organização e geração de mais informações para o tratamento da vítima, aumentando as chances de sua sobrevivência.

Existe um conceito denominado hora de ouro que se refere a essencialidade dos cuidados à vítima na primeira hora após o incidente (VIZZOTTO e KAEFER, 2012). Quase 70 por cento dos socorristas consideram essa perspectiva como primordial, imprescindível, crucial. Entretanto, a cultura da pressa entre os bombeiros parece não encontrar correspondência equivalente no pronto-socorro.

A Política Nacional de Atenção às Urgências determina a centralidade das Centrais de Regulação orientando o atendimento pré-hospitalar (Brasil, 2006a), e toda a legislação voltada para o atendimento da saúde em casos de urgências trata do correto ordenamento do sistema e idealiza a entrada nas emergências dos prontos-socorros. Embora a regulação seja considerada fundamental, o que se verifica é a ausência de uma gestão ordenadora do sistema. O percentual dos que afirmam conhecer bem sobre regulação médica é baixo na Corporação, e mesmo com a afirmação de alguns de conhecer bem o assunto, a regulação não foi relacionada como fator crucial a um atendimento de qualidade. Embora a regulação possa ser primordial, as respostas dos socorristas ficaram dispersas em relação ao que seria uma forma adequada de entrada de pacientes nos prontos-socorros.

Os médicos são os profissionais mais preparados para o atendimento de urgência, e a falta de reconhecimento desses em relação às demais categorias poderia gerar desmotivação, considerando que existe expectativa dessa valorização a conferir pelo índice de 66,5%. A falta de vontade em trabalhar em conjunto demonstra descrença de uma categoria em relação a outra, dúvida de que algo de valor possa realmente ser acrescentado.

A questão é saber se existe de fato algum conflito que possa ser considerado relevante envolvendo o atendimento pré-hospitalar. Deslandes (2006) mostra, pela fala de um gestor, que existe uma visão negativa das equipes internas das emergências em relação aos profissionais do pré-hospitalar. Em relação aos resultados da pesquisa, quase 90% dos socorristas já se sentiram incomodados pelo tratamento recebido de médicos durante o serviço nos hospitais.

A portaria 2048 (MS, 2002), que aprova o Regulamento Técnico de Urgências confirma a chamada vaga zero para internação, ou seja, a obrigatoriedade para

garantir o atendimento nos casos de urgência, mesmo assim o processo pode não fluir como deveria. Os resultados levantados apontam índice preocupante de quase 80% de problemas na entrega de pacientes. Sob o ponto de vista de alguns socorristas isso acontece constantemente. Os conflitos e indiferenças se não tratados tendem ao agravamento, produzindo insegurança real para a vítima necessitada de cuidados.

Fica uma indagação: Porque não existe uma boa negociação nessa transferência de pacientes? Deslandes (2002, p.136) afirma que “o setor de emergência constitui um espaço propício a conflitos e até atos de agressão”. Pelas características citadas pela maioria dos pesquisados, como a falta de respeito, arrogância e má vontade, percebe-se uma aversão entre as categorias, que precisam atuar juntas em determinados momentos em prol de um objetivo comum. Mesmo citados de forma tímida, a integração entre as equipes e a regulação médica se apresentam como soluções eficazes para essas divergências.

5 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo identificar os possíveis problemas e conflitos existentes nas emergências dos hospitais públicos do Distrito Federal, por meio da identificação dos protocolos pactuados, da descrição do trabalho do emergencista de atendimento pré-hospitalar, da descrição da regulação médica e da verificação de dificuldades enfrentadas pelos socorristas no acesso aos prontos-socorros.

Embora o trabalho de atendimento em emergências médicas tenha uma natureza de ação conjunta, em equipe, pois envolve profissionais de áreas diversas, foram verificadas sérias dificuldades na comunicação entre os bombeiros e as equipes dos hospitais, e conseqüentemente entre as instituições que eles representam. A integração idealizada e desejada parece estar só teoria, até agora.

A falta de padronização de procedimentos é algo a ser enfrentado. Os protocolos precisam ser os mesmos na prática. Não existirá eficácia no atendimento se o socorrista realizar o atendimento no menor tempo possível e encontrar no hospital um ambiente de morosidade, da mesma forma se hospital estiver bem equipado para receber o paciente e os emergencistas não. É uma ação conjunta.

A ação gestora é importante para a dissolução dos conflitos nesse tipo de atividade. Profissionais envolvidos com cuidados para manutenção da vida precisam de concentração e equilíbrio emocional, onde um descuido pode ser tarde. A figura clara de alguém que possa administrar os conflitos que surgirem irá tranquilizar todos os envolvidos, sem que esses por conta própria tenham que se defender de possíveis danos. A regulação médica, que tem viés para a gestão, parece ser um caminho claro para a solução de muitas questões envolvendo a emergência médica. É o elemento ordenador, organizador, do sistema. A destinação dos pacientes seria uma questão resolvida, e não se faria necessário qualquer discussão sobre isso.

Esta pesquisa tem o intuito de contribuir para o despertar sobre a importância da vida, cuja proteção é a missão maior dos bombeiros.

O estudo ficou bastante limitado pela falta de tempo e outros recursos para ir a campo de forma mais abrangente. Entrevistas poderiam assim ter sido aplicadas aos profissionais que atuam na área das urgências, tanto no nível operacional, quanto estratégico. Pesquisa envolvendo as demais equipes do pré-hospitalar seria

importante para uma compreensão mais ampla. A principal limitação diz respeito a unilateralidade da pesquisa, pois só apresenta a opinião dos bombeiros.

A padronização de procedimentos e protocolos, bem como a efetivação da regulação médica, parece um caminho adequado para equacionamento das dificuldades encontradas. Entretanto, para verdadeira resolução de um problema é preciso primeiro reconhecê-lo, admitir sua existência sem se submeter ao seu controle destrutivo. Por fim, usar as dificuldades encontradas como oportunidade para crescimento mútuo. Parafraseando duas passagens bíblicas, pode-se dizer que o Sistema de Emergências Médicas não prosperará dividido contra si mesmo, e como as equipes andarão juntas na mesma direção, se não estiverem de acordo quanto aos procedimentos que devam ser adotados?

Futuros pesquisadores poderão explorar outras questões relacionadas ao Serviço de Atendimento Médico de Urgência. Temas dessa área que façam relação com a gestão podem contribuir para o entendimento da difícil tarefa de administrar atividades tão complexas.

REFERÊNCIAS

7GRAUS. **Protocolo**. Disponível em: < <http://www.dicio.com.br/protocolo/>>. Acesso em: 10 de março de 2013.

ABRAMEDE. **Carta de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://www.abramede.com.br/institucional/carta-de-porto-alegre/>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

ABRAMEDE. **Dossiê entregue à AMB**. Disponível em: < <http://www.abramede.com.br/institucional/dossie-entregue-a-amb/>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

ABRAMEDE. **Visão da ABRAMEDE**. Disponível em:<<http://www.abramede.com.br/institucional/visao-da-abramede/>> acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

ABRANTES, T. As profissões mais estressantes em 2012. **Revista Exame**: Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/carreira/noticias/as-profissoes-mais-estressantes-em-2012#2>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

ALMEIDA, P. F; GIOVANELLA, L.; MENDONCA, M.H.M; ESCOREL, S.; **Desafios à coordenação dos cuidados em saúde**: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad. Saúde Pública [online]. 2010, vol.26, n.2, pp. 286-298. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n2/08.pdf>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

ALMEIDA, A.P; MARTINELLI, D.P. **Negociação e solução de conflitos**: do impasse ao ganha-ganha através do melhor estilo. São Paulo: Atlas, 2011.

BERNARDES, A.; CECÍLIO, L.C.O.; NAKAO, J.R.S.; EVORA, Y.D.M.; **Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar**. Ciência & Saúde Coletiva, 12(4):861-870, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/05.pdf>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

BRANDÃO, A.; SPINOLA, A. T.; DUZERT, Y. **Negociação**. Rio de Janeiro. FGV Direito Rio. 3 ed. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 3 ed. Ampl., 2006a. 256p.: il. –(Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

BRASIL. **RESOLUÇÃO CFM nº 1.671/03**. (Publicada no D.O.U., de 29 Julho 2003, Seção I, pg. 75-78). Disponível em: < http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1671_2003.htm>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

CECÍLIO, L.C.O.; FEUERWERKER, L.C.M.; **O hospital e a formação em saúde: desafios atuais.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/15.pdf>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

CECÍLIO, L.C.O.; MENDES, T.C.; **Propostas Alternativas de Gestão Hospitalar e o Protagonismo dos Trabalhadores:** por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? *Saúde e Sociedade* v.13, n.2, p.39-55, maio-ago 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/05.pdf>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

CECÍLIO, L.C.O.; MENDES, T.C.; **Propostas Alternativas de Gestão Hospitalar e o Protagonismo dos Trabalhadores:** por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? *Saúde e Sociedade* v.13, n.2, p.39-55, maio-ago 2004, in: CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares.* Porto: Edições Afrontamento. 1998. 295p.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E; CAMPOS, G. W. S. **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec. 1994.

CICONET, R.M. **Atuação e articulação das ações das equipes de suporte básico de um serviço de atendimento móvel de urgência com a central de regulação e as portas de entrada da urgência.** Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. 145f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/19036/000734785.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

CICONET, R.M. **Atuação e articulação das ações das equipes de suporte básico de um serviço de atendimento móvel de urgência com a central de regulação e as portas de entrada da urgência.** Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. 145f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. in: DESLANDES, S. F et al. *Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras.* *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2006.

COHEN, H. **Você pode negociar qualquer coisa.** 14 ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

CORREIO BRASILIENSE. **Médico do HRT é detido ao negar atendimento a idosa em estado grave.** Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2012/09/20/interna_cidade_sdf,323599/medico-do-hrt-e-detido-ao-negar-atendimento-a-idosa-em-estado-grave.shtml>. Acesso em: 21 de setembro de 2012.

CRUZ, A. C; MENDES, M. T. R. **Estrutura e apresentação de projetos e trabalhos acadêmicos, dissertações e teses (NBR 14724/2005 e 15287/2006)** – Rio de Janeiro: Interciência; Niterói: Intertexto, 2007. 139p.

DESLANDES, S. F et al. **Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras.** *Ciênc. saúde*

coletiva [online]. 2006, vol.11, suppl., pp. 1279-1290. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a17v11s0>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

DESLANDES, S. F. **Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

DODF. **Portaria Conjunta nº 4/2011**. Publicada no DODF nº 173, seção 1, de 5 set. 2011. Disponível em: <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2011/09_Setembro/DODF%20N%C2%BA%20173%2005-09-2011/Se%C3%A7%C3%A3o01-%20173.pdf>. Acesso em: 19 de fevereiro de 2013.

FERNANDES, R.J. **Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria da Saúde do município de Ribeirão Preto-SP**. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/samu/neu-pdf/caracterizacao_atencao_prehospitalar.pdf>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa** – 5 ed. – São Paulo : Atlas, 2010.

GOMES, D.C.R. **Equipe de Saúde: O desafio da integração**. Uberlândia: Edufu, 1997. 400p.

GONÇALVES, H. A. **Normas para Referências, Citações e Notas de Rodapé da Universidade Tiradentes**. Aracaju: UNIT, 2003. 82p. Disponível em: <<http://www.unit.br/downloads/manuais/citacoes-e-referencias1.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2013.

GURGEL JUNIOR, VIEIRA, G. D; FALCÃO, M. M. **Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2002.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A; **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens, e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LOPES, S.; STOECKICHT, I. **Negociação**. Rio de Janeiro: FGV, 2011.

LOPES, S.L.B.; FERNANDES, R.J. **Breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar**. Medicina, Ribeirão Preto, Simpósio: TRAUMA II 32: 381-387, out./dez. 1999 Capítulo I. Disponível em: <http://pedro2.pmrp.com.br/ssaude/programas/samu/neu-pdf/revisao_atendimento.pdf>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

MENDES, J. T. G. **Capital humano/ Fae business school**. (Coleção Gestão Empresarial) Curitiba: Associação Franciscana de Ensino Senhor Bom Jesus, 2002. 72p.

MINAYO, M.C.S.(org.); DESLANDES, S.F; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. **Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5). 1641-1649, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/02.pdf>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. **Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol. 24, n.8, pp. 1877-1886. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/16.pdf>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. **Análise diagnóstica da Política Nacional de Saúde para redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 2048/GM.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>>. Acesso em: 9 de março de 2013.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações.** São Paulo: Atlas, 1995.

MORGAN, G. **Imagens da organização.** São Paulo: Atlas, 2000.

OFDA-LAC/USAID. **Curso de Assistente Advanced First Aid** – Programa de Formação OFDA-LAC/USAID, Brasília, 2010.

PENA, C. R. **Um modelo de avaliação da eficiência da administração pública através do método análise envoltória de dados (DEA).** *Rev. adm. contemp.* [online]. 2008.

PEREIRA, W. A. P; LIMA, M. A. D. S. **O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2009, vol.43, n.2, pp. 320-327. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a10v43n2.pdf>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

RASIA, C. A; BARROS. C.C; MARCELINO, S.C; et al. **Manual de atendimento pré-hospitalar.** Brasília: Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, 2007, 240p.

RBCE (Rede Brasileira de Cooperação em Emergências). **Histórico RBCE.** Disponível em: <http://www.rbce.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=2>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

RBCE (Rede Brasileira de Cooperação em Emergências). **Regulação.** Disponível em: <http://www.rbce.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=49:regulacao&catid=36:regulacao&Itemid=41>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

SAMU. **O que é o SAMU?** Disponível em: <<http://www.samu192df.com.br/samu/definicao.jsp>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

SEGUI, M. L. H. **Análise da atuação das enfermeiras em um modelo gerencial de unidades funcionais**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2010. 122f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oMariaLuizaSegui.pdf>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

SEGUI, M. L. H. **Análise da atuação das enfermeiras em um modelo gerencial de unidades funcionais**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2010. 122f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010. in: GURGEL JUNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. Ciênc saúde coletiva, São Paulo, v.7,n.2, p.325-34, 2002.

SES-DF. **Hospital de Base do DF**. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/271-hospital-de-base-do-df.html> />. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

UFTM. **Protocolo assistencial**. Minas Gerais: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. 2008. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/upload/hc/protocolo_de_atendimento_ao_politraumatizado.pdf>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

VENDEMIATTI, M.; SIQUEIRA, E.S.; FILARDI, F.; BINOTTO, E; SIMIONI, F.J. **Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1). 1301-1314, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/039.pdf>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2013.

VERGARA, S. C; **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1998.

VIZZOTTO, D; KAEFER, C.T.; Urgência, emergência e trauma: conhecendo e advanced trauma life support (ATLS). Seminário Interinstitucional, XIII Mostra de Iniciação Científica – VIII Mostra de Extensão – **UNICRUZ** (15 anos). Disponível em: <[http://www.unicruz.edu.br/15_seminario/seminario_2010/CCS/URG%C3%8ANCIA%20EMERG%C3%8ANCIA%20E%20TRAUMA%20-%20Conhecendo%20o%20Advanced%20Trauma%20Life%20Support%20\(ATLS\).pdf](http://www.unicruz.edu.br/15_seminario/seminario_2010/CCS/URG%C3%8ANCIA%20EMERG%C3%8ANCIA%20E%20TRAUMA%20-%20Conhecendo%20o%20Advanced%20Trauma%20Life%20Support%20(ATLS).pdf)>. Acesso em: 29 de setembro de 2012.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação

Departamento de Administração

PESQUISA SOBRE O NÍVEL DE INTEGRAÇÃO ENTRE BOMBEIROS E MÉDICOS NA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES PARA O PLANTÃO MÉDICO

APRESENTAÇÃO

O presente questionário tem o objetivo de verificar junto aos socorristas que tiram serviço nas UTE'S, as opiniões sobre o relacionamento desses profissionais com os médicos plantonistas nos prontos-socorros.

A Política Nacional de Atenção às Urgências (Brasil, 2006a) ressalta a importância da integração entre as equipes de saúde e as demais equipes não oriundas da saúde, inclusive o Corpo de Bombeiros, quando no atendimento às emergências médicas.

Assim, solicitamos a sua compreensão no sentido de responder ao seguinte questionário, que será fundamental para essa pesquisa. Não há necessidade de identificação.

Desde já, agradecemos a sua participação.

QUESTIONÁRIO

1. Quanto tempo de trabalho na emergência médica, aproximadamente?

() menos de 05 anos () entre 05 e 10 anos () mais de 10 anos

2. Qual o tipo de procedimento padrão adotado pelo CBMDF na entrega de vítimas em estado grave ou potencialmente grave nos prontos-socorros?

3. Qual a importância da coesão/integração das equipes de socorro para o sucesso do atendimento em emergências?

() Pequena

() Média

() Grande

Justifique a resposta:

4. Em relação ao tempo de atendimento, qual a importância da chamada “hora de ouro” nos casos mais graves?

5. Quais são os fatores essenciais para um atendimento de qualidade?

Responda em ordem de prioridade:

6. Já realizou algum curso específico na área de urgências?

Quais?

7. Tem conhecimento sobre a responsabilidade do médico regulador?

() Pouco

() Médio

() Muito

8. O que falta para que a entrada de pacientes na urgência dos hospitais aconteça de uma forma adequada?

Responda em ordem de prioridade:

9. O Corpo de Bombeiros avisa os hospitais sobre a entrada de pacientes em estado grave? Se não, de quem seria essa obrigação?

10. Sente-se pouco reconhecido pelos médicos do pronto-socorro no seu trabalho como socorrista?

() Sim

() não

11. Já sentiu-se incomodado pelo tratamento recebido desses médicos durante o serviço nos hospitais?

() Sim

() não

12. A quem o bombeiro de serviço se reporta em caso de ocorrência de algum problema/conflito durante o atendimento?

13. Já teve problemas com médicos durante a entrega de paciente no pronto-socorro?

() Sim

() não

14. Em caso afirmativo na resposta anterior, lembrem-se quais e quantas vezes, aproximadamente?

15. No seu entendimento, qual a principal dificuldade na relação médico/bombeiro, quando do recebimento de pacientes no pronto-socorro? E como isso poderia ser resolvido?