

**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
DIRETORIA DE ENSINO
ACADEMIA DE BOMBEIRO MILITAR
Coronel Osmar Alves Pinheiro
CURSO DE FORMAÇÃO DE OFICIAIS**

CADETE BM/2 TATIANE AGUIAR CARNEIRO



**ANÁLISE DAS MUDANÇAS DECORRENTES DA UNIFICAÇÃO DO
SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NA ATUAÇÃO DO
CBMDF**

**BRASÍLIA
2021**

CADETE BM/2 **TATIANE** AGUIAR CARNEIRO

**ANÁLISE DAS MUDANÇAS DECORRENTES DA UNIFICAÇÃO DO
SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NA ATUAÇÃO DO
CBMDF**

Monografia apresentada à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso como requisito para conclusão do Curso de Formação de Oficiais do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

Orientador: Major QOBM/Comb. GUILHERME **NEGRÃO** PEREIRA COSTA

BRASÍLIA
2021

CADETE BM/2 **TATIANE** AGUIAR CARNEIRO

**ANÁLISE DAS MUDANÇAS DECORRENTES DA UNIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NA ATUAÇÃO DO CBMDF**

Monografia apresentada à disciplina Trabalho de
Conclusão de Curso como requisito para
conclusão do Curso de Formação de Oficiais do
Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

ALBERTO WESLEY **DOURADO** DE SOUZA – Ten-Cel. QOBM/Comb.
Presidente

VINICIUS **FIUZA** DUMAS – Maj. QOBM/Comb.
Membro

ZILTA DIAZ PENNA MARINHO – Professora
Membro

GUILHERME **NEGRÃO** PEREIRA COSTA – Maj. QOBM/Comb.
Orientador

À minha família, fonte de refúgio e força
diária.

AGRADECIMENTOS

Nesses dois anos muita coisa se passou. Minhas palavras seriam insignificantes para expressar com exatidão a real dimensão dos agradecimentos devidos a cada uma das pessoas que participaram desse processo. Ficaria feliz em poder lembrar-me de cada um e dedicar esse trabalho a cada pessoa que esteve ao meu lado desde o princípio.

Agradeço primeiramente ao Bom Deus e ao auxílio e intercessão da Virgem Maria que sempre me acompanharam e deram sentido a toda dificuldade e vivência, mostrando que todo propósito vindo do coração de Deus se torna realidade.

Aos meus queridos pais que providenciaram todos os recursos e apoio necessários não só nos anos do CFO, mas durante toda minha vida ensinando-me a gratuidade do amor que zela e se sacrifica.

Aos meus irmãos que acompanharam todo meu desenvolvimento e em sua simplicidade sempre estiveram por perto.

Agradeço ao meu querido esposo que foi para mim um refúgio, um amigo, um irmão, o homem que desejo bem, e esteve sempre comigo ajudando-me em todos os sentidos através de sua prestatividade e carinho.

A todos os instrutores e coordenadores do curso que colaboraram de alguma forma para a construção do arcabouço teórico e prático absorvido ao logo desse tempo. Em especial, cito meu orientador que diretamente participou e norteou a definição e o desenvolvimento deste trabalho.

Aos amigos da CFO 38, Turma Cel. Chiarel, que tornaram os trajetos mais árduos dessa caminhada menos dolentes pela hombridade e companheirismo. À cadete Raquel e ao corpo feminino da turma que de modo mais intenso viveram comigo e se constituíram numa fonte de refúgio e amizade verdadeira.

“Dê-me, Senhor, agudeza para
entender, capacidade para reter, método
e faculdade para aprender, sutileza para
interpretar, graça e abundância para
falar. Dê-me, Senhor, acerto ao
começar, direção ao progredir e perfeição
ao concluir.”

São Tomás de Aquino

RESUMO

O presente trabalho teve por escopo analisar o impacto da implementação do Sistema Unificado de Atendimento pré-hospitalar (SUAPH) na atividade de natureza pré-hospitalar (APH) do Corpo de Bombeiro Militar do Distrito Federal (CBMDF) por meio da implantação da Portaria Conjunta nº 40 de 2018. Do ponto de vista da gestão pública, a aproximação da Corporação com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), na esfera do APH, tornou-se imperativa e de fato foi orientada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF). Por um lado, o CBMDF carecia de adequação do seu serviço às normas federais relativas ao atendimento médico de urgência. De outra parte, o SAMU carecia de capacidade humana e de insumos suficiente para atender sozinha a procura pelo serviço. Tal análise foi pautada por meio aplicação de questionários aos socorristas dos Grupamentos Bombeiros Militares (GBMs) que atuam segundo o SUAPH, selecionados de forma não-probabilística, e entrevista com a gestão do serviço na Corporação. Percebeu-se que, de forma geral, os socorristas reconhecem as ações advindas com a implantação do SUAPH como adequadas e benéficas para o socorro, porém, coexistem variados pontos negativos e/ou desfavoráveis sobre o assunto que, por sua vez, favorecem a ocorrência de conflitos. Nesta mesma perspectiva, foi possível discutir acerca dos desafios e das perspectivas que o APH do CBMDF possui frente a esse modelo. Conclui-se que o SUAPH constitui em um novo modo de atuação que apresenta oportunidades que precisam ser identificadas e implementadas dentro de uma estratégia de fortalecimento institucional num processo que não nasceu pronto, mas que exigirá constantes repactuações entre os envolvidos para que as soluções sejam legítimas e perenes.

Palavras-chave: Sistema Unificado de Atendimento pré-hospitalar. Atendimento pré-hospitalar. Corpo de Bombeiro Militar do Distrito Federal. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

ABSTRACT

This work aims to analyze the impact of the implementation of the Unified Pre-Hospital Care System (SUAPH) in the pre-hospital activity (APH) of the Military Fire Department of Federal District (CBMDF) through the implementation of the Joint Ordinance nº 40 of 2018. From the point of view of public management, the approximation with the Mobile Emergency Care Service (SAMU), in the sphere of the APH, became imperative and was in fact guided by the District Federal Court of Accounts (TCDF). On the one hand, CBMDF lacked the adequacy of its service to the federal rules regarding emergency medical care. On the other hand, SAMU lacked the human capacity and sufficient inputs to meet the demand for the service on its own. This analysis was based on the application of questionnaires to the first responders of the Military Groups (GBM) who work according to SUAPH, selected in a non-probabilistic way, and interviews with the service management at the Corporation. It was noticed that, in general, that rescuers recognize the actions arising from the implementation of SUAPH as adequate beneficial to the rescue, however, there are several negative and/or unfavorable points on the subject that, in turn, favor the occurrence of conflicts. In this same perspective, it was possible to discuss about the challenges and perspectives that the APH of CBMDF has against this model. It is concluded that SUAPH constitutes a new model that presents opportunities that need to be identified and implemented within a strategy of institutional strengthening in a process that was not born ready, but that will require constant renegotiations among those involved so that the solutions are legitimate and perennial.

Keywords: Unified pre-hospital care system. Pre-hospital care. Military Fire Department of Federal District. Emergency mobile care service.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Introdução da composição de GM para a dinâmica do socorro e para o relacionamento interpessoal da equipe	39
Quadro 2. Implantação da CERU para decisão do transporte do paciente	44
Quadro 3. Implantação da CERU para recebimento do paciente nas unidades de saúde	45
Quadro 4. Realização de medicação na cena para a dinâmica do socorro	48
Quadro 5. Pontos positivos advindos com o SUAPH	50
Quadro 6. Pontos negativos após a implantação do SUAPH.....	51
Quadro 7. Análise do SUAPH para a sociedade na perspectiva dos socorristas.....	55
Quadro 8. Desafios e perspectivas do SUAPH	56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxo de atendimento de APH do CBMDF	25
Figura 2. Etapa questionário: participação dos socorristas do CBMDF	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APH	Atendimento Pré-Hospitalar
CBMDF	Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal
CERU	Central de Regulação de Urgência
CIOB	Centro Integrado de Operações de Brasília
COCB	Central de Operações e Comunicações Bombeiro Militar
COMOP	Comando Operacional
CSU	Curso de Socorros de Urgência
DF	Distrito Federal
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
GAEPH	Grupamento de Atendimento a Emergência Pré-Hospitalar
GBM	Grupamento Bombeiro Militar
GM	Guarnição Mista
GSV	Gratificação de Serviço Voluntário
MS	Ministério da Saúde
NAPH	Núcleo de Atendimento Pré-Hospitalar
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
QTO	Ocorrência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SESDF	Secretaria de Saúde do Distrito Federal
SUAPH	Serviço Unificado de Atendimento Pré-Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCDF	Tribunal de Contas do Distrito Federal
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UR	Unidade de Resgate
URSB	Unidade de Resgate de Suporte Básico
UTE	Unidade Tática de Emergência

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. Definição do problema	15
1.2. Justificativa.....	16
1.3. Objetivos	17
1.3.1. Objetivo geral	17
1.3.2. Objetivos específicos	17
1.4. Questões norteadoras.....	18
1.5. Definição de termos	18
2. REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1. Conceituação e a evolução do atendimento pré-hospitalar no Brasil.....	20
2.2. Serviço de APH do CBMDF: fundamentação legal e a prestação do socorro..	22
2.3. A Portaria Conjunta nº 40, de 05 de dezembro de 2018	26
3. METODOLOGIA	29
3.1. Modelo de estudo.....	29
3.2. Universo e amostra	30
3.3. Estratégia de coleta e análise de dados.....	31
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
4.1. Período pré Portaria Conjunta nº 40 de 05 de dezembro de 2018 e seu impacto no serviço de APH do CBMDF	33
4.2. Análise das mudanças advindas com a instituição do SUAPH sob o panorama dos profissionais envolvidos.....	37
4.2.1. Composição de guarnição mista	38
4.2.2. Central de Regulação de Urgências	43
4.2.3. Realização de medicação na cena	47
4.3. SUAPH: pontos positivos e negativos para a atividade de APH do CBMDF....	49
4.4. Os desafios e as perspectivas provenientes da integração CBMDF/SAMU no serviço de APH.....	56
4.4.1. Desafios da atividade de APH do CBMDF	57
4.4.2. Perspectivas da atividade de APH do CBMDF	63
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
6. RECOMENDAÇÕES.....	68
REFERÊNCIAS.....	69

APÊNDICES	74
Apêndice A: Questionário aplicado aos socorristas e auxiliares do serviço de APH do CBMDF	75
Apêndice B: Roteiro de perguntas para a entrevista com o gestor do CBMDF	79
Apêndice C: Resultado - Entrevista realizada com o Comandante do GAEPH	82
Apêndice D: Resultado - Questões abertas do questionário aplicado aos socorristas do CBMDF.....	105
Apêndice E: Produto	115

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a associação entre transformações no ramo da economia, o veloz crescimento demográfico e as atuais demandas no setor de saúde, tem gerado grande pressão sobre os serviços de emergência médica (SCARPELINI, 2007).

Em particular, o crescimento rápido e desordenado das cidades tem ocasionado drásticas mudanças epidemiológicas, dentre as quais ganham destaque as enfermidades relacionadas a situações de urgência, como as doenças cardiovasculares e o trauma (SANCHEZ, 2012).

Nesse contexto, o atendimento pré-hospitalar (APH) móvel representa o primeiro passo para uma rápida e mais eficiente assistência ao cliente que se encontra em situação de urgência/emergência. À vista disso, Malvestio e Sousa (2002) relataram:

Ainda que na fase pré-hospitalar não se reverta um quadro extremamente grave, a rapidez de chegada à cena e ao hospital, bem como as intervenções iniciais apropriadas, previne o agravamento do quadro e o surgimento de novas lesões, melhora condições para alguns casos e até atrasa resultados fatais, dando à vítima a chance de chegar ao tratamento definitivo e se beneficiar dele. (MALVESTIO; SOUSA, 2002, p. 589).

Tal serviço integra um dos componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, cuja publicação constituiu um importante avanço na organização do Sistema de Saúde do país ao estabelecer a estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada para a atenção às urgências, bem como a implantação de um processo de regulação que concede eficiência cotidiana ao sistema (BRASIL, 2002).

Antes desse período, o serviço brasileiro de APH teve um histórico ligado à instituição militar. O primeiro registro pode ser observado em 1899, quando o Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro, capital do país na época, colocou em ação a primeira ambulância de tração animal para realizar atendimento no ambiente fora do hospital (SILVA *et al.*, 2010).

Nesse cenário, sobretudo cobrindo uma lacuna deixada pela área da saúde no enfrentamento dessa problemática, os corpos de bombeiros não só realizavam os serviços de APH como também lideravam treinamentos, inicialmente em Brasília e em São Paulo. Houve então um grande investimento em capacitação de instrutores e em padronização de conteúdo didático e, a partir daí, foram treinados bombeiros de vários estados da federação, dando início ao processo de implantação e fortalecimento do APH móvel executado pela Corporação Bombeiro Militar em todo país (MINAYO; DESLANDES, 2008).

Isto posto, a reorganização do APH proposta pelo MS no ano de 2002 (por meio da Portaria nº 2.048/2002) provocou certa ruptura, em que a equipe de saúde, representada pelos médicos, assumiu a liderança do processo, enquanto os bombeiros militares, antes protagonistas, passaram a ter um papel mais periférico, junto com os outros profissionais não oriundos da área da saúde (BRASIL, 2002). Visto isso, Lima (2013, p. 42) já se questionava: “Se o serviço já existia, é legalmente amparado e já era desempenhado pela Corporação antes mesmo da regulamentação da Portaria nº 2.048/2002 do Ministério da Saúde, qual a necessidade de alterá-lo?”

Sobre o assunto, Sanchez (2012) expõe que o APH do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF) é uma de suas atribuições com amparo legal para execução, necessitando, por exemplo, de regulação médica, pois esta notoriamente melhora a sua qualidade.

Salienta-se que se trata uma atividade complexa, desempenhada pela Corporação desde o ano de 1981 por meio de um serviço experimental de resgate. Desde então, o trabalho se aprimorou, ganhou força e foi inserido dentre as competências executadas pelo CBMDF e hoje é, em números absolutos, segundo dados disponibilizados pela própria instituição, um dos principais tipos de ocorrência atendido por ela (LIMA, 2013).

Entretanto, diante das exigências que se sobrepõem à atividade e à instituição, o serviço de APH do CBMDF encontra-se em um momento de profundas transformações as quais devem ser executadas de forma planejada, com vistas ao crescimento da Corporação e, simultaneamente, permitindo o aprimoramento de recursos humanos e materiais, visando o melhor serviço para a sociedade.

Nesse contexto, o governo do Distrito Federal (DF) propôs, no ano de 2018, a unificação do serviço assistencial de APH exercido pelas instituições Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal e Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF), este por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), conforme Portaria Conjunta nº 40 promulgada no dia 05 de dezembro de 2018 (DISTRITO FEDERAL, 2018).

Essa integração ansiou a otimização dos recursos humanos e insumos, visando minimizar o duplo acionamento e o compartilhamento das doutrinas de atendimento entre ambas as instituições. Além da central única de atendimento aos chamados de emergência (via 192/193) e de regulação médica, almejou-se também que as partes atuem de maneira integrada em todo o processo do APH, utilizando terminologia comum, protocolo conjunto, meio de comunicação único e o mesmo sistema de tecnologia da informação para o gerenciamento das ocorrências e armazenamento de dados (DISTRITO FEDERAL, 2018).

Frente a esse cenário, cabe a necessidade de se aferir o impacto do Serviço Unificado de Atendimento Pré-Hospitalar (SUAPH) na rotina operacional do CBMDF. Nesse sentido, o escopo deste estudo consistiu em analisar os resultados e os efeitos do serviço de atendimento pré-hospitalar após a fixação do SUAPH no âmbito do Distrito Federal.

1.1. Definição do problema

Do ponto de vista da gestão pública, a aproximação do CBMDF com o SAMU, na esfera do atendimento pré-hospitalar, tornou-se imperativa. Por um lado, o Corpo de Bombeiros Militar do DF carecia de adequação do seu serviço de APH às normas federais relativas ao atendimento médico de urgência, principalmente no aspecto que tange a regulação médica, associado a necessidade de um serviço que oferecesse maior resolutividade a sociedade. De outra parte, a SESDF apresentava escassez de capacidade humana e de insumos suficiente para atender sozinha a procura pelo serviço de APH, o que acarretaria na exacerbação da demanda reprimida das ocorrências dessa natureza (DISTRITO FEDERAL, 2014).

Nesse sentido, a Portaria Conjunta nº 40 de 2018, advinda como resposta as decisões do Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF) nº 2.541/2017 e nº 846/2018 (DISTRITO FEDERAL, 2014), oportunizou por meio da integração do serviço de atendimento pré-hospitalar diversos aspectos relacionados a gestão do APH dos quais cita-se: disponibilização interrupta da regulação médica, elevação das viaturas para a categoria de suporte básico com medicação a bordo, central única de atendimento aos chamados de emergência via 192/193, diminuição do transporte de paciente para as emergências hospitalares por resolução de algumas ocorrências no próprio local, entre outros.

Não obstante, atualmente não existe estudo comparativo de resultados e efeitos do serviço de APH após a fixação do SUAPH no âmbito do Distrito Federal. Nesse contexto, indaga-se: qual é o impacto da unificação do serviço de APH, nos âmbitos de gerência e de operacionalização na atividade do CBMDF, nas ocorrências dessa natureza?

1.2. Justificativa

De fato, as ocorrências que necessitam de suporte pré-hospitalar são majoritárias se comparado aos demais ramos de atuação do CBMDF.

No ano de 2019, essa instituição atendeu aproximadamente 43 mil chamados de APH, o que correspondeu a 32% de suas ocorrências. Caso sejam considerados também os acidentes de trânsito, visto que o resgate veicular envolve também o acionamento imediato do serviço de APH, esse número cresce para 58% das ocorrências conforme os dados do Relatório de Atividades do Comando Operacional (COMOP) (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2020c). Sugerindo-se, assim, especial atenção para esse grupo de serviço.

Ademais, dentro do contexto do APH, um minuto a mais na chegada do socorro pode representar consequências irreparáveis para a vítima, ao passo que a cada minuto que se abrevia o início da assistência, as chances de salvar vidas e minimizar sequelas são aumentadas (SANCHEZ, 2012). Portanto, as equipes que atuam nesse

ramo devem exercê-lo de forma rápida, mas sobretudo, com precisão e qualidade. Mais um motivo que corrobora para a necessidade de reflexão sobre o tema.

Além disso, a cooperação e a participação do CBMDF no SUAPH permeiam o primeiro objetivo do Planejamento Estratégico 2017-2024 da instituição: atender as ocorrências emergenciais nos padrões internacionais. Em um segundo plano, outros objetivos estratégicos também serão abarcados com a elucidação das ações oriundas da unificação do APH na atuação do CBMDF como garantir a infraestrutura apropriada às atividades operacionais e administrativas e modernizar o atendimento e despacho operacional (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2017a).

Perante o exposto, o estudo sobre o tema propiciará um ambiente de reflexão sobre essa nova realidade do serviço de APH no DF que exige repactuações e articulações constantes entre os partícipes, já que envolvem, simultaneamente, aspectos colaborativos e conflituosos.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo geral

Analisar o impacto da unificação do atendimento pré-hospitalar na rotina operacional do Corpo de Bombeiro Militar do Distrito Federal.

1.3.2. Objetivos específicos

- Descrever o contexto do período pré Portaria Conjunta nº 40 de 05 de dezembro de 2018 e seu impacto no serviço de APH do CBMDF;
- Analisar as mudanças advindas com a instituição do SUAPH sob o panorama dos profissionais envolvidos;

- Elencar, em conjunto aos profissionais envolvidos, os pontos positivos e negativos para o serviço de APH decorrentes da unificação CBMDF/SAMU;
- Identificar as novas perspectivas e os desafios provenientes da integração CBMDF/SAMU no serviço de APH.

1.4. Questões norteadoras

Durante o desenvolvimento do projeto, tais perguntas foram elucidadas:

- Quais foram as circunstâncias e o contexto anterior a promulgação da Portaria Conjunta nº 40 de 2018 e qual o seu impacto no serviço de APH do CBMDF?
- Segundo os socorristas, houve aprimoramento do serviço de APH após as mudanças advindas com o SUAPH?
- Sob o panorama dos profissionais diretamente envolvidos, quais os pontos positivos e os pontos negativos do processo de trabalho encontrados após a unificação CBMDF/SAMU?
- Quais as perspectivas e os desafios emergiram com a integração do serviço de APH entre CBMDF e SAMU?

1.5. Definição de termos

Emergência: corresponde a um processo com risco iminente de vida, diagnosticado e tratado nas primeiras horas após sua constatação. Exige que o tratamento seja imediato diante da necessidade de manter funções vitais e evitar incapacidade ou complicações graves (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Contra regulação no APH: espécie da atividade de regulação médica, que ocorre num momento posterior a um primeiro procedimento de regulação. Normalmente, se procede perante a presença de uma equipe de APH na cena na qual

as informações sobre o paciente são redirecionadas ao médico regulador para o julgamento e as decisões a serem traçadas a partir da primeira intervenção de socorro.

Regulação médica no APH: segundo a Portaria nº 2.048 de 2002, trata-se da atividade que se configura como elemento ordenador da atividade de APH. Ao médico regulador é cabido a competência técnica de “julgar”, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema de saúde, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes (BRASIL, 2002). Geralmente, ocorre no momento do pedido de socorro e a partir das informações repassadas pelo solicitante diretamente ao médico regulador.

Suporte Avançado de Vida no APH: atendimento de primeiros socorros executado por profissionais da área da saúde sob supervisão médica no local do acidente ou na unidade móvel equipada, caracterizado pela realização de procedimentos invasivos na vítima como acesso venoso para administração parenteral de líquidos e medicamentos, realização de sutura ou ligadura de vasos, tamponamento nasal, intubação oral ou nasotraqueal, entre outros (MARQUES; FONSECA; ROCHA, 2013).

Suporte Básico de Vida no APH: atendimento de primeiros socorros prestado por profissional habilitado no local do acidente ou na ambulância, constituindo-se de procedimentos não invasivos ou menos invasivos (sob supervisão médica presencial ou a distância) como desobstrução de vias aéreas superiores, reanimação cardíaca externa, curativos e imobilizações provisórias (colar cervical, talas ou tracionador de fêmur), entre outros procedimentos. Um Suporte Básico de Vida eficiente aumenta as chances de sobrevivência de uma pessoa (MARQUES; FONSECA; ROCHA, 2013).

Urgência: processo agudo clínico ou cirúrgico, sem risco de vida iminente. Nesse caso há risco de evolução para complicações mais graves ou mesmo fatais, porém, não existe um risco iminente de vida (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Conceituação e a evolução do atendimento pré-hospitalar no Brasil

Na Portaria nº 814 de 1 de junho 2001, o Ministério da Saúde definiu o atendimento pré-hospitalar:

Considera como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza traumática ou não traumática ou, ainda, psiquiátrica), que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo a morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001, p. 149).

Nesse sentido, o APH compreende qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do meio hospitalar. Engloba desde um simples conselho ou orientação médica até o envio de uma viatura de suporte básico ou avançado de vida ao local da ocorrência onde haja pessoas que sofreram algum agravo de saúde (MINAYO; DESLANDES, 2008).

Possui, então, por característica atender a vítima nos primeiros minutos após o agravo, de maneira a prestar atendimento adequado e transporte rápido para um estabelecimento de referência. Dessa forma, o socorro pré-hospitalar objetiva estabilizar as condições vitais e reduzir a morbimortalidade, por meio de condutas adequadas durante a fase de primeiros cuidados (SILVA *et al.*, 2010). Cabe ressaltar que a assistência qualificada na cena do acidente, o transporte e a chegada precoce ao hospital são fundamentais para a sobrevivência da vítima (PEREIRA; LIMA, 2006).

No Brasil, no final dos anos 80, diversas corporações de bombeiros militares criaram seus serviços de APH móvel. De acordo com Ciconet (2009), essas instituições tiveram atuação histórica nesta área, cobrindo uma lacuna deixada pelo Estado no setor da saúde em relação à organização e à responsabilidade da atividade de atendimento pré-hospitalar.

Técnicas e protocolos foram aprimorados à medida que novas situações de emergência apareciam. Uma dessas contribuições consistiu, por exemplo, na introdução dos helicópteros no resgate de vítimas a partir de 1980. Selou-se então a

incorporação das instituições militares nos serviços de emergência, como o CBMDF, integrando o sistema de segurança pública do Distrito Federal (SILVA *et al.*, 2010).

No ano de 2002, o MS aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, por meio da Portaria nº 2.048, de 5 de novembro desse mesmo ano. Entre as principais diretivas, estabeleceu a Regulação Médica, baseada na implantação de Centrais de Regulação Médica de Urgências, como elemento ordenador e orientador das ocorrências de APH, centrando na figura do médico o papel de julgar a melhor resposta. O médico regulador deve ainda avaliar o fluxo de pacientes, hierarquizar e decidir sobre o transporte e a unidade de saúde de destino (BRASIL, 2002).

Ademais, a Portaria nº 2.048 determina que todos os pedidos de socorro de APH que derem entrada por meio de outras centrais, como do Corpo de Bombeiros, devem ser imediatamente retransmitidos a Central de Regulação, para que possam ser adequadamente regulados (BRASIL, 2002). Enfatizando, assim, o papel da área da saúde no APH.

Sobre os profissionais bombeiros militares, devidamente reconhecidos pelos gestores públicos no desempenho das atividades de APH, a Portaria designa que eles podem realizar suporte básico de vida (SBV) com ações não invasivas, porém sempre sob supervisão médica direta ou a distância (BRASIL, 2002).

Nesse seguimento, no ano de 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades da federação, com o entendimento que a atenção às urgências deve fluir em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), provendo um modelo assistencial organizado e articulado entre os níveis de atenção. Com a vigência dessa política, foi implantado como componente prioritário os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), instituído pela Portaria nº 1.864 de 29 de setembro de 2003, a qual estabeleceu que o serviço seria composto por Centrais de Regulação (Central SAMU 192), equipes móveis de suporte básico e avançado de vida e por núcleos de educação em urgência, em municípios e regiões de todo o território brasileiro (BRASIL, 2003).

E nesse contexto, configurou-se um processo de transição do modelo de atendimento de APH realizado tradicionalmente pelo Corpo de Bombeiros. A partir de então, as duas instituições passaram a oferecer o serviço de atendimento pré-hospitalar à população, com a distinção de que as viaturas do CBMDF ofereciam apenas o suporte básico de vida não medicalizado, ao passo que o SAMU contava com unidades de suporte básico medicalizada e unidades de suporte avançado. Os dois sistemas funcionando de forma paralela, porém sem nenhuma integração.

2.2. Serviço de APH do CBMDF: fundamentação legal e a prestação do socorro

Pepulim (2007 *apud* LIMA, 2013) aponta que no CBMDF, a atividade de APH teve seu início em 1981, por meio de um serviço experimental de resgate de vítimas feridas. Após, a Corporação se tornou referência nas ocorrências de APH no DF por meio do emprego das viaturas com o prefixo de Unidade Tática de Emergência (UTE). À época, a guarnição era composta por um motorista, um especialista em emergência médica, outro em salvamento em altura e um terceiro, mergulhador (LIMA, 2013).

Em meados de 1988, após convênio celebrado com a Secretaria de Saúde, foi delegada ao CBMDF a competência para execução das atividades de APH no âmbito do Distrito Federal. Desse período em diante, o serviço ganhou notoriedade junto as autoridades médicas e a população (EDUARDO, 2006).

A previsão legal do serviço ocorreu somente no ano de 1991 com a Lei nº 8.255, que dispõe sobre a organização básica do CBMDF, ocasião em que foi criada a Companhia de Emergência Médica, inserindo dentro da constituição de seus órgãos de execução, as Subunidades Independentes de Emergência Médica, que desempenhavam as missões de socorros de urgência voltadas para o atendimento pré-hospitalar (RASIA, 2009).

Essa legislação foi reformulada e ampliada com a edição da Lei nº 12.086, de 6 de novembro de 2009, que especificou:

Art. 2. O Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, Instituição permanente, essencial à segurança pública e às atividades de defesa civil, [...], destina-se à execução de serviços de perícia, prevenção e combate a incêndios, de busca e salvamento, e de atendimento pré-hospitalar [...] (BRASIL, 2009, p. 1).

Ainda sobre as atribuições do CBMDF, a Lei nº 12.086 (2009) versa sobre o serviço de APH:

Art. 28. [...] § 4º - Unidade de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar é a que tem a seu cargo, dentro de determinada área de atuação operacional, as missões de emergências médicas voltadas para o atendimento pré-hospitalar e socorros de urgência, nos casos de sinistro, inundações, desabamentos, catástrofes e calamidades públicas, bem como outras que se fizerem necessárias à preservação da incolumidade das pessoas e do patrimônio (BRASIL, 2009, p. 2).

De fato, a atividade de APH prestada pelo CBMDF possui relevância no teatro de operações e, sob a ótica da gestão pública, possui um papel fundamental no estabelecimento da estratégia e sustentação da Corporação frente à sociedade (RASIA, 2009). Entretanto, a necessidade de adequação às normas federais associada ao anseio por mudanças e capacitação técnica com a finalidade de prover a população de um serviço cada vez mais especializado, motivou a instituição a identificar dentro do processo de APH o campo cuidador comum a todos os atores, sejam profissionais da área da saúde ou não.

Anteriormente, algumas tentativas foram realizadas no intuito de operacionalizar a Política Nacional de Atenção às Urgências na realidade do socorro de APH do CBMDF, principalmente no item da regulação médica. Tais como as Portarias Conjuntas entre a Corporação e a SESDF de número 01 (10 de abril de 2008), de número 04 (20 de agosto de 2008) e de número 04 (de 07 de julho de 2011) (SANCHEZ, 2012). Todavia, apenas no ano de 2015 observou-se a introdução da Central de Regulação Médica na rotina operacional de alguns quartéis do CBMDF em parceria com o SAMU por meio do Plano de Comando da Corporação (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2015).

Conforme a Portaria Conjunta nº 40, promulgada no dia 05 de dezembro de 2018, atualmente no DF, o serviço assistencial de APH é exercido de forma unificada pelas instituições Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal e pela Secretaria de

Estado de Saúde do Distrito Federal, este por meio do SAMU (DISTRITO FEDERAL, 2018).

O Grupamento de Atendimento a Emergência Pré-Hospitalar (GAEPH) é responsável por toda parte de gerenciamento e regulamentação do APH no contexto do CBMDF. Na prática do serviço, a Corporação dispõe hoje de Unidades de Resgate (UR), Unidades Resgate de Suporte Básico (URSB), estas divididas naquelas cuja equipe é composta apenas por militares da corporação e naquelas com composição de guarnição mista (GM) entre militares e profissionais do SAMU, inovação proveniente do SUAPH, e Unidades de Suporte Avançado (USA), por meio do serviço aéreo de asa rotativa¹. Possui ainda as motorresgates, que garantem rapidez de acesso para iniciar os primeiros atendimentos (MADEIRA, ARANTES, 2020).

Apesar de, a princípio, ambos terem a mesma composição de guarnição: um socorrista, capacitado pelo Curso de Socorros de Urgência (CSU); um auxiliar, que possui o curso básico de APH ou equivalente de formação básica; e um condutor de viatura, o primeiro (UR) diverge do segundo (URSB) já que este apresenta a figura de um técnico de enfermagem capacitado, militar do CBMDF ou através de um profissional do SAMU no caso de viatura com GM, que proporciona a possibilidade de administração de medicações ou outro tipo de procedimento técnico de saúde sob a supervisão do médico regulador (MADEIRA; ARANTES, 2020).

Já a USA destina-se ao atendimento aéreo de emergência e transporte de vítimas graves, na qual o serviço é realizado em regra por um médico, um enfermeiro e um tripulante operacional, devidamente capacitado em atendimento pré-hospitalar, além do piloto e copiloto da aeronave. Esse serviço também funciona com a cooperação e a parceria de escalas de profissionais do SAMU e CBMDF (MADEIRA; ARANTES, 2020).

À luz da Portaria nº 2.048 de 2002 do MS e da Portaria Conjunta nº 40 de 2018, recentemente o fluxo do despacho das ocorrências de APH do CBMDF foi atualizado

¹ A Portaria nº 2.048 classifica as viaturas do serviço móvel de urgência em seis tipos de veículos, são eles: Ambulância de Transporte (Tipo A), Ambulância de Suporte Básico (Tipo B), Ambulância de Resgate (Tipo C), Ambulância de Suporte Avançado (Tipo D), Aeronave de Transporte Médico (Tipo E) e Embarcação de Transporte Médico (Tipo F) (BRASIL, 2002). Atualmente o CBMDF dispõe do serviço com veículos do tipo B (URSB), C (UR), E (serviço aéreo) e as motorresgates.

conforme Boletim Geral nº 243, de 30 de dezembro de 2020 (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2020b). Como pode ser observado na Figura 1 presente na publicação, todos os chamados 193 referentes a atividade de atendimento pré-hospitalar deverão ser regulados junto a Central de Regulação de Urgências (CERU) do SAMU, mesmo aquelas de despacho imediato. Porém neste último, o contato com a CERU ocorrerá após a emissão da viatura tendo em vista a gravidade do caso.

Figura 1. Fluxo de atendimento de APH do CBMDF



Fonte: A autora, adaptado de Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, 2020b.

Dessa forma, atualmente as solicitações de ajuda relacionadas a atividade de APH que chegam diretamente aos bombeiros militares pelo teleatendimento na Central de Operações e Comunicações do CBMDF (COCB) por meio do telefone 193, são redirecionadas para a Central 192 para a devida regulação médica da ocorrência e avaliação do recurso mais adequado a ser disparado para atendimento da ocorrência em questão, seja oriundo do SAMU-DF ou CBMDF, conforme definido pelo profissional médico regulador (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2020b).

Em seguimento, caso a equipe de APH do CBMDF seja requisitada pelo médico a uma ocorrência, ela deve realizar o procedimento de contra regulação com a CERU após a avaliação inicial do paciente. Nesta fase, junto a equipe presente na cena, o médico regulador avalia a necessidade de transporte e medicalização, organiza continuamente os fluxos, ordena a demanda e a distribui entre todas as unidades de saúde possíveis do SUS, de acordo com a gravidade, proximidade e disponibilidade de recursos especializados e físicos (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2020b).

2.3. A Portaria Conjunta nº 40, de 05 de dezembro de 2018

A integração dos serviços de Corpos de Bombeiros e SAMU é uma tendência em muitos estados do Brasil. São Paulo, Porto Alegre e Santa Catarina também aderiram a esse novo modelo de gestão integrada. Essa união visa a desoneração das unidades do SUS, a diminuição do tempo resposta, a regulação médica de forma efetiva e a cooperação e unificação do conhecimento no APH, proporcionando assim efetividade e maior qualidade ao atendimento de urgência e emergência (MADEIRA; ARANTES, 2020).

A Portaria Conjunta nº 40, de 05 de dezembro de 2018, da SESDF e do CBMDF, publicada na edição nº 236 do Diário Oficial do Distrito Federal no dia 13 de dezembro de 2018, representou uma inovação perante as tentativas anteriores de integração entre os envolvidos. Ela institui o Serviço Unificado de Atendimento Pré-Hospitalar, prestado por ambas, para o atendimento às urgências e emergências, utilizando infraestrutura, recursos humanos, materiais, insumos, medicamentos e equipamentos dos partícipes:

A SES-DF, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, e o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal prestam conjuntamente à população do Distrito Federal o serviço de Atendimento Pré-Hospitalar. Com a intenção de melhorar a prestação do serviço à comunidade do Distrito Federal e devido ao amadurecimento das Instituições no tocante ao assunto surgiu a intenção entre as partes de se instituir o Serviço Unificado de Atendimento Pré-Hospitalar com a integração de todos os processos do serviço, utilizando terminologia comum, protocolo conjunto, comunicação integrada e o mesmo sistema de tecnologia da informação para o gerenciamento das ocorrências. **Essa integração dos serviços visa ainda atender às resoluções**

constantes das Portarias do Ministério da Saúde nº. 2048/2002, nº. 2657/2004 e nº. 03/2017, e as Decisões do Tribunal de Contas do Distrito Federal nº. 2541/2017 e 846/2018. A expectativa das partes é de que o Serviço Unificado de APH proporcione, economia de recursos públicos, ampliação e otimização dos atendimentos, redução do tempo-resposta, otimização do emprego dos recursos, dentre outros benefícios à comunidade do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2018, p. 8, grifo nosso).

No artigo 2, dispõe que a regulação do serviço de APH será realizada pela Central de Regulação e Urgências e que todos os recursos do SUAPH devem ser regulados. O atendimento aos chamados de emergência via 192/193 e o despacho dos recursos devem ser realizados por meio de uma central única, a Central de Operações e Comunicações do CBMDF, abrangendo a totalidade das chamadas que entrarem via SAMU/CBMDF. Ademais, a portaria propõe a utilização de terminologia comum, protocolo conjunto, comunicação integrada e o mesmo sistema de gerenciamento das ocorrências (DISTRITO FEDERAL, 2018).

Outra medida estabelecida pela Portaria Conjunta nº 40, consiste na realização da reposição de insumos farmacêuticos necessários ao APH por meio das farmácias satélites de cada Núcleo de Atendimento Pré-Hospitalar (NAPH) conforme descrição no artigo 6, de modo a viabilizar a utilização de medicamentos nas unidades móveis do SAMU e CBMDF, para que possam exercer o suporte básico/avançado de vida medicalizado. Ademais, ela visa ainda padronizar, por meio do Núcleo de Educação em Urgências, o ensino e a instrução, incluindo proposta pedagógica conjunta de capacitação dos profissionais, de modo a prover educação permanente aos profissionais do SUAPH (DISTRITO FEDERAL, 2018).

Uma Comissão Técnica Permanente, composta por titulares do CBMDF e SESDF, foi concebida com a finalidade de estudo e elaboração de normas, protocolos e rotinas específicas para o SUAPH, segundo normas do Ministério da Saúde (artigo 9 da Portaria nº 40). Ainda como atribuições dessa comissão, lista-se: gerenciar, de forma conjunta e pactuada, o SUAPH; criar normas técnicas, protocolos e rotinas administrativas e operacionais, fluxos e diretrizes do APH móvel no DF; propor indicadores de resultados, de qualidade e de segurança; manter atualizada a grade de referências e contra referências para urgências e emergências; elaborar plano de ação e cronogramas, visando a integração das ações das instituições partícipes em prol do SUAPH; entre outras (DISTRITO FEDERAL, 2018).

Na prática, essa Portaria está sendo estabelecida de forma gradual e progressiva na qual uma das principais transformações consiste na composição de guarnição mista entre CBMDF e SAMU. Os primeiros grupamentos de bombeiros militar (GBMs) a adotarem essa forma de trabalho foram o 1º GBM (Eixo Monumental, Brasília), 16º GBM (Gama) e 37º GBM (Samambaia) e mais recentemente, em agosto de 2020, esse modelo foi ampliado para o 25º GBM (Águas Claras), 21º GBM (Riacho Fundo), 7º GBM (Brasilândia) e 10º GBM (Paranoá) (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2020a).

Além desses, o 2º GBM (Taguatinga), 8º GBM (Ceilândia), 15º GBM (Asa Sul-Brasília), 18º GBM (Santa Maria) e o GAEPH também foram incluídos no SUAPH, proporcionando a conversão do atendimento de UR para URSB nessas unidades, porém com a formação integral da equipe constituída por militares do CBMDF, possível porque alguns socorristas possuem a formação técnica em enfermagem (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2020a).

3. METODOLOGIA

3.1. Modelo de estudo

A metodologia de um trabalho representa um conjunto de procedimentos sistematizados que visam o alcance de um resultado e, segundo Figueiredo e Souza (2008), a escolha do método está intrinsecamente relacionada às diferentes formas de percepção da realidade.

Quanto ao aspecto abordagem, o presente estudo se baseou, predominantemente, no método dedutivo. Gil (2008) dissertou que este consiste em uma ferramenta que parte de uma situação geral procurando particularizar a conclusão a respeito do tema abordado. Sendo assim, esse tipo de método considera que o resultado final está implícito nas premissas, logo, se o raciocínio dedutivo for válido e as premissas forem verdadeiras, a conclusão não pode ser mais nada senão verdadeira (GIL, 2008).

Face aos objetivos, optou-se por uma pesquisa do tipo exploratória-descritiva. A abordagem exploratória tem por finalidade proporcionar familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito e viabilizando o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições (GIL, 2008). Gonsalves (2001) a definiu como aquela que se caracteriza pelo desenvolvimento de ideias, com o intuito de proporcionar uma visão panorâmica por meio de uma primeira aproximação a um determinado fenômeno que é pouco explorado. Nesse contexto, Gil (2008) afirmou que esse tipo de estudo, muitas vezes, constitui a primeira etapa de uma investigação mais ampla, na qual permite descobrir um novo enfoque para o tema.

Lakatos e Marconi (2003) afirmaram que a pesquisa exploratória aliada ao recurso da descrição, tem por objetivo retratar completamente determinado fenômeno. Esta, por sua vez, deseja conhecer, com menores detalhes, a natureza do fato investigado e os processos que o constituem ou nele se realizam.

O estudo de campo foi o modelo de coleta de dados escolhido para o desenvolvimento do presente trabalho. Esse tipo de procedimento permite extrair dados e informações diretamente da realidade do objeto de estudo, ressaltando a

interação de seus componentes, isto é, proporcionando o aprofundamento das questões propostas (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Fundamenta-se na realização de observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas com a finalidade de captar explicações e interpretações do que ocorre no grupo (GIL, 2008).

Sobre a natureza das variáveis obtidas no desenrolar do trabalho, elas foram de cunho quanti-qualitativo. Por definição, se o objeto se expressa por meio de dados mensuráveis, trata-se do método quantitativo, ao passo que se ele se expressa de forma subjetiva, na qual as informações coletadas não buscam medir um tema, mas descrevê-lo usando impressões, opiniões e pontos de vista, trata-se do método qualitativo. Ainda de forma complementar, esses dois recursos podem ser combinados com a finalidade de se obter resultados aprofundados e abrangentes sobre o assunto (FIGUEIREDO; SOUZA, 2008).

3.2. Universo e amostra

A presente pesquisa foi desenvolvida no universo dos militares que atuam no serviço de APH do CBMDF, socorristas e auxiliares, mais especificamente, nos GBMs que atuam conforme o SUAPH.

Dessa forma, pode-se combinar tais unidades em dois grupos: GBMs que aderiram ao SUAPH associado a composição de guarnição mista com equipe integrada por socorristas do CBMDF e SAMU (1º GBM, 7º GBM, 10º GBM, 16º GBM, 21º GBM, 25º GBM e 37º GBM) e aqueles GBMs que adotaram o SUAPH, mas cuja equipe é composta apenas por militares da Corporação (2º GBM, 8º GBM, 15º GBM, 18ºGBM e GAEPH).

A seleção amostral baseou-se no método não probabilístico de conveniência, composto de um número de 65 socorristas do CBMDF num índice de confiança de 95%, cálculo baseado no total de militares que atuam no APH por unidade (GBMs participam do SUAPH). Excluiu-se os militares com tempo de atuação menor ou igual a 3 anos na atividade de emergência da corporação, tendo em vista uma eventual

visão restrita sobre as mudanças advindas do SUAPH já que tais pessoas não teriam subsídios para fazer comparações da realidade com modelos de atuação anteriores.

3.3. Estratégia de coleta e análise de dados

A estratégia de coleta de dados se desenvolveu em duas etapas. Ressalta-se que se trata apenas de uma divisão didática que não impõe vinculação cronológica entre elas.

1. Aplicou-se um questionário a militares socorristas do CBMDF de diferentes grupamentos bombeiros militares, abrangendo representação daqueles GBMs que atuam no esboço SUAPH.

Nesse momento, buscou-se delimitar na prática de campo como que se dá a aplicação da Portaria Conjunta nº 40 de 2018. A partir de então, propiciou-se a captação das mudanças e, sobretudo, das dificuldades e desafios envolvidos nesse novo sistema de atuação, sob a ótica dos participantes.

Esta etapa foi subsidiada pelo preenchimento de um questionário estruturado, desenvolvido pelo pesquisador a fim de atender aos objetivos da pesquisa. Esse foi vinculado através da plataforma *google forms*, via online à conta pessoal de *email* e/ou aplicativo *WatsApp* do militar de acordo com as respectivas preferências no momento da abordagem de participação da pesquisa, na qual as perguntas e pronunciamento do participante foi conforme formulário presente no Apêndice A.

Tal instrumento foi pré-testado com a participação de três militares com a finalidade de examinar a compreensão semântica, clara e objetiva das perguntas, não compondo o universo da pesquisa.

2. Foi realizada entrevista presencial com o comandante do Grupamento de Atendimento à Emergência Pré-Hospitalar com a finalidade de se obter as perspectivas sobre o tema no panorama da gestão da corporação.

Nessa etapa, o entrevistado prestou o depoimento livre a partir do seu ponto de vista individual. Não obstante, a entrevista foi direcionada por questões levantadas

pela pesquisadora almejando os objetivos do trabalho. O roteiro das perguntas ao entrevistado encontra-se no Apêndice B.

O programa *Microsoft Excel* versão 2016 foi empregado para a análise estatística dos dados de caráter quantitativo dos questionários e para a confecção dos gráficos que por sua vez reuniram as informações prestadas pelos participantes da pesquisa. Os dados obtidos (de cunho quantitativo e qualitativo) foram reunidos e interpretados objetivando a análise e discussão correlacionando-os entre si e com a literatura e legislações vigentes.

Vale ressaltar que o presente estudo foi realizado num período de pandemia mundial de Covid-19 e que as restrições sanitárias impostas representaram um fator limitador de algumas ações ou foram determinantes para que questionários, entrevistas e outros procedimentos inicialmente previstos fossem ajustados ao longo da pesquisa ou planejados para serem realizados por meio eletrônico.

Ademais, como limitação teve-se o irrisório interesse do SAMUDF na participação do estudo, na qual baseado em diversos procedimentos burocráticos institucionais inviabilizou a inclusão dessa instituição no universo de pesquisa desse trabalho.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Período pré Portaria Conjunta nº 40 de 05 de dezembro de 2018 e seu impacto no serviço de APH do CBMDF

Desde o início do processo de elaboração das normativas que balizaram o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel efetivamente como responsabilidade do Estado brasileiro, sob a coordenação do Ministério da Saúde, as legislações acabaram por não integralizar os Corpos de Bombeiros Militares como um componente efetivo de atenção às urgências e emergências (ZEFERINO, 2018).

Por outro lado, essas instituições mantiveram-se atuantes nesta importante atividade, à custa de muita dedicação, criatividade e empenho para manter um serviço que havia sido iniciado em sua grande maioria no final da década de 1980 (ZEFERINO, 2018).

Vele ressaltar que, legalmente, o APH tornou-se uma competência concorrente entre CBMDF e SAMUDF. De um lado, a PNAU, estabelecida por meio da Portaria nº 1.864 (de 29 de setembro de 2003) sancionada pelo MS, protagonizou o SAMU como elemento ordenador do serviço, em particular através de suas Centrais Reguladoras (BRASIL, 2002). De outra parte, desde 1991 a Lei nº 8.255, que dispõe sobre a organização básica do CBMDF, já prenunciava expressamente tal atividade como competência legal da Corporação (BRASIL, 2009). Com efeito, a atividade de APH se constitui como 100% atribuição do Corpo de Bombeiros Militar do DF e 100% do SAMU.

Acerca das mudanças que o serviço de APH do CBMDF sofreu a partir da Portaria nº 2.048/2002 do MS, em entrevista, o Comandante o GAEPH discorreu que (Apêndice C):

Então a 2.048 na minha visão, ela veio justamente para nortear, para tentar é (é, é...) auxiliar a nossa corporação no caminho que seria o melhor caminho, ou seja, buscando a legalidade, o princípio da legalidade, **buscando melhorar a qualidade técnica do nosso serviço**. Então na minha visão, veio para melhorar e assim para dar um suporte também que baseado na 2.048, a corporação partiu para comprar uma viatura adequada e daí a justificativa de compra nesses processos todos aí vieram nos ajudar, por exemplo, a questão de limpeza de viaturas adequadas e em local apropriado [...]. Até hoje eu (eu, eu...) na minha visão, a Política Nacional de

Atenção as Urgências ela vem justamente para nos subsidiar de informações técnicas, né?! Nesse alinhamento essencial para a Corporação. Para a gente tentar sempre buscar caminhar no nosso objetivo maior que é melhorar o nosso serviço de APH. E é claro, que naquela oportunidade como eu te falei, a gente não tinha central reguladora de regulação médica. Não tínhamos viaturas reguladas, então assim é (é, é...) os primeiros passos são muito difíceis, né?!, não é tão fácil assim (grifo nosso).

Tal visão corrobora com a afirmação do Chefe da Seção Técnica de Saúde do GAEPH à época do ano de 2013, quando questionado sobre o assunto em um trabalho. Ele enfatizou que as legislações advindas da regulamentação da atividade de APH pelo MS propiciaram respaldo e embasamento ao serviço, ao traçar obrigações e responsabilidades e, por meio delas, a atividade de APH, passou a ser melhor gerenciado dentro da própria Corporação e, dessa forma, ganhou mais forças (LIMA, 2013).

Sobre o assunto, Lima (2013) discorreu que a efetivação da PNAU possibilitou, sobretudo, a aproximação do serviço de APH, muitas vezes desempenhado por órgãos de segurança pública (Corpos de Bombeiros), integrando-os com o sistema de saúde local, fato de extrema importância, uma vez que as demandas têm como fim o serviço de saúde. Ademais, a definição de atribuições e dos atores estatais que devem atuar em cada campo da atividade de APH, propiciou segurança ao paciente e respaldou os agentes envolvidos no desempenho do serviço, trazendo também segurança para eles.

Todavia, desde então, passou a existir uma dualidade na atividade de APH do DF, não diferente na maioria das localidades do território nacional. Um modelo adotado pelos Bombeiros Militares, oriundo da escola Norte Americana: "*scoop and run*", ou seja, "pegar e levar". Nesse se presta um atendimento qualificado à vítima no cenário do sinistro, visando o suporte básico de vida, correta estabilização para prevenir lesões secundárias e o adequado transporte ao nosocômio (MACHADO, 2020). O outro é composto pelos SAMUs, implantados pelo financiamento da PNAU, em que, além das técnicas empregadas pelos Corpos de Bombeiros Militares, também se realiza: punção venosa, administração de fármacos e outros cuidados de competência exclusiva dos profissionais médico e enfermeiro. O SAMU segue a

estratégia francesa de "*stay and stabilize*", ou seja, "permanecer e estabilizar" (MACHADO, 2020).

Essa dualidade acabou por gerar conflitos. E talvez um dos grandes impasses no âmbito das instituições militares foi o risco da perda de autonomia e independência de ação, uma vez que a legislação ministerial determinava que os recursos humanos e materiais alocados no serviço de APH estariam sob controle de uma entidade externa (Regulação Médica), que decidiria onde e quando determinado recurso seria ou não ativado.

Outra evidente divergência, característica quando as duas centrais (CBMDF e SAMU) não são interligadas, foi o envio repetido de ambas as ambulâncias às mesmas ocorrências, desperdiçando valiosos recursos públicos (MACHADO, 2020).

E assim, se sucedeu por mais de 10 anos após a implantação da PNAU e a coexistência da atuação do SAMU e do CBMDF na atividade pré-hospitalar do Distrito Federal. O CBMDF relutava no empenho de sua atuação isolada, primeiramente devido ao seu reconhecimento histórico na atividade, segundo pois a atuação inicial do SAMU se deu de forma incipiente e, sobretudo, pois a demanda do serviço pela sociedade viabilizava a atuação de ambas.

Entretanto, institucionalmente o SAMU foi se fortalecendo e a pressão pela adequação do serviço às leis federais tornou-se inevitável, especialmente quando se falava em Regulação Médica. Lima (2013, p. 49) refletiu que: "a necessidade do serviço impôs que essa central de regulação fosse implantada de fato, sob risco da perda desta atividade desempenhada pela Corporação".

Frente a esse cenário, os gestores do APH de ambas as instituições buscaram estabelecer convênios para atuarem de forma mais harmônica e eficiente, mitigando os problemas desse contexto histórico. Afinal, SAMU e Corpos de Bombeiros prestam o serviço de APH para o mesmo público-alvo, no mesmo território e ao mesmo tempo. Porém, com autonomia administrativa própria e número de acesso telefônicos diferentes (192 do SAMU e 193 dos Corpos de Bombeiros Militares), o que favorece desperdício de recurso público (MACHADO, 2020).

Á vista desse assunto, o Comandante do GAEPH, expôs (Apêndice C):

Isso vem há muitos anos caminhando desse jeito, né?! De forma isolada, cada um fazendo o seu trabalho [...] Enfim, só que aí de um tempos para cá por força de (de, de...) orientação do Tribunal de Contas e Ministério Público a gente foi obrigado, tanto SAMU como Bombeiro, é (é, é...) para fazer um trabalho de integração para que a gente pudesse atender muito melhor a comunidade e aquelas demandas reprimidas não pudessem ficar ali latentes, ou seja, **empregar o recurso de uma forma mais econômica e com a eficiência muito maior e isso que gerou essas portarias todas que você está vendo agora, conjuntas** (grifo nosso).

Nesse complexo sistema de forças provenientes das mais variadas instâncias de poder, surge no Distrito Federal uma sinalização de integração dos serviços de APH prestados pelo CBMDF e SAMU, ambos mantidos pelo Estado, buscando não só a excelência no serviço, mas também a economia de esforços, de estrutura e de logística. Iniciativa esta que já devia ter nascido com a PNAU, pois os Corpos de Bombeiros Militares e SAMU diariamente enfrentam as mesmas dificuldades e atendem ao mesmo público. Não faz sentido trabalharem de forma isolada, desprovidos de pactuações e sem exploração dos pontos positivos de ambos (ZEFERINO, 2018).

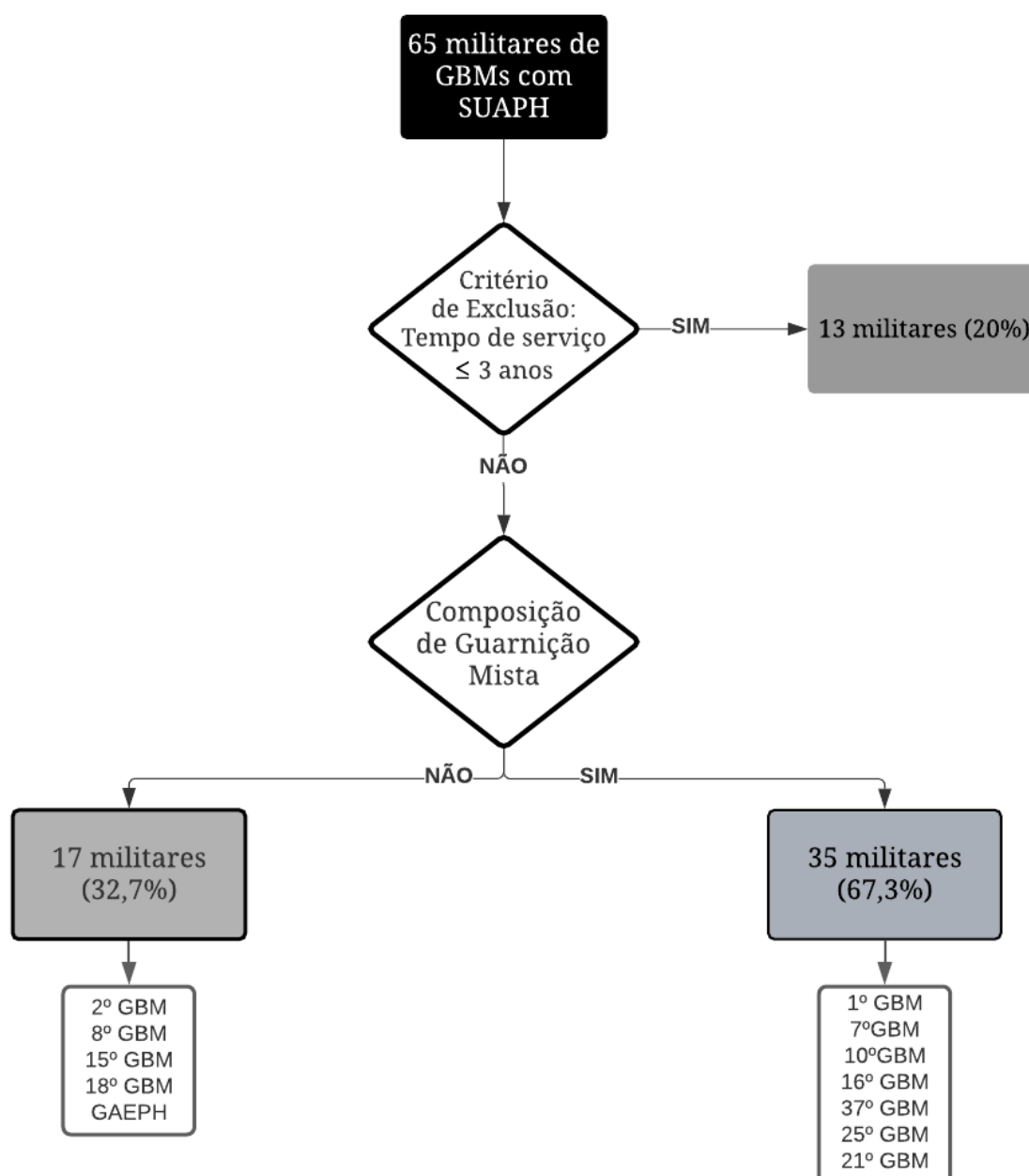
Esse novo modelo de gestão do APH brasileiro que busca a integração das instituições que prestam esse tipo de serviço, apresenta excelente perspectiva sob o prisma da organização, controle de recursos, redução de custos, educação em saúde e padronização de protocolos de atendimento. A população passa a ser diretamente atingida quando toda a estrutura de resposta móvel às urgências e emergências passa a ser centralizada em uma mesma central de atendimento, que integra todos os partícipes do sistema.

Segundo Zeferino (2018), o momento é de construção de soluções integradas, sem entrincheiramentos, com diálogo franco e despido de vaidades ou de ressentimentos, somando forças para o alcance de objetivos comuns. A otimização de recursos públicos faz parte da agenda de todas as esferas de poder, em especial na área da saúde, sempre com foco em uma gestão pública competente e inovadora, que busque corresponder aos anseios da sociedade.

4.2. Análise das mudanças advindas com a instituição do SUAPH sob o panorama dos profissionais envolvidos

Uma amostra de 65 militares, entre socorristas e auxiliares, dos grupamentos que adotam o sistema do SUAPH participaram do estudo por meio da resposta ao questionário. Contudo, do total, 13 respostas foram excluídas por efeito do critério de exclusão de tempo de serviço na atividade de APH do CBMDF menor ou igual a 3 anos, conforme pode ser observado na Figura 2.

Figura 2. Etapa questionário: participação dos socorristas do CBMDF



Fonte: A autora

Conforme a Figura 2, os socorristas participantes do trabalho foram alocados em dois grupos: militares que atuam em GBMs que aderiram ao SUAPH associado a composição de guarnição mista com equipe integrada por socorristas do CBMDF e SAMUDF (GBM com GM), e aqueles em que os GBMs de atuação adotaram o SUAPH, mas cuja equipe é composta apenas por militares da Corporação (GBM sem GM).

A discrepância de participação entre ambos se justifica primeiramente pela quantidade de grupamentos envolvidos em cada grupo, associado a escala de serviço de alguns grupamentos sem guarnição mista na qual é composta em grande parte por serviços do tipo gratificação de serviço voluntário (GSV), que consiste numa espécie de serviço extra na qual pode concorrer tantos os militares das unidades com guarnição mista quanto os militares dos quartéis sem guarnição mista. Dessa forma, parte dos socorristas que atuam nos GBMs sem GM, principalmente no 18º GBM e GAEPH, são provenientes de outros quartéis, reduzindo a população desse grupo.

Optou-se por essa divisão já que a composição de guarnição mista foi uma estratégia expressamente advinda com a Portaria nº 40 de 2018 e se constituiu como uma mudança brusca e inédita no modo de trabalho do CBMDF que causou divergências dentro da própria instituição e, porventura, poderia gerar diferentes modos de concepção sobre o SUAPH.

Destaca-se que foram atribuídas numerações aleatórias aos questionários, com a finalidade de manter o anonimato das respostas abertas, na qual é possível consultá-las na íntegra no Apêndice D.

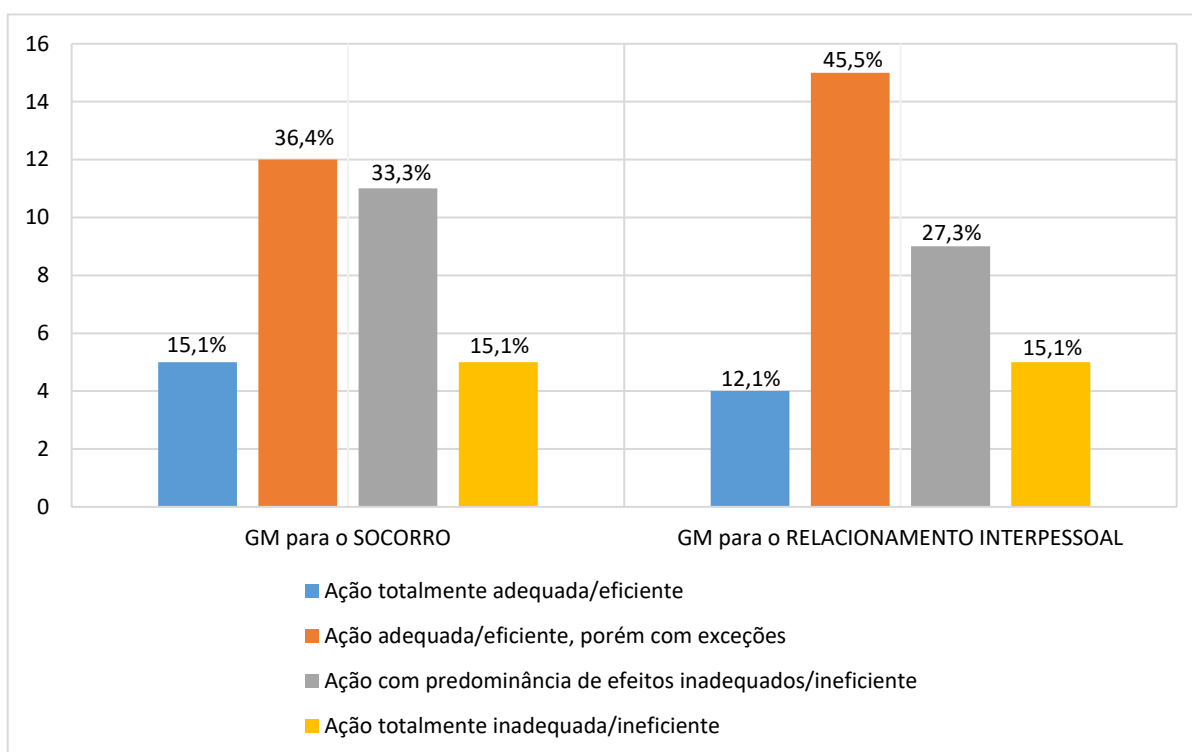
4.2.1. Composição de guarnição mista

Sobre a composição de guarnição mista, a maioria dos socorristas que atuam nessa forma de trabalho (36,4%) reconhecem que tal ação foi adequada e traz benefícios para o socorro no geral, porém coexistem melhorias ou aprimoramentos que devem ser efetuados nesse contexto. Ao passo que um número muito próximo

dos militares (33,3%) considerou essa mudança com predominância de efeitos inadequados ou ineficientes para atuação do CBMDF no serviço de APH (Quadro 1).

Nessa mesma perspectiva, o Quadro 1 demonstra que, majoritariamente, os militares que fazem parte de equipes de atuação com GM (45,5%) acreditam que essa dinâmica de trabalho foi benéfica para o relacionamento pessoal entre os envolvidos, porém sobre o assunto impasses precisam ser discutidos.

Quadro 1. Introdução da composição de GM para a dinâmica do socorro e para o relacionamento interpessoal da equipe



Obs: Apenas os socorristas que trabalham em forma de guarnição mista participaram dessa pergunta.

Fonte: A autora

De fato, a composição de guarnição mista possibilitou a ampliação da quantidade de viaturas de APH do CBMDF para o tipo B (URSB)² disponíveis para a população, em conformidade com a Portaria nº 2.048 de 2002 do Ministério da Saúde,

²TIPO B – Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar e ao APH de pacientes com risco de vida, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica marcado pela presença de um profissional técnico de enfermagem (BRASIL, 2002).

já que as viaturas da Corporação, via de regra, são apenas tipo C (UR)³, exceto os GBMs que aderem ao SUAPH sem GM, que por possuírem as mesmas especificações com guarnição apenas de militares também são classificadas como tipo B.

Na prática, essa mudança consistiu na presença de um técnico de enfermagem (do quadro do SAMU) embarcado na viatura do CBMDF que no campo de atuação contribui para a melhoria da qualidade do atendimento ao expandir o rol de condutas em nível técnico desse profissional sob orientação do médico regulador como, por exemplo, a possibilidade de administração de medicações na cena. Além disso, do ponto de vista técnico, espera-se uma avaliação geral do paciente e uma leitura dos parâmetros clínicos mais precisos, possibilitando assim uma tomada de decisões mais assertiva por parte do médico regulador (MADEIRA; ARANTES, 2020).

Sobre o tema, em entrevista, o Comandante o GAEPH discorreu que (Apêndice C):

[...] Essa questão da integração, ela busca também buscar conhecimento, então eu vejo que é uma oportunidade que a gente está tendo também, ela é ímpar porque você tem profissionais ali dentro embarcados. São técnicos de enfermagem que trabalham no ambiente hospitalar que tem uma certa estrutura, que tem certo conhecimento técnico também dentro de um ambiente hospitalar ou até mesmo fora, né?! Isso é bom porque enriquece aquele ambiente nosso pré-hospitalar né?! **O nosso bombeiro tem oportunidade de conhecer novas pessoas e aumentar seu conhecimento, seu leque de amizades [...]** (grifo nosso).

Isto posto, os socorristas reconheceram os resultados acima citamos como pontos salutareos advindos do SUAPH que viabilizam a qualidade à prestação do cuidado ao paciente, garantindo-lhe uma maior segurança assistencial.

Por outro lado, pontos prejudiciais ao serviço de APH e ao relacionamento pessoal entre os militares e os profissionais do SAMU foram elencados no estudo. A estrutura física precária da base do SAMU foi um dos motivos mais citados entre os socorristas para tais resultados, como pode ser observado nos depoimentos abaixo, constantes na questão 8 do questionário (Apêndice D):

³ TIPO C - Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas) (BRASIL, 2002).

[...] Vale ressaltar as **péssimas condições de salubridade da base do SAMU do Paranoá**, que em minha avaliação, não são adequadas nem para os servidores do SAMU, nem para os militares do CBMDF[...] (Resposta 11, grifo nosso).

[...] **As instalações (da base do SAMU) não são confortáveis** como no quartel [...] (Resposta 01, grifo nosso).

De modo semelhante, segundo os depoimentos do estudo, as divergências de formas e costumes de trabalho existente entre profissionais militares e civis parecem ter significativo impacto no socorro e no relacionamento interpessoal, dos quais incluem demora na rendição de trabalho e deficiência no entrosamento com a equipe do SAMU tendo em vista a escala rotativa dessa instituição (Apêndice D):

Questões relacionadas às escalas de trabalho dos profissionais atuantes nas ambulâncias das referidas instituições. Os profissionais do SAMU têm escalas completamente diferentes, o que influencia até mesmo na qualidade da assistência prestada. **A alta rotatividade das equipes**, uma vez que as guarnições do SAMU-DF não são fixas. Isso, por muitas vezes, **torna a assistência um pouco menos fluida**, comparando com guarnições que atuam constantemente juntas [...] Por mais que a maioria dos protocolos sejam compatíveis e alinhados, **existem divergências importantes de treinamento, postura, forma de trabalho, ferindo até mesmo tradições de vibração**, que, pessoalmente, comprometem a motivação do bombeiro militar justamente em uma área de atuação que representa quase que 80% de todo o serviço prestado por essa Instituição (Resposta 6, grifo nosso).

[...] **nós somos militares e trabalhamos com disciplina e hierarquia é o que nos diferencia do SAMU**. Não há necessidade de se mesclar as guarnições, a integração pode ser feita de outra maneira, não podemos começar uma integração pelo final [...] (Resposta 23, grifo nosso).

O socorrista deveria permanecer no seu quartel, pois além das instalações do SAMU serem muito ruins, **perde-se demais o vínculo com seu local de trabalho**. Há muita divergência em misturar o trabalho de civil e militar com relação a disciplina e hierarquia, protocolos [...] (Resposta 45, grifo nosso).

[...] **não consigo enxergar os ganhos reais da integração dentro das viaturas** (Resposta 19, grifo nosso).

Essa situação relatada pelos socorristas que atuam no serviço de APH no modo de composição por guarnição mista é de conhecimento da gestão do CBMDF, conforme relatado pelo Comandante do GAEPH (Apêndice C):

Muitas vezes, tem a questão da rotina das unidades operacionais e a rotina do ambiente lá do SAMU que muda um pouco. Então você quando coloca um profissional nosso bombeiro embarcado numa viatura do SAMU, dentro da estrutura física do SAMU, é complicado. Você pode ter uma estrutura do outro lado, uma lá muito boa como teve agora uma inauguração da estrutura lá na Ceilândia, como pode ter uma que está precária em umas cidades administrativas, como por exemplo no Paranoá, que está precário. E você tirar um bombeiro de uma unidade nova operacional do bombeiro, com toda estrutura de alojamento, né?! cassino, academia de musculação e colocá-lo lá, ele não vai gostar. E isso vai influenciar em quê? Na relação pessoal. **Então quando você bota duas pessoas para trabalharem juntas, entra essa questão de estruturas físicas, entra essa questão de (de, de...) rotina, entra essa questão de relação de militar com civil que muitas vezes a pessoa ela não tem esse costume**, aquele profissional do SAMU nunca foi militar e tem pavor dessa questão, dessa estrutura nossa (militar) e daí envolve outras coisas também que a gente tem que levar em consideração [...] (grifo nosso).

Dessa forma, percebe-se que os socorristas reconhecem a relevância da composição da guarnição mista para a atividade de APH do CBMDF. Em contrapartida, pontos desfavoráveis sobre o assunto elencados por eles constituem fatores que favorecem a ocorrência de conflitos. Esse, por sua vez, possui relação direta com o processo de satisfação no trabalho que é resultante da complexa e dinâmica interação das condições gerais de vida, das relações interpessoais, do processo de trabalho e do controle que os próprios trabalhadores possuem sobre suas condições de vida e trabalho. A satisfação no ofício pode ser, por conseguinte, fonte de saúde, bem como a insatisfação pode gerar prejuízos ao bem-estar físico, mental e social, acarretando problemas à organização e ao ambiente de trabalho (MARQUEZE; MORENO, 2005).

As equipes repentinamente passaram a conviver juntas em um mesmo ambiente, com turnos de trabalho diferentes, chefias distintas, contrato de trabalho diferenciado, rotinas de convívio divergentes, normas de convivência conflitantes, formações acadêmicas variadas. Tudo isso sem que houvesse uma estratégia institucional prévia, visando à preparação das equipes para esse novo momento. Inevitavelmente os conflitos surgiram, em graus variados e por motivos diversos, cada qual com um fator precipitador próprio, mas refletindo-se diretamente no comportamento dos grupos, que acabam potencializando cada fato como forma de manifestação inequívoca de seu descontentamento.

Assim, a composição de guarnição mista constitui um assunto que deve ser debatido, tangenciando a situação pelos pontos citados acima pelos próprios atuantes no processo de trabalho da atividade pré-hospitalar com vistas ao objetivo da Corporação, qualidade do serviço à sociedade, bem como o bem-estar de seus atores.

4.2.2. Central de Regulação de Urgências

De forma expressa, a Portaria nº 2.048/2002 do MS, vinculou os serviços da atividade pré-hospitalar dos Corpos de Bombeiros Militares à regulação médica e menciona que estes devem seguir os critérios e os fluxos definidos pela CERU.

Nesse contexto, a Regulação Médica de Urgências, baseada na implantação de suas Centrais de Regulação, é o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência. As centrais são responsáveis pela organização da relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no sistema e geram uma porta de comunicação aberta, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados (BRASIL, 2003).

Apesar da determinação legal, apenas as viaturas do CBMDF que participam oficialmente do SUAPH possuem a obrigação da regulação médica, na qual todas elas são URSB medicalizado (como citado anteriormente, parte delas com equipe composta por GM e parte sem GM). É importante destacar a dissociação existente entre o serviço de regulação, que deve ser executado para qualquer unidade de saúde de APH, e o suporte básico de vida com possibilidade de realização de medicação na cena, este atrelado a presença de um técnico de enfermagem embarcado na viatura que possibilita realização de medicação no socorro.

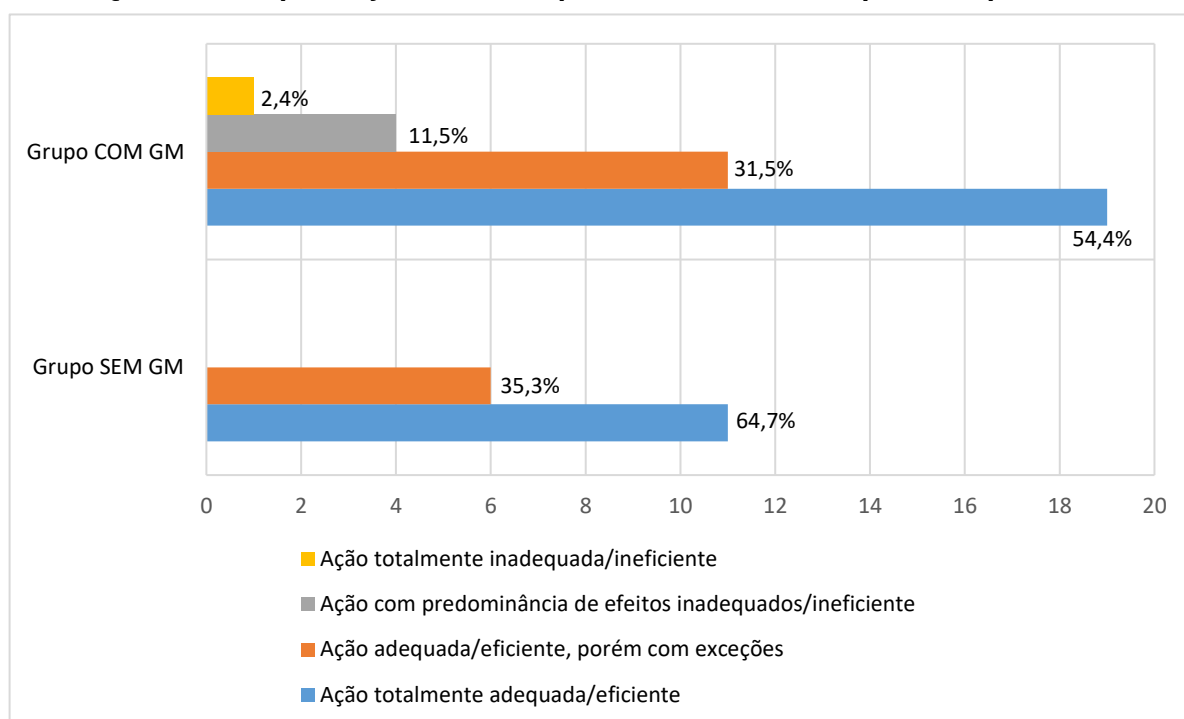
Sobre a temática, o Comandante do GAEPH comentou (Apêndice C):

[...] porque que hoje não está 100% regulado? A Portaria 2.048, estabelece que a gente deveria estar com o nosso efetivo 100% regulado, não precisa ter um técnico de enfermagem embarcado. Qual a nossa dificuldade hoje de isso acontecer? A gente já provocou o SAMU formalmente por meio do SEI para que a estrutura dele recebesse e passasse as nossas viaturas a 100% reguladas. O problema é que eles não têm estrutura física para poder fazer isso hoje. No momento em que ele começar a regular 100% do nosso efetivo de socorristas, ele vai ter que aumentar sua estrutura e aumentar sua quantidade de profissionais que lá atendem [...]

Na prática da atividade, o socorrista entra em contato com o médico regulador na Central de Regulação do SAMU, passa o estado geral do paciente, sinais, sintomas e demais informações que a regulação julgar necessário e, após análise médica, é decidido e orientado sobre a necessidade de medicação na cena e o possível término do atendimento no local e/ou transporte ao hospital, analisando a capacidade de atendimento do SUS, composto pelas UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) e pelos hospitais de referência da região, considerando disponibilidade da rede naquele dia e horário e a gravidade do caso (MADEIRA; ARANTES, 2020).

Entre os socorristas, nota-se a predominância do reconhecimento do impacto positivo da Central de Regulação Médica na dinâmica do socorro. 64,7% dos militares sem GM responderam que consideram adequada a decisão de transporte pela CERU, enquanto um menor percentual no grupo com GM apresentou a mesma opinião (54,4%), como pode ser observado no Quadro 2.

Quadro 2. Implantação da CERU para decisão do transporte do paciente



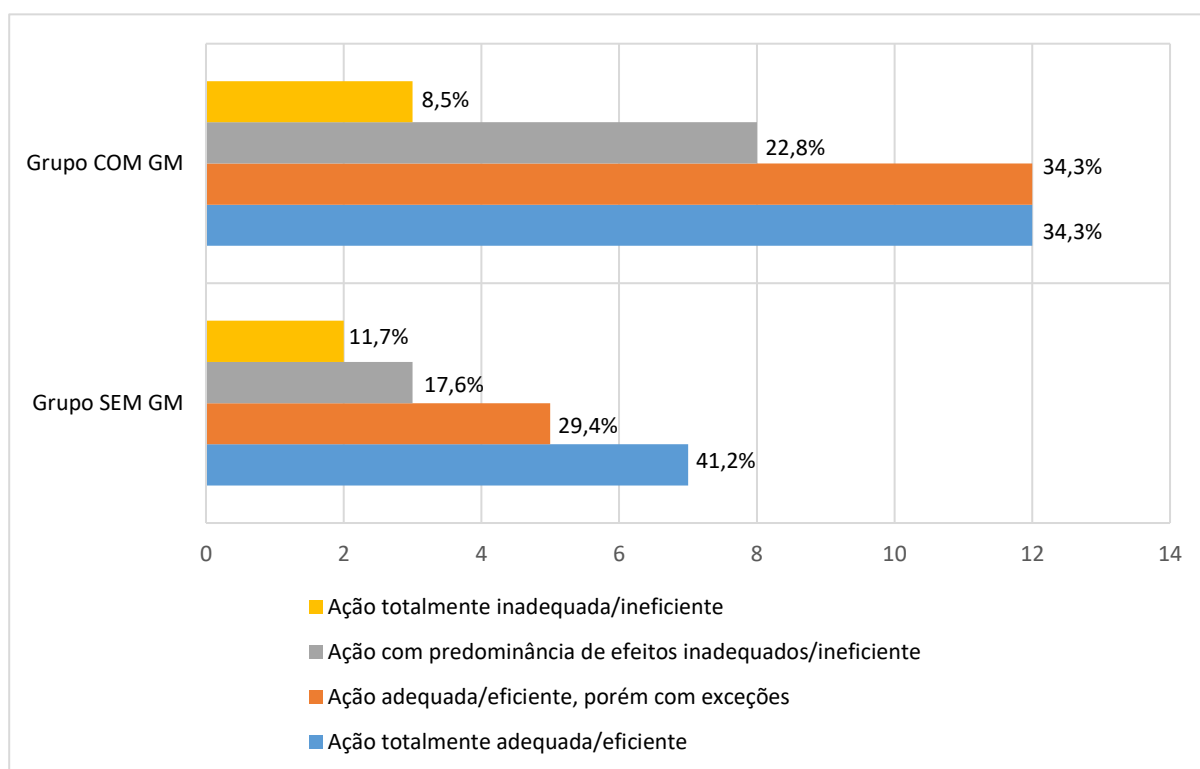
Fonte: A autora

Apesar, nota-se em ambos os grupos que parte dos militares (35,3% e 31,5% respectivamente entre o grupo sem GM e com GM) certificam a necessidade de

aprimoramento no processo de regulação médica. É possível identificar também que o contentamento dessa mudança por parte do grupo com GM é mais divergente se comparado ao outro. Presume-se que essa divergência ocorra como efeito do impacto do conjunto da integração de mudanças que se acentua sobre o grupo com composição de guarnição mista.

No que se refere ao impacto do serviço da regulação sobre o recebimento do paciente nas unidades de saúde, um menor número entre os socorristas de ambos os grupos reconhece o progresso no processo de trabalho, porém nesse aspecto crescem as divergências de opiniões e dificuldades são elencadas (Quadro 3). Mais uma vez, percentualmente, nota-se uma maior divergência de opiniões no grupo composto por GM, inclusive um percentual considerável (22,8%) deles julgam a regulação médica como uma ação com predominância de efeitos inadequados/ineficientes sob o aspecto do recebimento dos pacientes nas unidades de saúde (Quadro 3).

Quadro 3. Implantação da CERU para recebimento do paciente nas unidades de saúde



Fonte: A autora

O Comandante do GAEPH contou como se dava o processo de decisão de transporte das vítimas às unidades de saúde do Distrito Federal antes da implantação do serviço de regulação médica e as mudanças advindas após a sua inserção na atividade de APH do CBMDF (Apêndice C):

Caso clínico ou trauma, entrou para o 193 era despacho imediato, deslocava imediatamente e no local, o bombeiro avaliava, tomava as providências cabíveis e transportava para o hospital [...] Uma coisa que a gente tinha como problema, como a gente não tinha uma central reguladora e não tinha uma comunicação com os leitos disponíveis, vamos dizer assim, então o nosso bombeiro atendia naquela região administrativa, dependendo do caso de trauma ele já tinha o hospital de referência como o Hospital de Base, então ele tinha que se deslocar de onde ele estivesse para esses hospitais de referência [...] **Não dá para acontecer o que acontecia antigamente, a viatura saía e ficava pingando de hospital em hospital e fora da sua área de atuação.** E daí quando entrava ocorrência na sua área de atuação tinha que vir uma viatura de outro local. **Isso demandava aumento no tempo resposta [...]** Para mim isso (incorporação da CERU no serviço de APH do CBMDF) é um grande benefício, diminui o tempo resposta. Porquê que diminui o tempo resposta? **Se eu tenho uma viatura que ela transporta, mesmo que seja para uma outra área administrativa, para um outro local distante daquele de onde está guarnecendo, mas que ele vá e chegue rapidamente e tenha uma equipe pronta para atender e para receber esse paciente, eu não fico com maca retida.** Assim eu retorno para minha área de atuação o mais rápido possível para atender aquela comunidade local. **Então eu ganho com tempo resposta** (grifo nosso).

No processo de contra regulação, o médico regulador também determina a unidade de saúde de destino da vítima em caso de necessidade de transporte, visto que ele possui acesso atualizado da capacidade de resposta do SUS e, por ser autoridade sanitária na área, respalda a guarnição do APH no momento da entrega dos pacientes nos centros de saúde, de modo a evitar a recusa dos hospitais em recebê-los (MADEIRA; ARANTES, 2020).

A despeito do progresso com a introdução da CERU, a demora ou recusa do recebimento de paciente nas unidades de pronto atendimento do DF mesmo regulado ainda é uma realidade. Lacunas na integração entre o pré-hospitalar e a rede hospitalar são agravadas pela falta de vagas e comprometem diretamente a continuidade do cuidado ao usuário do SUS.

Estudo realizado com os socorristas do CBMDF no ano de 2019 revelou que as maiores dificuldades encontrados por esses profissionais na atividade de APH foram a recusa do recebimento de pacientes nos hospitais públicos do DF, condição

abordada por 78% deles e a retenção das macas, problema citado por 85% dos participantes do estudo (MADEIRA; ARANTES, 2020).

Esse mesmo conflito permanece repercutindo na atividade de APH e foi relatado pelos militares no questionário (Apêndice D):

Recebimento dos pacientes pelo hospital por parte da equipe de saúde, **poucos leitos disponíveis, acarretando retenção de macas** dificultando toda logística no serviço e levando a desentendimentos desnecessários [...] (Resposta 24, grifo nosso).

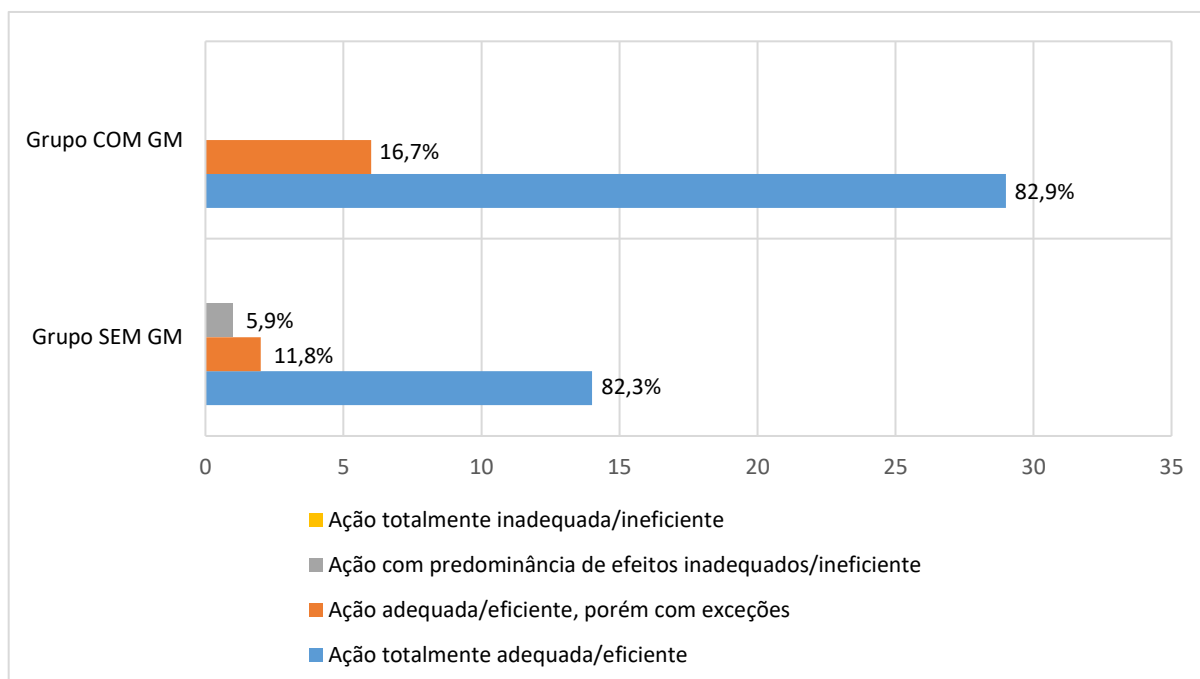
Informações desatualizadas na Regulação Médica (indicam uma unidade de saúde e chegando lá com o paciente e chefia de equipe informa que está com restrição e já fora informado anteriormente ao SAMU) (Resposta 35, grifo nosso).

Sobre essa problemática, em entrevista, o Comandante do GAEPH, disse que se trata de uma matéria crônica e complexa da Secretaria de Saúde do DF, mas que perante a determinação do médico regulador a equipe de socorristas do CBMDF fica legalmente respaldada, conforme Apêndice C:

[...] temos casos em que a própria regulação determina que a guarnição UR vá para o hospital tal, e ele chega lá também o médico não quer receber e liga de novo para a central de reguladora e ele manda para outro hospital. **Mas o fato é que a nossa guarnição está respaldada!** Ela está, vamos dizer assim, protegida, porque se ela tem uma orientação médica para encaminhar aquele paciente para determinado hospital mesmo que aquele hospital não tenha condições de receber, ele ligando para a regulação novamente e ele encaminhando para um outro hospital, esse período todo ele está sendo, vamos dizer assim, respaldado caso aconteça alguma coisa ele tem um respaldo legal já que está tendo uma atenção médica acompanhando ele durante todo esse transporte do paciente (grifo nosso).

4.2.3. Realização de medicação na cena

Observa-se no Quadro 4, que majoritariamente os militares apontaram a possibilidade de realização de medicação na cena como uma ação totalmente adequada e eficiente para a prática do socorro, havendo estatisticamente, no geral, certa convergência de posicionamento sobre o assunto entre os grupos, na qual 82,9% e 82,3%, respectivamente, da categoria com GM e sem GM opinaram em prol dos benefícios da medicalização no APH.

Quadro 4. Realização de medicação na cena para a dinâmica do socorro

Fonte: A autora

A presença de um técnico de enfermagem embarcado nas viaturas do tipo URSB possibilita a realização de medicação, quando devidamente orientado por um médico da Central de Regulação de Urgências, e a capacitação em nível técnico podem contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento ao expandir o rol de condutas possíveis do técnico em enfermagem. Além disso, do ponto de vista técnico, espera-se uma avaliação geral do paciente e uma leitura dos parâmetros clínicos mais específica, proporcionando assim um maior arcabouço de informações e uma tomada de decisões mais assertiva por parte do médico regulador (MADEIRA; ARANTES, 2020).

Nesse mesmo sentido, o Comando do GAEPH também expôs o seu entendimento sobre a possibilidade de realização de medicação por uma equipe qualificada nas unidades de resgate do CBMDF (Apêndice C):

Eu acho extremamente importante! Muito das vezes a gente perde a oportunidade de reverter o quadro de um paciente ali com medicação, com soro, a sorologia, né?! **O fato da gente ter um técnico de enfermagem embarcado e a viatura regulada isso permite que aquela medicação que está ali disponível é (é, é...) complementar um atendimento, melhorar o atendimento, né?! Então assim, muitas vezes a gente demora... O que que acontecia antigamente: o paciente ele tinha toda uma atenção pré-hospitalar,**

mas durante o deslocamento você observava que (que, que...) se tivesse realmente uma complementação ali, que se pudesse fazer uma infusão venosa, com certeza acho que chegaria de forma diferente lá. Não estou falando de todos os casos, a gente observa que é importante e essencial esse serviço, esse atendimento técnico mais próximo, essa atenção do médico ali acompanhando é (é, é...) dosando a medicação necessária ali para conduzir aquele paciente de forma mais segura até a chegada ao hospital. **Eu acho fundamental!** (grifo nosso).

Esses dados mostram a relevância dessa medida, pelo olhar do próprio militar, para a prestação de serviços de APH à sociedade. Tal ação traz um acréscimo de qualidade no serviço prestado pelo CBMDF, visto que há um aumento do nível técnico de atendimento e da confiança na atuação dos socorristas, possibilitando ainda a administração de medicamentos quando assim orientado pelo médico regulador.

4.3. SUAPH: pontos positivos e negativos para a atividade de APH do CBMDF

Perante a conjuntura atual e as constantes tratativas entre o CBMDF e SAMU no sentido de alinhar a integração do serviço de APH do Distrito Federal, torna-se importante a ponderação de pontos benéficos e desfavoráveis desse processo sobre atividade propriamente dita com a finalidade de garantir um ambiente que estimule constante repactuações entre os envolvidos e, sobretudo, viabilize a qualidade à prestação do cuidado à sociedade.

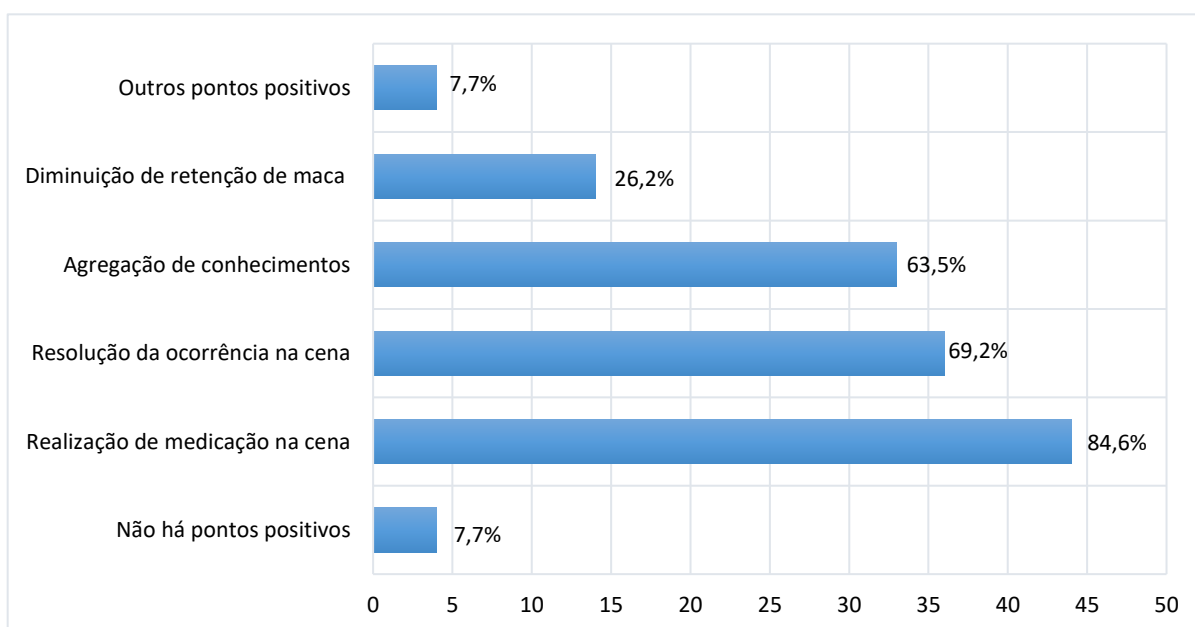
Em questionamento sobre os pontos positivos da implantação do SUAPH para a dinâmica do socorro de APH do CBMDF, a maior parte dos socorristas (84,6% deles) elencaram a possibilidade de realização de medicação, como pode ser observado no Quadro 5. Ao mesmo tempo, 69,2% deles consideraram a finalização da ocorrência na cena como probabilidade de conduzir uma condição que favorece a atividade pré-hospitalar como um todo (Quadro 5).

Como discurrido nos tópicos anteriores, ambos os pontos positivos elencados acima se entrelaçam e são decorrentes da ação conjunta da Regulação Médica e da presença de um socorrista habilitado em nível técnico compondo a equipe da viatura de APH. Além da possibilidade de administração intravenosa de medicamentos, pode

diminuir a superlotação de hospitais e a retenção de macas, haja vista que algumas ocorrências do tipo clínico podem ser iniciadas e finalizadas na cena, sem necessidade de transporte ao hospital. Nesse contexto, a diminuição da retenção de maca das viaturas nas unidades de saúde do DF também foi um aspecto benéfico considerado por 26,2% dos militares que preencheram o questionário (Quadro 5).

Estudo realizado em alguns grupamentos militares do CBMDF no ano de 2019, revelou que nos atendimentos em que houve a realização de medicação, o percentual de casos finalizados na cena foi substancial: 61% no 15º GBM e 73% dos casos no 2º GBM, ratificando assim a hipótese de um aumento dos casos clínicos finalizados na cena em função de uma anamnese e um exame clínico mais preciso, oportunizando assim uma melhor análise dos parâmetros clínicos por parte do médico regulador, melhor tomada de decisão e um maior rol de condutas devido à possibilidade de medicação (MADEIRA; ARANTES, 2020).

Quadro 5. Pontos positivos advindos com o SUAPH



Fonte: A autora

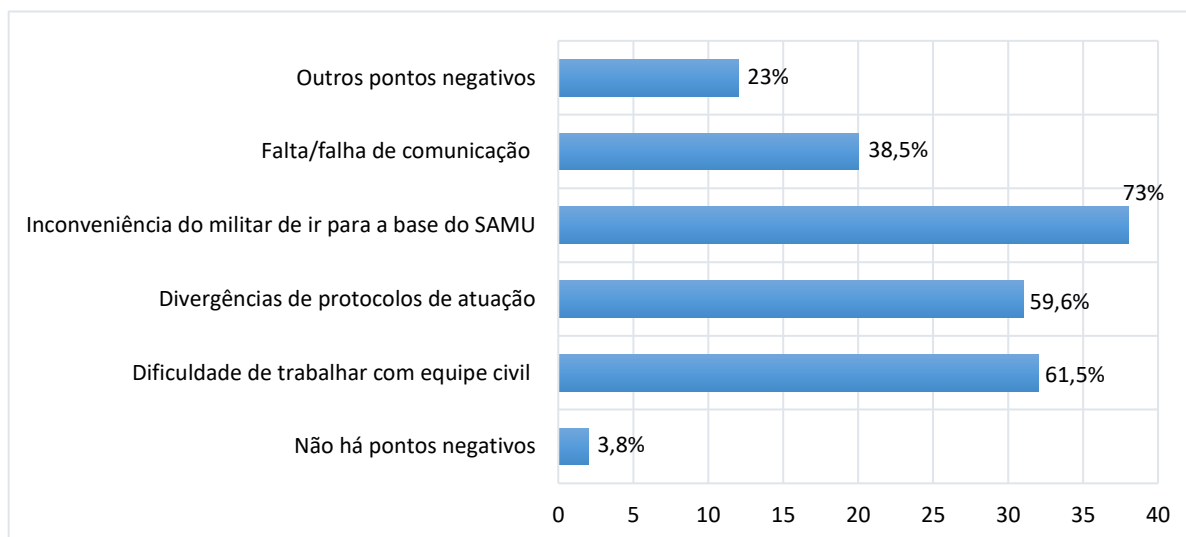
Ademais, a oportunidade de agregação de conhecimentos entre as instituições perante a integração dos serviços foi outro ponto positivo elencado por 63,5% dos socorristas (Quadro 5). Para além de se adequar as normas, Júnior (2014) descreveu que a integração oportunizou uma nova perspectiva aos Corpos de Bombeiros ao

requerer o aprimoramento da formação dos socorristas com um enfoque mais sistêmico do processo de atendimento indo ao encontro de literaturas internacionais que versam sobre atendimento pré-hospitalar:

Outra mudança a se buscar no APH é a adoção de um novo enfoque para o treinamento e atuação dos socorristas, que preconize o pensamento crítico em detrimento do uso de protocolos de atendimento, pois conforme orienta o PHTLS (2010), adotando-se uma abordagem de treinamento e uma nova filosofia de trabalho que permita, e também requeira, que o socorrista raciocine de forma crítica, tomando decisões e agindo de modo a aumentar a sobrevivência do doente [...] (JÚNIOR, 2014, p.37).

Por outro lado, dificuldades e/ou pontos prejudiciais ao serviço de APH e ao relacionamento pessoal entre os militares e os profissionais do SAMU foram listados no estudo. Sobre o assunto, a maioria dos participantes (73%) identificaram o deslocamento diário do bombeiro para a base do SAMU como um fato inconveniente e desestimulador para o profissional militar. Em sequência, o segundo ponto negativo mais apontado após a implantação do SUAPH se refere a dificuldade de trabalho com o socorrista civil (61,5%). Tais apontamentos podem ser observados no Quadro 6.

Quadro 6. Pontos negativos após a implantação do SUAPH



Fonte: A autora

Exatamente esses pontos descritos acima compreenderam alguns dos desafios do SUAPH mencionados pelos socorristas de forma espontânea na questão 8 do questionário. Interessante que ao mesmo tempo em que eles descreveram as dificuldades encontradas no serviço de APH também sinalizaram a busca de soluções

e perspectivas sobre o sistema de urgência e emergência do CBMDF, como pode ser observado nas respostas abaixo (Apêndice D):

Reconhece-se a importância da regulação das viaturas que atuam no APH. Entretanto, acredito que ela **não precisava ser feita via guarnição mista na ponta**. Existem profissionais socorristas do CBMDF que são técnicos de enfermagem e reguladores e que poderiam tornar o nosso serviço totalmente “regulado” (Resposta 6, grifo nosso).

Basta especializar os socorristas, a corporação transforma-los em técnicos. Profissionais do SAMU são em sua maioria preguiçosos, cagam para tempo resposta [...] O preocupante é que são vários soldados entrando e se espelhando nesses técnicos de enfermagem, irão achar que esse é o padrão de se trabalhar no CBMDF (Resposta 8, grifo nosso).

Outro ponto que acho que resolveria todos os problemas decorrentes dessa integração falha, ao invés de integrar o SAMU com o CBMDF, **porque o próprio CBMDF não capacita os militares para regulação?** Existe um grande interesse dos socorristas em ter esse curso. Seria muito melhor porque militar com paisano trabalhando são muitas divergências, sem falar na qualidade do serviço prestado, eles são de uma outra realidade, e nós somos militares (Resposta 18, grifo nosso).

Sugiro que o CBMDF invista nos socorristas da corporação ofertando curso de técnico de enfermagem [...] assim, iria melhorar muito mais o nosso serviço de APH. Destacando novamente, **está muito ruim essa mistura na guarnição porque diverge muito os nossos modos operantes de trabalho** (Resposta 22, grifo nosso).

A mesclagem das equipes seria uma última etapa após verificadas todas as outras, adotada como medida complementar para atender a demanda de implementar o serviço regulado em todas as ambulâncias do CBMDF, porém, essa medida foi adotada como prioritária, não resolvendo alguns pontos críticos. Tenho observado excelentes militares atuantes em APH extremamente frustrados e desmotivados diante desse cenário, alguns já cogitam voltar para a prontidão, o que pode gerar uma perda na qualidade na assistência prestada pois serão substituídos por profissionais menos experientes (Resposta 25, grifo nosso).

Há que ressaltar a concordância acerca da necessidade da presença do conhecimento técnico na área de saúde nas ambulâncias de APH do CBMDF, de forma a proporcionar o desenvolvimento qualificado da atividade de regulação e outras ações específicas da saúde como a viabilidade de medicação. Entretanto, nas respostas expostas acima, fica evidente a dificuldade de trabalho com o profissional do SAMU compondo a mesma equipe numa viatura. Assim, a sugestão proposta por

eles consistiu na capacitação em nível técnico em saúde dos socorristas militares pela Corporação.

Apesar da Portaria Conjunta nº 40 de 2018 expressamente descrever a incumbência de ambas as instituições na confecção e na implementação de protocolos de atuação conjunta, 59,6% dos militares apontaram a divergência de protocolos operacionais como ponto negativo após a implantação do SUAPH, conforme Quadro 6. A resposta 6 e 25, respectivamente, demonstram, na visão dos socorristas, o respaldo por meio de protocolos e a capacitação profissional como itens elementares para a atuação integrada entre CBMDF e SAMU (Apêndice D):

[...] **Por mais que a maioria dos protocolos sejam compatíveis e alinhados, existem divergências importantes de treinamento, postura, forma de trabalho**, ferindo até mesmo tradições de vibração, que, pessoalmente, comprometem a motivação do bombeiro militar justamente em uma área de atuação que representa quase que 80% de todo o serviço prestado por essa Instituição (Resposta 6, grifo nosso).

[..] **nivelamento profissional e de doutrina**, levando os profissionais a atuarem da forma mais padronizada e uniforme possível. Participação em cursos e capacitações em comum a todos os envolvidos, militares e civis (Resposta 25, grifo nosso).

A ineficiente comunicação entre o CBMDF e SAMU foi outro ponto negativo descrito por 38,5% dos socorristas (Quadro 6). A falha nesse processo exacerba o problema antigo do duplo despacho do serviço de APH que se perpetua a despeito da expressa previsão na Portaria Conjunta nº 40 da comunicação integrada e o mesmo sistema de gerenciamento das ocorrências. Assim, muitas vezes são deslocadas duas ambulâncias, ou seja, uma do CBMDF e outra do SAMU para atender a mesma situação de emergência, como descrito pelos socorristas (Apêndice D):

Primeiramente seria a integração com o COCB para disparar somente uma viatura para o socorro, tendo em vista que o SAMU não tem acesso ao rádio do CBMDF e vice versa, **não adianta estarmos integrados aqui em baixo sendo que lá em cima não existe integração nenhuma, aí acabamos sendo disparados pra ocorrência que o SAMU tá atendendo ou vice versa** [...] (Resposta 18, grifo nosso).

[...] além disso, muitas vezes são enviadas viaturas do SAMU e do CBM para o mesmo atendimento, o que **gera custos em duplicidade para o poder público**, e tal fato poderia ser resolvido com uma melhor integração na central (Resposta 19, grifo nosso).

[...] Integração da central, funcionando com um único número de acionamento e com todos os acionamentos passando por regulação, **evitando assim a duplicidade de recursos enviados para o mesmo atendimento e minimizando acionamentos desnecessários** [...] (Resposta 25, grifo nosso).

Uma questão que vejo que dificulta bastante é a **falta de interação entre os sistemas de comunicação entre bombeiros e SAMU**. Uma rede de rádio em comum entre eles [...] (Resposta 41, grifo nosso).

De um modo geral, o serviço de emergência pré-hospitalar possui uma dinâmica operacional diferenciada das demais práticas da Corporação. Neste, o ambiente em que se dá a assistência é imprevisível e sempre mutável no tempo. Por tratar-se de situações de emergência e de instabilidade das funções vitais da vítima, a possibilidade de tornarem-se reversíveis implicam e definem condutas imediatas de cuidado e tratamento complexos, além de que, permeia confronto com diversas questões ético-legais, exigindo constantes reflexões por parte dos envolvidos.

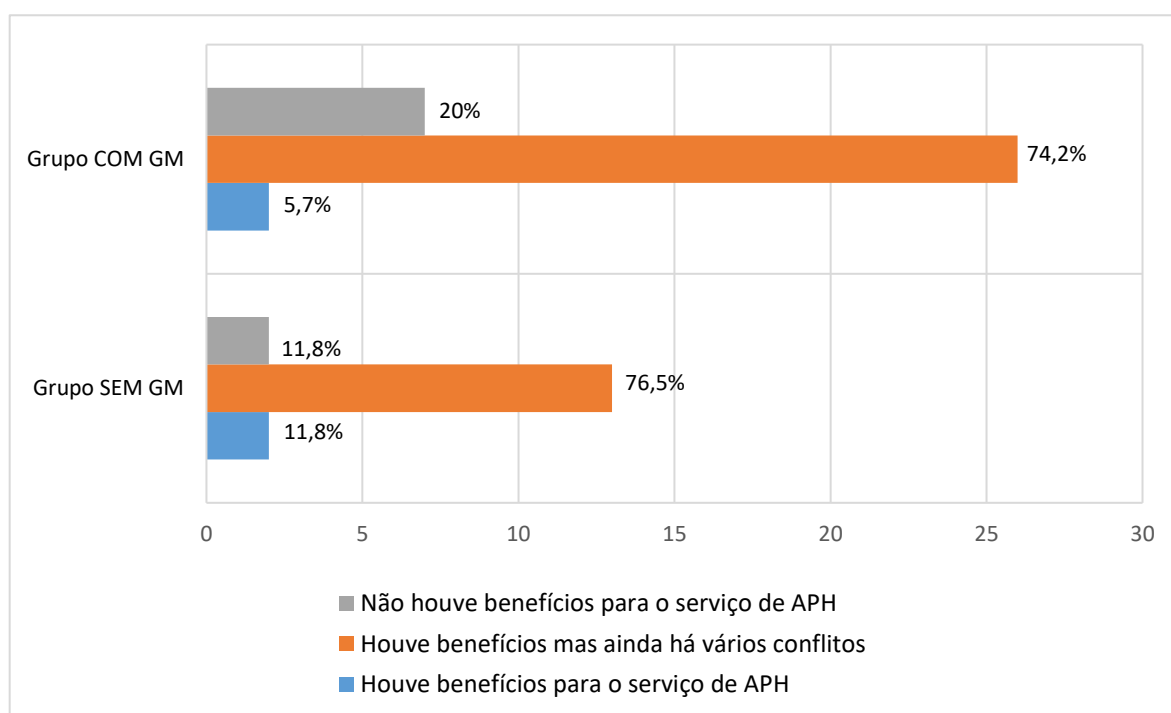
Perante tal ponderação, nota-se que os pontos negativos descritos pelos militares que atuam no serviço de APH do CBMDF, descrito no Quadro 6, implicam em ausência e/ou abstenção do SUAPH e, por vezes, eles se constituem em aspectos desfavoráveis para o processo de trabalho e, quiçá, para a realização da atividade de emergência propriamente dita. Enfrentar essas questões e os problemas decorrentes delas constitui-se o grande desafio do SUAPH e das instituições que o compõe, e esse será o tema do próximo tópico desse trabalho.

Nesse contexto, tendo como perspectiva o balanço entre os pontos positivos e negativos acima retratados, quando indagados sobre o serviço de APH oferecido à sociedade pelo CBMDF antes e após o SUAPH, com a advento da Portaria Conjunta nº 40 e o rol de mudanças atrelado a ela, de forma quase que hegemônica os socorristas reconheceram os benefícios decorrentes do processo de integração entre as instituições, entretanto, na perspectiva deles, dificuldades e ou conflitos são evidentes e necessitam ser discutidos visando a melhor forma de driblá-los, conforme Quadro 7.

É interessante destacar no Quadro 7 que mais socorristas do grupo com GM declararam não encontrar benefícios para o socorro com o SUAPH se comparado ao número de militares que manifestaram sobressalência das benéfices dessa

integração do serviço. Possivelmente, tal fato acontece, pois, como discutido acima, os pontos negativos impactam diretamente na atividade cotidiana do serviço se desdobrando inclusive na qualidade assistencial prestada à sociedade.

Quadro 7. Análise do SUAPH para a sociedade na perspectiva dos socorristas



Fonte: A autora

Também é possível observar no Quadro 7 que, proporcionalmente, o grupo de socorristas que atuam na modalidade sem guarnição mista reconhecem mais benefícios do SUAPH e um menor percentual considera não haver nenhum tipo de vantagem nesse tipo de sistema ao confrontar os números com o grupo que opera compondo a equipe com um profissional do SAMU. Presume-se, que essa situação se deve ao fato que parte dos pontos negativos do SUAPH descritos pelos militares estarem diretamente e/ou indiretamente relacionados à mesclagem da equipe e ao deslocamento dos militares a base do SAMU, de acordo com o Quadro 6. Isto posto, fica evidente, mais uma vez, o impacto das divergências oriundas da mistura de profissionais com culturas organizacionais distintas numa mesma guarnição de atuação.

4.4. Os desafios e as perspectivas provenientes da integração CBMDF/SAMU no serviço de APH

Segundo o Planejamento Estratégico 2017-2024 da instituição, a missão do CBMDF consiste na “proteção de vidas, patrimônio e meio ambiente” e atender as emergências com rapidez e qualidade técnica é o desafio diário da Corporação (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2017a).

A visão de futuro guiado pelo foco no cidadão e com responsabilidade socioambiental orienta os objetivos de longo prazo da instituição. Esses devem ser diferentes da situação atual, impulsionando a Corporação para o aprimoramento e para as mudanças impreteríveis associados a esse processo e, portanto, estabelecendo propósitos desafiadores.

É primordial num cenário de inovação, especialmente quando o modelo ainda está sendo construído, ser hábil para identificar a conjuntura de projeção futura e dentro desta adotar as decisões que sejam mais adequadas e estratégicas para o fortalecimento da instituição com foco em uma gestão pública de excelência.

Nesse contexto, por meio da interação com atores participantes deste trabalho, foi possível destacar aspectos desafiadores e também algumas perspectivas para a atividade de APH do CBMDF a partir do SUAPH.

Quadro 8. Desafios e perspectivas do SUAPH

Desafios da atividade de APH do CBMDF
Elevação das viaturas de APH do CBMDF para URSB com guarnição composta integralmente por bombeiros
Integração dos Sistema de Atendimento 192/193
Estabelecimento de protocolos conjuntos e sistema de educação continuada
Instituição de indicadores institucionais e sistemas de <i>feedback</i>
Perspectivas da atividade de APH do CBMDF
Implantação de unidade do tipo avançada terrestre no CBMDF
Aplicativo de comunicação rápida entre os socorristas e gestão de APH
Fichas de APH de forma digital
Preservação da identidade institucional

Fonte: A autora

Ressalta-se que os pontos elencados acima não se resumem em mudanças nas estruturas do CBMDF e SAMU. Tal situação está a exigir uma reflexão profunda e madura em ambas as instituições e o desafio de que se fala aqui significa uma verdadeira transformação no processo de trabalho, dirigida por uma visão de mundo diferente e uma realidade dinâmica própria da atividade de APH, com campos cada vez mais interdependentes e interativos, a qual devem se adaptar os processos decisórios e a gestão estratégica e, para tal, torna-se indispensável um estreito relacionamento entre ambas as organizações (CBMDF e SAMU).

4.4.1. Desafios da atividade de APH do CBMDF

A partir da discussão até o momento depreende-se, por parte dos militares que atuam na atividade de APH, o reconhecimento da potencialização do serviço perante a elevação das viaturas da Corporação para o nível tipo B, em conformidade com a Portaria nº 2.048 de 2002 do MS.

Tal propósito já era almejado pelo SUAPH quando se propôs a mesclagem das equipes dentro das viaturas, como relata o Comandante do GAEPH (Apêndice C):

Para entender como é que funciona as viaturas do SAMU: as viaturas do SAMU hoje elas são embarcadas com dois técnicos de enfermagem, então assim o que que a gente está fazendo? A gente está tirando, a gente tem dois socorristas, né?! Nas nossas Unidades de Resgate, então a gente está fazendo isso daqui: essa inversão, **eu tiro um socorrista e mando para viatura do SAMU e um técnico de enfermagem deles embarca e vai para nossa viatura.** Então a gente passa a ter um técnico lá no bombeiro e um técnico no SAMU (grifo nosso).

Entretanto, a estratégia descrita acima acabou por gerar diversos conflitos por vezes relacionado a cultura organizacional e a formação intrínseca de cada instituição com impacto na atividade de APH propriamente dita e no relacionamento interpessoal entre os profissionais bombeiros e do SAMU já descrito nos tópicos anteriores.

Perante tal situação, o Comandante do GAEPH expressa que, estrategicamente, não possui a pretensão de expandir a integração com o SAMU no

quesito composição de guarnição mista nas viaturas. Porém, almejando a ampliação qualitativa do socorro do CBMDF, planeja, a médio a longo prazo, a formação em nível técnico em enfermagem dos bombeiros militares, como pode ser visto nas palavras abaixo (Apêndice C):

Então qual é a ideia? **É que a gente ocupe esse espaço com uma equipe cem por cento nossa nas nossas viaturas do bombeiro para mitigar um pouco essa questão desses conflitos [...]. Essa é a nossa meta! [...]** **No planejamento de médio a longo prazo: a intensão é que a gente vá formando novos técnicos de enfermagem da corporação [...]** A minha vontade é que pouco a pouco a gente possa ocupar as viaturas que não são reguladas com técnicos de enfermagem e possa colocar técnico de enfermagem do bombeiro dentro da viatura. E essas outras (que atuam com composição mista) passe aos poucos a ocupá-lo novamente com guarnição 100% bombeiro e deixar para que a gente integre com o SAMU na ocorrência propriamente dita, durante um atendimento conjunto, dentro de uma central reguladora [...]. **Mas na ponta, a nossa ideia é que a gente retome isso aos poucos, né?! A gente vá formando para que cada um fique no seu ambiente, para que cada um possa consolidar os serviços de APH dentro de suas próprias instituições** (grifo nosso).

Estudo que questionou 156 socorristas e auxiliares do CBMDF no ano de 2019, identificou que 68% deles possuiriam interesse em realizar o curso técnico em enfermagem caso o mesmo fosse ofertado pela Corporação (MADEIRA; ARANTES, 2020). Tal dado corrobora com a proposta realizada pela gestão e também pelos operacionalizadores (socorristas) do serviço de APH da Corporação (descrito no tópico 4.3): a capacitação de bombeiros na atividade técnica de enfermagem.

É sabido que o compromisso com a educação permanente não deve ser atribuído somente ao bombeiro militar. Os gestores devem primar pela qualificação profissional e pela oferta de melhores condições de trabalho aos seus subordinados por meio de viaturas, EPIs, materiais de consumo individual e cursos de capacitação e atualização, entre outros.

Para tanto, o GAEPH firmou uma parceria junto com a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), escola de saúde do governo do Distrito Federal, para iniciar as primeiras turmas de técnico de enfermagem para os militares do CBMDF, aproveitando totalmente a grade curricular do curso de formação de socorristas da Corporação, o CSU (Apêndice C):

[...] A ideia de que a cada um ano e meio a dois anos, a gente consiga formar 30 técnicos de enfermagem. Ou seja, a cada seis meses a gente

consiga fechar, passados um ano e meio, dois anos, a gente entregando trinta novos técnicos de enfermagem para Corporação. Então a ideia é que a gente possa compor a nossa estrutura dessa forma (grifo nosso).

Entretanto, essa estratégia da gestão do CBMDF já encara diversos obstáculos oriundos de outros impasses institucionais e extra institucionais, na qual o Comandante do GAEPH já se mostrou ciente e atuante (Apêndice C):

Hoje, a gente está com déficit de socorrista na tropa, então todo dia tem remanejamento de socorristas e de condutor, o que está sendo um problema na tropa. Então a gente sugeriu seis CSU neste ano, mas conflitou com os cursos de formação, então tivemos que reduzir para quatro, mesmo a gente aumentando para 35 vagas, a nossa proposta era permanecer com seis turmas para que a gente pudesse dá uma velocidade de formação de socorristas. Para que **eu pudesse apresentar os novos socorristas na unidade (nos quarteis) e cada Comandante pudesse liberar pelo menos um socorrista para que ele pudesse ser matriculado no curso técnico de enfermagem** porque, o curso possui duração de um ano e meio e ele vai ter que ficar praticamente à disposição do curso, a dedicação tem que ser exclusiva. Então é um planejamento de médio a longo prazo (grifo nosso).

Em que se pese a complexidade do assunto, a repercussão da **elevação das viaturas de APH do CBMDF para URSB com guarnição composta integralmente por bombeiros** está diretamente atrelada ao objetivo do Planejamento Estratégico do CBMDF de garantir a infraestrutura apropriada às atividades operacionais e administrativas, na qual possui como finalidade última a qualidade técnica do atendimento à comunidade do Distrito Federal. Diante disso, verifica-se o mérito da discussão desafiadora desta questão.

A **integração dos sistemas de atendimento 192/193** consiste em outro desafio do SUAPH que também já era previsto à época da Portaria de implantação. Almejando a comunicação total de dados entre as instituições, o cronograma de atividades presente no anexo da Portaria Conjunta nº 40, aduz como uma das primeiras práticas do SUAPH a adequação das instalações físicas e infraestrutura das Centrais num mesmo ambiente, prédio do Centro Integrado de Operações de Brasília (CIOB), e a concepção de um sistema único de gerenciamento de ocorrências (DISTRITO FEDERAL, 2018). Contudo, embora o prazo estabelecido nessa Portaria para a efetuação dessas ações datar do mês de abril de 2019, ainda não houve a concretização delas.

De fato, o deslocamento da Central de Regulação Médica do SAMU para o CIOB é visto como uma ação facilitadora para a operacionalização da integração pelo Comandante do GAEPH, visto que todas as estruturas de segurança pública trabalham juntas naquela edificação, facilitando a comunicação. Entretanto, segundo ele, mais que isso, faz-se necessário um sistema único de recebimento de emergência e despacho que propicie a racionalização dos recursos, já que hoje esse processo se dá de forma totalmente manual (Apêndice C):

Como é que a gente faz isso? A gente tem lá na central do SAMU, um bombeiro escalado com rádio do bombeiro. Na base do SAMU lá, para que a gente possa fazer comunicação. Então assim, é feito via rádio ou por telefone então havendo sistema que se comunica imediatamente ali, se eu designar uma viatura nossa regulada do Bombeiro para um atendimento, o SAMU se ele precisar ele já vai olhar no sistema que não tem como contar com aquela viatura daquela região administrativa então ele vai ter, tanto o bombeiro como o SAMU, designar uma outra viatura. **Hoje, a gente não tem oportunidade de fazer isso por meio de um sistema, é feito por meio de rádio ou por telefone. Então é muito complicado [...]** (grifo nosso).

Espera-se que os pontos positivos atrelados ao sistema unificado se acerquem da agilidade na triagem, conseqüentemente um despacho mais rápido das unidades móveis; um controle mais efetivo do tempo das viaturas em ocorrências e suas localizações; a otimização dos recursos públicos, evitando gastos desnecessários com deslocamentos duplos; o não envio de uma unidade por acreditarem que a ocorrência estaria sendo atendida por outra instituição; e principalmente a diminuição no tempo resposta.

Os trabalhos de orientação técnica objetivando uma sistematização doutrinária entre as instituições para manterem **protocolos idênticos de atendimento**, possibilitará a sedimentação da integração almejada pelo SUAPH. Apesar da previsão legal e a atuação simultânea sobre a mesma atividade, atualmente, CBMDF e SAMU atuam com protocolos e procedimentos próprios de cada instituição. O problema foi reconhecido pelo Comando do GAEPH como um aspecto a ser dirimido pela gestão do serviço de APH do CBMDF (Apêndice C):

[..] até agora a gente não tem um protocolo conjunto, cada instituição está utilizando o seu [...] isso está trazendo um problema muito sério, porque por mais que a gente fale a mesma língua em alguns assuntos, uma coisa ou outra lá na frente, um detalhe ou outro... **isso implica numa divergência durante a atuação**. Então nas reuniões do SUAPH, a gente trata desses assuntos, resolve, sana alguns problemas relativos a esse assunto, mas

fundamentalmente é importante resolver essa questão do protocolo conjunto, dos POPs conjuntos para ter uma mesma linguagem. Então a gente está caminhando para esse próximo passo aí. **Dos nossos núcleos de ensino (CBMDF e SAMU) falar uma mesma linguagem [...]** (grifo nosso).

Concomitante a esse desafio, encontra-se a deficitária atuação da instituição na **educação permanente** dos socorristas, este também associado a outros pontos sensíveis dentro do CBMDF. Segundo o Comandante do GAEPH (Apêndice C):

Esse (educação permanente) era o cargo chefe da emergência médica. Então, a gente tinha um volume de CSU (Curso de Socorros de Urgência), né?! dando prosseguimento na corporação ao longo do ano, mas tinha também a capacitação continuada, então a gente trazia os nossos socorristas para uma atualização permanente. Então esse era um cargo chefe nosso. **Mas tem muito tempo que está parado, porque a gente está com dificuldade de efetivo, dificuldade de sala de aula, a gente também tem falta de efetivo na prontidão para a liberação, então isso está um pouco parado** (grifo nosso).

Segundo Silva e Sena (2008 *apud* ZEFERINO, 2018) no cenário do atendimento pré-hospitalar móvel, é imperativo que os profissionais tenham formação polivalente e orientada para a visão da realidade. Motivo pelo qual a integração de diferentes saberes e conhecimentos, num ambiente multiprofissional, acaba por agregar aptidões para tomada de decisões, comunicação, liderança e gerenciamento. É necessário saber lidar com situações nas quais devem estar sempre presentes a criatividade, o espírito de observação e a tomada de atitude, ações que podem ser determinantes para o desfecho do atendimento.

A educação permanente cria espaços de reflexão para que os profissionais repensem sua prática, entendam os processos de trabalho no qual estão inseridos, e tenham a possibilidade de repensar condutas, de buscar novas estratégias de intervenção e perseguir, também, a superação de dificuldades individuais e coletivas no trabalho.

A utilização de **indicadores de avaliação** voltados aos usuários e aos servidores que fazem parte da atividade de APH do DF consiste em outro desafio ao SUAPH também como uma ação a ser posta em prática já que consiste em um quesito já previsto na Portaria Conjunta nº 40 de 2018. Este faz-se necessário com a finalidade de uma retroalimentação dos processos estabelecidos para a mensuração dos resultados, da qualidade e da segurança do serviço.

Quando questionado sobre a avaliação da atividade de APH do CBMDF após o estabelecimento do novo modelo de atuação, o SUAPH, o Comandante do GAEPH descreveu as dificuldades sobre o assunto (Apêndice C):

Como a gente não tem integração do sistema isso prejudica muito. Eu não consigo trabalhar com indicadores de (de, de...) tempo resposta, eu não consigo trabalhar com indicadores de desempenho, porque eu trabalharia só com a nossa, eu não conseguiria trabalhar com ele, mensurar isso uma vez que quando a ocorrência é passada para o SAMU, eu já não tenho mais acesso a ela. Por isso a importância da integração dos sistemas, porque eu consigo fazer levantamento de dados estatísticos, eu consigo filtrar o que eu gostaria de filtrar, determinar indicadores institucionais, por exemplo, o nosso indicador institucional de tempo resposta, eu não consigo fazer isso [...] Então tem que implementar isso, isso tudo porque senão a gente está trabalhando sem nenhum indicador. Isso vem a prejudicar a nossa atividade, então é uma coisa que tem que mudar, que tem que melhorar, mas para que isso aconteça eu tenho que estar cem por cento integrado, principalmente os sistemas, para que a gente possa ter essas informações em tempo real (grifo nosso).

Os indicadores de avaliação consistem num meio de se confirmar o êxito dos objetivos traçados no planejamento estratégico do CBMDF. A Portaria de 6 de março de 2017 aprova os mecanismos de mensuração de determinada atividade organizacional ou operacional no âmbito da Corporação, denominados indicadores institucionais do CBMDF (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2017b).

Tais instrumentos podem ser descritos por meio de números decimais, porcentagens, razão ou taxa, que representam um aspecto de desempenho. Isto permite estabelecer medidas de referência que, por sua vez, fornecem parâmetros comparativos. Desse modo, a análise deve ser realizada continuamente, tornando mais adequada a visualização da evolução das atividades. Esse processo auxilia a tomada de decisões (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2017b).

Segundo Zemke e Schaaf (2002 *apud* ZEFERINO, 2018), as organizações não comprometidas com a satisfação do cidadão não prosperam e não irão prosperar, e possivelmente nem irão sobreviver, pois a satisfação com o atendimento é o resultado de um encontro dinâmico, no qual o “consumidor” avalia tanto o processo como o resultado, atribuindo valor a ambos.

Dessa forma, o acompanhamento dos indicadores é também facilitador do amadurecimento organizacional, fazendo com que a aprendizagem dos gestores e o desenvolvimento de ideias possam ser incorporados ao processo gestor. Assim, ocorre a ampliação da capacidade de gestão da instituição, ensejando ainda a gestão do desempenho.

4.4.2. Perspectivas da atividade de APH do CBMDF

Nota-se que a proposta do novo modelo de APH do Distrito Federal se reveste de processos e diretrizes que ainda estão em construção. Que irão exigir dos atores desse complexo e multifacetado processo muita dedicação e empenho para alcance das metas, perseverança para não fraquejar diante das dificuldades e coragem para adoção das medidas que se fizerem necessárias, sem medo de rever decisões e voltar atrás quando for prudente.

Nesse contexto, surgem perspectivas que se expectam sobre o processo de trabalho, os recursos e a atividade de APH propriamente dita cujo fim último convergem para a qualidade do serviço fornecido à sociedade.

Como primeira perspectiva, o Comandante do GAEPH almeja a **implantação de uma viatura de suporte avançado de vida do tipo terrestre** no CBMDF com a finalidade de fornecer um recurso a mais como meio de amparo as ocorrências destinadas a Corporação. Ressalta-se que apesar desse tipo de suporte acontecer por meio das viaturas avançadas do SAMU, por vezes, o processo mostra-se deficiente na prática operacional (Apêndice C):

[...] **Ativar nesse ano, uma viatura de Suporte Avançado com profissional 100% nosso, com médico e enfermeiro nosso.** Esse é um objetivo nosso que a gente vai concretizar se Deus quiser [...] A gente tem que lembrar também, estrategicamente como corporação, que a gente tem que ter a nossa equipe pronta, né?! Então assim, o que a gente está buscando: é se preparar. Do mesmo jeito que desde de 2002 a gente vem se preparando, igual agora, a gente está buscando ativar uma viatura de suporte avançado pela primeira vez. Então cada passo que a gente está dando a gente está tentando dar um passo, é um passo consolidado não é um passo instável não. Então qual é a ideia? É que a gente ocupe esse espaço com uma equipe cem por cento nossa nas nossas viaturas do bombeiro para mitigar um pouco essa questão desses conflitos (grifo nosso).

Uma outra estratégia aspirada pela gestão do GAEPH consiste na **implementação de um aplicativo de uso interno na Corporação** voltado ao público de militares que atuam na atividade pré-hospitalar. O propósito desse meio consiste na criação de um ambiente online, interativo e de fácil acesso a comunicação rápida entre o GAEPH e o trabalhador da ponta e, simultaneamente, no estabelecimento de um espaço para oficinas de educação permanente e compartilhamento de atualizações de procedimentos ou relacionados (Apêndice C):

Mas a gente está querendo agora com essa questão do EAD (educação à distância) [...] com essa mudança, a gente quer conseguir fazer as gravações das vídeo aulas, a nossa intenção que agora a gente **está criando um aplicativo que vai facilitar a comunicação do GAEPH com os socorristas que estão desconcentrados nas unidades** e eu acredito que agora vai facilitar e muito porque tendo um canal de comunicação rápido com socorristas eu consigo manter ele informado rapidamente das mudanças técnicas que estão acontecendo [...] E o que que eu vou fazer, eu vou aproveitar desse aplicativo para passar as vídeo-aulas e já começar atualizá-los também nessa capacitação continuada por meio do EAD. Então, começar primeiro a passar tutoriais e depois também lá na frente presencialmente, a gente pode ter um encontro semanal que a gente possa deliberar sobre esses tutoriais todos enfim, mas o socorrista vai ter oportunidade de ter acesso ao material, né?! E voltando de uma forma muito mais tranquila para a parte presencial para não ter que tirar ele da prontidão durante um grande período de tempo, um período de tempo expressivo, e trazer prejuízo para a nossa atividade (grifo nosso).

A **instituição do preenchimento digital das fichas do APH** integra o rol de perspectivas da gestão do GAEPH de médio a longo prazo. Trata-se de uma ação que visa a possibilidade de otimização do armazenamento dos dados ao mesmo tempo em que propicia o estabelecimento de uma logística de tratativa estatística dos mesmos de forma a subsidiar a implantação de indicadores capazes fornecer *feedback* do serviço e informações precisas para o planejamento.

Segundo o Comandante do GAEPH, o projeto piloto do uso das fichas digital fez parte do produto monográfico de um oficial em Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais na qual foi aplicado como um teste em um GBM. Entretanto, nota-se que essa perspectiva envolve diversos pontos sensíveis dentro e fora do CBMDF por tratar-se de dados médicos e, portanto, requer armazenamento específico conforme legislações e porque tal ação demanda o uso de dispositivo eletrônico que deve estar disponível nas viaturas da corporação. Sobre o assunto, o Comandante do GAEPH discorreu que (Apêndice C):

[...] a gente vem desde de 2008, 2007. Eu trabalhava aqui também, tentando é (é, é...) tornar esse preenchimento mais fácil, esse (esse, esse...) dados mais fáceis, o recolhimento desses dados de forma mais segura e pra que eu pudesse tratá-los também de uma forma melhor, buscando gerenciar isso e fazer um trabalho de gestão melhor, né?! **Dando um direcionamento para esses dados, para atender melhor os comandos de unidades.** E aí, ele veio com essa **proposta de digitalizar as fichas, na verdade (na verdade...) de (de, de...) preenchimento das fichas digitais, né?! No meio digital [...]** Quê que a gente fez? Eu peguei a nossa ficha, peguei a ficha do SAMU e depois de muita discussão aqui a gente unificou elas, colocamos os campos necessários. Então entrou agora uma coisa muito importante na ficha digital: a quantidade de material gasto no local da cena. Isso é muito bom para gente como gestor, para planejar a compra. [...] ele terminou o trabalho dele agora, como passou essa fase, agora de apresentação, a gente vai para implantação agora, unidade por unidade (grifo nosso).

Por fim, a **manutenção da identidade institucional** representa outro ponto que merece uma atenção especial nesse modelo em construção. Indubitavelmente, o APH no CBMDF foi uma das atividades que melhor foram recepcionadas pela população brasiliense e que contribuiu sobremaneira para que fosse forjado a imagem institucional da Corporação perante a sociedade.

Dessa forma, é vital que tal quesito não seja desmemoriado do rol de perspectivas da gestão do CBMDF. As pactuações no contexto do SUAPH devem primar pela independência das instituições, através de políticas de fortalecimento que destaquem as qualidades corporativas que se potencializam ao trabalhar em cooperação, mantendo suas características vinculantes como valores, cultura, posicionamento e imagem.

Sobre o processo de unificação do serviço de APH no estado de Santa Catarina, Zeferino (2018) discorreu que:

O CBMSC e o SAMU são instituições que tem sua história forjada pela mão de cada profissional que diariamente procura fazer o seu melhor para atender aqueles que precisam, que por vezes são a última linha de esperança num cenário de caos. **É preciso valorizar e destacar a experiência que ambas as instituições possuem, ser criativo para encontrar soluções mesmo que para tal seja preciso mudar processos e formatos históricos, encontrar o melhor caminho dentro de um labirinto escuro, sem paixões ou vaidades, com transparência e franqueza,** pois desta forma o projeto será acolhido como institucional e os resultados certamente serão perenes (ZEFERINO, 2018, p. 53, grifo nosso).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de gestão da atividade de APH no Distrito Federal está em processo de consolidação com a implementação do Sistema Unificado de Atendimento pré-hospitalar que, essencialmente, busca a integração dos serviços existentes no Estado prestados pelo CBMDF e SAMUDF, conforme Portaria Conjunta nº 40 publicada no ano de 2018. Nesse contexto faz-se necessário que o CBMDF, seguindo seu plano estratégico de fortalecer o vínculo com a sociedade por meio da oferta de um serviço de qualidade, busque analisar o impacto desse novo modelo de atuação na rotina operacional da Corporação.

Para uma adequada concepção do contexto e da efetivação do SUAPH na rotina do socorro do CBMDF, buscou-se a compreensão das legislações vigentes e do cenário histórico e motivador dessa integração. Além disso, junto aos militares que diariamente atuam no serviço de APH, almejou-se o conhecimento prático das mudanças advindas por meio da Portaria Conjunta nº 40 de 2018.

Assim, os resultados obtidos proporcionaram a visualização que a aproximação com o SAMU no campo de atividade de APH tornou-se imperativa no aspecto da gestão do sistema, já que a integração dos recursos é vista como uma saída salutar no quesito da eficiência pública. Além disso, o SUAPH proporcionou ao CBMDF o alinhamento de seus serviços às exigências das legislações federais impostas a atividade de urgência e emergência, bem como a instituição passou a dispor de um serviço que, do ponto de vista dos profissionais envolvidos, proporciona maior resolutividade a situação daqueles que precisam do socorro.

Obviamente que para alcançar a plenitude da capacidade desse novo modelo de gestão há que se considerar pontos conflituosos na relação das instituições envolvidas e diversos desafios precisarão ser gerenciados, os quais vão muito além de regulamentações de rotinas e de protocolos, passam por transformação de comportamento e disposição para mudanças, sem intransigências ou vaidades, com o desiderato de oferecer a população o melhor serviço de APH possível.

Nesse contexto, ao mesmo tempo em que este trabalho descreveu as dificuldades encontradas na prática do serviço de APH após a implementação do

SUAPH sob a ótica dos socorristas e auxiliares, os resultados desta pesquisa sinalizaram a busca de soluções que requererá novas visões e perspectivas sobre o sistema de urgência e emergência do CBMDF, constituindo-se nos próximos desafios e perspectivas da corporação sobre a atividade de APH.

Notou-se que a necessidade de implantação de medidas que causem a otimização do serviço e, por consequência, um melhor clima organizacional e de relações entre o nível de gestão e execução são fundamentais para a Corporação e para a atuação dos militares no APH. E a ação sobre impasses que concernem apenas ao CBMDF deve ser primada pela gestão do serviço, como, por exemplo, a promoção da capacitação em nível técnico de enfermagem de militares socorristas já que a composição de guarnição mista foi uns dos principais levantamentos negativos apontados no estudo.

Por fim, e em razão do exposto neste trabalho, conclui-se que o SUAPH constitui em um novo modelo que apresenta oportunidades que precisam ser identificadas e implementadas dentro de uma estratégia de fortalecimento institucional. Um processo que não nasceu pronto, mas que precisa ser construído no dia a dia, que vai sendo ajustado conforme as demandas surgem, mas que precisa contar com a contribuição de todos para que as soluções sejam legítimas e perenes.

6. RECOMENDAÇÕES

A partir da compreensão dos resultados e dos apontamentos levantados nesta pesquisa, as seguintes recomendações são apresentadas:

1. Proporcionar a capacitação em nível técnico de enfermagem dos bombeiros militares possuidores do CSU como nível de complementação por meio de parcerias com instituições de ensino. Sugere-se, portanto, que periodicamente sejam formadas novas turmas de técnicos em enfermagem de forma progressiva a fim de que todas as viaturas sejam ativadas no formato URSB e com composição integral por militares;

2. Instituir, junto ao SAMUDF, a integração dos Sistemas de Atendimento 192/193 de forma a proporcionar o gerenciamento das ocorrências nos quesitos atendimento, regulação e despacho;

3. Incrementar a mensuração de eficiência institucional e do SUAPH pela aferição de indicadores de desempenho, tais quais: tempo resposta, resolução da ocorrência na cena, tempo dispendido no procedimento da entrega do paciente no hospital, satisfação do usuário e trabalhadores envolvidos no processo, entre outros.

4. Estabelecer um canal de comunicação permanente, aberto e autêntico com a Secretaria de Saúde do DF e SAMU, por meio de reuniões periódicas, cuja finalidade seja a explanação e elucidação de impasses na atividade de APH e a concepção de possíveis soluções e medidas factíveis que busquem dirimir tais questões.

5. Coordenar, junto aos núcleos de educação de ambas as instituições (CBMDF e SAMUDF), uma comissão e um cronograma para o estabelecimento de protocolos conjuntos e congruentes com o meio científico sobre o assunto. Uma proposta de projeto intitulada Atuação integrada: confecção de protocolos de atuação conjunta no APH foi estabelecida como uma espécie de produto deste trabalho com a finalidade de fomentar esta recomendação tendo em vista o impacto que a mesma terá sobre a atividade pré-hospitalar (Apêndice E). Após a construção dos protocolos de atuação conjunta, deverá estabelecer um calendário de educação continuada com os trabalhadores da ponta para propiciar o conhecimento e o adequado treinamento dos protocolos estabelecidos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 814 de 1 de junho de 2001. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, n. 107, 4 abr. 2001, Seção 1, p. 149. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0814_01_06_2001.html. Acesso em: 10 de jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, 12 nov. 2002, Seção 1, p. 51. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 10 de jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863 de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, n.193, 6 out. 2003, Seção 1, p. 56. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=06/10/2003&jornal=1&pagina=56&totalArquivos=152>. Acesso em: 22 de jul. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.086, de 6 de novembro de 2009. Dispõe sobre os militares da Polícia Militar do Distrito Federal e do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil Publicado**, Poder Executivo, Brasília, 9 nov. 2009, Seção 1, p. 1. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2009/lei-12086-6-novembro-2009-592042-norma-pl.html>. Acesso em: 20 de jul. 2020.

CICONET, Rosane Mortari. **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**. 2009. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/19036/000734785.pdf?sequence=>. Acesso em: 12 jun. 2020.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. Instrução Normativa nº 4 de 2015. Estabelece os procedimentos operacionais nos casos de restrição ao atendimento de pacientes nos hospitais da rede pública do Distrito Federal e dá outras providências. **Boletim Geral nº 096, de 22 de maio de 2015**, Comando Geral, Brasília, DF, p. 13.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. Portaria 11, de 11 de abril de 2017. Aprova e publica o Plano Estratégico do CBMDF, ciclo 2017- 2024. **Boletim Geral nº 072 de 13 de abril de 2017a**, Comando Geral, Brasília, DF, p. 5.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. Portaria de 6 de março de 2017. Aprovação dos indicadores institucionais do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. **Boletim Geral nº 057 de 23 de março de 2017b**, Comando Geral, Brasília, DF, p. 7.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. **Ampliação do Serviço Unificado de Atendimento Pré-Hospitalar – SUAPH**. 2020a. Disponível em: <https://www.cbm.df.gov.br/6553-ampliacao-do-servico-unificado-de-atendimento-pre-hospitalar-suaph>. Acesso em: 04 de ago. 2020.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. Fluxo de atendimento pré-hospitalar do CBMDF. **Boletim Geral nº 243 de 30 de dezembro de 2020b**, Comando Geral, Brasília, DF, p. 4.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. Estado Maior Operacional. Seção de Emprego Operacional e Estatística. **Relatório de atividades CBMDF/EMOPE/SEOPE 34301693**. Brasília, 2020c. Processo eletrônico SEI: 00053-00111470/2019-55.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. Portaria de 7 de abril de 2021. Aprovação de movimentação de oficiais. **Boletim Geral nº 066 de 8 de abril de 2021**, Comandante Geral, Brasília, DF, p. 8.

DISTRITO FEDERAL. Tribunal de Contas do Distrito Federal. **Auditoria operacional**: relatório final da avaliação da qualidade do serviço de saúde na Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. 2014. Disponível em: <https://www2.tc.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/QualidadeDosServicos.pdf>. Acesso em: 10 de jun. 2019

DISTRITO FEDERAL. Portaria Conjunta nº 40, dia 05 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a instituição do serviço unificado de atendimento pré-hospitalar em urgências e emergência. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Poder Executivo, Brasília, n. 236, 13 dez. 2018, p. 6.

EDUARDO, Osiel Rosa. **Alternativas para a redução do tempo-resposta do serviço de atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal**. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso Superior de Bombeiro Militar) - Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, Brasília, 2006.

FIGUEIREDO, Antônio Macena; SOUZA, Soraia Riva Goudinho. **Projetos, Manografias, Dissertações e Teses**. 2º edição. Rio de Janeiro: Ed. Lumen Juris, 2008.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. 1º edição. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 29 de mai. 2020.

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. Definições de urgência e emergência: critérios e limitações. In: _____. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 15-26.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª edição. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 29 de mai. 2020.

GONSALVES, Elisa Pereira. **Iniciação à Pesquisa Científica**. 1º edição. São Paulo: Alínea, 2001. Disponível em: <https://elizabethruano.com/wp-content/uploads/2018/02/gonsalves-2001-escolhendo-o-percurso-metodologico.pdf>. Acesso em: 29 de mai. 2020.

JÚNIOR, João Batista Cordeiro. **Novas perspectivas para o Atendimento Pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina**. Monografia (Especialização em Gestão Pública com Ênfase à Atividade de Bombeiro Militar) Florianópolis: UDESC, 2014

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª edição. São Paulo: Atlas, 2003. Disponível em: http://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india/view. Acesso em: 29 de mai. 2020.

LIMA, Eduardo de Assis. **Aplicabilidade das normas técnicas de regulação médica do ministério da saúde relacionadas aos serviços de urgência e emergência nas atividades de atendimento pré-hospitalar do CBMDF**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Formação de Oficiais) - Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, Brasília, 2013.

MACHADO, Bruno César Amorim. **Análise dos custos e despesas do atendimento pré-hospitalar executado pelas unidades de resgate do corpo de bombeiros militar de minas gerais sediadas em belo horizonte: uma perspectiva**

de sua redução a partir da celebração de convênios. 2020. Monografia de conclusão de Curso (Especialização em Gestão, Proteção e Defesa Civil) - Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Minas Gerais, 2020.

MADEIRA, Luciana Frota; ARANTES, Andreia Cristina. **Unidades de resgate reguladas e medicalizadas: avaliação da relevância da capacitação em nível técnico dos socorristas do corpo de bombeiros militar do Distrito Federal.** 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Formação de Oficiais) - Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, Brasília, 2020.

MALVESTIO, Marisa Aparecida Amaro; SOUSA, Regina Márcia Cardoso. Suporte avançado à vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 584-9, jul. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n5/13147.pdf>. Acesso em: 12 de jul. 2020.

MARQUES, Bruna Ritiely Murta; FONSECA, Marcela Guimarães; ROCHA, Antônio Lincoln de Freitas. Suporte básico e Avançado de Vida: atualizações das novas diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) segundo a literatura. **EFDeportes.com**, Buenos Aires, v. 18, n. 181, jun. 2013. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd181/diretrizes-de-ressuscitacao-cardiopulmonar-rcp.htm>. Acesso em: 7 de set. 2020.

MARQUEZE, Elaine Cristina; MORENO, Claudia Roberta de Castro. Satisfação no trabalho - uma breve revisão. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 30, n. 112, p. 69-79, dec. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572005000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 de abr. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1877-86, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/16.pdf>. Acesso em: 15 de jun. 2020.

PEREIRA, Waleska Antunes da Porciúncula; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 279-83, mai. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v19n3/a04v19n3>. Acesso em: 10 de jun. 2019.

RASIA, Carlos Alberto. **A descentralização do serviço de atendimento Pré-hospitalar do 2º bbs/em: uma análise de viabilidade.** 2009. Trabalho de

Conclusão do Curso (Curso Superior de Bombeiro Militar) - Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, Brasília, 2009.

SANCHEZ, Petrus Leonardo Barrón. **Regulação médica no Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal**. 2012. Trabalho de Conclusão do Curso (Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais) - Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, Brasília, 2012.

SCARPELINI, Sandro. A organização do atendimento às urgências e trauma. **Ribeirão Preto Online**, v. 40, n. 3, p. 315-20, jul. 2007. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/328/329>. Acesso em: 2 de jul. 2020.

SILVA, Elisângelo Aparecido Costa *et al.* Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Rev. Eletr. Enf., Goiânia**, v.12, n. 3, p. 571-77, set. 2010. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/10555/7879>. Acesso em: 10 de jun. 2019.

ZEFERINO, Helton de Souza. **O APH do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina frente ao Novo Modelo de APH Catarinense: Desafios e Oportunidades**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Altos Estudos Estratégicos) - Centro de Ensino Bombeiro Militar de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

APÊNDICES

**Apêndice A: Questionário aplicado aos socorristas e auxiliares do serviço de
APH do CBMDF**

Questionário

1. Esse questionário compõe parte do trabalho de conclusão do Curso de Formação de Oficiais da Cad./38 Tatiane intitulado “ANÁLISE DAS MUDANÇAS DECORRENTES DA UNIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NA ATUAÇÃO DO CBMDF” cujo objetivo consiste em verificar o impacto da implantação do Sistema Unificado de Atendimento Pré-hospitalar (SUAPH) na rotina operacional da Corporação, implantado após a portaria conjunta nº 40 de 2018.

2. Não haverá identificação ou divulgação desses dados para além dos objetivos do trabalho, dessa forma a expressão da opinião é livre.

Lotação: _____ Ala de serviço: _____

1. Quanto tempo de serviço prestado na área de APH no CBMDF?

Anos de serviço na UR	Marque X
Até 3 anos	()
Acima de 3 anos	()

2. A guarnição da UR na sua ala de serviço é composta com guarnição mista?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

ATENÇÃO: Caso a resposta da questão anterior seja **NÃO**, pule para a **questão 4**.

Para as questões 3 e 4, utilize a escala de 1 a 4, sendo: 4 ação totalmente adequada/eficiente; 3 ação adequada/eficiente, porém com exceções; 2 ação com predominância de efeitos inadequados/ineficiente; e 1 ação totalmente inadequada/ineficiente.

3. Julgue os itens a seguir baseando-se numa escala de 1 a 4:

Julgue as afirmativas conforme seu ponto de vista	Marque X			
A) A introdução da composição de <u>guarnição mista</u> na UR para a dinâmica do <u>SOCORRO</u> de APH do CBMDF	1	2	3	4
B) A introdução da composição de <u>guarnição mista</u> para a <u>RELAÇÃO PROFISSIONAL</u> entre os socorristas.	1	2	3	4

4. Julgue os itens a seguir baseando-se numa escala de 1 a 4:

Julgue as afirmativas conforme seu ponto de vista	Marque X			
A) A implantação da <u>Central de Regulação de Urgências</u> do SAMU192 (CERU) para a <u>DECISÃO</u> pelo <u>TRANSPORTE DE PACIENTE</u> .	1	2	3	4
B) A implantação da <u>Central de Regulação de Urgências</u> do SAMU192 (CERU) para o recebimento dos pacientes nas <u>UNIDADES DE SAÚDE</u> .	1	2	3	4
C) A possibilidade de realização de <u>MEDICAÇÃO NA CENA</u> para o <u>SOCORRO</u> .	1	2	3	4

5. Elenque os PONTOS POSITIVOS da implantação do SUAPH para a dinâmica do socorro de APH do CBMDF (Pode marcar mais de uma opção):

Afirmativas	Marque X
A) Não há pontos positivos.	()
B) Possibilidade de realização de medicação na cena.	()
C) Aumento da possibilidade de resolução da ocorrência na cena devido o manejo clínico do profissional da saúde.	()
D) Agregação de conhecimentos entre as equipes (CBMDF e SAMU).	()
E) Diminuição de retenção de maca na unidades hospitalares já que teoricamente, o paciente é regulado para o a unidade que tenha condições de recebe-lo.	()
F) Outros pontos positivos.	()

Em caso de ter marcado a letra F (Outros pontos positivos), cite-os:

6. Elenque pontos negativos do SUAPH ou que ainda precisam ser ajustados para a melhoria do socorro de APH do CBMDF (pode marcar mais de uma alternativa):

Afirmativas	Marque X
A) Não há pontos negativos.	()
B) Dificuldade de trabalhar com equipe civil (pontualidade, princípio da hierarquia e disciplina).	()
C) Divergências de protocolos de atuação no socorro	()
D) Inconveniência do militar da ala se apresentar no quartel e depois ter que ir para a base do SAMU.	()
E) Falta ou falha de comunicação com a Regulação médica.	()
F) Outros pontos negativos.	()

Em caso de ter marcado a letra F (Outros pontos negativos), cite-os:

7. Tendo em vista o atendimento de APH para a SOCIEDADE, se comparar o serviço de APH oferecido pelo CBMDF antes e após o SUAPH (após a portaria conjunta nº40 de 2018 e adjunto da regulação médica, composição de guarnição mista e outros):

Afirmativas	Marque X
A) Houve benefícios para o serviço de APH do CBMDF.	()
B) Houve benefícios mas ainda precisam-se ajustar várias questões conflitantes entre CBMDF e SAMUDF.	()
C) Não houve benefícios para o serviço de APH do CBMDF.	()

8. Embora a implantação do SUAPH tenha proporcionado algumas mudanças, sabe-se que ainda existem muitos obstáculos ou mesmo conflitos no serviço de atendimento pré-hospitalar do DF. Cite pontos ou questões que ainda hoje representam DESAFIOS para a atuação da equipe da UR (se necessário, utilize o verso para descrever).

Apêndice B: Roteiro de perguntas para a entrevista com o gestor do CBMDF

Roteiro de perguntas da entrevista

1. Como a Portaria nº 2.048 do Ministério da Saúde, de 05 de novembro de 2002 afetou a atividade de APH do CBMDF (estabelecimento da Política Nacional de Atenção às Urgências, estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada para a atenção às urgências e o estabelecimento do processo de regulação médica)?
2. Porque a tentativa de adequação do serviço de APH do CBMDF às exigências da portaria demorou para acontecer?
3. Sobre os tópicos a seguir, como era realizado o serviço de APH antes do SUAPH e qual é nova proposta oferecida por esse novo modelo implantado após a Portaria conjunta nº 40 de 2018.

I - Telefonia, regulação e despacho:

- Central de Regulação de Urgências
- Atendimento aos chamados (192/193) de emergência via e o despacho duplo de recursos

II - Atendimento e intervenção:

- Protocolo de atendimento e atuação (protocolo de assistência a vítima).

III - Sistemas e tecnologia da informação:

- Comunicação entre ambas as instituições no socorro

IV - Educação permanente:

- Educação continuada/ atualizações dos socorristas/ treinamentos

4. Do ponto de vista gerencial, sobre as seguintes vertentes qual a efetividade e os benefícios das mudanças advindas do SUAPH para a atividade de APH do CBMDF?

- Composição de equipe mista
- Realização de medicação na cena
- Central de regulação médica
- Transporte de paciente para as unidades hospitalares (retenção de macas)

5. Com relação às URs reguladas do CBMDF e o SUAPH como um todo, o senhor acredita que a expansão desse serviço para todo o APH seria interessante para a qualidade do atendimento do CBMDF?

6. Embora a implantação do SUAPH tenha proporcionado algumas mudanças, sabe-se que ainda existem muitos obstáculos ou mesmo conflitos no serviço de atendimento pré-hospitalar do DF. Cite pontos ou questões que ainda hoje representam desafios para a atuação da equipe da UR.

7. A Portaria Conjunta nº 40, estabelece a criação da Comissão Técnica Permanente instituída com a finalidade de estudo e elaboração de normas, protocolos e rotinas específicas para o SUAPH, composta pelos titulares do CBMDF e SESDF. Ela existe? Possui atuação ativa nas necessidades do serviço de APH do DF?

8. A portaria Conjunta nº 40 aborda, em seu artigo 10, a necessidade de implementar indicadores de resultados, de qualidade e de segurança para o serviço. O SUAPH ou o GAEPH possui algum indicador para avaliar o socorro de APH após a implantação desse novo modelo de atuação?

9. Quais são as perspectivas para o serviço de APH no DF para os próximos anos após o SUAPH?

10. O senhor gostaria de acrescentar mais alguma informação sobre o SUAPH não pontuada até o momento?

Apêndice C: Resultado - Entrevista realizada com o Comandante do GAEPH

ENTREVISTA- Data: realizada no dia 12 de fevereiro de 2021 com o Ten-Cel. QOBM/Comb. Adriano Abreu Silveira Machado.

1. Como a Portaria nº 2.048 do Ministério da Saúde, de 05 de novembro de 2002 afetou a atividade de APH do CBMDF?

Então, vamos lá. O quê que acontece? Eu estive aqui na emergência médica, eu ingressei aqui (emergência médica) em 2003. Eu passei estagiando antes, em 2000, 2001. Em 2003 eu vim aqui e realizei o curso SCU, né?! Foi meu primeiro curso. A partir daí, 2004 eu vim trabalhar aqui. Então assim, com o advento da Portaria nº 2048, que (que...) a corporação ela (ela, ela...) buscou fazer? Alinhar o serviço de APH a Portaria nº 2.048. Até então, não existia Política Nacional de Atenção às Urgências. Você nota que a política ela é mais abrangente, né?! Ela envolve outras legislações, mas na época que tratava era a Portaria 2.048. Tinha que de qualquer forma tentar alinhar todo nosso serviço de APH a essa legislação (Portaria nº 2.048). E a grande dificuldade que a gente tinha, inicialmente, era o quê? As nossas unidades de resgate na época eram chamadas UTEs, elas não tinham o técnico de enfermagem embarcado, esse era um grande problema. O outro, a gente não tinha uma central de regulação, então não existia SAMU naquela oportunidade. Então, diante de toda aquela dificuldade que a gente tinha, diante da nova portaria que estava em vigor, como é que a gente montaria hoje, sendo que não tinha nem médico na corporação direito, para atender o nosso bombeiro, né?! A policlínica tinha certa limitação também. Então, assim, o que que afetou essa portaria? Foi na verdade a busca incessante do nosso (do nosso, do nosso...), da nossa corporação, afim de atender a portaria. Então, assim, a gente não tinha recurso humano suficiente, não tinha estrutura, também físicas. Suficiente para atender (né?!) na sua magnitude a Portaria nº 2.048. Então, a estratégia do comando da Emergência Médica na época, né?! Era tentar adequar o máximo que fosse possível as exigências da Portaria 2.048.

A nossa história é muito mais antiga, né?! Porque o que que acontece, o nosso serviço de emergência médica ele iniciou, vamos dizer assim, desde o advento da própria corporação, porque durante as ocorrências de acidente automobilístico e tudo, a nossa emergência médica atuava junto com as guarnições de salvamento já faziam

um socorro, claro, não com a estrutura que a gente tem hoje, também não com essas viaturas que a gente tem hoje. Quando a gente fala de Portaria 2.048, lembra-se que a gente também tem que se adequar a estrutura de viaturas e naquela oportunidade na corporação a gente trabalhava com a primeira viatura foi uma veraneio, depois veio as “URTzinhas” que a gente chamava de “fiurino”, depois teve as D20 que foi adaptada e aí depois que começamos a ingressar com viaturas que atendia as exigências da Portaria 2.048, que eram os furgões com espaço já estabelecido direitinho, cumprindo rigorosamente as normas que estão estabelecidas ali, né?! E normas técnicas internacionais também.

Mas enfim, eu acho que a questão da Portaria nº 2.048, eu acho que não foi uma perda não. Pelo contrário, foi um ganho muito grande o que passou a dar um norte para a nossa atividade de emergência médica. Então assim, daí a nossa corporação o que que ela teve que buscar como é natural em qualquer outra instituição: tentar um alinhamento e como você bem colocou naquela oportunidade quem fazia esse serviço era o bombeiro, não existia o SAMU o que a gente tinha era ambulâncias que não tinha a mesma quantidade de materiais embarcados, mas a finalidade das ambulâncias era simplesmente transportar paciente de um hospital para o outro. Agora é (é, é....) do local da cena da ocorrência até o hospital para um pronto atendimento de qualidade e tudo quem fazia esse papel era o bombeiro. Então a 2048 na minha visão, ela veio justamente para nortear, para tentar é (é, é...) auxiliar a nossa corporação no caminho que seria o melhor caminho, ou seja, buscando a legalidade o princípio da legalidade, buscando melhorar a qualidade técnica do nosso serviço. Então na minha visão, veio para melhorar e assim para dar um suporte também que baseando na 2048, a corporação partiu para comprar uma viatura adequada e daí a justificativa de compra nesses processos todos aí vieram nos ajudar, por exemplo, a questão de limpeza de viaturas adequadas e em local apropriado.

Até hoje eu (eu, eu...) na minha visão, a Política Nacional de Atenção às Urgências ela vem justamente para nos subsidiar de informações técnicas, né?! Nesse alinhamento essencial para a corporação. Para a gente tentar sempre buscar caminhar no nosso objetivo maior que é melhorar o nosso serviço de APH. E é claro, que naquela oportunidade como eu te falei, a gente não tinha central reguladora de

regulação médica. Não tínhamos viaturas reguladas, então assim é (é, é...) os primeiros passos são muito difíceis, né?!, não é tão fácil assim.

2. Porque a tentativa de adequação do serviço de APH do CBMDF às exigências da portaria demorou para acontecer?

É natural que qualquer mudança a gente não consiga, né?!, por questões financeiras, já começa por aí... E daí quando eu falo de questões financeiras, por quê? Nesse período aqui, a partir de 2002 a corporação ainda não fazia parte do fundo constitucional. Então até para compra de viatura de combate a incêndio e equipamento de proteção individual era muito difícil. Só para você ter ideia os equipamentos de proteção individual de combate a incêndio, eram compartilhados, era por viatura. Então assim, a guarnição entrava e tinha aquele material e muitas vezes ele era, poxa, sujo não muito bem mantidos, molhado, não dava tempo para secar e a outra guarnição tinha que pegar a roupa já molhada, então assim você não tinha o equipamento individual, ele era um equipamento da viatura.

Então a partir daí, do momento em que a gente passou a receber por meio do fundo constitucional tudo melhorou, e aí sim a gente conseguiu comprar viaturas melhores. Então assim é um processo lento, justamente porque envolve é (é, é...) como falei para você, orçamento né?! Financeiro, envolve mudança de (de, de...) doutrina, de um novo planejamento. Então é uma coisa mais complexa. Então assim graças a Deus a gente está tentando cada dia mais acelerar, mas existe a questão burocrática que envolve tudo isso, né?! Então assim não é tão fácil como a gente pensava não, então até hoje a gente está nessa labuta aí tentando dar um passo à frente né?!

3. Sobre os tópicos a seguir, como era realizado o serviço de APH antes do SUAPH e qual é nova proposta oferecida por esse novo modelo implantado após a Portaria Conjunta nº 40 de 2018.

I - Telefonia, regulação e despacho: O que que acontece a gente iniciou um momento, eu também estava aqui em 2005, foi quando o SAMU foi implantando,

iniciou o SAMU aqui em Brasília e aí o quê que aconteceu? Qual foi a grande dificuldade que eles tiveram? Não tinha estrutura nenhuma, estava começando do zero, né?! E a corporação inicialmente estava ajudando eles com a questão de rádios comunicadores que também não tinha nas viaturas deles.

Então assim, essa fase inicial ela foi, vamos dizer assim, ela foi o pontapé de uma forma muito vaidosa porque você tinha de um lado uma corporação que já exercia essa atividade como a nossa há muito tempo, então assim, todo mundo tinha um pé atrás e todo mundo acreditava que de repente poderia até ocupar o espaço da corporação. E um outro lado tinha o SAMU iniciando suas atividades sem pessoas preparadas para aquela atividade, então assim a formação dos socorristas era mais complexa, não era só retirar como eles queriam retirar um profissional técnico de enfermagem do ambiente hospitalar e colocar num (num, num...) serviço de atendimento pré-hospitalar, então eles tiveram muita dificuldade na preparação, não tinha efetivo para isso. Então tiveram que abrir serviços voluntários (extras), né?! Para que pudessem canalizar essas pessoas e motivar essas pessoas para ir lá tirar esse serviço.

Teve a essa questão da comunicação, né?! Então assim aí o que que aconteceu por questões de brigas, né?! É (é, é...) daí não precisa entrar no mérito do que aconteceu, a corporação retirou os rádios, aí o SAMU passou a seguir seus passos sozinho. E de um lado ficava o SAMU e de outro o Bombeiro. E isso impactava lá na ponta de que forma?

Como não existia uma central unificada o que começou a acontecer, e eu vivenciei isso na atividade operacional nossa, e aqui na emergência médica eu estava aqui à época. Não tinha uma comunicação entre os dois órgãos. Então o solicitante quando se deparava com uma ocorrência, um solicitante poderia acionar o 193 e outro o 192, então a gente tinha uma duplicidade de recursos sendo acionado para a mesma ocorrência e aí o que aconteceu isso, né?! Para a gente isso é gasto público e aí você mandando dois recursos para o mesmo local sendo que você poderia ter mandado um só.

Isso vem há muitos anos caminhando desse jeito, né?! De forma isolada, cada um fazendo o seu trabalho, mas claro o Bombeiro também tentando se aproximar do

SAMU e o SAMU também. Teve alguns cursos juntos também oferecidos, Bombeiro oferecia para o SAMU, e SAMU oferecia para o Bombeiro enfim, só que aí de um tempos para cá por força de (de, de...) orientação do Tribunal de Contas, Ministério Público a gente foi obrigado, tanto SAMU como Bombeiro, é (é, é...) para fazer um trabalho de integração para que a gente pudesse atender muito melhor a comunidade e aquelas demandas reprimidas não pudessem ficar ali latentes, ou seja, empregar o recurso de uma forma mais econômica e com a eficiência muito maior e isso que gerou essas portarias todas que você está vendo agora, conjuntas.

Já tinha uma anterior e agora essa foi já cancelando e dizendo claramente para as duas instituições olha eu quero que vocês integrem os sistemas, é (é, é...) viaturas, né?! Enfim e tudo que você viu na Portaria nº 40 que aí não precisa nem repetir que está todo aquele texto composto lá e cada um tendo as suas atribuições, muitas vezes alguns tem as suas manutenções separadas, mas algumas coisas são integradas, né?! Quando a gente fala de materiais, por exemplo, se tem as questões das viaturas agora a gente está com guarnição mista, né?! Então pelo fato da gente ter embarcado uma guarnição do SAMU, um técnico do SAMU isso permite que a gente se desloque até o núcleo de atendimento do SAMU e abasteça a viatura com materiais como medicamentos, né?! Que a corporação não precisa adquirir já que a Secretaria de Saúde já está adquirindo, então assim, essa economia foi muito boa para a gente. Então tem uma contrapartida, vamos dizer assim.

Hoje resolveu parcialmente a questão do duplo despacho, dizer que totalmente eu vou dizer que não. Como funciona hoje na prática: a pessoa que liga 192 ele é canalizado diretamente para a Central de Regulação Médica. Se for despacho imediato, casos previstos na Portaria nº 40 a viatura é deslocada imediatamente, seja ela do SAMU seja ela do Bombeiro. Mesma coisa no 193, quem ligar para o 193 se for despacho imediato dentro daqueles casos estabelecidos na Portaria nº 40 a viatura é deslocada imediatamente, não sendo despacho imediato, se ele está no 192 ele está no lugar certo, na Central Reguladora. Se ligar no 193, a ligação é encaminhada para o 192. O que isso implica, não sendo despacho imediato nos dois casos, que ele vai passar por uma triagem e nessa triagem você vai avaliar a situação da ocorrência e vai chegar no ponto final do médico e ele vai poder orientar que aquele profissional que esteja no local lá ele possa inclusive atender o paciente, medicá-lo no local

mantendo ele no local, né?! Com as orientações que foram passadas ali ou transportar para o hospital ou eventualmente também dependendo do caso ele nem encaminha uma viatura para o local, ele simplesmente orienta o paciente a tomar aquela medicação que ele já está tomando e daí ele já faz aquela consultoria, aquele atendimento por meio do telefone.

Aí isso implica num aumento do tempo resposta que é um outro problema que a gente tem. Então antigamente antes dessa portaria conjunta, o quê que acontecia? Caso clínico ou trauma, entrou para o 193 era despacho imediato, deslocava imediatamente e no local, o bombeiro avaliava, tomava as providências cabíveis e transportava para o hospital, seja ele trauma ou clínico. Então hoje não, hoje por meio da regulação, as nossas viaturas que são reguladas, elas chegando num local, ela tem que se reportar ao médico da regulação. E aí o que tem de ponto favorável, é que o fato dele está, uma coisa que a gente tinha como problema que era o problema grave que como a gente não tinha uma central reguladora e não tinha uma comunicação com os leitos disponíveis, vamos dizer assim, então o nosso bombeiro atendia naquela região administrativa aqueles casos clínicos e trauma, dependendo do caso de trauma ele já tinha o hospital de referência como o Hospital de Base, então ele tinha que se deslocar de onde ele estivesse para esses hospitais de referência como o Hospital do Paranoá e Base, enfim. E os clínicos ele transportava também, por exemplo, tem o HRAN tinha a questão dos queimados, enfim, e os outros para os hospitais regionais.

Com a questão agora da regulação médica, o que veio a favorecer, o bombeiro tem contato com o médico da Central Reguladora que vai avaliar aquela situação ali e no caso concreto, e ele vai designar qual hospital apropriado que tem o leito, a vaga disponível, então assim, isso facilitou muito. Porque a gente tinha situações que a nossa viatura ficava baixada, né?! Aguardando o recebimento do paciente no hospital, mas o hospital não tinha condições de receber o paciente, não tinha espaço para receber. Então dessa forma, agora tem suas vantagens.

Tem também suas desvantagens, temos casos em que a própria regulação determina que a guarnição UR vá para o hospital tal, e ele chega lá também o médico não quer receber e liga de novo para a central de reguladora e ele manda para outro

hospital. Mas o fato é que a nossa guarnição está respaldada! Ela está, vamos dizer assim, protegida, porque se ela tem uma orientação médica para encaminhar aquele paciente para determinado hospital mesmo que aquele hospital não tenha condições de receber, ele ligando para a regulação novamente e ela encaminhando para um outro hospital, esse período todo ele está sendo, vamos dizer assim, respaldado caso aconteça alguma coisa ele tem um respaldo legal já que está tendo uma atenção médica acompanhando ele durante todo esse transporte do paciente.

II - Atendimento e intervenção: O que acontece: até agora a gente não tem um protocolo conjunto, cada instituição está utilizando o seu. É claro que o nosso protocolo e o protocolo deles são bem alinhados, né?! Com a Política Nacional de Atenção Urgência. Um ou outro que desvia um detalhe ali, vamos dizer assim, um item do protocolo que não é o mesmo entre as duas instituições. Então o que a gente fez, eu ingressei em maio de 2019 aqui na emergência médica e um dos primeiros trabalhos que a gente propôs nas reuniões que a gente tem de SUAPH, que é uma reunião por mês que a gente faz, onde a gente trata de assuntos gerais, de alguns casos, né?! Que estão sendo levados para uma reunião como essa, casos que tem que ser deliberados e imediatamente resolvidos para que isso não dê um problema lá na frente, o que a gente solicitou que fosse feito, que a gente criasse um cronograma, uma programação de (de, de...) elaboração de construção dos protocolos conjuntos, ou seja, a ideia era que fizesse reuniões setoriais com a seção técnica de ensino dos dois órgãos, das duas instituições, na busca da unificação do protocolo.

Isso está trazendo um problema muito sério, porque por mais que a gente fale a mesma língua em alguns assuntos, uma coisa ou outra lá na frente, um detalhe ou outro... isso implica numa divergência durante a atuação. Então nas reuniões do SUAPH, a gente trata desses assuntos, resolve, sana alguns problemas relativos a esse assunto, mas fundamentalmente é importante resolver essa questão do protocolo conjunto, dos POPs conjuntos para ter uma mesma linguagem. Então a gente está caminhando para esse próximo passo aí. Dos nossos núcleos de ensino (CBMDF e SAMU) falar uma mesma linguagem então a gente está caminhando para esse próximo passo aí.

E sobre o sistema que a gente falou lá atrás, a gente também teve encontros porque, não sei se você sabe, a estrutura do SAMU, que fica hoje no SIA, ela vai migrar lá para o COCB para ficar mais próximo, facilitar e tal. E daí com essa migração hoje, foi cedido um espaço todo reformado, a dificuldade que eles estão tendo agora é de (de, de...) passar estrutura física deles, passar os sistemas todos para lá.

E a Corporação agora juntamente com a diretoria, a DITIC, juntamente com setor técnico do SAMU está tentando ver se consegue caminhar para a contratação de um sistema unificado o que vai facilitar e muito. A gente vai ficar sabendo em tempo real se aquela viatura do SAMU está disponível ou não, se a do Bombeiro está ou não, porque hoje a gente faz isso de uma forma bem manual. Como é que a gente faz isso? A gente tem lá na central do SAMU, um bombeiro escalado com rádio do bombeiro lá, né?! Na base do SAMU lá, para que a gente possa fazer comunicação. Então assim, é feito via rádio ou por telefone então havendo sistema que se comunica imediatamente ali, se eu designar uma viatura nossa regulada do Bombeiro para um atendimento, o SAMU se ele precisar ele já vai olhar no sistema que não tem como contar com aquela viatura daquela região administrativa então ele vai ter, tanto o bombeiro como o SAMU, designar uma outra viatura.

Hoje, a gente não tem oportunidade de fazer isso por meio de um sistema, é feito por meio de rádio ou por telefone. Então é muito complicado, então assim, a gente está caminhando passo a passo para melhorar essa integração dos sistemas de comunicação.

III - Sistemas e tecnologia da informação: Em relação a comunicação, não sei se você está sabendo, a Corporação nossa passa da mudança do sistema analógico para o digital, e o SAMU foi convidado também para fazer parte da mudança também. Para que isso aconteça, o SAMU... É (é, é...) a gente está ligado ao sistema da Polícia Rodoviária Federal porque a gente faz parte de todo um sistema de segurança pública e eles estão ingressando nesse caminho aqui também por força da Portaria conjunta nº 40, porque se não fosse, eles também não teriam condições de entrar. E a gente está puxando eles, para que eles também tenham um sistema digital em rede nacional para que eles tendo esse acesso nacional para que a gente também possa se comunicar de forma digital também. Então, é um dos avanços que a gente

está tendo. Nesse primeiro momento agora, a gente está tendo até uma certa dificuldade para integrar os sistemas e integrar essa comunicação mais rápida.

IV - Educação permanente: Hoje o que que acontece: a nossa capacitação continuada, a emergência médica ela sempre foi referência na corporação porque ela sempre manteve os seus socorristas continuamente treinados. Então independente se tinha ou não tinha saído do curso de formação de socorrista, anos depois a gente tinha programa de capacitação continuada. Esse era o cargo chefe da emergência médica. Então, a gente tinha um volume de CSU (Curso de Socorros de Urgência), né?! dando prosseguimento na corporação ao longo do ano, mas tinha também a capacitação continuada, então a gente trazia os nossos socorristas para uma atualização permanente. Então esse era um cargo chefe nosso. Mas tem muito tempo que está parado, porque a gente está com dificuldade de efetivo, dificuldade de sala de aula, a gente também tem falta de efetivo na prontidão para a liberação, então isso está um pouco parado.

Mas a gente está querendo agora com essa questão do EAD (educação à distância), você está vendo que a gente mudou a formatação do nosso CSU, antes ele era todo presencial e agora metade dele é EAD e metade presencial. Com essa mudança, a gente quer conseguir fazer as gravações das videoaulas, a nossa intenção que agora a gente já está adiantado. A gente está criando um aplicativo que vai facilitar a comunicação do GAEPH com os socorristas que estão desconcentrados nas unidades e eu acredito que agora vai facilitar e muito porque tendo um canal de comunicação rápido com socorristas eu consigo manter ele informado rapidamente das mudanças técnicas que estão acontecendo: Ahhh, a partir de agora a gente está distribuindo N95 (tipo específico de máscara) e qual o protocolo da N95 no meio da pandemia, atentar para a orientação do uso do capote, eu consigo fazer isso de forma mais rápida.

E o que que eu vou fazer, eu vou aproveitar desse aplicativo para passar as vídeo-aulas e já começar atualiza-los também nessa capacitação continuada por meio do EAD. Então, começar primeiro a passar tutoriais e depois também lá na frente presencialmente, a gente pode ter um encontro semanal que a gente possa deliberar sobre esses tutoriais todos enfim, mas o socorrista vai ter oportunidade de ter acesso

ao material, né?! E voltando de uma forma muito mais tranquila para a parte presencial para não ter que tirar ele da prontidão durante um grande período de tempo, um período de tempo expressivo, e trazer prejuízo para a nossa atividade. Por isso a gente repensou na questão do CSU. Então antes eles ficavam quase que dois meses fora da escala de serviço, hoje, eventualmente vai ficar cerca de três semanas. No mais ele vai ficar na sua unidade fazendo a parte EAD, e o restante, três semanas, ficará aqui na parte prática, somente a prática aqui para a gente fechar.

Então assim era um cargo chefe a capacitação continuada, pretendemos que isso permaneça agora. Mas, falando em integração, não temos ainda. E nossa ideia é que vencida essa parte do protocolo unificado, vencido a unificação dos POPs, a nossa ideia é que a gente também passe a unificar também o treinamento. Então a gente passa a ministrar treinamento aqui, o SAMU lá também, e a gente faça essa junção para que a gente possa ter a mesma linguagem. Mas para que isso aconteça eu preciso unificar os POPs, do contrário a gente não vai conseguir avançar não.

Agora é claro, não sei se você sabe, a gente abre aqui na emergência médica a gente tem é (é, é...) sempre abre a disponibilidade de vagas para o SAMU. Então já tivemos profissionais do SAMU fazendo o curso aqui e bombeiro fazendo curso lá. Então assim pode observar que o nosso técnico de enfermagem hoje do bombeiro que embarca na viatura regulada ele tem que participar do curso de medicação de regulação médica. Então assim, esse curso quem ministra é o SAMU. A gente tem hoje uma parceria, tem, mas a integração total com a capacitação continuada a gente não tem integrado até agora.

4. Do ponto de vista gerencial, sobre as seguintes vertentes qual a efetividade e os benefícios das mudanças advindas do SUAPH para a atividade de APH do CBMDF?

- **Composição de equipe mista:** Olha vamos falar em vantagens e desvantagens. Temos várias vantagens e desvantagens.

Bora lá para algumas vantagens. Essa questão da integração, ela busca também buscar conhecimento, então eu vejo que é uma oportunidade que a gente

está tendo também, ela é ímpar porque você tem profissionais ali dentro embarcados. São técnicos de enfermagem que trabalham no ambiente hospitalar que tem uma certa estrutura, que tem certo conhecimento técnico também dentro de um ambiente hospitalar ou até mesmo fora, né?! Isso é bom porque enriquece aquele ambiente nosso pré-hospitalar né?! o nosso bombeiro tem oportunidade de conhecer novas pessoas e aumentar seu conhecimento, seu leque de amizades, seu leque de conhecimento. Por outro lado, eu vejo uma certa dificuldade, porque a nossa atividade é sustentada por meio de pilares, né?! da disciplina, né?! da hierarquia e disciplina. E alguns profissionais do SAMU não tem esse costume, né?! não tem esse dia a dia, não foram forjados dentro de uma hierarquia, dentro de uma disciplina, então isso acaba tendo conflito, né?!

Muitas vezes, tem a questão da rotina das unidades operacionais e a rotina do ambiente lá do SAMU que muda um pouco. Então você quando coloca um profissional nosso bombeiro embarcado numa viatura do SAMU, dentro da estrutura física do SAMU, é complicado. Você pode ter uma estrutura do outro lado, uma lá muito boa como teve agora uma inauguração da estrutura lá na Ceilândia, como pode ter uma que está precária em umas cidades administrativas, como por exemplo no Paranoá, que está precário. E você tirar um bombeiro de uma unidade nova operacional do bombeiro, com toda estrutura de alojamento, né?! cassino, academia de musculação e colocá-lo lá, ele não vai gostar. E isso vai influenciar em quê? Na relação pessoal.

Então quando você bota duas pessoas para trabalharem juntas, entra essa questão de estruturas físicas, entra essa questão de (de, de...) rotina, entra essa questão de relação de militar com civil que muitas vezes a pessoa ela não tem esse costume, aquele profissional do SAMU nunca foi militar e tem pavor dessa questão, dessa estrutura nossa (militar) e daí envolve outras coisas também que a gente tem que levar em consideração.

Então é assim, é basicamente isso que eu tenho para te falar sobre essa questão. Mas na minha visão tem várias vantagens e várias desvantagens.

Em relação ao planejamento estratégico, qual seria a minha visão sobre isso daí, eu vou te adiantar a minha, a nossa pretensão como Comandante do GAEPH e que é (é, é...) num futuro. No planejamento de médio a longo prazo: a intensão é que

a gente vá formando novos técnicos de enfermagem da corporação, como já tem, você deve estar sabendo como eu tinha passado para vocês, a gente tem hoje seis viaturas reguladas com efetivo do bombeiro. Dessas, três são cem por cento deles é do quartel, e as outras três são GSV (Gratificação de Serviços Voluntários). As outras sete viaturas do bombeiro reguladas elas são compostas por guarnições mistas.

A minha vontade é que pouco a pouco a gente possa ocupar as viaturas que não são reguladas com técnicos de enfermagem e possa colocar técnico de enfermagem do bombeiro dentro da viatura. E essas outras passe aos poucos a ocupá-lo novamente com guarnição cem por cento bombeiro e deixar para que a gente integre com o SAMU na ocorrência propriamente dita, durante um atendimento conjunto, dentro de uma central reguladora, que eu não vejo a médio a longo prazo uma possibilidade da gente criar uma central reguladora do bombeiro, só (só, só...) do bombeiro porque daí é uma estrutura muito grande de profissionais qualificados e preparados tecnicamente, então assim, a ideia seria em manter essa Central Reguladora mista como já teve.

A gente teve o Major Petros que estava trabalhando nessa Central Reguladora (do SAMU), o Garcia também trabalhou na Central Reguladora no SAMU ali, colocando profissionais nossos, técnicos de enfermagem e socorristas, dentro da Central Reguladora. Mas na ponta, a nossa ideia é que a gente retome isso aos poucos, né?! A gente vá formando para que cada um fique no seu ambiente, para que cada um possa consolidar os serviços de APH dentro de suas próprias instituições.

Esse seria o nosso planejamento aqui, é para isso... tanto é que estamos com uma parceria junto com a FEPECS para iniciar as primeiras turmas de técnico de enfermagem aproveitando cem por cento da grade curricular do CSU e daí as turmas vão ser em média de trinta (militares). A ideia de que a cada um ano e meio a dois anos, a gente consiga formar 30 técnicos de enfermagem. Ou seja, a cada seis meses a gente consiga fechar, passados um ano e meio dois anos, a gente entregando trinta novos técnicos de enfermagem para Corporação. Então a ideia é que a gente possa compor a nossa estrutura dessa forma.

- **Realização de medicação na cena:** Eu acho extremamente importante! Muito das vezes a gente perde a oportunidade de reverter o quadro de um paciente ali com medicação, com soro, a sorologia, né?! O fato da gente ter um técnico de enfermagem embarcado e a viatura regulada isso permite que aquela medicação que está ali disponível é (é, é...) complementar um atendimento, melhorar o atendimento, né?! Então assim, muitas vezes a gente demora... O que que acontecia antigamente: o paciente ele tinha toda uma atenção pré-hospitalar mas durante o deslocamento você observava que (que, que...) se tivesse realmente uma complementação ali, que se pudesse fazer uma infusão venosa, com certeza acho que chegaria de forma diferente lá. Não estou falando de todos os casos, a gente observa que é importante e essencial esse serviço, esse atendimento técnico mais próximo, essa atenção do médico ali acompanhando é (é, é...) dosando a medicação necessária ali para conduzir aquele paciente de forma mais segura até a chegada ao hospital. Eu acho fundamental!

Mas não é uma tarefa fácil, porque envolve inveja, envolve vaidade, envolve estrutura física, envolve essa questão do comportamento humano. Muitas vezes a pessoa não tem, não foi preparado, para ser militar não gosta de militar, não gosta da rotina militar. E pelo fato estar dentro de um ambiente militar e não se enquadrar nisso, isso gera um problema maior aí, né!? Torna o ambiente é (é, é...) não um ambiente harmônico, desarmônico, isso tudo interfere no atendimento, gera um mal estar na unidade. Então assim, qual que está sendo a nossa grande dificuldade nesse período do SUAPH, contornar essas relações pessoais conflitos entre os bombeiros e profissional do SAMU ao longo desse SUAPH... Isso está sendo mais complicado.

- **Central de regulação médica:** Agora lembrando uma coisa é (é, é...) porque que hoje não está cem por cento regulado? A Portaria 2.048, estabelece que a gente deveria estar com o nosso efetivo cem por cento regulado, não precisa ter um técnico de enfermagem embarcado. Qual a nossa dificuldade hoje de isso acontecer? A gente já provocou, já o SAMU, formalmente por meio do SEI para que a estrutura dele recebesse e passasse as nossas viaturas a cem por cento reguladas. O problema é que eles não têm estrutura física para poder fazer isso hoje. No momento em que ele começar a regular cem por cento do nosso efetivo de socorristas, ele vai ter que aumentar sua estrutura, aumentar sua quantidade de profissionais que lá atendem, e

ele não tem como fazer isso por enquanto, mas é um planejamento a médio prazo que a gente consiga fazer.

A nossa meta aqui é que a gente consiga regular cem por cento do nosso efetivo. E lembrando também que o fato de ela estar cem por cento regulada a nossa viatura, não quer dizer que é só o SAMU que vai determinar que ela saia. Então a gente tem o nosso Plano de Emprego Operacional a ser cumprido. Então, eventualmente, a mesma viatura sendo regulada se ela for acionada por algum bombeiro por algum quartel como apoio ou via telefone fixo, que é uma fonte de acionamento nosso, a gente vai dar deslocamento, a gente vai cumprir o nosso Plano de Emprego Operacional. Mas, paralelo a isso, durante o deslocamento, a gente vai acionar a Central Reguladora e falar olha, e o COCB também, avisando a gente foi acionado verbalmente e estamos dando deslocamento e daí você vai regulando da saída do quartel até o local da ocorrência, mas, lembrando, que a gente vai fazer de tudo para manter o nosso Plano Emprego Operacional vigente, né?! O que é, o que estabelece toda nossa estrutura operacional? Que sustenta a nossa estrutura operacional? A gente não vai rasgar o Plano de Emprego Operacional e vai passar a cumprir rigorosamente em cem por cento as orientações da Central Reguladora.

O que a gente diz aqui é o seguinte: uma vez regulada, ele começou a ocorrência regulada tem que terminar regulado. Uma coisa que é inadmissível hoje na regulação médica é a viatura regulada, ela inicia a sua regulação e não finaliza a regulação por meio da Central de Regulação, isso é um ponto. A outra é ele não começar regulado e em algum momento durante o atendimento ele ligar pedindo a regulação, daí vai ter que cumprir a regulação médica. Se ele não ligou, não regulou segue seu atendimento. Agora, se em algum momento ele buscou a regulação médica, ele vai ter que cumprir a orientação do médico da central reguladora, se ele determinar que faça o transporte para determinado o hospital ele vai transportar e toda a orientação que for passada vai ter que cumprir. Essa é uma exigência que a gente vai ter que estabelecer se for estabelecido cem por cento do nosso efetivo regulado. Então é uma preocupação que a gente tem também e já estamos caminhando para isso daí.

- Transporte de paciente para as unidades hospitalares (retenção de macas): Para mim isso é um grande benefício, diminui o tempo resposta. Porquê que diminui o tempo resposta? Se eu tenho uma viatura que ela transporta, mesmo que seja para uma outra área administrativa, para um outro local distante daquele de onde está guarnecendo, mas que ele vá e chegue rapidamente e tenha uma equipe pronta para atender e para receber esse paciente, eu não fico com maca retida. Assim, eu retorno para minha área de atuação o mais rápido possível para atender aquela comunidade local. Então eu ganho com tempo resposta.

Agora não dá para acontecer o que acontecia antigamente, a viatura saía e ficava pingando de hospital em hospital e fora da sua área de atuação. E daí quando entrava ocorrência na sua área de atuação tinha que vir uma viatura de outro local. Isso demandava aumento no tempo resposta. Na minha opinião, eu acho extremamente válido. E mesmo nessas condições que a gente sabe, que mesmo regulado, alguns médicos não recebem o paciente, que tem recusa de recebimento, mas ele vai estar amplamente é (é, é...) guarnecido porque, poxa, foi orientação médica e tudo.

5. Com relação às URs reguladas do CBMDF e o SUAPH como um todo, o senhor acredita que a expansão desse serviço para todo o APH seria interessante para a qualidade do atendimento do CBMDF?

Eu não vejo a unificação (SUAPH), ela sendo seguida cem por cento como uma solução não. Eu não vejo isso como uma oportunidade muito boa não, para a gente não. A gente tem que lembrar também, estrategicamente como corporação, que a gente tem que ter a nossa equipe pronta, né?! Então assim, o que a gente está buscando: é se preparar. Do mesmo jeito que desde de 2002 a gente vem se preparando, igual agora, a gente está buscando ativar uma viatura de suporte avançado pela primeira vez. Então cada passo que a gente está dando a gente está tentando dar um passo, é um passo consolidado não é um passo instável não. Então qual é a ideia? É que a gente ocupe esse espaço com uma equipe cem por cento nossa nas nossas viaturas do bombeiro para mitigar um pouco essa questão desses conflitos.

Agora, mesmo tendo efetivo para isso, e se lá acontecer uma exigência legal de integração, tudo bem. Mas você pode ver que pela Portaria Conjunta, e pelos pareceres que tem do Tribunal de Contas e tudo, nenhum deles obriga as viaturas estarem integradas com guarnições integradas, o que a gente está tentando fazer é o quê? É melhorar a qualidade técnica do nosso socorro. Para você entender como é que funciona as viaturas do SAMU: as viaturas do SAMU hoje elas são embarcadas com dois técnicos de enfermagem, então assim o que que a gente está fazendo? A gente está tirando, a gente tem dois socorristas, né?! Nas nossas Unidades de Resgate, então a gente está fazendo isso daqui: essa inversão, eu tiro um socorrista e mando para viatura do SAMU e um técnico de enfermagem deles embarca e vai para nossa viatura. Então a gente passa a ter um técnico lá no bombeiro e um técnico no SAMU. Mas a viatura deles hoje pode estar ativada só com técnico de enfermagem... só para você ter ideia, mesmo sem o auxiliar porque o condutor deles é também técnico de enfermagem, então, por isso, que a estrutura deles está um pouco mais avançada do que a nossa.

A nossa busca é para gente tentar equilibrar isso. Mas estrategicamente dizendo como Comandante do GAEPH: a nossa pretensão não é aumentar mais ainda não, é manter do jeito que está, que já está equilibrado, e tentar pouco a pouco a gente ir ocupando também outras unidades que não tem, regular cem por cento as nossas viaturas e, aos poucos, ir colocando técnico de enfermagem do bombeiro nas nossas viaturas. Essa é a nossa meta!

Mas se isso não acontecer pode ser que por questões estratégicas, o comando decida ir aumentando, estendendo o número de viaturas aí com o técnico de enfermagem do SAMU. Daí a gente vai ter que partir para integração delas também porque daí não vai ter outra opção, pois não vai ter técnico de enfermagem suficiente para isso.

6. Embora a implantação do SUAPH tenha proporcionado algumas mudanças, sabe-se que ainda existem muitos obstáculos ou mesmo conflitos no serviço de atendimento pré-hospitalar do DF. Cite pontos ou questões que ainda hoje representam desafios para a atuação da equipe da UR.

Um deles é a questão do protocolo que eu já falei para você, que não é unificado, esse é um dos desafios nossos. E o dos POPs também, por que existe divergências técnicas, né?! A gente tem um grupo de ensino deles lá que diverge um pouco de algumas coisas que a gente trabalha aqui na nossa Seção de Ensino, isso é um dos pontos. Então protocolos, POPs e manual, vamos dizer assim, que a gente vai ter que alinhar isso e convergir para uma mesma (uma mesma...) conversa.

Um outro ponto: é a questão da saída para o socorro, né?! Nos relatos, tenho certeza que alguns socorristas vão relatar isso para você (contexto: nos relatos dos questionários aplicado aos socorristas neste trabalho). Porque a gente tem costume, desde a nossa formação, de sair rápido, de cumprir um tempo, né?! Vamos dizer assim: de equipagem de saída do quartel que não pode durar muito tempo, que não pode se estender muito tempo, para que a gente sempre possa manter nosso tempo resposta naquele padrão internacional que hoje está previsto no nosso Planejamento Estratégico da Corporação como primeiro objetivo operacional, e manter sempre com excelência o atendimento nosso, da nossa corporação, buscando sempre diminuir o tempo resposta. Então um dos conflitos é esse: o bombeiro tem esse costume de sair rápido, né?! Se equipar rápido e sair, já o profissional do SAMU não tem essa mesma... esse mesmo enquadramento, por uma série de motivos: por questões de não ter sido preparado ou por questão de aguardar a questão da regulação médica, eles acham que primeiro tem que receber orientação e depois seguir... enfim, e do bombeiro não, pelo bombeiro ele vai deslocando e no meio do caminho a gente vai se comunicando. Isso é um outro problema.

E temos outros aí: de relação à hierarquia dentro de uma viatura, né?! A gente sabe que quem responde ali, no serviço de APH, é a pessoa tecnicamente mais preparada, o que seria o técnico de enfermagem. Então assim tem essa divergência também dentro do ambiente interno da viatura.

E tem outros que a gente poderia relacionar depois, mas são vários, não são poucos não. E daí tudo isso quando acontece, quando gera alguma demanda ou uma coisa que acontece também como praxe nessas relações. A gente tem um costume de dizer que iniciando o serviço a gente já sabe onde está escalado. Um bombeiro vai para base do SAMU e um profissional do SAMU vai para o bombeiro e se um deles

faltarem, o outro continua indo? Então, por exemplo, como acontece frequentemente falta um profissional do SAMU e o profissional do bombeiro, esse militar, vai lá para base do SAMU. E aí alguém liga do quartel dizendo: mas cadê o profissional do SAMU? O profissional do SAMU faltou. E aí enquanto vem um outro de uma outra unidade administrativa remanejado a pergunta é: o do bombeiro volta ou continua lá com ele no SAMU? É um outro problema.

E em inúmeros outros que a gente pode estar citando aí, que a gente trata sempre nessas reuniões do SUAPH. A gente leva essas questões todas e tenta deliberar para que a gente possa manter um ambiente mais harmônico possível e para que atividade, ela possa estar integrada e possa atender a Portaria nº 40 e a comunidade possa ser bem atendida. Esse que é o nosso objetivo!

7. A Portaria Conjunta nº 40, estabelece a criação da Comissão Técnica Permanente instituída com a finalidade de estudo e elaboração de normas, protocolos e rotinas específicas para o SUAPH, composta pelos titulares do CBMDF e SESDF. Ela existe? Possui atuação ativa nas necessidades do serviço de APH do DF?

Deixa eu falar para você: essa comissão na verdade, eu vou te falar a verdade, eu nunca tive... assim o quê que a gente faz? O que a gente cumpre são as reuniões do SUAPH, entre o SAMU e o Bombeiro. Essa comissão ela é mais abrangente eu nunca participei até hoje, eu nunca fui convidado a participar de nenhuma dessas reuniões, então assim ela existe no papel, mas na prática não funciona.

O quê que a gente faz como Corporação? A gente sempre se antecipa aos problemas, então assim eu venho, faço a leitura da Portaria nº 40 permanentemente, mantendo sempre ela como um (um, um...) guia nosso, como um norte para o nosso serviço e tudo que tem uma lacuna eu tento cobri-la, tentando preenchê-la da melhor forma possível. Então, por exemplo, a questão dos protocolos no ano passado eu peguei e falei: cadê os protocolos? Eles estão unificados ou não? Então vamos iniciar a unificação.

A gente está sempre agora caminhando em busca de atender cem por cento a previsão da Portaria Conjunta. Agora, recentemente, não sei se você sabe, existia uma previsão na Portaria Conjunta de fornecimento só de oxigênio e a gente precisava de fornecimento de ar comprimido para fazer uma aspiração mais adequada. E solicitamos isso para a Secretaria de Saúde, e ela negou inicialmente... A gente fez todo um apanhado dizendo que não tinha como abastecer aqui na Corporação, por uma série de motivos, por uma limitação de segurança, o cilindro não é o mesmo, enfim, e daí a gente foi e solicitou que fosse alterado o dispositivo legal da (da, da...) Portaria. Então onde está lá no dispositivo legal o fornecimento de gases de oxigênio, foi alterado agora, recentemente, por força de determinação do Secretário de Saúde, ele foi alterado e enquadrando agora, gases medicinais. Então a gente está sempre lendo e vendo a possibilidade de melhorar em busca da economicidade, do princípio da legalidade, atendendo melhor a comunidade.

Então assim eu falo para você, independente da Comissão Técnica Permanente existir ou não existir, a gente faz o nosso trabalho, a gente sempre programa mensalmente as reuniões, com registro em ata de todas as discussões que foram feitas e deliberações que foram feitas avançando os projetos também durante essas reuniões. Então a gente está fazendo nosso papel de integração em busca de uma integração estabelecida na Portaria nº 40 e por força de orientação do Tribunal de Contas e do Ministério Público. Enfim, então a gente está tentando fazer de tudo para se adequar porque a gente está ganhando com isso também, a gente melhora a qualidade técnica do nosso serviço e, em contrapartida, a gente ganha também com fornecimento de medicação, com fornecimento de oxigênio algo que a gente teria que fazer com contratação específica só para isso que é uma coisa muito complicada.

E daí muitas vezes as viaturas que são reguladas e são mistas igual agora a gente está com falta de colar cervical a compra está saindo agora, né?! Já está na fase final já. Então assim, nesse período o quê que eu faço? Na época do Capote a mesma coisa. Então a gente aproveitava dessa Portaria Conjunta, por conta das viaturas integradas, para solicitar material também, o material que era fornecido para essas viaturas integradas era o material da Secretaria de Saúde, então tudo isso facilita, né?!

8. A portaria Conjunta nº 40 aborda, em seu artigo 10, a necessidade de implementar indicadores de resultados, de qualidade e de segurança para o serviço. O SUAPH ou o GAEPH possui algum indicador para avaliar o socorro de APH após a implantação desse novo modelo de atuação?

Não possui. É a nossa intenção é, por exemplo, como eu falei para você, como a gente não tem integração do sistema isso prejudica muito. Eu não consigo trabalhar com indicadores de (de, de...) tempo resposta, eu não consigo trabalhar com indicadores de desempenho, porque eu trabalharia só com a nossa, eu não conseguiria trabalhar com ele, mensurar isso uma vez que quando a ocorrência é passada para o SAMU, eu já não tenho mais acesso a ela. Por isso a importância da integração dos sistemas, porque eu consigo fazer levantamento de dados estatísticos, eu consigo filtrar o que eu gostaria de filtrar, determinar indicadores institucionais, por exemplo, o nosso indicador institucional de tempo resposta, eu não consigo fazer isso. Eu consigo fazer nas nossas, mas não consigo fazer das deles, né?! Então assim a gente não tem isso hoje bem (bem, bem...) estabelecido não.

Então tem que implementar isso, isso tudo porque senão a gente está trabalhando sem nenhum indicador. Isso vem a prejudicar a nossa atividade, então é uma coisa que tem que mudar, que tem que melhorar, mas para que isso aconteça eu tenho que estar cem por cento integrado, principalmente os sistemas, para que a gente possa ter essas informações em tempo real.

9. Quais são as perspectivas para o serviço de APH no DF para os próximos anos após o SUAPH?

Primeiro, a questão dos profissionais (formação de técnicos de enfermagem).

O restante que eu posso dizer para você aqui do serviço de APH. Qual é o nosso objetivo aqui? Ativar nesse ano, uma viatura de Suporte Avançado com profissional cem por cento nosso, com médico e enfermeiro nosso. Esse é um objetivo nosso que a gente vai concretizar se Deus quiser.

Tornar nossas viaturas até o final do ano, cem por cento reguladas, independente se ela está com técnico (de enfermagem) ou não. E formar novos

técnicos de enfermagem a médio prazo, ou seja, iniciar o curso de formação do nosso técnico de enfermagem buscando lá na frente atender a nossa Portaria Conjunta em sua magnitude.

No que diz respeito a nossas equipes embarcados esse é o nosso objetivo. Mas para que isso aconteça, existe todo um trabalho. Hoje, a gente está com déficit de socorrista na tropa, então todo dia tem remanejamento de socorristas e de condutor, o que está sendo um problema na tropa. Então a gente sugeriu seis SCU neste ano, mas conflitou com os cursos de formação, então tivemos que reduzir para quatro, mesmo a gente aumentando para 35 vagas, a nossa proposta era permanecer com seis turmas para que a gente pudesse dá uma velocidade de formação de socorristas. Para que eu pudesse apresentar os novos socorristas na unidade (nos quartéis) e cada Comandante pudesse liberar pelo menos um socorrista para que ele pudesse ser matriculado no curso técnico de enfermagem porque, o curso possui duração de um ano e meio e ele vai ter que ficar praticamente à disposição do curso, a dedicação tem que ser exclusiva. Então é um planejamento de médio a longo prazo.

Então assim eu acredito que nos próximos cinco anos aí, se Deus quiser a gente vai ter uma melhoria desse cenário, mantendo a central de regulação com o SAMU a frente ali, com algumas equipes nossas integrando, mas o nosso grande sonho é que a gente retome isso aí e passe a ter cem por cento do nosso efetivo com as URs reguladas e de preferência com o técnico de enfermagem nosso embarcado. E deixando de ser UR para ser URSB, suporte básico, seria essa a ideia. E daí melhoráramos e muito a nossa qualidade técnica dos nossos atendimentos e a comunidade sairia ganhando com isso.

10. O senhor gostaria de acrescentar mais alguma informação sobre o SUAPH não pontuada até o momento?

Para acrescentar: hoje a gente precisa de um alinhamento muito bom, você precisa ter um jogo de cintura muito grande, você tem que ter uma proximidade muito grande com as instituições, as instituições se falar. A gente tinha algum tempo atrás um Major nosso do corpo de bombeiros a frente do SAMU, isso facilitava muito. Agora com a mudança, eu já achei que houve um certo prejuízo, assim você tenta um

contato, uma proximidade maior, é uma pessoa muito educada, uma pessoa muito solícita, mas é difícil você encontrá-lo, é difícil você ver as coisas acontecendo e a solução dos problemas não é dado numa forma rápida, isso prejudica. Em dezembro, só para você ter ideia ele entrou de férias e não teve ninguém para substituir. Eu não consegui falar com ninguém.

Então assim é um grande problema, então não é fácil essa relação de duas instituições. Você tem que ter, eu volto a dizer, ter uma dinâmica muito boa para você ter uma conversa legal para que você possa ter uma linha de produção muito boa, vamos dizer assim, para ter um desenvolvimento bom. A gente se desdobra para fazer isso todos os dias, mas não é fácil não.

Um passo importante que a gente deu foi a unificação das fichas. O Capitão Passarinho me procurou, é uma demanda nossa antiga, que a gente vem desde de 2008, 2007. Eu trabalhava aqui também, tentando é (é, é...) tornar esse preenchimento mais fácil, esse (esse, esse...) dados mais fáceis, o recolhimento desses dados de forma mais segura e pra que eu pudesse tratá-los também de uma forma melhor, buscando gerenciar isso e fazer um trabalho de gestão melhor, né?! Dando um direcionamento para esses dados, para atender melhor os comandos de unidades. E aí, ele veio com essa proposta de digitalizar as fichas, na verdade (na verdade...) de (de, de...) preenchimento das fichas digitais, né?! No meio digital.

Então, por meio de um aplicativo e tal, um sistema. Então, está sendo uma (uma, uma...) boa proposta. Quê que a gente fez? Eu peguei a nossa ficha, peguei a ficha do SAMU e depois de muita discussão aqui a gente unificou elas, colocamos os campos necessários. Então entrou agora uma coisa muito importante na ficha digital: a quantidade de material gasto no local da cena. Isso é muito bom para gente como gestor, para planejar a compra. Sim, então, isso veio para nos ajudar. É um outro passo, ele terminou o trabalho dele agora, como passou essa fase, agora de apresentação, a gente vai para implantação agora, unidade por unidade. Precisava indicar já uma unidade, né?! Nosso Guará. Eu indiquei o décimo terceiro e aí foi um (foi, foi...) uma escolha muito boa porque ajudou muito a desenvolvimento do trabalho dele. Então, graças a Deus deu certo lá.

**Apêndice D: Resultado - Questões abertas do questionário aplicado aos
socorristas do CBMDF**

QUESTÃO 8 DO QUESTIONÁRIO: Obstáculos ou conflitos do DSUAPH no serviço de atendimento pré-hospitalar do DF

Resposta 01: Ainda ocorre duplicidade nas QTOs, viaturas do CBMDF e SAMU indo para mesma Ocorrência. O deslocamento do auxiliar para SAMU, as instalações não são confortáveis como no quartel.

Resposta 02: Misturar civil com militar.

Resposta 03: Uma proposta para agregar seria o aumento de cotas de GSVs para o militar que possui o Curso Técnico de enfermagem. Dessa forma, o CBMDF dependeria menos das equipes do SAMU.

Resposta 04: Trabalhar com civil

Resposta 05: Curso de técnico em enfermagem para socorristas do CBMDF, para que possamos deixar todas as unidades reguladas.

Resposta 06: Questões relacionadas às escalas de trabalho dos profissionais atuantes nas ambulâncias das referidas instituições. Os profissionais do SAMU têm escalas completamente diferentes, o que influencia até mesmo na qualidade da assistência prestada. A alta rotatividade das equipes, uma vez que as guarnições do SAMU-DF não são fixas. Isso, por muitas vezes, torna a assistência um pouco menos fluida, comparando com guarnições que atuam constantemente juntas. Hoje, o bombeiro que compõe a guarnição da ambulância do SAMU é completamente dispensável nesta viatura. Não existe uma função de auxiliar prevista na ambulância do SAMU, tanto que eles possuem viaturas compostas apenas pelo condutor e pelo socorrista. Por mais que a maioria dos protocolos sejam compatíveis e alinhados, existem divergências importantes de treinamento, postura, forma de trabalho, ferindo até mesmo tradições de vibração, que, pessoalmente, comprometem a motivação do bombeiro militar justamente em uma área de atuação que representa quase que 80% de todo o serviço prestado por essa Instituição. Reconhece-se a importância da regulação das viaturas que atuam no APH. Entretanto, acredito que ela não precisava ser feita via guarnição mista na ponta. Existem profissionais

socorristas do CBMDF que são técnicos de enfermagem e reguladores e que poderiam tornar o nosso serviço totalmente “regulado”. O investimento realizado na integração poderia ter sido direcionado para mais treinamento, EPI próprio da UR e até mesmo formação de mais bombeiros técnicos de enfermagem.

Resposta 07: O CBMDF deveria ter os mesmos protocolos de trabalho do SAMU no quesito de aplicar medicação e comunicação com o médico regulador (a comunicação médico/SAMU é bem melhor) não deveria ter essa necessidade do SUAPH para isso. Burocracia exagerada.

Resposta 08: Basta especializar os socorristas, a corporação transforma-los em técnicos. Profissionais do SAMU são em sua maioria preguiçosos, cagam para tempo resposta. SAMU está afundando e puxando o APH do CBMDF junto. O preocupante é que são vários soldados entrando e se espelhando nesses técnicos de enfermagem, irão achar que esse é o padrão de se trabalhar no CBMDF. Pelo amor de Deus, não afunde minha corporação que tem padrão de avaliação elevadíssimo.

Resposta 09: Falta de protocolo unificado.

Resposta 10: Difícil ajustar o profissionalismo e comprometimento do BM com um civil.

Resposta 11: Não foi feito nenhum treinamento conjunto entre as equipes, conforme prevê a portaria conjunta; apesar de haverem poucas divergências, não foram unificados protocolos de atendimento o que chegou a ocasionar divergência entre profissionais; não há uma ficha de atendimento unificada, nem houve orientações sobre o adequado preenchimento da ficha do SAMU, especialmente no período noturno e finais de semana, nos quais o responsável técnico do SAMU não está de serviço; quando a ocorrência é regulada pelo SAMU e repassada ao CBMDF o responsável técnico precisa gerar nova ocorrência na cena, quando poderia apenas regular (como acontece nas ocorrências atendidas pelo próprio SAMU); dificuldade de reposição de insumos, especialmente quando o insumo está disponível no CBMDF e não está no SAMU ou vice-versa; os técnicos do SAMU tem acordo coletivo de trabalho para que não precisem lavar viaturas e acabam tendo que fazê-lo quando de

serviço no CBMDF; vale ressaltar as péssimas condições de salubridade da base do SAMU do Paranoá, que em minha avaliação, não são adequadas nem para o servidores do SAMU, nem para os militares do CBMDF; por diversas vezes houve atraso e/ou falta do RT do SAMU, ocasionando prejuízo ao serviço do CBMDF, já que foi necessário desativar a UR e/ou retirar um militar da escala operacional e/ou transferir um militar de outra unidade para ativar a viatura, já que o auxiliar vai para o SAMU independentemente da ativação da UR no GBM.

Resposta 12: Falta de materiais; falta de EPI; falta de estrutura para os militares que são deslocados para o SAMU; falta de entrosamento da equipe quando são compostas pela guarnição do SAMU devido a rotatividade deles

Resposta 13: Comunicação integrada, cursos CBMDF/SAMU, Protocolos unificados.

Resposta 14: O bombeiro deveria ser capacitado. O curso de técnico deveria ser oferecido aos militares.

Resposta 15: Acredito que se houver algum conflito será referente a forma de regular. Mais não sei ao certo.

Resposta 16: Vejo a diferença de protocolo (principalmente no atendimento ao trauma), comprometimento com o serviço e pontualidade.

Resposta 17: Dificuldades em ter paisanos dentro de viaturas militares, outro ritmo de serviço

Resposta 18: Primeiramente seria a integração com o COCB para disparar somente uma viatura para o socorro, tendo em vista que o SAMU não tem acesso ao rádio do CBMDF e vice-versa, não adianta estarmos integrados aqui em baixo sendo que lá em cima não existe integração nenhuma, aí acabamos sendo disparados para a ocorrência que o SAMU tá atendendo ou vice versa. Outro ponto que acho que resolveria todos os problemas decorrentes dessa integração super falha, ao invés de integrar o SAMU com o CBMDF, porque o próprio CBMDF não capacita os militares para regulação? Existe um grande interesse do socorristas em ter esse curso. Seria muito melhor porque militar com paisano trabalhando são

muitas divergências, sem falar na qualidade do serviço prestado, eles são de uma outra realidade, e nós somos militares.

Resposta 19: Acredito que o maior desafio da atuação na UR seja oferecer uma resposta rápida e um atendimento de qualidade para a população do DF. Para isso, penso que a real integração deva ser feita nas centrais de atendimento e regulação. Muitas vezes o SAMU não passa ocorrências para o CBMDF, optando por enviar viaturas do SAMU de outras áreas do DF, causando muita demora no atendimento. Além disso, muitas vezes são enviadas viaturas do SAMU e do CBM para o mesmo atendimento, o que gera custos em duplicidade para o poder público, e tal fato poderia ser resolvido com uma melhor integração na central. A meu ver, o grande ganho da integração seria a possibilidade de medicação na cena. Porém, na prática, percebo que uma grande parte das ocorrências envolve apenas transporte. Além disso, como já pode ser observado em muitas guarnições, URs reguladas com bombeiros reguladores sanam perfeitamente a necessidade da presença de um servidor do SAMU nos casos em que a medicação se faz necessária. Do ponto de vista de auxiliar de UR, sinto que muitas vezes não tenho espaço de atuação quando integro a viatura do SAMU, visto que eles são acostumados a rodar apenas com condutor e técnico, tornando nossa presença “dispensável”. Portanto, acredito serem fundamentais a regulação das URs do CBMDF, bem como a integração na central de atendimento e regulação. Por outro lado, não consigo enxergar os ganhos reais da integração dentro das viaturas.

Resposta 20: Centralização de todos os materiais de consumo; Aplicativo/software para ajudar na comunicação de ocorrência; Cumprimento por parte dos médicos nos hospitais, para seguir com o recebimento do paciente após regulação médico e destinação do hospital.

Resposta 21: Horários de rendição, protocolos operacionais divergentes, duplicação de ocorrências e falta de comunitário entre central de regulação e COCB.

Resposta 22: Na minha opinião não deveria ocorrer essa integração, pois temos é muito ruim trabalhar na Base-SAMU e eles não tem a mesma pegada que nós militares possuímos. Sugiro que o CBMDF invista nos socorristas da corporação

ofertando curso de técnico de enfermagem. Interessante que os futuros técnicos de enfermagem bombeiros, trabalhem em regime da GSV para ter uma motivação. Assim, iria melhorar muito mais o nosso serviço de APH. Destacando novamente, está muito ruim essa mistura na guarnição porque diverge muito os nossos modos operantes de trabalho.

Resposta 23: Nós somos militares e trabalhamos com disciplina e hierarquia é o que nos diferencia do SAMU. Não há necessidade de se mesclar as guarnições, a integração pode ser feita de outra maneira, não podemos começar uma integração pelo final.

Resposta 24: Recebimento dos pacientes pelo hospital por parte da equipe de saúde, poucos leitos disponíveis, acarretando retenção de macas dificultando toda logística no serviço e levando a desentendimentos desnecessários.

Resposta 25: Participei da primeira tentativa de integração ocorrida em 2009. Novamente vejo alguns erros se repetindo. A integração dos recursos humanos na ponta da linha deveria ser a última etapa desse processo. Deveriam ser observados antes os seguintes aspectos primariamente:

1. Integração da central, funcionando com um único número de acionamento e com todos os acionamentos passando por regulação, evitando assim a duplicidade de recursos enviados para o mesmo atendimento e minimizando acionamentos desnecessários;

2. Nivelamento profissional e de doutrina, levando os profissionais a atuarem da forma mais padronizada e uniforme possível. Participação em cursos e capacitações em comum a todos os envolvidos, militares e civis;

3. Padronização das ambulâncias e materiais utilizados, facilitando a reposição e intercâmbio de recursos;

4. Levantamento do quantitativo de militares possuidores do curso técnico em enfermagem com intuito de aproveitá-los nas equipes de URs. Hoje temos unidades que conseguiriam sustentar o serviço regulado apenas com militares, mas

a presença de servidores do SAMU foi imposta mesmo assim, causando um sentimento de desvalorização a esses.

A mesclagem das equipes seria uma última etapa após verificadas todas as outras, adotada como medida complementar para atender a demanda de implementar o serviço regulado em todas as ambulâncias do CBMDF, porém, essa medida foi adotada como prioritária, não resolvendo alguns pontos críticos. Tenho observado excelentes militares atuantes em APH extremamente frustrados e desmotivados diante desse cenário, alguns já cogitam voltar para a prontidão, o que pode gerar uma perda na qualidade na assistência prestada pois serão substituídos por profissionais menos experientes.

Resposta 26: Falta de um EPI adequado, rotatividade de militares atuando como auxiliar ou até mesmo técnicos do SAMU (cada dia um diferente).

Resposta 27: Poucas mudanças, nós do CBM temos capacidade de realizar todos os serviços.

Resposta 28: O tipo de comprometimento do servidor civil do SAMU precisa ser alinhado ao do Bombeiro. A central de regulação é falha e dispara recursos duplicados até hoje. Os protocolos e vocabulários são diferentes, bem como as fichas. A questão de insumos e materiais ficou com péssima logística, sendo o Bombeiro refém do SAMU nessa questão. Os militares do CBMDF têm plena capacidade de se especializar e tornarem se reguladores, basta o incentivo da corporação. Mantendo assim o serviço de acordo com a portaria utilizando se apenas militares da corporação.

Resposta 29: Acredito que a UR do CBMDF deveria atuar apenas em casos de trauma, casos clínicos ficariam com o SAMU.

Resposta 30: Bases do SAMU sem condições boas para o serviço do socorrista.

Resposta 31: Receber apoio das equipes do SAMU exige a abertura de todo o protocolo de atendimento, quando seria mais fácil apenas deslocar o recurso.

Resposta 32: Vejo os seguintes problemas da atuação dos bombeiros na base do SAMU: alojamentos mistos, infraestrutura precária, sem segurança, deslocamento lento para as ocorrências, apenas uma maca por viatura (sendo sempre retidas e deixando a viatura baixada para socorro), deslocamento para a base SAMU muito maior do que para o quartel que foi escolhido através da colocação no curso de formação.

Resposta 33: Protocolo de atendimento composição da equipe guarnição autonomia do CBMDF no despacho das viaturas do SAMU Ampliação total das URSB reguladas.

Resposta 34: A acomodação dos bombeiros na base do SAMU; a regularidade na presença da integração (alguns dias aparecem servidores do SAMU outros não); unificação de protocolos; treinamento em conjunto; aquisição de materiais de consumo das viaturas, qual o órgão responsável por fornecê-los: se SAMU ou CBMDF; unificação dos sistemas: ainda chegam viaturas do SAMU e do bombeiro na mesma QTO.

Resposta 35: Informações desatualizadas na REGULAÇÃO MÉDICA (indicam uma unidade de saúde e chegando lá com o paciente e chefia de equipe informa que está com restrição e já fora informado anteriormente ao SAMU). Triagem ineficaz do COCB. Deslocam a UR sem saber tipo de QTO ou sua relevância. E descobrimos só no local a real situação. E mesmo com a integração, ocorre de chegar viatura do SAMU e CBMDF na mesma QTO. Falta de material ou manutenção dos equipamentos. Ex: sensor pulso oxímetro com defeito e GAEPH não tem para repor. O servidor do SAMU não tem a mesma cordialidade no atendimento ao paciente.

Resposta 36: Uma triagem de verdade por parte de quem atende as ligações do 193, pois entram muitas ocorrências "idiotas", educar a população quanto o serviço de emergência. Ter uma melhor distribuição de especialidades médicas. Um rodízio da guarnição da UR.

Resposta 37: Retenção de macas nos hospitais; Desvalorização das equipes, tanto por parte da corporação, quanto por parte de médicos e gestores dos

hospitais; Indisponibilidade ou insuficiência de materiais básicos para a execução do serviço de APH; Falta de instrução e capacitação dos militares que despacham as ocorrências via COCB, causando GRANDE desgaste às equipes da ponta; Falta de EPI especializado para os militares do APH, promessa feita há vários anos pelo comando da Corporação; Falta ou melhoria do suporte emocional/psicológico aos socorristas.

Resposta 38: Todas as ocorrências serem reguladas pelo médico.

Resposta 39: Eficiência do militar que fica na base SAMU. Observar as ocorrências, ver se já tem recurso e priorizar de forma correta o tipo de ocorrência.

Resposta 40: Foram feitas várias reuniões, em que os casos clínicos seriam atendidos pela equipe do SAMU, que CBMDF não faria transporte intra-hospitalar, CBMDF faria somente atendimento a traumas e etc. A realidade para quem está na ponta é outra, criam protocolos de atendimento que não são cumpridos.

Resposta 41: Uma questão que vejo que dificulta bastante é a falta de interação entre os sistemas de comunicação entre bombeiros e SAMU. Uma rede de rádio em comum entre eles. Dificuldade em acionar o SAMU, morosidade no atendimento, estrutura física não tão boa quanto dos quartéis, dificuldade na aquisição de materiais nas bases do SAMU, entre outros.

Resposta 42: A triagem do COCB é fraca, algumas ocorrências que o SAMU não julga necessidade de viatura, o COCB desloca viatura. Muitas vezes são ocorrências sem a menor necessidade de urgência. Viaturas do SAMU e do Bombeiro são deslocadas para a mesma ocorrência com uma vítima, seria mais interessante que eles observassem melhor para não desperdiçar recurso. Central de regulação do SAMU as vezes entra em conflito com os hospitais e UPAS o que atrasa nosso atendimento, melhorar a comunicação entre SAMU e chefes de equipe também é uma boa sugestão de melhoria.

Resposta 43: SAMU é SAMU e CBMDF é CBMDF. Não existe civil misturar com militar, nunca deu certo e não vai ser agora que vai dar. O CBMDF deve capacitar seus militares para se formarem técnicos e assumirem nossas UR's reguladas.

Resposta 44: Protocolos unificados; maior quantidade de materiais disponíveis para atuação; aumento de efetivo capacitado; oferta de curso para qualificação; maior reconhecimento profissional.

Resposta 45: O socorrista deveria permanecer no seu quartel, pois além das instalações do SAMU serem muito ruins, perde-se demais o vínculo com seu local de trabalho. Há muita divergência em misturar o trabalho de civil e militar com relação a disciplina, protocolos etc. Se há um sistema eficiente de integração na comunicação e BM capacitados para aplicar medicamentos em URs reguladas, não há necessidade de misturar o pessoal.

Resposta 46: Respeito à hierarquia. Decisão de melhor técnica visando o benefício do paciente. Respeito ao tempo máximo de saída da viatura. O militar se desloca para unidade e não tem uma estrutura semelhante ao quartel. A central do SAMU dificilmente não manda transportar um paciente. A rotina de conferência de matérias e tempo de refeições (baixando a viatura) será um problema. Relações de trabalho serão muito conflitantes por conta dos princípios militares.

Resposta 47: Conflitos de opiniões e alguns protocolos.

Apêndice E: Produto

**PROJETO: Atuação integrada: confecção de protocolos de atuação conjunta
no APH**

Esta proposta de projeto surge como produto do trabalho de conclusão do Curso de Formação de Oficiais da cadete Tatiane Aguiar Carneiro intitulado “Análise das mudanças decorrentes da unificação do serviço de atendimento pré-hospitalar na atuação do CBMDF”.

Segundo o Manual de Gerenciamento de Projetos do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF), publicado no ano de 2018, a metodologia empregue pela corporação no desempenho de projetos consiste em um valioso instrumento capaz de fomentar a gestão institucional para alcançar os objetivos estratégicos da Corporação. Tal procedimento tem por premissa potencializar a efetividade dos projetos corporativos, por meio da padronização da forma de atuação e da disciplina no modo de controle.

Nesta vertente, a proposta de projeto intitulada ATUAÇÃO INTEGRADA: CONFECÇÃO DE PROTOCOLOS DE ATUAÇÃO CONJUNTA NO APH está sendo disposta em conformidade a metodologia aplicada pelo CBMDF na execução de seus projetos. E aqui apresenta-se as duas primeiras etapas da fase de planejamento dessa metodologia, a saber: método Canvas e o termo de abertura de projeto.

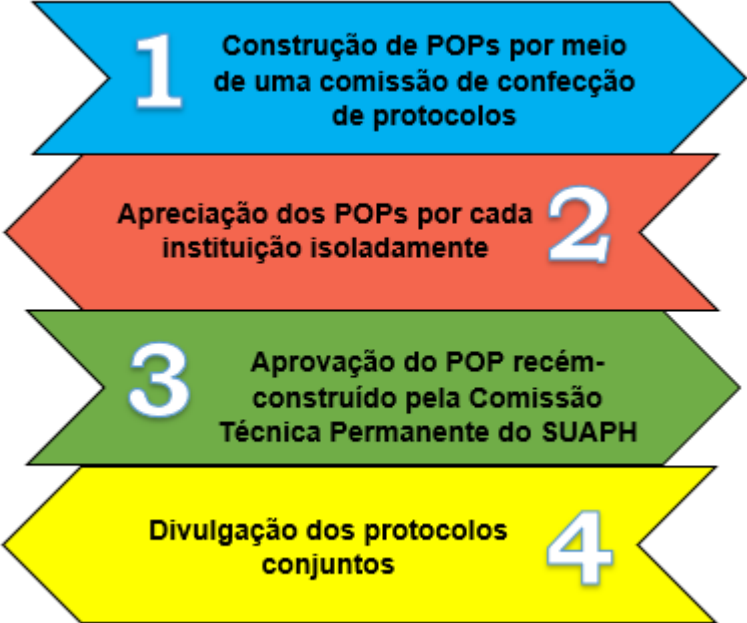
Isto posto, a partir dessa proposta, almeja-se que ela seja apresentada aos setores envolvidos e haja interesse, intenção de aperfeiçoamento e, sobretudo, engajamento para contribuição nas próximas etapas do desenvolvimento do projeto e de sua execução com a finalidade de atingir os objetivos almejados.

Project Model Canvas aplicado ao projeto Atuação Integrada: confecção de protocolos de atuação conjunta



TERMO DE ABERTURA DE PROJETO

Gerente do projeto	Atuação integrada: confecção de protocolos de atuação conjunta no APH
Organização Bombeiro Militar responsável	Grupamento de Atendimento a Emergência Pré-Hospitalar
Responsável por aprovar	Comandante do GAEPH: Ten-Cel. Marcelo Dantas e Diretor do SAMUDF Victor Leonardo Arimatea Queiroz
Gerente do projeto	Cad. Tatiane Aguiar Carneiro
Justificativa	Este projeto surge como produto do trabalho de conclusão do Curso de Formação de Oficiais da Cad./38 Tatiane intitulado “Análise das mudanças decorrentes da unificação do serviço de atendimento pré-hospitalar na atuação do CBMDF”. Conforme a Portaria Conjunta nº 40, promulgada no dia 05 de dezembro de 2018, o serviço assistencial de APH no Distrito Federal é exercido por meio do Serviço Unificado de Atendimento Pré-Hospitalar (SUAPH), com o envolvimento integrado e unificado das instituições CBMDF e SESDF, este por meio do SAMU. No delineamento do SUAPH e no escopo de atribuições das instituições, a Portaria Conjunta estabelece que ambas as partes atuem de maneira integrada em todo o processo do APH, utilizando terminologia comum e protocolos conjuntos de atuação. Em que se pese a previsão legal e a atuação simultânea sobre a mesma atividade, atualmente, CBMDF e SAMU atuam com protocolos e procedimentos próprios de cada instituição. Tal situação acaba por gerar divergências no socorro e, por vezes, conflitos dentro das equipes. Estudos apontam que os protocolos consistem em estratégias fundamentais para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas. Dessa forma, são considerados elementos importantes para a obtenção de qualidade dos serviços e segurança mútua conferida aos profissionais e aos pacientes envolvidos. Isto posto, a cooperação e participação do CBMDF no SUAPH através da atuação por protocolos de ação conjunta permeia o primeiro objetivo do Planejamento Estratégico 2017-2024 da instituição: atender as ocorrências emergenciais nos padrões internacionais. Assim, acredita-se que o trabalho de orientação técnica objetivando uma sistematização doutrinária entre as instituições para manterem protocolos idênticos de atendimento, possibilitará a sedimentação da integração almejada pelo SUAPH.
Objetivo	Confeccionar protocolos de atuação conjunta no APH mediante ação integrada dos núcleos de educação do CBMDF e SAMUDF, de forma, a construir a quantidade de 12 (doze) protocolos conjuntos em um período de 1 (um) ano.
Declaração de escopo	O projeto será estabelecido conforme as etapas a seguir:

	 ETAPA 1: <u>Constituição de uma comissão de confecção de protocolos</u> dirigido conjuntamente pelo Chefe da Seção Técnica de Saúde do GAEPH e pelo Chefe do Núcleo de Educação em Urgências do SAMU, cuja finalidade consistirá na elaboração de protocolos sistemáticos integrados a doutrina de ambas as instituições. Esta comissão será composta por 4 (quatro) membros da seção técnica ou de educação do GAEPH e por 4 (quatro) integrantes do núcleo de educação do SAMU. Os protocolos serão construídos em duplas cuja formação abarácará um representante de cada instituição. Por sua vez, cada dupla disporá de um período de 2 (dois) meses para a confecção dos protocolos conjuntos. Para tal, os chefes se comprometerão a disponibilizar 4 (quatro) horas semanais de cada membro da comissão. ETAPA 2: <u>Apreciação dos protocolos conjuntos construído</u> pelas seções técnicas e de educação de cada instituição. Nesta etapa, isoladamente, cada instituição avaliará o protocolo recém-concebido e levantará considerações e pontos divergentes e/ou incoerentes. Tal fase, terá um período de duração de 1 (um) mês. ETAPA 3: <u>Aprovação dos protocolos de atuação conjunta</u> pela Comissão Técnica Permanente do SUAPH (estabelecida pela Portaria Conjunta nº 40). Nesta etapa, haverá a articulação das divergências e considerações levantadas por ambas as instituições e a construção definitiva de um denominador comum entre elas. ETAPA 4: <u>Divulgação dos protocolos conjuntos</u> nos meios de vinculação de cada instituição.
Não escopo	Neste projeto não há previsão de treinamento ou capacitação da tropa aos novos protocolos pactuados. Esta seria uma questão a ser tratada em outro projeto de atuação conjunta.
Tempo estimado	Período de 1 (um) ano a partir da data de início do projeto.
Premissas	- Parte-se do princípio que o SAMUDF possua interesse na participação/contribuição deste projeto;

	- A nomeação de profissionais das seções técnicas e de educação de ambas as instituições, bem como a liberação mínima de 4hs semanais dos mesmos, deve acontecer para a constituição da comissão de confecção dos protocolos; - Almeja-se que 4 (quatro) protocolos sejam aprovados e divulgados num período de 4 (quatro) meses, totalizando um número de 12 (doze) em 1 (um) ano de projeto.
Custos e fonte de recurso	O planejamento e a implementação das ações propostas dependem apenas da disponibilização de recursos humanos que já integram a Corporação. Os equipamentos/infraestrutura necessários (computadores, internet e fontes de pesquisa) também já estão disponíveis no CBMDF de forma que não há novos custos previstos para a realização.
Restrições	Número de pessoal disponibilizado para a execução do projeto.
Riscos previamente identificados	- Não aderência do SAMUDF ao projeto; - Não cumprimento do cronograma planejado; - Resistência na aderência aos protocolos recém-construídos pelos profissionais do socorro operacional.
Benefícios	- Melhora da qualidade assistencial no APH; - Maior segurança no processo de trabalho aos profissionais de APH; - Redução de conflitos interinstitucionais decorrentes de modos de operação distintos.
Partes interessadas	- Militares socorristas e auxiliares que atuam no APH e profissionais de saúde do SAMU.
Sustentabilidade e continuidade	Os protocolos conjuntos recém-confeccionados devem ser publicados em Boletim Interno para ciência de todos e estar disponível em plataforma online da instituição que facilite o acesso e a divulgação.
Indicadores	Número de protocolos conjuntos aprovados pela Comissão Permanente do SUAPH num período de 1 (um) ano de projeto.
Integrantes e Parcerias	- GAEPH/CBMDF - SAMUDF
Equipe do projeto	- Comandante do GAEPH; - Diretor do SAMUDF; - Chefe do Núcleo de Educação em Urgências do SAMU; - Chefe da Seção Técnica de Saúde do GAEPH; - Membros do Núcleo de Educação em Urgências do SAMU; - Membros da Seção Técnica e/ou de Educação do GAEPH. Obs: Em estágio de composição.