

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Adriana Prestes de Menezes Ferreira

NA CORRIDA CONTRA O TEMPO E NA LUTA PELA VIDA:
o sentido do trabalho e suas implicações na saúde
dos Técnicos de Enfermagem do SAMU/ Porto Velho – RO

Rio de Janeiro
2018

Adriana Prestes de Menezes Ferreira

NA CORRIDA CONTRA O TEMPO E NA LUTA PELA VIDA:
o sentido do trabalho e suas implicações na saúde
dos Técnicos de Enfermagem do SAMU/ Porto Velho – RO

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Educação Profissional
em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ialê Falleiros Braga

Rio de Janeiro
2018

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

F383n

Ferreira, Adriana Prestes de Menezes

Na corrida contra o tempo e na luta pela vida:
o sentido do trabalho e suas implicações na saúde
dos técnicos de enfermagem do SAMU/Porto Velho -
RO / Adriana Prestes de Menezes Ferreira. - Rio
de Janeiro, 2018.

138 f.

Orientador: Ialê Falleiros Braga

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
Rio de Janeiro, 2018.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Educação Técnica em
Enfermagem. 3. Técnico de Enfermagem.
4. Psicodinâmica do Trabalho. 5. Serviços Médicos
de Emergência. I. Braga, Ialê Falleiros.
II. Título.

CDD 613.62

Adriana Prestes de Menezes Ferreira

NA CORRIDA CONTRA O TEMPO E NA LUTA PELA VIDA:
o sentido do trabalho e suas implicações na saúde
dos Técnicos de Enfermagem do SAMU/ Porto Velho – RO

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Educação Profissional
em Saúde.

Aprovado em 30/11/2018

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ialê Falleiros Braga
FIOCRUZ / EPSJV / LATEPS

Profa. Dra. Filippina Chinelli
FIOCRUZ / EPSJV / LATEPS

Profa. Dra. Muza Clara Chaves Velasques
FIOCRUZ / EPSJV / LATEPS

Profa. Dra. Simone Oliveira
FIOCRUZ/ ENSP

Dedico este estudo aos meus pais, Irene e Edizio (in memoriam); a meu marido Danka, minha filha Maiara; as minhas irmãs Ângela e, principalmente, a Andréia que em sua prática profissional na área de Enfermagem contribuiu para que compreendesse ainda mais o sentido do trabalho e o ato de cuidar! A todos, minha eterna GRATIDÃO!

AGRADECIMENTOS

Aminha eterna gratidão a Deus e à Nossa Senhora, que me possibilitaram trilhar o caminho do conhecimento e sempre estiveram ao meu lado, me nutrindo de Fé, Esperança e Coragem!

Ao meu pai (in memoriam) e à minha mãe Irene, que sempre amorosos e sábios despertaram desde cedo nas filhas a importância do conhecimento e do trabalho.

Ao meu marido Danka, pela paciência e carinho, por sempre ter compreendido minhas ausências nesta árdua trajetória formativa.

À minha filha Maiara, que me fez compreender o pleno sentido da vida, uma nova forma de enxergá-la e sempre acreditou em mim.

Às minhas irmãs e parcerias, Ângela e Andréia, que sempre me apoiaram nos desafios.

Agradeço a todos os colegas do CETAS, que me apoiaram nessa caminhada, em especial à Diretora/ CETAS Angelita Mendes (Gel), Rosilda Rodrigues, Debora Cabaleiro, Luiz Bianco e todos os demais colegas da ETSUS, que compartilharam das minhas incertezas, conhecimento e esperança.

À minha amiga e colega de estudo Joelma Rosária, pelo carinho e companhia nessa jornada.

Minha gratidão e profundo respeito à Ialê Falleiros, minha orientadora que com seu jeito sábio, sereno e acolhedor me ajudou na construção desta dissertação e confiou no meu potencial.

À turma RETSUS/ 2016 do Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, pela amizade construída, conhecimento, experiências e momentos compartilhados.

À Coordenação da Pós-Graduação pelo apoio, ao Corpo Docente do curso que compartilhou seus conhecimentos e experiências, bem como a toda Equipe da EPSJV em especial para Patrícia Moço e Michele, sempre atenciosas e acolhedoras.

À Direção do SAMU de Porto Velho e a todos os Técnicos de Enfermagem que participaram deste estudo, me acolheram e me contagiaram com seu compromisso pelo trabalho enfrentando os desafios e dificuldades dessa atividade laboral. Minha admiração e respeito.

A todos que me ajudaram, torceram e rezaram por mim, meus sinceros e respeitosos agradecimentos. Foi lindo!

O organismo do trabalhador não é um “motor humano” [...].

O trabalhador não chega a seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal [...] aspirações, [...] desejos, [...] motivações, [...] necessidades psicológicas, que integram sua história passada [...].

O trabalhador, enfim, em razão de sua história, dispõe [...] daquilo que denominamos estrutura da personalidade.

(Christophe Dejours)

RESUMO

Este estudo visa analisar o sentido do trabalho e suas implicações na saúde dos técnicos de enfermagem que atuam no SAMU, na cidade de Porto Velho/ Rondônia, apresentando como aporte teórico a Psicodinâmica do Trabalho e suas categorias. A metodologia utilizada para a realização da pesquisa é a qualitativa, com a realização de entrevistas individuais semiestruturadas e para a análise de dados adota-se a análise de conteúdo temática. A amostra do estudo conta com a participação inicial de 29 técnicos de enfermagem para o levantamento do perfil sócio-ocupacional e para o aprofundamento das questões temáticas relativas ao trabalho e suas implicações na saúde. Dentre os participantes iniciais, foram selecionados 19 profissionais com maior tempo de experiência no SAMU e de atuação na USB (ambulância). As categorias de análise são: o contexto e o processo de trabalho dos profissionais; as vivências e a relação entre satisfação, sofrimento/ adoecimento dos profissionais e o processo de formação para o trabalho. Os resultados indicam que a organização do trabalho prescrita do SAMU é regida por um conjunto de normas, resoluções e protocolos que, embora estabeleçam formas de condutas quanto ao funcionamento do órgão e atendimento em saúde, apresentam uma lacuna significativa no aspecto prático, visto que a atividade desenvolvida é marcada por situações imprevisíveis, que remetem por vezes à linha fugaz entre a vida e a morte, às dificuldades quanto a organização do serviço (falta de reconhecimento, barreiras na comunicação, ausência de acolhimento das demandas relativas a saúde do trabalhador) e às condições de trabalho (ausência de manutenção dos veículos, baixos salários, escassez de materiais e recursos humanos, sobrecarga de trabalho entre outras situações). Como vivências positivas na instituição destacam-se a satisfação em salvar vidas, as relações sociais da equipe e o conhecimento e aprendizado constantes em relação ao trabalho. Os trabalhadores encontravam-se, no momento da pesquisa, desmotivados em razão das condições de trabalho limitadas, mas percebiam a importância e utilidade social do trabalho realizado. Os resultados sinalizam o entrelaçamento de vivências de prazer e sofrimento no trabalho, bem como identificam indícios de adoecimento mental e físico em alguns trabalhadores. A realização desta pesquisa contribui para conhecer o sentido do trabalho para os profissionais do SAMU e refletir sobre que estratégias podem ser utilizadas para acolher a demanda de saúde física e psicológica desses trabalhadores, de modo a minimizar questões relativas ao sofrimento e a instalação de um processo de adoecimento.

Palavras-chave: SAMU, Psicodinâmica do Trabalho; Sofrimento, Adoecimento, Educação.

ABSTRACT

This study analyzed the meaning of the work and its implications on the health of nursing technicians working at SAMU, in the city of Porto Velho / RO, presenting as theoretical contribution the Psychodynamics of Work and its categories. The methodology used for conducting the research was qualitative, with the execution of individual semi-structured interviews and for the analysis of data was adopted the thematic content analysis. The sample of the study counted on the initial participation of 29 nursing technicians for the survey of the socio-occupational profile and for the deepening of the thematic issues related to the work and its health implications were selected 19 professionals with more time of experience in the SAMU and of USB operation. The categories of analysis were: the context and the work process of the professionals; the experiences and the relationship between satisfaction, suffering / sickness of professionals and the process of training for work. The results indicate that the organization of the prescribed work of the SAMU is governed by a set of norms, resolutions and protocols that although they establish ways of conducting in relation to the functioning of the organ and health care present a significant gap in the practical aspect, since that the activity problems, which sometimes refer to the fleeting line between life and death, difficulties in the organization of the service (lack of recognition, barriers in communication, lack of reception of health worker demands) and working conditions (lack of maintenance of vehicles, low wages, shortage of materials and human resources, work overload among other situations). As positive experiences in the institution were listed, the satisfaction in saving lives, the social relations of the team and the constant knowledge and learning in relation to work. The workers were at the moment of the research unmotivated because of the limited working conditions, but perceived the importance and social utility of the work accomplished. The results indicate the intertwining of experiences of pleasure and suffering at work and identified signs of mental and physical illness in some workers. The accomplishment of this research contributes to know the meaning of the work for the professionals of the SAMU and to reflect on what strategies can be used to meet the physical and psychological health demand of these workers, in order to minimize issues related to the suffering and the installation of a process of illness.

Keywords: SAMU, Work Psychodynamics; Suffering / Adoecimento; Education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Fluxograma	55
-----------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação veículos, tipologia e equipe que os compõe.....	28
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização do perfil (sexo, idade, estado civil, filhos e religião) dos profissionais lotados no SAMU de Porto Velho, Rondônia.....	60
Tabela 2- Caracterização da escolaridade e tempo de serviço dos profissionais lotados no SAMU de Porto Velho, Rondônia.....	62
Tabela 3- Caracterização da remuneração dos profissionais lotados no SAMU de Porto Velho, Rondônia.....	64
Tabela 4- Caracterização dos riscos ocupacionais que mais causam desconforto aos profissionais lotados no SAMU de Porto Velho, Rondônia.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS

ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações
APH	Atendimento Pré-Hospitalar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
BR	Rodovia Federal
CEMETRON	Centro de Medicina Tropical de Rondônia
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CETAS	Centro de Educação Técnico Profissional na Área da Saúde
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CRE	Centro de Referência em Especialidades
CRM	Central de Regulação Médica
CRST	Centro Referência em Saúde do Trabalhador
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
EFMM	Estrada de Ferro Madeira Mamoré
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESB	Estratégia Saúde Bucal
ETSUS	Escola Técnica do Sistema Único de Saúde
FN - SUS	Força Nacional - Sistema Único de Saúde
GM/MS	Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde
HICD	Hospital Infantil Cosme Damião
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
I CNST	I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
II CNST	II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NEU	Núcleo de Educação em Urgências
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RO	Rádio Operador
RO	Rondônia
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBS	Suporte Básico de Vida
SEMUSA	Secretaria Municipal de Saúde
SOS	Expressão que significa socorro, alerta

SUS	Sistema Único de Saúde
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador
TARM	Técnico Auxiliar de Regulação Médica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UHE	Usina Hidrelétrica
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 O MUNDO DO TRABALHO E SUAS TRANSFORMAÇÕES	19
2.1 O TRABALHO EM SAÚDE	21
2.2 A SAÚDE DO TRABALHADOR NO CONTEXTO DO SUS	23
2.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA ÁREA DE URGÊNCIA	25
2.3.1O SAMU: Criação e caracterização do trabalho	27
3A PSICODINÂMICA DO TRABALHO E O TRABALHO EM SAÚDE	34
3.1 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	36
3.2 A MOBILIZAÇÃO SUBJETIVA	40
3.3AS VIVÊNCIAS DE SOFRIMENTO E PRAZER NO CONTEXTO DO TRABALHO ..	43
4 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	48
4.1 AS CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	50
4.2 O CENÁRIO DO CAMPO DA PESQUISA.....	51
4.2.1 Um breve histórico da Cidade de Porto Velho	51
4.2.2 Os aspectos geográfico, populacional e organização da saúde	52
4.2.3 Um breve histórico do Serviço SOS Saúde na Cidade de Porto Velho.....	53
4.2.4 O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) na cidade de Porto Velho	54
4.3 O TRABALHO DE CAMPO	56
4.3.1 Os Instrumentais utilizados na coleta dos dados	57
4.4 O CONTATO COM OS ENTREVISTADOS	58
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	60
5.1 CATEGORIA TEMÁTICA 1 – PERFIL SÓCIO-OCUPACIONAL	60
5.2 CATEGORIA TEMÁTICA 2 – CONTEXTO E PROCESSO DE TRABALHO	66
5.3 CATEGORIA TEMÁTICA 3 – VIVÊNCIAS E RELAÇÃO ENTRE SATISFAÇÃO, SOFRIMENTO E ADOECIMENTO	78
5.4 CATEGORIA TEMÁTICA 4 – PROCESSO DE FORMAÇÃO/CAPACITAÇÃO PARA O TRABALHO (CONTEXTO EDUCATIVO)	99
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
REFERÊNCIAS	114
APÊNDICE A - FORMULÁRIO	128

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)133

APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL.....134

**ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA ESCOLA
POLITÉCNICA EM SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV).....135**

1 INTRODUÇÃO

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde promoveu uma grande mobilização social, demonstrando os anseios da sociedade por mudanças profundas no sistema de saúde brasileiro, no sentido de garantir o acesso universal e a democracia (DIAS, 2016).

Com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal de 1988, uma nova forma de pensar e de planejar a saúde foi adotada pelos gestores, trabalhadores e usuários, buscando estruturar, desenvolver e produzir serviços, bem como a assistência em saúde, com base nos princípios da universalidade de acesso, da integralidade da atenção à saúde, da equidade, da participação da comunidade, da autonomia das pessoas e da descentralização (MACHADO, 2006).

Nesse contexto, o conceito de saúde enquanto expressão de cidadania adquiriu uma dimensão integral, englobando desde o acesso à terra, à habitação, à alimentação, à educação, ao lazer, ao transporte até à rede de serviços de saúde. A saúde passou a ser considerada direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas voltadas para a redução do risco de doença e de outros agravos e para o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (DIAS, 2016).

Quanto à organização dos serviços de saúde, o SUS se estruturou, a partir dos anos 1990, em três grandes conjuntos de ações: a atenção básica, que compreende o programa de agentes comunitários de saúde, a estratégia saúde da família e as unidades básicas e ambulatoriais hospitalares; a média complexidade, que é constituída por unidades ambulatoriais e hospitalares especializadas públicas e privadas; e as redes de “alta complexidade de referência nacional em várias especialidades médicas (cardiologia, neurologia, oncologia, nefrologia, oftalmologia, entre outras)” (OUVERNEY; NORONHA, 2013, p.162). Esta última caracterizada principalmente pela alta tecnologia e custo, visando proporcionar à população o acesso a serviços qualificados (GÖTTEMS; PIRES, 2009).

A área de Urgência e Emergência se insere no componente de média complexidade e vem se constituindo como uma importante estratégia na assistência à saúde, como resposta às crescentes demandas e “desafios impostos pelo processo de transição demográfica e epidemiológica vivenciados no Brasil” (LUZ; JUNGER; CAVALINI, 2010, p. 452), com predominância de morbidades decorrentes de acidentes, violência, doenças cardiovasculares e outros fatores da vida moderna presentes no país. Esse cenário é corroborado por Minayo

(2009), ao identificar que no Brasil, na década de 1990, mais de um milhão de pessoas morreram vítimas de violência e acidentes: cerca de 400 mil por homicídios, 310 mil em acidentes de trânsito e 65 mil por suicídios; sendo o restante distribuído entre outras causas de acidentes, com destaque para os afogamentos, que podem ocultar atos suicidas.

Nessa conjuntura, em 2003, foi criada a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), visando atender melhor a grande demanda das urgências em saúde, bem como, normatizar e organizar os serviços de atendimento à população (ORTIGA, 2014).

Lancini, Prevé e Bernardini (2013) destacam que a PNAU regulamenta a organização das redes assistenciais e a prestação de atendimento humanizado à população em situação de risco, sendo organizada e subdividida pelos seguintes componentes: central de regulação; componente pré-hospitalar (composto pelas Unidades Básicas de Saúde, Centros de Especialidades, Unidades de Pronto-Atendimento); o componente pré-hospitalar móvel (constituído pelo Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) e pelos serviços associados de salvamento e de resgate); o componente hospitalar que inclui as emergências e os leitos de internação especializados; e o componente pós-hospitalar, composto pela atenção domiciliar e pelos hospitais-dia (BRASIL, 2003).

No que se refere ao componente pré-hospitalar, o SAMU figura como um importante aliado na atenção às urgências, uma vez que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde, seja de natureza clínica, cirúrgica, traumática ou psiquiátrica, que possa levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário um atendimento qualificado e rápido e/ou o transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS (BRASIL, 2003). Outro ponto significativo diz respeito à necessidade do “serviço de assistência móvel contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, devidamente regulada, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional” (BRASIL, 2002b, p. 15).

Para Ortiga (2014), o SAMU diminui o tempo de chegada dos usuários com risco iminente de morte e/ou com condições extremamente delicadas aos serviços de referência, prestando um atendimento qualificado ao usuário, aumentando sua sobrevivência, minimizando as sequelas pela falta de atendimento precoce e reduzindo o tempo de internação hospitalar.

Verifica-se, nesse segmento, que os serviços de urgência e emergência, mais notadamente a Assistência Pré-Hospitalar (APH), já são considerados como constituidores de uma área de atenção à saúde diferenciada, uma vez que tem que lidar com situações

imprevisíveis e inesperadas, sem rotina, cujo atendimento prestado deve ser realizado com agilidade, qualidade e eficiência, devido à linha fugaz, frágil entre a vida e a morte do usuário.

Diante da dinâmica do processo de trabalho em saúde, De Oliveira, Dos Santos e Dos Santos (2013) ressaltam que, especialmente, os profissionais de enfermagem que atuam no serviço de atendimento pré-hospitalar estão expostos a diversos riscos de natureza física, biológica, química e psicossocial. Para Worm et al. (2016), esses riscos englobam desde o ambiente hospitalar, as clínicas, o domicílio até o atendimento móvel.

Os estudos realizados por Pinto e Silva (2016) evidenciam que alguns setores como emergências e Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) predispõem os trabalhadores a mais estresse e desgaste, principalmente, os profissionais de nível médio, em razão da maior exposição à sobrecarga física, à fragmentação das tarefas e à rigidez da organização hierárquica. As autoras acrescentam que nem sempre o sofrimento é resultado do desgaste físico, mas pode ser resultado, também, das transformações do mundo do trabalho, seja pelas novas tecnologias, seja por novas formas de organização do trabalho.

Desse modo, nos atendimentos em situações de urgências e emergências, o aparato tecnológico necessário para a manutenção da vida e estabilização do paciente pode ser “gerador de estresse junto à equipe de profissionais de saúde, produzindo ansiedade, sofrimento, uma vez que requer desses profissionais, o domínio do componente tecnológico, além da agilidade e raciocínio rápido” (WORM et al., 2016, p. 1289).

A perspectiva da morte também é uma realidade constante na APH, com a qual os profissionais do SAMU precisam lidar em maior ou menor grau nos atendimentos diários que realizam, os quais por sua vez podem gerar sentimentos de insegurança, medo, ansiedade e sensação de impotência. Essa instabilidade psicológica, para Silva et al. (2013), pode desencadear nos profissionais sintomas como estresse, depressão, ansiedade, fobias, abuso de álcool e drogas e transtornos mais severos.

Na pesquisa desenvolvida por Brito et al. (2012) sobre *A saúde dos trabalhadores da saúde: foco, abordagens e estratégias de pesquisa*, a análise desenvolvida sobre os estudos na área de urgência e emergência revela o quanto os profissionais da saúde, principalmente da área de enfermagem, estão expostos à precarização do trabalho, ao desgaste e ao limite físico, emocional e psíquico.

O trabalho desenvolvido pelo SAMU denota o quão desafiadora se configura a rotina dos profissionais que atuam nesse segmento. Essa atividade laboral, marcada por uma corrida contra o tempo e a luta pela vida, imprime nos trabalhadores sentimentos geradores de

estresse, denunciando, por vezes, a sobrecarga de trabalho físico, mental e psíquico a que estão submetidos, bem como o contexto das condições de trabalho e o equilíbrio na tomada de decisões nos atendimentos prestados.

Este estudo possibilitou conhecer o trabalho desenvolvido pelo SAMU do município de Porto Velho, no estado de Rondônia, e como os técnicos de enfermagem compreendem o significado do trabalho e as situações de sofrimento e adoecimento que vivenciam, uma vez que a variedade de circunstâncias que perpassam a subjetividade do profissional e da equipe abrange desde as contradições impostas pelo ambiente, a intensa experimentação dos conhecimentos teóricos, habilidades técnicas e, principalmente, a diversidade de emoções que os arrebatam em sua prática cotidiana (medo, ansiedade, angústia, impotência, excitação, frustração, alegria, satisfação, entre outras).

Como eixos norteadores da pesquisa, foram considerados os seguintes questionamentos:

- Os Técnicos de Enfermagem, que atuam no atendimento pré-hospitalar móvel, conseguem reconhecer ou não os riscos a que estão expostos no seu cotidiano de trabalho?
- Quais as principais causas de sofrimento e adoecimento desses trabalhadores de enfermagem?
- Nas ações educativas desenvolvidas pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP)-SAMU, existem iniciativas que visem prevenir os impactos das situações de estresse e desgaste físico e emocional vivenciado pelos profissionais?

Na busca por respostas para essas questões e utilizando como referencial a Psicodinâmica do Trabalho, pôde-se conhecer a realidade vivenciada por esses trabalhadores, compreender quais fatores suscitam situações de sofrimento e/ou adoecimento, bem como as fragilidades e limitações do processo educativo como ferramenta de transformação e prevenção das dificuldades do cotidiano.

O objetivo geral deste estudo visa analisar a percepção dos Técnicos de Enfermagem sobre o trabalho que realizam no SAMU, suas implicações na saúde, sofrimento e/ou adoecimento, assim como o seu processo de formação. Estabelecemos como objetivos específicos:

- Levantar o perfil sócio-ocupacional dos Técnicos de Enfermagem que atuam no SAMU na Cidade de Porto Velho;

- Compreender a percepção desses profissionais sobre o trabalho que desempenham as situações desencadeadoras de sofrimento e os tipos de sintomas relativos ao adoecimento;
- Identificar junto aos trabalhadores/SAMU se, no processo de capacitação, há iniciativas que visem prevenir os impactos das situações de estresse e desgaste físico e emocional vivenciado pelos profissionais e quais temas/assuntos ou outras ações poderiam contribuir nesse processo.

O interesse pelo estudo surgiu em parte da experiência profissional da mestranda, no trabalho em saúde, atuando inicialmente na Policlínica Oswaldo Cruz, Centro de Referência em Especialidades (CRE) de Rondônia, no Setor de Humanização e, posteriormente, na Escola Técnica do SUS (ETSUS), denominada Centro de Educação Técnico Profissional na Área da Saúde (CETAS), como Psicóloga e docente nos Cursos Técnicos e Qualificações. Em ambos os setores, teve oportunidade de trabalhar com profissionais de várias formações e em maior número junto aos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, o que possibilitou conhecer a dinâmica e rotina de trabalho desenvolvido por esses profissionais.

Atuando no CRE, a pesquisadora foi lotada no Setor de Humanização e desenvolvia atividades que fomentavam a valorização do trabalhador e melhoria da atenção aos usuários e serviços de saúde, assinalando sempre a possibilidade da construção de relações mais harmoniosas entre usuários e trabalhadores.

Nesse período, conheceu de perto a realidade vivenciada pelos profissionais dessa área, que já relatavam queixas sobre o processo de trabalho, principalmente relacionadas às condições insalubres existentes na instituição, as dificuldades de relacionamentos interpessoais entre a equipe e superiores, as hierarquizações rígidas, a limitação em oferecer aos usuários acesso aos serviços, devido ao reduzido número de atendimentos por especialidades, o que muitas vezes resultava em descontentamento, nervosismo e conduta agressiva por parte dos usuários junto aos trabalhadores da enfermagem.

Na ETSUS, como docente de cursos técnicos e qualificações, o contato com esses trabalhadores, oriundos de diferentes instituições de saúde, foi mais uma vez significativo. Seus relatos nas discussões em sala sobre os problemas enfrentados na execução dos serviços, suas alegrias e desventuras acenavam não mais as fragilidades do SUS, mas um cenário de queixas, desgastes, sofrimento e adoecimento físico e psicológico. Outro ponto decisivo na escolha da pesquisa foi a proximidade de um familiar e sua atuação no SAMU, que instigou mais ainda a curiosidade da pesquisadora em descobrir como os profissionais de Enfermagem,

principalmente os Técnicos, vivenciam uma rotina imprevisível e complexa na área da urgência.

Desse modo, o SAMU, responsável pela assistência pré-hospitalar móvel em saúde, no âmbito da urgência e emergência, foi selecionado como campo da pesquisa, buscando compreender como os técnicos de enfermagem percebem e lidam com as exigências próprias do serviço, as condições limitadas na prestação dos atendimentos e com os casos inesperados, travando, por vezes, uma corrida contra o tempo e uma luta pela vida.

Este estudo exploratório descritivo utiliza a abordagem qualitativa, buscando conhecer as características e situações vivenciadas no contexto do trabalho dos técnicos de enfermagem do SAMU, e para tratamento dos dados, adota-se a análise de conteúdo baseada em Bardin (2010).

A dissertação está estruturada em seis capítulos. O primeiro apresenta a contextualização, os objetivos e a justificativa em relação ao objeto de estudo da pesquisa.

O segundo capítulo resgata o conceito de trabalho e suas transformações no mundo, além disso, caracteriza-se o trabalho em saúde, destacando a importância do trabalho humano e suas dimensões, a inserção de novas tecnologias na saúde e a desvalorização da força de trabalho nessa área. Também se discorre sobre a saúde do trabalhador no contexto do SUS. Para melhor compreensão dos aspectos relativos à área de urgência, contextualiza-se as prescrições das portarias, decretos e a dinâmica do trabalho desenvolvido pelo SAMU.

No terceiro são apresentados e aprofundados os conceitos dentro da Psicodinâmica do Trabalho, partindo das considerações de Christopher Dejours sobre o sentido do trabalho e os aspectos relativos ao prazer e ao sofrimento envolvidos nessa atividade.

O quarto aponta o percurso metodológico, delineando o processo de construção da pesquisa, a definição da amostra e a estratégia para a coleta de dados. No quinto, realiza-se a análise de conteúdo temática sobre a compreensão do processo de trabalho, de formação e sua relação com o sofrimento e/ ou adoecimento à luz do aporte teórico da Psicodinâmica do Trabalho.

Por fim, são realizadas as considerações acerca da compreensão dos técnicos de enfermagem do SAMU sinalizando as dificuldades vivenciadas e o desafio de buscar articular saúde, trabalho e educação visando minimizar os impactos negativos do trabalho junto aos profissionais da saúde.

2 O MUNDO DO TRABALHO E SUAS TRANSFORMAÇÕES

Trabalho é um termo derivado do latim e se refere a um instrumento utilizado pelos agricultores para esfiapar e rasgar milho, trigo e linho. Entretanto, a maioria dos dicionários registra o termo *tripalium* como instrumento de tortura (ALBORNOZ, 1994). Na idade média, o trabalho esteve inicialmente associado ao castigo e, posteriormente, à servidão; já no capitalismo, do século XIV, o trabalho passa a ser considerado como uma virtude (DIAS, 2016).

No livro *O Capital*, escrito na segunda metade do século XIX, Marx caracteriza o trabalho baseado em sua função social, define a capacidade ou força para o trabalho, como um processo em que “o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza” (MARX, 2008, p.218), que somada aos meios de produção, cria valores de uso, apropriando-se dos elementos naturais com o objetivo de desenvolver um produto ou serviço para atender as necessidades humanas.

Para o autor, esse processo de transformação de uma parte da natureza produz valores de uso, sem a finalidade de acumular riquezas, caracterizando o trabalho nesse sentido como qualificador, propiciando o exercício da criação, da reflexão e da autorrealização. Entretanto, sob a ótica do capitalismo, o processo de trabalho se baseia na produção de valor de troca, que visa à acumulação de riquezas por meio da produção do trabalho excedente, garantida pela propriedade dos meios de produção e da força de trabalho (MARX, 2008; KUENZER, 2004).

Sob o viés de produção capitalista, o trabalhador vivencia um processo de fragmentação e desqualificação de sua atividade, fazendo-o perder o controle de suas decisões e do seu trabalho. Ele é impelido a ultrapassar sua subjetividade, através da objetivação, condição necessária de humanização e ao mesmo tempo, de negação dessa humanidade, em razão do caráter explorador resultante da produção de valor para o capital.

Nesse sentido, embora continue sendo um ser consciente ativo, o trabalhador não pode exercitar de forma plena, sua capacidade criadora, sua consciência crítica e transformadora (KUENZER, 2004), ou seja, o trabalhador se insere num mundo de objetos humanizados, em que o homem não se reconhece nesse processo, que se opõe contra ele e o domina. Esta práxis determina não só uma relação alienante entre o trabalhador e seu produto, mas também entre o trabalhador e os outros homens. Assim, a desqualificação do trabalhador ocorre em virtude da divisão do trabalho, que separa capital e trabalho, trabalho intelectual e trabalho instrumental, dirigente e trabalhador (MARX, 2008; KUENZER, 2004).

De acordo com Júnior (2009), Marx destaca o trabalho como condição essencial para a vida humana, que além de responder como atividade, possibilita ainda a apropriação de sua capacidade imaginativa, como ser humano evoluído da natureza, sendo também responsável pela produção de outras dimensões da vida do homem, “as necessidades de sua vida intelectual, cultural, social estética, simbólica, lúdica e afetiva” (JÚNIOR, 2009, p.291), não se reduzindo a um simples trabalho.

Nessa perspectiva, Braga et al. (2016) salientam que, para Marx, o trabalhador deve ter assegurada sua possibilidade concreta de desenvolver sua capacidade de pensar, de interpretar, de criar para além das relações capitalistas e do trabalho, devendo seu foco estar alicerçado na práxis da vida social e no processo de construção de uma postura crítico-protagonista, transformadora, em contraposição a uma postura de subordinação dessas relações.

Na observação da sociedade capitalista de sua época, que corresponde às três primeiras décadas do século XX, Gramsci (2001) destaca que em virtude de novas determinações históricas, a principal estratégia e forma de alcançar esse pensamento crítico emancipatório da classe trabalhadora reside no processo de formação política e intelectual.

Vale destacar que nas últimas décadas do século XX, o capitalismo vivenciou uma complexa e profunda crise nas esferas sociais, políticas, econômicas e ideológicas em todo o mundo (ANTUNES, 2000). O regime de acumulação flexível resultou em profundas modificações no âmbito econômico, social e político, apresentando um impacto direto no mundo do trabalho e no processo produtivo, com intensa competitividade e flexibilidade dos processos, dos mercados de trabalho, dos produtos e dos padrões de consumo.

O mundo vivenciou uma desestruturação da capacidade de organização de sua força de trabalho, elevaram-se os contingentes de desempregados, os direitos sociais foram suprimidos, a competitividade acirrada desencadeou uma conduta individualista, os ganhos foram modestos com base nos salários reais, o poder sindical retrocedeu e a sociedade aderiu um novo papel, a de sociedade do consumo, mobilizada principalmente pela indução de necessidades e a mercadificação de formas culturais (HARVEY, 2002).

Kuenzer (2007) pontua que, com base no fundamento desse novo tipo de trabalho, a fragmentação, a separação entre trabalho instrumental e intelectual, a organização em linha e o foco na ocupação, tornaram mais presente e real a dualidade estrutural no processo educativo, uma vez que por meio da oferta de escolas se diferenciava a classe social que se propunha formar: trabalhadores ou burgueses. A autora ainda salienta que esse novo tipo e

essa forma de organização do trabalho demandavam um novo tipo de homem, capaz de ajustar-se aos novos métodos de produção, adequados a automação, cujo conhecimento das ciências e tecnologias gerado por ela justificava a produção e distribuição desigual dos conhecimentos científicos e práticos, contribuindo assim para manter a alienação, tanto da produção e do consumo, quanto da cultura e do poder.

O desemprego estrutural, as condições de trabalho precárias e a degradação da natureza são consequências brutais dessa crise, em que impera uma visão capitalista neoliberal, prevalecendo um processo de produção maior e com menor número de frentes de trabalho, tornando o trabalho fator de inclusão para uns e exclusão e marginalidade para outros (BRAGA et al., 2016).

O trabalho, portanto, assume e guarda uma relação dialética, visto que ele é concebido em suas características mais gerais, independentemente do modo de produção de mercadorias ou a partir das formas históricas do desenvolvimento das forças produtivas, representa ao mesmo tempo uma dupla face: qualificador, prazeroso e, concomitantemente, explorador, desqualificador e fonte de sofrimento (KUENZER, 2004).

2.1 O TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho em saúde se estrutura mediante uma intensa interação social que incorpora um conjunto complexo de necessidades, tendo como protagonistas os trabalhadores da saúde e os usuários dos serviços. Embora os avanços técnico-científicos sejam importantes para o processo, o trabalho humano continua sendo essencial para a realização das ações de saúde (SOUZA, 2016).

O trabalho em saúde é um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade (PIRES, 1999, p. 29).

Desse modo, a prestação do serviço na área da saúde está fundada numa relação interpessoal, de tal modo que o usuário é parte integrante do processo, em que uma doença ao ser debelada transforma suas condições de saúde, capacidade de ação e qualidade de vida (ZARIFIAN, 2001).

O trabalho nessa área é uma atividade complexa que mantém de forma intensa e crescente a força de trabalho e requer significativo conhecimento e especialização, sendo sua

organização e processo permeados pelo uso de novas tecnologias, espaços e ambientes que exigem diferentes maneiras de interação com os usuários. Cabe salientar que o trabalho em saúde apresenta aspectos contraditórios, pois mesmo sendo a assistência em saúde determinada pelo trabalho humano, presencia-se uma desvalorização do trabalho e do trabalhador (SOUZA, 2016).

Amaral (2008) alerta que quanto mais tecnologia é incorporada no trabalho em saúde, com equipamentos sofisticados que atendam a lógica do capital, da maximização da lucratividade, mais desvalorizado fica o trabalho humano, da escuta, do atendimento personalizado. Outro aspecto que deve ser destacado está diretamente relacionado às novas exigências de qualificação e aperfeiçoamento dos trabalhadores de saúde, em razão da sofisticação e dos avanços dos procedimentos terapêuticos (SILVA, 2006).

A desvalorização também se evidencia na desregulamentação do trabalho e dos serviços, que se expressa por meio de problemas como desestruturação no planejamento das ações de saúde, na descontinuidade dos programas assistenciais, na intensificação da jornada de trabalho pela adoção dos múltiplos vínculos, baixas remunerações, rotatividade ou inadequação de pessoal e as precárias condições de trabalho, que comprometem uma intervenção qualificada e põem em risco a vida dos usuários (SOUZA, 2016).

A autora acrescenta que a precarização do trabalho em saúde se estrutura, de um lado, pelas características próprias do trabalho em saúde, com a fragmentação, a heterogeneidade e a rotina diária no contato com a dor, o sofrimento e a morte; e por outro lado, pelas novas formas de gestão do trabalho, pela flexibilização e pela desregulamentação dos processos, das relações e da organização do trabalho (SOUZA, 2016).

Na área de urgência e emergência, esse trabalho assume uma dimensão mais complexa, no que se refere ao processo formativo, à dinâmica e à organização dos processos de trabalho, à articulação de diferentes saberes, conhecimentos, tecnologias e também na subjetividade dos trabalhadores (MESQUISTA, 2018). Os profissionais que trabalham no atendimento pré-hospitalar móvel/SAMU se deparam com situações geradoras de estresse como a morte, catástrofes e acidentes graves, podendo resultar em acidentes ou agravos a sua própria saúde, envolvendo alterações emocionais, físicas e mentais que podem reduzir sua capacidade funcional e produtiva e sua qualidade de vida (EL HETTI et al., 2013).

2.2 A SAÚDE DO TRABALHADOR NO CONTEXTO DO SUS

As atuais ações de saúde voltadas ao trabalhador têm as suas raízes no processo histórico das lutas sociais deflagradas no Brasil a partir de 1970, contudo, apenas na década de 1980 com a redemocratização do Estado brasileiro se observa a adoção de uma postura política mais incisiva em relação aos acidentes decorrentes do trabalho (LOURENÇO; BERTANI, 2007).

Lacaz (1996) ressalta que a década de 1980 representa para a saúde do trabalhador um marco histórico. Para o autor, a saúde do trabalhador passa a ter como premissa a participação dos trabalhadores na avaliação e no controle dos acidentes de trabalho e não se limita apenas a identificação dos riscos ocupacionais e de seus agentes causadores (biológicos, ergonômicos, químicos, físicos e mecânicos), mas compreende ainda o processo produtivo como desencadeador do sofrimento físico e mental.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, contribuiu para essas transformações, seguida pela I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (I CNST) e, em 1988, com a aprovação e promulgação da Constituição Federal (LOURENÇO; BERTANI, 2007). A Constituição estabeleceu os parâmetros legais para a regulamentação do campo da saúde do trabalhador no SUS, estabelecendo por meio do artigo 200, a ampliação do atendimento do SUS na execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador e na proteção dos ambientes de trabalho (BRASIL, 1988).

Na década seguinte, leis e portarias foram criadas visando garantir a efetivação do SUS e seus princípios básicos. Com a realização da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (II CNST), em 1994, foi amplamente debatida e reafirmada a responsabilidade do SUS em relação aos acidentes de trabalho, à descentralização de ações voltadas para a saúde do trabalhador nos municípios, entre outras (LOURENÇO; BERTANI, 2007).

Os avanços vivenciados com a Constituição Federal e outras legislações, que garantiram a saúde e a segurança no trabalho, esbarraram nas transformações ocorridas no mundo do trabalho a partir da década de 1990 (LOURENÇO; BERTANI, 2007). O regime de reestruturação produtiva e políticas macroeconômicas inibiram o dinamismo da economia e repercutiram na esfera do trabalho, resultando num aumento do desemprego, acentuando a pobreza e conduzindo a um desajuste nas relações de trabalho, diante das estratégias de flexibilização dos direitos sociais e trabalhistas (SOUZA, 2016).

Naquele período, pouco a pouco, avançava-se e novos desafios surgiam na área da saúde do trabalhador. A instituição da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) em âmbito nacional se fortaleceu e tornou-se proativa e decisiva no planejamento de uma política voltada para a área. Uma dessas ações foi à elaboração da Instrução Normativa da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no SUS. Os autores ressaltam que essa área vivenciou um progresso significativo, entretanto, até hoje, 19 anos depois de sua promulgação, não é adotada como um instrumento normativo-metodológico de ação cotidiana das práticas dos CEREST (GOMES; VASCONCELOS; MACHADO, 2018).

Outra ação que merece destaque diz respeito à Lei Orgânica da Saúde 8080/1990 (BRASIL, 1990), em seu artigo 6º, parágrafo 3º, inciso VII, que delegou naquele momento ao SUS a revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho. Já a Portaria 1339/1999 sinalizou um avanço para novas práticas e políticas no campo da saúde do trabalhador (BRASIL, 1999). Outro fato positivo foi a adoção desse documento pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, que regulamentou o conceito de doença profissional e de doença adquirida em razão das condições de trabalho (DIAS, 2001).

Gomes, Vasconcelos e Machado (2018) tecem uma crítica a essa conquista, uma vez que, passados 17 anos, ainda não foi adotada como prática contínua a revisão anual desse documento, tendo em vista que o dispositivo legal determina que a análise deva ser realizada de forma periódica. Os autores consideram ainda que o processo de reestruturação produtiva em franca expansão e a utilização de novas tecnologias desencadeiam novos tipos de doenças que não estão contempladas na listagem em vigor.

De qualquer forma, é importante ressaltar que o processo de mobilização e participação política de trabalhadores e outros atores sociais naquele momento histórico foram essenciais para a implantação concreta pelo Ministério da Saúde dessa nova área de conhecimento e atuação voltada para a saúde e ao trabalho.

Com a publicação da Portaria 1679/2002 (BRASIL, 2002a), foi instituída a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS (RENAST), e com a Portaria 656/2002, foram estabelecidas as diretrizes de implantação e cadastramento em âmbito regional dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST).

Lourenço e Bertani (2007) salientam que, embora o campo da saúde do trabalhador tenha sido regulamentado no âmbito jurídico e construído com a participação de vários atores políticos e sociais, novas condutas e práticas não foram adotadas para além da esfera médica, salvo algumas ações focais.

[...] os serviços de saúde já prestam atendimentos aos agravos, sendo necessário buscar as suas causas e nelas intervir, ou seja, transcender as ações curativas para as de prevenção, promoção e vigilância em saúde do trabalhador (LOURENÇO; BERTANI, 2007, p. 123).

As reflexões de Minayo-Gomes e Lacaz (2005), sobre a saúde do trabalhador no SUS, complementam a dos autores acima, pois apontam para a necessidade de compreender as condições de trabalho na saúde, com o foco voltado não apenas para a esfera dos acidentes nos ambientes de trabalho, mas principalmente para seus reflexos, do ponto de vista da saúde, e implicações em outras áreas produtivas e na prestação de serviços. Eles, entretanto, enfatizam que, desde as primeiras experiências, no decorrer de 20 anos, esse modelo surtiu pouca visibilidade frente ao complexo modo de produção e seus efeitos na saúde dos trabalhadores. Consideram pertinente o avanço das ações direcionadas à saúde do trabalhador na esfera do SUS, contudo, criticam a falta de êxito quanto à articulação com a atenção básica e o conhecimento técnico a ser oferecido pelos CEREST.

Outro fato a ser considerado, pontuado por Vasconcelos e Aguiar (2017), refere-se às contradições existentes no processo de gestão do SUS, em todas as esferas federativas. Os autores são incisivos ao salientarem as lacunas existentes entre as atribuições previstas na Lei nº 8.080/90 relacionadas à saúde do trabalhador e a implementação de ações efetivas no SUS. Ressaltam que:

Se as esferas decisórias de gestão do SUS exigem apenas a notificação de agravos relacionados ao trabalho, sem exigências de intervenção sobre suas causas, fica inviabilizado o controle e prevenção desses agravos, perpetuando o ciclo de doenças e mortes dos trabalhadores brasileiros (VASCONCELOS; AGUIAR, 2017, p. 615).

Os autores indicam que há necessidade de ações mais organizadas, articuladas e concretas nessa área e não apenas um conjunto de planos e cartas de intenções que são insuficientes para investir na melhoria de condições dignas de trabalho e, principalmente, na saúde dos trabalhadores (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

2.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA ÁREA DE URGÊNCIA

As publicações das Portarias GM/MS nº 2.923/ 1998 – que institui a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências – e nº 737/2001 – que versa sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por

Acidentes e Violências –, propuseram as primeiras iniciativas efetivas para uma nova forma de assistência em saúde, com foco para os atendimentos na área de urgência.

Essas ações do poder público possibilitaram a atuação e ampliação da assistência em saúde em situações de urgências em diversos espaços, nos casos de acidentes, como também em relação ao fenômeno da violência, considerado um problema de saúde pública com grande magnitude, resultando em forte impacto na morbidade e na mortalidade da população (BRASIL, 2001, p. 2).

Nesse contexto, Dolor (2008) assinala que o elevado número de acidentes e outros agravos à saúde que ocorriam de maneira geral, fora do âmbito hospitalar, demonstravam a necessidade de investimentos por parte do Estado na estruturação de um serviço de APH, visando garantir o suporte dos serviços de saúde, por meio da ação e resposta ágil de profissionais qualificados dentro de um determinado contexto (sinistro), com a finalidade de ofertar à população um atendimento direcionado a cada demanda.

Com a formulação da Portaria nº 2.048/2002, foi regulamentado o funcionamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência, compreendendo a implantação e a ordenação de serviços no âmbito hospitalar, pré-hospitalar móvel/SAMU, pós-hospitalar, transporte inter-hospitalar e a criação de núcleos de educação em urgência. Posteriormente, com a Portaria GM/MS nº 1.863/2003, foi criada a PNAU, que representou avanços significativos, entre eles, a ênfase ao caráter da regionalização, a reafirmação da importância da organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências, contemplando todos os serviços no âmbito hospitalar, o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), suas centrais de regulação (CR) e o processo de capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, de acordo com as diretrizes do SUS e princípios de humanização alicerçada nos polos de educação permanente em saúde (BRASIL, 2003).

Recentemente, a Portaria GM/MS nº 1.600/2011 reformulou a PNAU e instituiu a Rede de Urgência e Emergência (RUE) e a criação da Força Nacional de Saúde (FN-SUS). O artigo 7º também foi reformulado, com a finalidade de esclarecer o objetivo do SAMU e de suas CR:

Art. 7º. O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências têm como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

Parágrafo único. O Componente de que trata o caput deste artigo pode se referir a atendimento primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas que necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento (BRASIL, 2011, p.05).

2.3.1O SAMU: Criação e caracterização do trabalho

O SAMU, lócus de estudo desta pesquisa, foi criado pelo Decreto nº 5.055/2004, objetivando a implementação de ações voltadas para a um maior grau de eficácia e efetividade na prestação de serviço móvel de atendimento à saúde na área de emergência e urgência.

A assistência pré-hospitalar móvel/SAMU compreende um conjunto de procedimentos, condutas técnicas e intervenções voltadas para a vítima de enfermidade ou acidente, no local do acidente, com o objetivo de estabilizar o estado de saúde do usuário e realizar o transporte seguro e rápido ao serviço de referência para a continuidade da assistência em saúde (CRIVELARO, 2011).

Para realização das condutas técnicas, são utilizados protocolos nacionais de intervenção denominados: suporte básico de vida (SBV) e suporte avançado de vida (SAV) (SANCHES; DUARTE; PONTES, 2009; BRASIL, 2016). Ortega (2014) assinala que os protocolos de trabalho pré-estabelecidos são utilizados internacionalmente, compreendendo normas e rotinas, abrangendo ainda leis e portarias.

O protocolo de SBV e SAV compreende as emergências clínicas, traumáticas, os procedimentos em SBV e SAV, os especiais, os de ginecologia e obstetrícia, pediatria, intoxicação e produtos perigosos, incidentes com múltiplas vítimas, motolância voltado somente para o SBV e aeromédico exclusivamente voltado para o SAV (BRASIL, 2016). Santos (2016) destaca que os protocolos auxiliam não apenas na determinação de um padrão de assistência ao usuário, mas são estruturados baseados nos problemas de saúde apresentados, contendo uma descrição sobre o melhor tipo de intervenção a ser realizada.

O SAMU é estruturado com uma equipe multidisciplinar de trabalhadores, com profissionais com diferentes áreas de formação e habilitações, apresentando na área da saúde: médico regulador, médico assistente, médico intervencionista, enfermeiro assistencial, auxiliar e técnico de enfermagem e outros profissionais não oriundos da saúde, entre eles:

telefonista – auxiliar de regulação, rádio-operador, condutor de veículo socorrista (terrestre, aéreo e aquático) (BRASIL, 2002b).

A Portaria nº 2.048/2002 caracteriza o perfil e competências que devem apresentar os profissionais de saúde que atuam no SAMU. Assinala que todos devem ser registrados em seus respectivos conselhos e a apresentar competências, conhecimentos, dentro de sua área de atuação. O documento aponta como requisitos gerais para esses trabalhadores: equilíbrio emocional e autocontrole para lidar com situações inesperadas; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade física e mental para a atividade; iniciativa e facilidade de comunicação; destreza manual e física (condicionamento físico) para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação e também de recertificação periódica (BRASIL, 2002b).

O MS (BRASIL, 2002b; 2008), visando garantir um atendimento pré-hospitalar móvel eficaz, de forma segura e com menor tempo de resposta, estabeleceu funções e classificações da frota de veículos móveis que constituem o SAMU. Desse modo, dependendo do agravo e do estado da vítima, o tempo de deslocamento será crucial para aumentar sua sobrevivência e minimizar as sequelas. Cabe ressaltar que para cada tipo de veículo existe um quantitativo de profissionais com habilitação em SBV ou SAV, com formação e qualificação que atendem as regulamentações do serviço.

Quadro 1 - Classificação veículos, tipologia e equipe que os compõe.

Veículo	Tipo	Classificação/ Função	Equipe/ Quantitativo de Profissionais
Ambulância	A	Ambulância de Transporte: destinada ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.	02 profissionais, sendo um o motorista e o outro um técnico ou auxiliar de enfermagem.
Ambulância	B	Ambulância de Suporte Básico: destinada ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino.	02 profissionais, sendo um o motorista e o outro um técnico ou auxiliar de enfermagem.

Ambulância	C	Ambulância de Resgate: 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).	03 profissionais militares, policiais rodoviários, bombeiros militares, e/ou outros profissionais reconhecidos pelo gestor público, sendo um motorista e os outros dois profissionais com capacitação e certificação em salvamento e SBV.
Ambulância	D	Ambulância de Suporte Avançado: destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos.	03 profissionais, sendo um motorista, um enfermeiro e um médico.
Aeronave de Transporte Médico	E	Aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil - DAC.	Nos casos de atendimento pré-hospitalar móvel primário não traumático e secundário, deve contar com o piloto, um médico, e um enfermeiro, sendo indispensável a presença de profissional capacitado.
Embarcação de Transporte Médico	F	Veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade.	Deve ser composta 02 ou 03 profissionais, de acordo com o tipo de atendimento, sendo um condutor da embarcação e um auxiliar/ técnico de enfermagem em casos de SBV, e um médico e um enfermeiro, em casos de SAV.
Veículos de intervenção rápida	-	Também chamados de veículos leves, veículos rápidos ou veículos de ligação médica são utilizados para transporte de médicos com equipamentos que possibilitam oferecer suporte avançado de vida nas ambulâncias do Tipo A, B, C e F.	Tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.
Motocicleta	-	Motolância: destinada para o atendimento rápido, principalmente das pessoas acometidas por agravos agudos (tempo-dependentes)	Conduzida por um profissional de nível técnico ou superior (exigências: carteira tipo A, curso de pilotagem defensiva, experiência de um ano, experiência de dois anos na área de urgência e emergência, capacitação e treinamento em SBV).

Outros veículos	-	Veículos habituais adaptados para transporte de pacientes de baixo risco, sentados (ex. pacientes crônicos) que não se caracterizem como veículos tipo lotação (ônibus, peruas, etc.). Este transporte só pode ser realizado com anuência médica.	Sem especificação de tripulação / equipe pela Portaria 2048/ 2002.
-----------------	---	---	--

Fonte: Formulação própria, com base em Brasil (2002b; 2008; 2012) e Mesquita (2018)

A área de urgência, por não se constituir como uma especialidade médica ou de enfermagem, nos cursos de graduação e técnicos, apresenta significativas limitações do ponto de vista de uma formação capaz de abranger as variedades de ocorrências na atenção à saúde, já que esse tipo de atendimento compreende um exíguo espaço para a realização das condutas técnicas, atendimento domiciliar, tentativas de suicídio, vítimas presas nas ferragens, desabamento e soterramento, pouca iluminação, atendimento a múltiplas vítimas, poluição sonora, exposição ao calor, sol, chuva, frio etc. (THOMAZ; LIMA, 2000).

A deficiência nessa área pode ser expressa pelos dados de um inquérito sobre ensino de urgência e emergência nos cursos de graduação de Medicina no Brasil, junto a 160 cursos e respondido por 39%. Os resultados apresentaram que:

[...] em algumas escolas, esses temas não constam da matriz curricular; outras possuem programa com conteúdos bem definidos; a carga horária variou de menos de 200 horas a pouco mais de 2.000 horas; foram citados como locais de prática o pronto-socorro hospitalar, unidade de urgência e emergência, e laboratório de habilidades. Para o ensino de urgência e emergência, foram citadas: inadequados cenários de prática; hospitais universitários sem pronto-socorro; dificuldade de parceria da escola/serviço; estrutura física inadequada para assistir e ensinar; falta de professores preparados e disponíveis; falta de preceptores e de equipes capacitadas; alto custo de laboratório de habilidades e manequins (PEREIRA JÚNIOR et al, 2015, p.33).

Pereira Júnior et al. (2015) evidenciam que o Brasil se encontra muito atrasado nesta discussão e nas intervenções necessárias para mudar a realidade do atendimento de urgência e emergência. Eles destacam a importância da elaboração de estratégias para a melhoria do ensino de urgência e emergência na graduação com a implantação de novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina, para as ações na residência médica e na supervisão da prática assistencial.

Esse cenário remete à necessidade de análise da identificação de defasagens semelhantes, que também possam ser apresentadas na área de enfermagem, na formação dos enfermeiros e técnicos.

Com o objetivo de minimizar os déficits existentes no processo de formação dos trabalhadores dessa área, a Portaria 2.048/2002 regulamenta a criação, organização e implantação do Núcleo de Educação de Urgências (NEU), também denominados de Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), visando atuar de forma mais focal sobre essa temática. Os NEU, caracterizados como espaços de saber interinstitucional de formação, têm por finalidade a capacitação, a habilitação e a educação continuada de recursos humanos para as urgências, contemplando todos os todos os níveis de atenção do sistema, integrando os gestores públicos do SUS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, bem como, todos os agentes envolvidos no processo.

Os NEU propõem ainda conteúdos, habilidades, cargas horárias mínimas para a habilitação e certificação dos profissionais da área de atendimento às urgências e emergências, consideradas essenciais para a certificação inicial e posterior recertificação de todos os profissionais que já atuam ou que venham a atuar no atendimento às urgências e emergências, seja tanto no âmbito público como no privado, contemplando os profissionais com formação na área da saúde e os que não são oriundos da área (BRASIL, 2002b).

No processo de capacitação desenvolvido pelo NEU, para o efetivo exercício no SAMU, as atividades educativas seguem as orientações contidas na Portaria 2048/2002, estipulando carga horária específica para cada um dos profissionais. No caso do público-alvo do estudo, os auxiliares e técnicos de enfermagem, a carga horária prevista é de 154h e apresenta em sua grade curricular, os seguintes temas: Sistema de saúde e rede hierarquizada de assistência; Urgências clínicas no paciente adulto; Urgências clínicas na criança; Urgências traumáticas no paciente adulto e na criança psiquiátrica; Urgências psiquiátricas; Urgências obstétricas; Materiais e equipamentos do serviço pré-hospitalar móvel; Estágios em Ambulâncias; Avaliações (teórica e prática); Salvamento (BRASIL, 2002b).

Quanto à dinâmica dos atendimentos realizados pelo SAMU, esses ocorrem por meio de chamada telefônica da população para o número 192, linha disponibilizada pela Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL). Desse modo, a central de regulação médica, localizada dentro de uma determinada região geográfica, é acionada e com base nas informações repassadas pelo interlocutor, planejará todo o processo de cuidado na dimensão pré-hospitalar da ocorrência relatada (BRASIL, 2002b).

Ortiga (2014) assinala que o ponto central da assistência consiste em que a unidade móvel realize o procedimento de estabilização do paciente e realize seu deslocamento até uma unidade de saúde que possa acolher o usuário. Nesse sentido, a Central de Regulação

desempenha um papel fundamental, uma vez que designa o tipo de atendimento e veículo a ser utilizado, identificando ainda casos de situações mais complexas, cujo deslocamento deve ser encaminhado aos hospitais e em situações de média complexidade, sendo os casos acolhidos pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA). A autora acrescenta que o trabalho desenvolvido pelo SAMU apresenta características específicas e distintas, pois os atendimentos prestados pelas equipes podem ocorrer, na maioria das vezes, dentro das ambulâncias, no carro de apoio em movimento ou no local do acidente ou desastre.

Nesse contexto, Mendes e Ferreira (2007) frisam que as condições do trabalho, as relações socioprofissionais, as vivências de prazer e sofrimento, as exigências do contexto de trabalho e os danos físicos, cognitivos e psicológicos causados pela realização de tarefas são elementos que podem conduzir o indivíduo a riscos de adoecimento ocupacional.

Outro aspecto que merece destaque se refere ao trabalho desenvolvido pelas equipes das unidades de suporte básico (USB), que conforme prescrito na portaria, não apresenta na retaguarda um enfermeiro e/ou médico para o acompanhamento e supervisão das atividades desenvolvidas: “A orientação dos procedimentos e condutas a serem tomadas nesses casos é realizada via rádio, gerando muita insegurança, principalmente para o profissional técnico de enfermagem” (ORTIGA, 2014, p. 97).

Deve-se destacar que a imprevisibilidade e a tensão fazem parte da rotina dos profissionais de saúde do SAMU, principalmente dos auxiliares e técnicos de enfermagem, visto que atuam sozinhos sem a supervisão de profissional de nível superior.

Com base nesse contexto, pode-se constatar o elevado grau de desafios que estes profissionais são submetidos diariamente em seu processo de trabalho, pois necessitam apresentar, além do conhecimento técnico-científico (rotinas específicas), habilidades práticas, segurança, estabilidade emocional, criatividade e iniciativa, tendo em vista que, em função das características do local da ocorrência e da urgência da intervenção, o apoio do rádio é limitado, ou seja, não contam com a supervisão da central de regulação e os médicos de apoio.

O SAMU é um elo móvel da rede de serviços de saúde, prestando um serviço de grande relevância no contexto do processo saúde e doença. Todavia, o mundo do trabalho dos profissionais que atuam nesse segmento da saúde é complexo, pois estão mergulhados em um ambiente cheio de incertezas, angústias e contradições. Vivenciam a dualidade, prazer e sofrimento, deparam-se com a constante fragilidade humana, a dor, a morte, as pressões por assertividade, a rapidez e os próprios riscos inerentes ao trabalho em saúde. Prevalecem as

demandas oriundas do processo de trabalho que exigem a qualidade dos serviços, a competência profissional e institucional, uso racional de recursos, redução de riscos e danos (AZEVEDO et al., 2010).

Ciconet, Marques e Lima (2008), ao realizarem uma pesquisa junto aos trabalhadores de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência em Porto Alegre, verificaram que o núcleo de educação permanente em saúde surge, nesse cenário de tensões extremas, como um espaço de reflexão para os profissionais e o seu trabalho, um ambiente onde as condutas profissionais podem ser repensadas e onde buscar novas alternativas para superar suas dificuldades individuais e coletivas no trabalho.

As capacitações para os profissionais da assistência pré-hospitalar móvel devem possibilitar meios de aprendizado que contribuam para a construção e produção do conhecimento necessário no atendimento às vítimas de urgência e, principalmente, devem nortear a atenção à saúde do próprio trabalhador, oferecendo-lhe o suporte psicológico necessário para enfrentar as adversidades desse tipo de trabalho (DIVINO; PEREIRA; SIQUEIRA, 2009).

Neste cenário em que o SAMU se constitui como integrante da política nacional de saúde, os trabalhadores são desafiados a desempenhar suas atividades com um grau de complexidade específico, que envolve a corrida contra o tempo e a luta pela vida. Pensar o sentido do trabalho, mas o principalmente a aceção de sua própria saúde é fundamental para o êxito de seus esforços.

As reflexões aqui apresentadas serão aprofundadas à luz da análise dos dados coletados por esta pesquisa nas seções a seguir.

3A PSICODINÂMICA DO TRABALHO E O TRABALHO EM SAÚDE

A Psicodinâmica do Trabalho tem como principal referência o médico do trabalho, psiquiatra e psicanalista Christophe Dejours, um importante representante da escola francesa, que se dedica à investigação das relações estabelecidas entre o indivíduo, o trabalho, sua organização, seus impactos e implicações sobre a saúde mental do trabalhador.

Bendasolli e Soboll (2011) caracterizam a Psicodinâmica do Trabalho como sendo herança da psicopatologia do trabalho, que, apoiada na teoria psicanalítica, apresenta como ponto central da análise o conflito entre a organização da personalidade e a organização do trabalho. Macêdo e Bueno (2016) a consideram como uma disciplina multidisciplinar, pois incorpora conhecimentos tanto da medicina do trabalho, como da psicologia e da ergonomia. Mendes (2007a) destaca que a Psicodinâmica do trabalho valoriza o modo de construção do conhecimento, da interpretação e da análise do trabalho, capaz de conceber tanto os processos de saúde como os de adoecimento decorrentes do labor.

Para Dejours, a Psicodinâmica do Trabalho representa:

Uma disciplina clínica que se apoia na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental; [...], é uma disciplina teórica que se esforça para inscrever os resultados da investigação clínica da relação com o trabalho numa teoria do sujeito que engloba, ao mesmo tempo, a psicanálise e a teoria social (DEJOURS, 2004, p. 28).

Ele sinaliza que o objetivo da Psicodinâmica do Trabalho é buscar interpretar causas, motivos, fracassos, vitórias em relação ao trabalho e buscar reconhecer as implicações na vida dos trabalhadores. Considera o sofrimento como inerente à atividade do trabalho, em que, a partir dos conflitos vivenciados, constata-se a capacidade de transformação do trabalhador e do seu coletivo (DEJOURS, 2012).

Mendes e Cruz (2004) salientam que esse processo é marcado pela dinâmica da compreensão do sofrimento e o modo como cada profissional articula seus recursos internos e externos, ou seja, suas estratégias defensivas de maneira individual ou coletiva, transformando o sofrimento em prazer, sempre buscando estabelecer uma relação mais gratificante com o trabalho e também o reconhecimento, como essencial na construção da identidade do trabalhador.

Logo, é importante apresentar a concepção de Dejours sobre o termo trabalho:

[...] uma provação para a subjetividade, da qual esta sai sempre ampliada, engrandecida ou, ao contrário, reduzida, mortificada. Trabalhar constitui, para a subjetividade, uma provação que a transforma. Trabalhar não é apenas

produzir, mas ainda transformar-se a si próprio e, no melhor dos casos, é uma ocasião oferecida à subjetividade de provar-se a si mesma, de realizar-se (DEJOURS, 2012, p. 34).

Desse modo, “o trabalho, conforme a situação, tanto poderá fortalecer a saúde mental quanto vulnerabilizá-la e mesmo gerar distúrbios que se expressarão coletivamente e no plano individual” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 35). Nesse sentido, a luta contra as adversidades, contra as humilhações e constrangimentos no contexto do trabalho visa sempre à busca pelo equilíbrio e normalidade. Mesmo estando sempre presente, o sofrimento, ao atingir níveis insuportáveis no trabalhador, é fator gerador de adoecimento, representando o fracasso nessa incessante luta (PACHECO, 2013).

A metodologia adotada pela Psicodinâmica do Trabalho apresenta para Dejours (1994) tem como foco da investigação a análise dos conflitos que surgem do encontro entre o sujeito, sua subjetividade e como ele lida com as demandas do ambiente de trabalho, com características pré-estabelecidas independente de sua vontade. Para Hoffmann et al. (2017), a metodologia se estrutura a partir da identificação das pressões do trabalho e quais estratégias de defesa coletiva são adotadas pelos trabalhadores para inibir os efeitos patogênicos do trabalho.

Mendes frisa que a análise das vivências do trabalhador e da organização do trabalho é permeada pela “atuação de forças, visíveis e invisíveis, objetivas e subjetivas, psíquicas, sociais, políticas e econômicas que podem ou não, deteriorar esse contexto, transformando-o em lugar de saúde e/ou de patologias e de adoecimento” (MENDES, 2007b, p.29).

Desse modo, o trabalhador, ao se deparar com um contexto de trabalho com prescrições fixas e que não atendem a realidade, enfrenta uma situação de conflito e confronto, em que o trabalho prescrito se distancia sobremaneira do trabalho real a ser executado, podendo ser gerador de sofrimento, dor e doenças.

Os principais conceitos propostos por Dejours na Psicodinâmica do Trabalho se relacionam às categorias que compreendem a organização do trabalho (prescrito e o real); a mobilização subjetiva, o sofrimento e patologias relacionadas à atividade do trabalho (MENDES; ARAÚJO, 2012). Com a finalidade de compreender a percepção dos técnicos em enfermagem do SAMU, são aprofundadas as categorias estabelecidas na metodologia proposta neste estudo, relacionadas à organização do trabalho, à mobilização subjetiva e às vivências de sofrimento e prazer.

3.1 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Para Bendasolli e Soboll (2011), o trabalho pode ser definido como a atividade desenvolvida por homens e mulheres que desempenham suas atividades laborais visando prover o que não está previsto na organização do trabalho. Os autores enfatizam que a organização do trabalho se estrutura mediante o confronto dos trabalhadores com as prescrições, procedimentos, materiais ou instrumentos a serem utilizados na execução das tarefas, sendo essa relação mediada pelo contato com pessoas para acolher ou cuidar, bem como prevê principalmente a colaboração com a hierarquia organizacional.

Na Psicodinâmica do Trabalho, a organização do trabalho exerce um papel fundamental para a compreensão dos processos de saúde/doença do trabalhador. Dejours (1992) assinala que a organização do trabalho compreende a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema de hierarquia, as formas e relações de poder existentes e as questões de responsabilidade envolvidas nas atividades executadas.

Leite et al. (2012) sublinham que organização do trabalho diz respeito ao atingimento de metas, à qualidade e à quantidade da produção, nas normas, às regras e condutas formais, à duração das jornadas, às pausas e turnos, ao ritmo, ao prazo e à pressão, às formas de controle de supervisão e fiscalização, bem como, ao conteúdo e à natureza inerente às tarefas.

Mendes e Facas (2012) ressaltam que cada categoria profissional está submetida a um modelo específico de organização do trabalho, que pode conter elementos homogêneos ou contraditórios, influenciada ainda pelos interesses econômicos, ideológicos e políticos que dominam o processo produtivo.

Desse modo, a relação homem-organização do trabalho se caracteriza, de certa forma, pela vontade do outro, por meio da divisão do trabalho, havendo divisão do conteúdo da tarefa e das relações humanas de trabalho. Assim, “o trabalhador é, de certa maneira, despossuído de seu corpo físico e nervoso, domesticado e forçado a agir conforme a vontade de outro” (DEJOURS et al., 1994, p. 27).

Dejours (1994, 2004) esclarece que a organização real do trabalho não está relacionada apenas à organização do trabalho prescrito, mas implica também em afastar as prescrições da organização, planos e metas, e buscar novas formas de saber fazer e modos operatórios novos para atingir os objetivos propostos, ou seja, visa ajustar a organização do trabalho prescrito à realidade vivenciada.

Sob essa perspectiva, a organização do trabalho torna-se fonte de tensões e ameaças que podem desestruturar a atividade psíquica e mental do trabalhador devido à desconexão existente entre o que foi estabelecido nos planos e metas da organização e a realidade vivenciada no dia a dia do trabalho. O autor sinaliza que a compreensão do significado do trabalho deve abranger as contradições existentes entre a organização e a satisfação no trabalho, sendo que, quanto mais rígida for à organização, maior será a divisão do trabalho e seu conteúdo será menos significativo, com menos possibilidades de mudanças e consequentemente maior sofrimento. A interatividade desses elementos determinará o desencadeamento ou não do sofrimento.

O conceito de organização do trabalho pode ser dividido em dois pontos centrais, sendo um caracterizado pela divisão do trabalho e o outro pela divisão dos homens (DEJOURS, 1992). A divisão do trabalho compreende a segmentação das tarefas, o modo de produção, os processos prescritos; já as divisões dos homens englobam as responsabilidades relativas ao trabalho, às hierarquias, às relações de poder, ao grau de autonomia nas atividades, ao comando e às possibilidades e processos de cooperação e comunicação.

Se por um lado, as condições de trabalho têm por alvo principalmente o corpo, a organização do trabalho, por outro lado, atua no nível do funcionamento psíquico. A divisão das tarefas e o modo operatório incitam o sentido e o interesse do trabalho para o sujeito, enquanto a divisão de homens solicita, sobretudo as relações entre pessoas mobilizam os investimentos afetivos, o amor e o ódio, a amizade, a solidariedade e a confiança etc. (DEJOURS et al.1994, p.126).

Deve-se ressaltar que a organização do trabalho prescrito e real possibilita conhecer os aspectos relacionados ao sofrimento e ao prazer no ambiente de trabalho, e principalmente as vivências subjetivas do trabalhador, os vínculos sociais que estabelece e da forma como enfrenta tais conflitos. Portanto, a organização do trabalho e suas características podem desencadear condutas que podem fortalecer a saúde mental desse trabalhador, como também, desestruturá-la. Dejours (2015, p. 8) frisa que quando a organização do trabalho entra em conflito com o funcionamento psíquico dos homens, “quando estão bloqueadas todas as possibilidades de adaptação entre a organização do trabalho e o desejo dos sujeitos”, então emerge um sofrimento patogênico.

Outro aspecto, a ser considerado pelo autor, diz respeito também à necessidade de compreender as condições de trabalho e suas características:

[...] ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude etc.), ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças etc.), o ambiente biológico (vírus, bactérias,

parasitas, fungos), as condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho (DEJOURS, 1992, p. 29).

A organização do trabalho na área da saúde – na oferta de serviços por 24 horas, com a adoção de turnos alternados, plantões diurnos e noturnos – reflete bem essas implicações na saúde do trabalhador. Para Izu et al. (2011), essa alteração no ritmo normal do sono noturno dos profissionais da saúde acarreta prejuízos à saúde e também aos aspectos físicos, emocionais, psíquicos e sociais da vida do trabalhador. O desequilíbrio do ritmo circadiano (responsável por diversas funções do organismo, como temperatura corporal, funções cardiovasculares, secreção de enzimas gástricas, força muscular, número de leucócitos do sangue, estado de alerta, memória imediata e em longo prazo, humor etc.) pode acarretar sintomas físicos e/ou emocionais e ocasionar desordens do aparelho digestivo, cardiovascular, endócrino, entre outros.

Sob a perspectiva de condições de trabalho e adoecimento, Mendes e Morrone (2012) ressaltam como aspectos de sofrimento: a sobrecarga de trabalho (longas jornadas, insuficiência de pausa e repouso), escassez de recursos materiais e humanos, ambientes de trabalho precários, baixa remuneração e política de benefícios. Na pesquisa desenvolvida por Machado et al. (2016) sobre o mercado de trabalho em enfermagem no âmbito do SUS, os autores identificaram que mais da metade do contingente desses profissionais vive no país em condições precárias de sobrevivência, com subsalários, subempregos e subjornadas nos três setores: público, privado e filantrópico.

Esses achados remetem aos estudos de Caetano e Prado (2016) e Machado et al. (2016), que tratam dos diferentes vínculos de trabalho, mostrando que deles resultam a sobrecarga de atividades laborais, o que pode interferir na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem, relegando a um segundo plano o seu momento de descanso, de lazer, de estar com a família e de refletir sobre o seu agir.

Monteiro (2012) assinala que o trabalho na área da saúde, embora apresente um caráter social, é ao mesmo tempo revestido de exigências nas tarefas a serem executadas, visto que compreende as condições de trabalho, a sobrecarga física e mental (convívio diário com a dor, sofrimento, morte e alegrias).

Nos estudos conduzidos por Seligmann-Silva (2003), as condições e situações vivenciadas no dia a dia do trabalho podem desencadear ou agravar quadros de distúrbios ou transtornos mentais, devido à fadiga crônica, ao estado depressivo, à paranoide, ao

esgotamento profissional (*Burnout*), à despersonalização, aos problemas com álcool e quadros neuróticos de estresse pós-traumáticos.

Na pesquisa realizada por Carlotto (2011), sobre os impactos de variáveis sociodemográficas e laborais da síndrome de *Burnout* em técnicos de enfermagem, os resultados revelam o quanto esses profissionais estão expostos a esse tipo de sofrimento. Adotando o conceito utilizado por Maslach e Jackson, Carlotto (2011) identifica sintomas multidimensionais, compreendendo desde a exaustão emocional, a despersonalização e a reduzida realização pessoal no trabalho, pois estão submetidos às diferentes exigências da profissão, englobando, além dos vários riscos ocupacionais, a vivência de sentimentos de dor, o sofrimento, a morte, as questões éticas e morais, pouco reconhecimento profissional e baixa remuneração.

Mendes (2007b) pontua que a teoria da Psicodinâmica do Trabalho e sua análise sobre o contexto do trabalho possibilitaram a identificação dos efeitos deletérios do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores e sua relação com distúrbios osteomusculares, alcoolismo, depressão, violência moral, ansiedade, entre outros.

Outro importante aspecto a ser considerado no contexto da organização se refere à importância da qualidade das relações sociais verticais e horizontais que o trabalhador constrói no ambiente de trabalho.

Dejours (2012) acentua que o trabalhar está diretamente relacionado à convivência, à ação de compartilhar junto as experiências do trabalho. Desse modo, as relações de trabalho se constroem a partir das relações interpessoais, entre o trabalhador, seus pares, subordinados, chefias e lideranças hierárquicas. O autor acrescenta que todas as relações sociais estabelecidas na organização – compreendendo os setores hierárquicos (lideranças, chefias e supervisores) e outros trabalhadores – podem ser desagradáveis e tediosas, resultando em implicações na relação saúde-trabalho.

O trabalho é uma atividade complexa, que envolve o entrelaçamento de aspectos subjetivos, coletivos e sociais. Desse modo, as relações interpessoais e o processo de comunicação devem promover a apropriação do saber-fazer coletivo, por meio da troca de experiência, pautada no respeito, cooperação e solidariedade.

Nesse sentido, Dejours (1999) reforça a importância do processo de comunicação para a compreensão do ponto de vista do outro e a necessidade de se chegar a um sentido comum. Caso o processo de comunicação e as relações no trabalho sejam permeados por favoritismo e repreensões a determinados grupos ou profissionais, essa conduta resultará em uma divisão,

gerando conflitos e rivalidades, acarretando sentimentos de frustração, revolta e agressividade com impacto direto na saúde do trabalhador (DEJOURS et al.,1994).

O estudo desenvolvido por Mesquita (2018), junto aos profissionais do SAMU da Região Centro Oeste do Brasil, evidencia o quanto as relações interpessoais negativas no contexto laboral desencadeiam processos de sofrimento, já que a capacidade do trabalhador lidar com as prescrições do trabalho e as demandas da realidade vivenciada encontram-se diretamente ligadas à qualidade dessas relações sociais. Ressalta ainda que os relacionamentos positivos são significativos, uma vez que são constituídos por laços de afinidade, amizade, confiança e cooperação na busca por soluções conjuntas para a realização do trabalho real, além disso, frisa que na relação hierárquica deve sobressair o reconhecimento, a empatia, a comunicação clara, a autonomia e o apoio.

3.2 A MOBILIZAÇÃO SUBJETIVA

A relação do homem com a organização do trabalho é a origem da carga psíquica do trabalho. O trabalhador, ao se deparar com as normas e regras estabelecidas na organização e confrontá-las com a realidade e as dificuldades vivenciadas para alcançar os resultados esperados, mobiliza além do corpo físico, sua subjetividade, inteligência, pensamentos, sentimentos e capacidade criativa para interpretar e executar suas atividades, ou seja, busca transformara situação real do trabalho e obter sucesso e prazer em sua realização. Desse modo, na mobilização subjetiva, o indivíduo se engaja de diferentes formas para transformar o sofrimento vivenciado na tarefa que realiza e construir um novo sentido ao trabalho (DEJOURS, 1994).

Para Mendes e Facas (2012), esse processo de mobilização passa por elementos constitutivos que são a inteligência prática, o espaço de discussão e a cooperação.

A mobilização desses processos psíquicos, habilidades individuais, criatividade, imaginação e a construção de competências coletivas passam pela inteligência prática, que interpreta antecipadamente a tarefa, o processo de organização do trabalho e, principalmente, tem por objetivo dar conta da distância entre o que é preestabelecido pela organização do trabalho (a tarefa) e o que de fato deve ser realizado (a atividade). Assim, “O corpo como um todo, e não apenas o cérebro, é o fundamento da inteligência e da habilidade no trabalho” (DEJOURS, 2012, p. 27).

Dejours (2012, p. 32) assinala que “[...] ser inteligente no trabalho é estar sempre distante em relação aos procedimentos e às prescrições. Trabalhar bem implica infringir as recomendações, os regulamentos, os procedimentos, os códigos, os termos de referência, a organização prescrita”. Desse modo, a inteligência prática, ao invés de seguir com rigor os protocolos prescritos, às vezes, contesta essas normas com condutas e procedimentos mais eficazes, com o objetivo de satisfazer as necessidades do trabalho e atender as metas estabelecidas.

O trabalhador, ao subverter essas regras (inteligência prática), constrói estratégias de defesa do sofrimento na busca por resolver os problemas (tarefa), o que o impulsiona a utilizar suas habilidades e direcioná-las para o resultado estabelecido, experimentando o reconhecimento como sentimento de prazer ou, caso o reconhecimento não ocorra, sua relação com a organização do trabalho será bloqueada e fonte de adoecimento (DEJOURS et al., 1994; MORAES, 2013).

Nesse contexto, a inteligência prática – para se tornar eficazmente social – deve transitar pelo processo de validação social, que passa pelo reconhecimento. Esse reconhecimento ocorre por meio de dois registros: 1º) reconhecimento pela hierarquia, que é o reconhecimento de utilidade e o 2º) reconhecimento pelos pares, que se caracteriza pela habilidade, inteligência, talento pessoal, originalidade e até mesmo de beleza, pois apenas os pares têm condições de avaliar a qualidade do produto e/ ou resultado atingido (DEJOURS, 1994):

[...] quando o jogo do reconhecimento se torna possível, o sofrimento ganha um sentido em relação à conquista da identidade, podendo ser convertido em prazer, modificado para o que viria a ser o centro de gravidade da saúde mental [...] (DEJOURS, 2011, p. 376).

Bendasolli e Soboll (2011, p. 64) acrescentam que a “dinâmica do reconhecimento do trabalho permite de modo singular, compreender como, graças ao trabalho, alguns sujeitos logram estabilizar sua identidade e conjurar, às vezes ao longo da vida, o risco de doença mental e somática”.

A ausência do reconhecimento do trabalho também figura como fonte de sofrimento, pois impede a validação da participação do ser humano no contexto das relações sociais (GERNET, 2012). Dejours (2004) sinaliza que o reconhecimento não é um mero adereço e sua ausência impede o sentido do trabalho e a vivência de prazer. O autor acrescenta que o trabalhador, ao ser reconhecido, tira vantagens no registro da construção de sua saúde mental,

contudo, caso esse reconhecimento lhe seja negado ou retirado, ele corre o risco de uma desestabilização da identidade e do prazer provocado na relação de si consigo mesmo.

A validação do trabalho pelo reconhecimento atribuído pelos outros é um elemento que participa do sentido do trabalho e da construção da identidade. Sem o reconhecimento, o sofrimento gerado pelo trabalho permanece desprovido de significado, podendo ocasionar uma desestabilização da identidade (GERNET, 2012). Desse modo, a ausência de reconhecimento pelos pares e superiores hierárquicos cria obstáculos na validação da confrontação das habilidades e conhecimentos do trabalhador na execução de uma determinada tarefa e a realidade do contexto do trabalho.

Gernet (2012), apoiada nas contribuições de Sigaut, antropólogo do trabalho, sobre a teoria do reconhecimento na Psicodinâmica do Trabalho, destaca que se o indivíduo estiver afastado da realidade e do reconhecimento de outras pessoas, vivenciará um processo de alienação mental. Todavia, quando o sujeito mantém relacionamento razoável com a realidade, por meio do seu trabalho e esse não é reconhecido pelos outros, é designado como vítima de alienação social. Assim, o reconhecimento do trabalho somente será considerado emancipatório se for associado à experiência da realidade do trabalho.

No contexto da organização do trabalho, a vivência de prazer é experimentada pelo trabalhador ao ter sua atividade valorizada e reconhecida.

Dejours (1997) relaciona a vivência de prazer à autonomia, à liberdade e ao reconhecimento, elementos indispensáveis à satisfação do ser humano, sendo considerada uma retribuição simbólica e moral pela realização de determinada tarefa ou a contribuição à organização do trabalho. Outra vivência nesse sentido reside na possibilidade de discussão entre o trabalhador e seus pares na busca por condições melhores e mais favoráveis na realização real do trabalho.

Mais um aspecto importante, a ser considerado em relação ao trabalho, diz respeito ao complexo conjunto de relações sociais construídas no ambiente laboral (trabalhadores, chefias, supervisores etc.), que pressupõe a coordenação de inteligências singulares, visto que envolve um coletivo de trabalhadores que contribui para a realização de determinada tarefa e ao mesmo tempo organizam e estabelecem modalidades de cooperação entre si (BENDASOLLI; SOBOLL, 2011).

Para Dejours (2012, p. 103), a cooperação é uma estratégia de mobilização coletiva que possibilita “uma contribuição específica e insubstituível dos trabalhadores na concepção, no ajuste e na geração da organização do trabalho”. Sob esse olhar, a cooperação se constitui

como uma ação defensiva capaz de lidar com as contradições da organização de trabalho, visto que engloba um conjunto de compromissos e acordos estabelecidos entre os diversos trabalhadores e as atividades desenvolvidas com a finalidade de acomodar as prescrições e adaptá-las à realidade vivenciada no trabalho.

Ao lograr êxito, a cooperação se transforma em fonte de prazer e um poderoso dispositivo de solidariedade e ajuda mútua (DEJOURS, 1999, 2012) que favorece a saúde dos trabalhadores atenuando o sofrimento decorrente do trabalho (LIMA, 2013).

A cooperação apresenta como principal peculiaridade a vontade individual e o desejo de atuar em coletividade, sendo necessário, para tanto, renunciar a alguns aspectos pertencentes à individualidade de cada trabalhador (MACÊDO; FLEURY, 2012; DEJOURS, 2012) em prol da coletividade, para dessa forma superarem as contradições que surgem naturalmente da organização do trabalho (DEJOURS, 2004).

Dessa forma, a cooperação se configura como a possibilidade de uma ação coordenada para o alcance de um produto comum, que tem como base condutas de confiança e solidariedade, em que a contribuição de cada trabalhador e as relações de interdependência possibilitam que erros e falhas individuais sejam minimizados e o desempenho do coletivo de trabalho alcance resultados superiores à soma dos desempenhos individuais, pela integração das diferenças pessoais e pela articulação dos talentos específicos de cada trabalhador (MENDES; FACAS, 2012).

Outro aspecto significativo envolvido na mobilização subjetiva, para Mendes e Facas (2012), refere-se ao espaço público constituído pelo lugar da fala e da expressão coletiva do sofrimento. O primeiro é constituído por características que compreendem num mesmo espaço opiniões comuns e contraditórias, baseadas nas crenças, valores, desejos, escolhas éticas e posições ideológicas que possam ser livremente formuladas e manifestadas. O outro se refere a um espaço construído pelos próprios trabalhadores, compreendendo estratégias comunicacionais e um diálogo claro e objetivo entre os trabalhadores e seus pares e entre trabalhadores e a hierarquia.

3.3AS VIVÊNCIAS DE SOFRIMENTO E PRAZER NO CONTEXTO DO TRABALHO

Dejours (1992) considera que o trabalho também pode ser fonte de equilíbrio mental e de saúde do corpo, quando as exigências intelectuais, motoras e psicossensoriais da atividade desenvolvida estiverem de acordo com as necessidades do trabalhador ou quando o conteúdo

do trabalho for voltado para a satisfação de metas artísticas, intelectuais ou sociais, logo, organização do trabalho pode ser alterada conforme as necessidades individuais dos trabalhadores. Na área da saúde, as exigências das tarefas e as condições precárias do serviço público brasileiro favorecem o sofrimento e o adoecimento desse grupo de trabalhadores (MONTEIRO, 2012).

Bendasolli e Soboll (2011) acrescentam que o sofrimento no trabalho pode ser compreendido a partir do corpo, do psiquismo ou da subjetividade, do relacionamento entre os sujeitos, da perspectiva do sujeito moral e do ponto de vista do próprio trabalho como atividade impedida ou esvaziada de sentido. Para eles, o sentido do sofrimento no trabalho, independente da dimensão da análise ou da incidência, assumindo assim uma perspectiva ora de denúncia social ora de aspecto clínico.

Nos estudos desenvolvidos por Traesel e Merlo (2012) e Monteiro (2012) sobre a caracterização da vivência de prazer e sofrimento em profissões na área da saúde (enfermeiros, auxiliares e técnicos em enfermagem, bem como agentes comunitários de saúde) foram identificadas duas vertentes de sofrimento, a primeira relacionada ao sofrimento psíquico e a outra à organização do trabalho.

As vivências de prazer foram associadas à natureza do trabalho, à possibilidade de ajudar o outro, ao reconhecimento do trabalho pelos pacientes e pela comunidade, à possibilidade de exercer a profissão de forma plena e à pouca existência de rotinas. Quanto às vivências de sofrimento, os profissionais manifestaram como expressivos: o sofrimento psíquico, em razão da identificação com a dor do paciente; a vulnerabilidade das agressões sofridas pelos pacientes e ou familiares; e a falta de reconhecimento profissional pelos pares e pacientes.

Já a organização do trabalho apresenta como foco de mal-estar a restrição de tempo e de espaço para discussão relacionada às tarefas, a falta de comunicação entre os profissionais, a sobrecarga de trabalho, as condições ambientais precárias, a ausência de intervalos regulares para descanso, a forte hierarquização, exposição frequente a riscos ocupacionais, os procedimentos repetitivos e o despreparo para lidar com situações imprevisíveis.

Mendes e Morrone (2012), na realização de estudos sobre a trajetória teórica e pesquisas brasileiras sobre prazer e sofrimento no trabalho, qualificaram como fatores determinantes de vivência de sofrimento:

- A organização do trabalho: características das tarefas (fragmentação das atividades, imposição de ritmos, procedimentos repetitivos, tarefas de risco de vida, imprevisibilidade da

atividade a ser executada, ausência do prescrito, rigidez na condução da atividade, ausência de priorização das atividades); gestão do trabalho (pressão interna para cumprimento de metas, forte hierarquização, supervisão coercitiva, ausência de participação nas decisões, falta de flexibilidade e/ou autonomia, grandes transformações na organização); conflitos entre os valores da empresa e os pessoais; maiores exigências de qualificação;

- As condições de trabalho: sobrecarga (excesso de trabalho, longas jornadas, insuficiência de pausa e repouso); indisponibilidade de recursos materiais e humanos; ambiente de trabalho (instalações físicas precárias, ambiente com ruídos altos, ambiente sem ventilação, temperatura alta, enfumaçado, exposição a riscos ocupacionais), política de remuneração (baixa remuneração, ausência de política de benefícios) e insatisfação com a empresa;

- As relações interpessoais: relação entre pares (má qualidade nas relações de confiança, de cooperação; falha de comunicação no trabalho); Relação entre cliente/usuário (relações insatisfatórias/violentas com os clientes/usuários; ambivalência da relação com o cliente, identificação com a problemática dos usuários).

Mendes (2007a) salienta que as condições de trabalho são consideradas fator estruturante do contexto do trabalho, uma vez que adequadas, funcionam como um conjunto de elementos psíquicos que contribuem para o desempenho do trabalhador e, quando precárias, exigem um esforço maior do trabalhador para lidar com a realidade do contexto da tarefa e da atividade.

As precárias condições de trabalho geram efeitos patogênicos na saúde do trabalhador, pois exigem um esforço maior do que sua capacidade de resposta ao sofrimento causado pela organização do trabalho, ocasionando uma fragilização somática, bloqueando seu potencial criativo e resultando em sentimento de frustração e inutilidade (RODRIGUES; GASPARINI, 1992). Esses conflitos contribuem para desencadear sentimentos de ansiedade, instabilidade psíquica e desequilíbrio psicoafetivo, resultando ainda na relação com os pares e os setores hierárquicos da organização (DEJOURS et al 1994).

Outro aspecto a ser considerado como vivência de sofrimento diz respeito à sobrecarga de trabalho. Uma carga de trabalho excessiva, com insuficientes turnos de repouso e pausas, excede a capacidade física e psicológica do trabalhador, podendo desencadear sentimentos de insatisfação com o trabalho e esgotamento emocional, já que a tarefa na área da saúde exige muita responsabilidade e concentração (BARROS, 2012).

Pitta (1999) ressalta que a sobrecarga de trabalho aumenta a submissão do trabalhador a mais de um vínculo de trabalho, estando diretamente relacionada aos baixos salários da categoria e apresentando elevado potencial de adoecimento do trabalhador. Menezes de Carvalho e Dutra de Moraes (2011), no estudo do impacto da sobrecarga de trabalho e o adoecimento no polo industrial de Manaus, identificaram que o excesso de trabalho, a pressão para o atingimento de metas, resultados e o medo do desemprego, muitas vezes conduzem os trabalhadores a uma relação de servidão voluntária e a um ritmo de trabalho patogênico.

No tocante às vivências de prazer, figuram os seguintes fatores e características:

- A organização do trabalho: características das tarefas (desenvolvimento de atividades que requerem iniciativa, tomada de decisão, visão estratégica, capacidade de argumentação e comunicação verbal, trabalho dinâmico e com pouca rotina, visualização dos resultados do trabalho); gestão do trabalho (realização de atividades com começo, meio e fim, flexibilização das decisões e processos de trabalho, autonomia, liberdade, gestão mais participativa e democrática, comunicação formal);

- As condições de trabalho: política de remuneração (remuneração salarial satisfatória);

- As relações interpessoais: relação entre pares (coesão e integração da equipe, atitudes de cooperação, espaços de discussão e de possibilidades de adoção de novas estratégias); Relação com o cliente/usuário (positiva).

Nos estudos desenvolvidos por Mendes e Morrone (2012), foram associados à vivência de prazer na área da saúde: a possibilidade de ajudar o outro, o reconhecimento do trabalho pelos pacientes e pela comunidade, o exercício da profissão em sua plenitude e a pouca existência de rotinas. Monteiro (2012) também caracteriza como vivência de prazer a valorização de poder ajudar o próximo, sendo este associado a sentimentos de utilidade e de reconhecimento.

Comparando os fatores de sofrimento e prazer apontados por Bendasolli e Soboll (2011), Traesel e Merlo (2012), Mendes e Morrone (2012) e Monteiro (2012), com este estudo realizado junto aos técnicos de enfermagem do SAMU/ Porto Velho-RO, foram corroborados aspectos semelhantes relativos à dinâmica de sofrimento incluindo a: organização do trabalho, a gestão do trabalho, as relações interpessoais, as situações de violência com os usuários e as situações de adoecimento/ lesões decorrentes do trabalho na área da saúde. Como vivência de prazer, obteve-se como fatores mais significativos: a satisfação em poder ajudar o próximo, o aprendizado, a convivência com os colegas, o

reconhecimento pelos usuários e pontualmente pela direção/ equipe. Estes aspectos serão retomados e aprofundados no capítulo 5, à luz das informações coletadas junto aos trabalhadores do SAMU/ Porto Velho-RO.

4 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A metodologia, segundo Minayo (2010), é entendida como o direcionamento, o caminho do pensamento e as estratégias para abordagem da realidade.

Nesse sentido, a metodologia adotada nesta pesquisa caracteriza-se como um estudo exploratório-descritivo, com utilização da abordagem qualitativa. Na pesquisa descritiva, Rudio (1995) ressalta que o pesquisador é levado a buscar conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir ou modificar. Para Triviños (1992), o ponto central da pesquisa descritiva é o conhecimento de uma comunidade, seus traços e seus problemas para apresentar os fatos e fenômenos de tal realidade.

Acerca da abordagem qualitativa, Minayo (2010) frisa que esse método se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, da percepção, das ideias e das opiniões que os indivíduos fazem acerca de sua subjetividade, vivências e relações. Deste modo, cabe ao pesquisador desvelar as subjetividades dos sujeitos inseridos em seus diferentes contextos de vida e trabalho, nos quais suas relações se estabelecem, considerando sua singularidade e as diferentes formas de percepção, contradições e fragmentações que marcam esse processo.

A autora acrescenta que é relevante, em estudos com segmentos sociais especiais, trabalhar com a lógica interna do grupo, recuperando a definição da situação oferecida pelos próprios sujeitos envolvidos, assim como as significâncias e relevâncias que expressam através de seus relatos. Sua fala não apenas informa sobre o que é real do seu ponto de vista, mas também, valora, julga e estabelece prioridades e projeta seu social.

Está claro que uma situação humana só é caracterizável quando se tomam em consideração as concepções que os participantes têm dela, a maneira como experimentam suas tensões nesta situação e como reagem a essas tensões assim concebidas (MANNHEIM, 1968, p.70).

A escolha pelo método qualitativo teve como finalidade a investigação e a análise da articulação do processo de trabalho, da qualificação profissional dos Técnicos de Enfermagem do SAMU e das situações desencadeadoras de sofrimento e/ou adoecimento no trabalho desenvolvido na área de urgência e emergência. O estudo teve como foco principal levantar dados sobre como a dimensão do trabalho em saúde (relações de trabalho, condições de trabalho, processo de comunicação, o reconhecimento institucional, as tarefas prescritas etc.) pode desencadear situações de sofrimento, e prazer e até que ponto na percepção do grupo pesquisado, o processo de educação voltado para o trabalho pode prevenir o adoecimento e

colaborar para ações de autocuidado. A pesquisa possibilitou ainda conhecer o grau de complexidade e a natureza dos serviços (atendimentos) prestados na área de urgência e emergência.

A análise dos dados foi desenvolvida em duas etapas: a primeira com a realização da caracterização do perfil sócio-ocupacional de todos os técnicos de enfermagem que atuam na instituição, e na segunda realizou-se uma análise de conteúdo contemplando uma amostra por conveniência junto a 19 profissionais, levando em conta os fatores de inclusão da pesquisa (regime de contratação estatutário; maior tempo de serviço e atuação na USB (ambulância) na instituição).

Minayo (2010, p. 308) enfatiza que a análise de conteúdo “visa a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica em relação à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação”. Para Bardin (2010), a análise de conteúdo pode ser definida como sendo um conjunto de técnicas de análise do processo de comunicação, com a finalidade de sistematizar, descrever o conteúdo das informações levantadas, permitindo a articulação e dedução de conhecimentos relativos ao fenômeno estudado. Essa técnica distingue três grandes categorias de métodos, dividindo-as em análise temática, análise formal e análise estrutural.

A análise proposta para esta pesquisa contempla a análise temática que, para Bardin (2010), busca desvelar as representações sociais e avaliações dos sujeitos da pesquisa baseada em certos elementos que compõem o discurso, entre eles a frequência dos temas discutidos e a avaliação dos juízos formulados. Essa técnica de análise é constituída por três etapas, denominadas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados (interpretação).

Para esta pesquisa, foi realizada entrevista e utilizado questionário com questões abertas e fechadas que, segundo Triviños (1992), apresenta como característica marcante questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. O autor acrescenta que a entrevista semiestrutura “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” (TRIVIÑOS, 1992, p. 152), além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações.

Na etapa de pré-análise, o conteúdo das entrevistas foi examinado de forma sistemática e intensa com “leitura flutuante” (BARDIN, 2010), visando proceder a ordenação dos dados, obedecer à transcrição dos seus conteúdos e à riqueza de detalhes na execução da atividade (expressão de interesse ou não pelo entrevistador em participar da pesquisa,

interrupções e outros aspectos significativos), possibilitando uma aproximação dos resultados iniciais coletados, com os objetivos e os questionamentos da pesquisa.

A fase de exploração do material consistiu na leitura individualizada e exaustiva das informações coletadas buscando captar as ideias principais e classificá-las de acordo com as categorias temáticas mais significativas. Na etapa de tratamento de resultados e interpretação, foi verificada a pertinência do seu significado e validade em relação aos questionamentos formulados, o que possibilitou a condensação e destaque das informações fornecidas para a análise. Para Bardin (2010), esse momento culmina com as interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

Para assegurar a análise aprofundada das entrevistas, a adequada interpretação dos conteúdos foi delineada conforme as seguintes categorias temáticas:

- a) Caracterização do perfil sócio-ocupacional dos entrevistados;
- b) Contexto do trabalho no SAMU;
- c) Trabalho SAMU: Vivências e relação entre satisfação e o sofrimento/adoecimento;
- d) Processo de formação/capacitação para o trabalho no SAMU.

4.1 AS CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em consideração às diretrizes e normas da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), conforme Parecer nº. 2.475.066 (Anexo A). Foi solicitada ainda autorização à Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) de Porto Velho e ao gestor do SAMU para realização da pesquisa (Apêndice C). A todos os profissionais que concordaram em participar da pesquisa, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias para ser lido e assinado, uma permanecia com o entrevistado e o segundo com a pesquisadora (Apêndice B).

Nesta pesquisa, buscou preservar a identidade dos profissionais entrevistados e assegurar que não haveria riscos e danos aos participantes, atendendo a todas as exigências que constam na Resolução nº466 de 2012 que regulamenta o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Na execução do estudo, foi assegurado o esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos e etapas da pesquisa, bem como, a liberdade de poder retirar o consentimento de participação a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para o profissional.

Foram ainda esclarecidos os benefícios do estudo e a importância de conhecer a realidade vivenciada pelos técnicos de enfermagem que atuam no SAMU, contribuindo para uma análise crítica acerca do processo de trabalho, aspectos facilitadores e dificultadores, bem como a necessidade de um direcionamento de ações educativas voltadas para a prevenção do sofrimento/adoecimento decorrentes das atividades laborais junto aos profissionais.

4.2 O CENÁRIO DO CAMPO DA PESQUISA

4.2.1 Um breve histórico da Cidade de Porto Velho

A cidade de Porto Velho, localizada a margem direita do Rio Madeira, foi criada por desbravadores em decorrência da construção da Estrada de Ferro Madeira Mamoré (EFMM) (1907 a 1912), que tinha como o objetivo dar vazão à borracha produzida na Bolívia e na região de Guajará Mirim, atendendo aos mercados da Europa e os Estados Unidos (IBGE 2017; GORAYEB, 2016).

Sob o comando do Coronel Churc, em 1872 e 1878 ocorreram respectivamente duas tentativas de construção da ferrovia, que visava ultrapassar o trecho “encachoeirado” do Rio Madeira e tinham como ponto de partida a pequena Vila de Santo Antônio (província de Mato Grosso), todavia, ambos os projetos não obtiveram o êxito esperado (GORAYEB, 2016).

Com a assinatura do Tratado de Petrópolis (1903), o Brasil adquiriu da Bolívia o território do Acre e, em contrapartida, assumiu o compromisso de construir uma estrada de ferro entre Porto Velho e Guajará-Mirim – trecho em que o Rio Madeira não é navegável (SANTO ANTÔNIO ENERGIA, 2014).

Nesse período, o engenheiro norte americano Percival Farquar, responsável pela construção da EFMM, em razão das dificuldades de erguer e operar um porto fluvial, em frente aos rochedos da cachoeira de Santo Antônio, alterou o início das obras para um novo local. Ele definiu que o ponto de partida seria o antigo “Porto Velho dos Militares”, uma referência ao ponto de apoio utilizado pelo Exército Brasileiro da Guarda Imperial durante a Guerra do Paraguai (1864/1870). Esse antigo porto, distante sete quilômetros de Santo

Antônio, ficava em terras pertencentes ao estado do Amazonas e ganhou o nome de Porto Velho. A cidade foi elevada à categoria de município pela Lei 757 de 02 de outubro de 1914, sancionada pelo médico Dr. Jonathas de Freitas Pedrosa, então governador do estado do Amazonas (GORAYEB, 2016).

4.2.2 Os aspectos geográfico, populacional e organização da saúde

Porto Velho, capital do estado de Rondônia, possui uma área geográfica de 34.068,50 km², fica situada a margem direita do Rio Madeira e apresenta como limites: ao Norte, o estado do Amazonas; ao Sul os municípios de Nova Mamoré e Buritis; a Leste, os municípios de Candeias do Jamari e Alto Paraíso; a Oeste, o município de Nova Mamoré, a República da Bolívia e o Estado do Acre.

A cidade apresenta duas rodovias federais, a BR-364 – que possibilita o acesso as principais cidades rondonienses e demais regiões do Brasil – e a BR-319, que liga Porto Velho a Manaus, fruto do programa de integração nacional na década de 60 e 70 (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO, 2014).

O município possui uma extensa área territorial, constituída por onze distritos, sendo que sete apresentam acesso via terrestre, entre eles: Abunã, Extrema Fortaleza do Abunã, Jaci - Paraná, Mutum Paraná, Nova Califórnia, Vista Alegre do Abunã e quatro por via fluvial, na região ribeirinha, localizados ao longo do Rio Madeira: Calama, Demarcação, Nazaré e São Carlos (IBGE, 2017).

A divisão urbana da cidade de Porto Velho conta com 89 bairros, segundo a Secretaria Municipal de Planejamento/SEMPLA (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO, 2014).

O crescimento populacional vivenciado pelo município foi impulsionado em diferentes épocas, pelos ciclos de exploração descontrolados (ciclos da borracha, da cassiterita, do ouro) e da construção de empreendimentos (Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, BR 364) (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO, 2014).

Em 2008, com a construção das Usinas Hidrelétricas (UHE) de Santo Antônio e Jirau no Rio Madeira, foi deflagrado o mais recente movimento migratório para o estado, especialmente para a capital, que apresentou no período um crescimento demográfico de 18%, passando em 2007 de 369.345 para 435.732 habitantes em 2011 (IBGE, 2017). A construção desses empreendimentos resultou num intenso fluxo migratório de trabalhadores para a

região, determinando a ocupação desordenada na cidade, nos distritos e vilas próximas aos canteiros das obras e, principalmente, esbarrou na insuficiente estrutura dos serviços de saúde para o atendimento de várias doenças e agravos (GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA, 2016).

No que se refere ao quesito saúde, o perfil epidemiológico do município em 2016 apresentou como principais causas de mortalidade: complicações decorrentes da gravidez (parto e puerpério), causas externas (violências e acidentes), doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório, geniturinário, digestivo, respiratório e neoplasias, dentre outras (BRASIL, 2017).

Em relação à capacidade instalada de serviços de saúde, o município de Porto Velho apresenta a seguinte rede de serviços: 17 unidades básicas de saúde na região urbana e 15 em área rural; dois Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) em fase de implantação; uma Farmácia Básica; 67 Equipes de Saúde Bucal (ESB); 60 Equipes da Estratégia Saúde da Família, sendo 60 na área urbana e 18 na área rural; oito Postos de Saúde; um Laboratório Central; três Centros de Atenção Psicossocial distribuídos respectivamente em Assistência a Álcool e Drogas (AD), a população Infanto Juvenil (CAPS I) e um CAPS II; uma Maternidade Municipal “Mãe Esperança”; duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) prestando atendimento de média complexidade; dois Prontos Atendimentos; um Centro de Fisioterapia; um Centro de Especialidade Médicas; um Serviço de Atendimento a Móvel de Urgência (SAMU), com uma Unidade de Suporte Avançado (USA) e quatro Unidades de Suporte Básico (USB); um Centro de Referência da Mulher; uma Central de Regulação de consultas e três Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO, 2014).

4.2.3 Um breve histórico do Serviço SOS Saúde na Cidade de Porto Velho

A trajetória do Serviço de Atendimento às Urgências e Emergências em Porto Velho teve início em 1997, na Administração do Prefeito Chiquilito Erse, com a implantação do serviço denominado SOS Saúde. A SEMUSA, responsável pela ordenação e regulação do serviço, tinha como objetivo a organização e composição da rede de urgência no âmbito do componente pré-hospitalar na assistência as intercorrências clínicas e traumáticas. O setor de regulação e de competência do enfermeiro era responsável pela ordenação das chamadas telefônicas, e esse modelo de atenção às urgências operou até a implantação do SAMU-192

em 2005. O SOS Saúde apresentava no seu quadro funcional enfermeiros, técnicos de enfermagem, motoristas e telefonistas (CORREIA et al., 2015).

4.2.4 O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) na cidade de Porto Velho

Na cidade de Porto Velho, o SAMU foi instituído em 21 de maio de 2005 (CORREIA et al., 2015) e habilitado junto ao Ministério da Saúde pela Portaria nº 1.103/GM de 5 de julho de 2005, sob a gestão da SEMUSA. É um componente da Política Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde, desenvolvido sob a gestão direta da SEMUSA de Porto Velho, responsável pela organização e manutenção dos serviços, bem como pela oferta de uma assistência segura e de qualidade à população de 519.436 habitantes do município (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO, 2017).

O SAMU é responsável pelos atendimentos de urgência e emergência no ambiente pré-hospitalar do Sistema de Urgência e pelas transferências de pacientes graves no âmbito das unidades de saúde do SUS. Integra um sistema regionalizado e hierarquizado, com capacidade de atender, dentro da região de abrangência todos os indivíduos enfermos que necessitem de atendimento clínico, cirúrgico, obstétrico, neonatal que caracterizem uma situação de urgência ou emergência e transportá-los com segurança e acompanhamento de profissionais da saúde até o nível hospitalar do sistema.

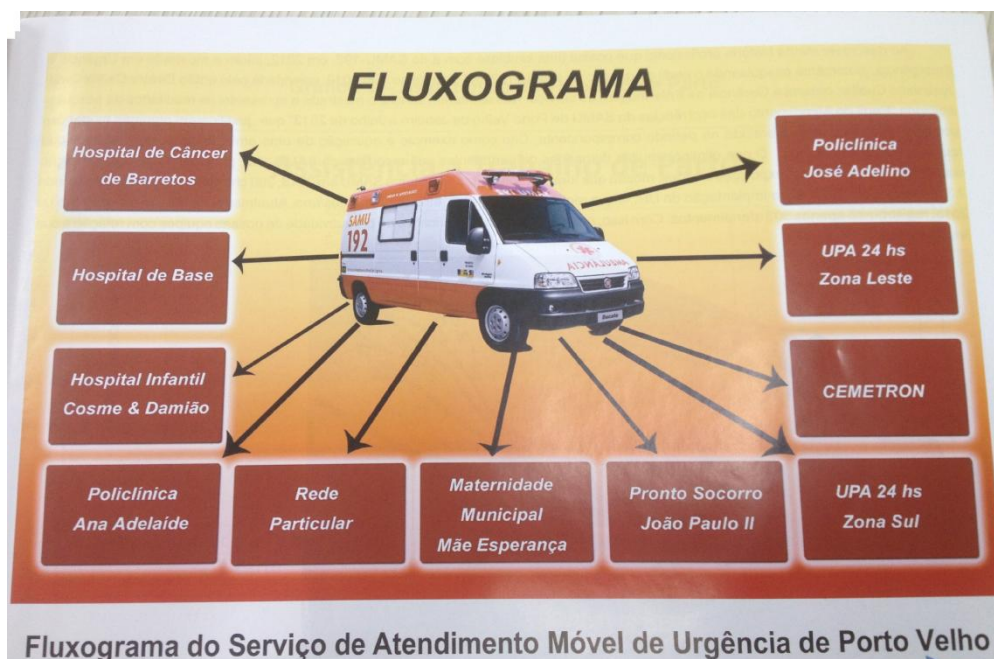
A Central de Regulação Médica das Urgências (CRM) tem importância vital para a execução do serviço, pois é responsável pela regulação dos atendimentos de urgência e emergência no ambiente pré-hospitalar e pelas transferências inter-hospitalares de pacientes no âmbito das unidades de saúde do SUS, designando conforme a gravidade das ocorrências, a ambulância e a equipe apropriada, seja ela a USB (Unidade de Suporte Básico), constituída por técnico de enfermagem e condutor socorrista e/ou a USA (Unidade de Suporte Avançado), composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e condutor socorrista, para a realização do transporte adequado do paciente.

O setor é composto por Médicos Reguladores e Intervencionistas, Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM) e Controladores de Frota e Radioperadores (RO). A CRM do SAMU na cidade de Porto Velho dispõe de um sistema de telefonia, duas linhas telefônicas 192 e cinco aparelhos telefônicos, que possibilita o acesso imediato pelos usuários aos serviços oferecidos, atendendo ao disposto no anexo da Portaria/GM/MS nº 2.657/2004. O setor possui também um sistema de radiocomunicação do SAMU 192 e trabalha com três

rádios de comunicação fixos, o que permite comunicação direta e satisfatória entre os radioperadores e as ambulâncias, porém no momento da pesquisa não estava em funcionamento. O contato com a Polícia Militar e o Corpo de Bombeiros é realizado utilizando a própria frequência de rádio dessas corporações e a comunicação com as demais unidades de saúde de referência ocorre por telefone fixo, telefonia móvel ou correspondência eletrônica (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO, 2017).

A rede municipal de assistência em urgência/emergência, no nível de média complexidade, é realizada com base na organização dos seguintes serviços: SAMU 192; Prontos Atendimentos Tradicionais as “Policlínicas”; e as UPA (zona sul e leste), unidades de saúde de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde / saúde da família e a rede hospitalar. Para alta complexidade, são referência o Hospital e Pronto Socorro João Paulo II e o Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, Hospital Infantil Cosme e Damião (HICD), Centro de Medicina Tropical de Rondônia (CEMETRON), de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO, 2014).

Figura 1 - Fluxograma



Fonte: Correia et al. (2015)

O serviço conta ainda com o Núcleo de Educação Permanente (NEP)/SAMU, implantado em 2013 atendendo ao disposto na Portaria/GM nº 1.010/ 2012. O setor tem por objetivo promover a elaboração de projetos voltados para a capacitação dos recursos humanos do SAMU e demais servidores ligados à rede de atendimento de média e alta complexidade,

nas habilidades de atendimento em urgência, emergência e resgate pré-hospitalar, tornando-os proficientes nas atribuições que lhes competem seja como membros da equipe de socorristas ou atendentes de outros níveis de assistência à saúde (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO, 2017). É responsável ainda por promover campanhas educativas em escolas, pits stop, simpósios e outros eventos (CORREIA et al., 2015).

O quadro funcional da instituição é composto por 124 profissionais, distribuídos nas seguintes áreas: um auxiliar de serviços de saúde, um gari, um farmacêutico, três auxiliares administrativos, três técnicos de nível médio, quatro auxiliares de serviços gerais, nove enfermeiros, 13 auxiliares de enfermagem, 17 médicos, 18 assistentes administrativos, 26 motoristas e 28 técnicos de enfermagem (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO, 2017).

Segundo dados estatísticos informados pelo SAMU/Porto Velho, no ano de 2016, foram totalizados 13.540 atendimentos, e de janeiro a julho/2017 o resultado parcial foi de 6.332 (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO, 2017).

4.3 O TRABALHO DE CAMPO

O ponto de partida para o desenvolvimento desta investigação ocorreu mediante visita ao SAMU, lócus da pesquisa, e o contato prévio com a Direção do órgão, que informou ao público-alvo do estudo (técnicos de enfermagem) a atividade proposta e à pesquisadora a dinâmica do trabalho executado. Posteriormente, foi realizada visita para conhecer as instalações e setores do órgão, as viaturas e seus componentes, a central de regulação, setor de esterilização dos materiais utilizados nos atendimentos, o almoxarifado, refeitório, os locais de repouso das equipes de trabalho, dentre outros.

Em seguida, foi realizada a identificação junto ao setor administrativo do quantitativo dos trabalhadores por categoria profissional, setores de atuação e tempo de serviço. Com base nas informações coletadas, foi mensurado o quadro real de técnicos de enfermagem lotados no órgão e observados os critérios de inclusão (vínculo profissional baseado no regime de contratação estatutário; maior tempo de serviço e atuação na USB (ambulância) na instituição) e exclusão (ausência em decorrência de licença no período da coleta de dados; aposentados, exonerados/demitidos ou em desvio de função).

Os dados coletados junto ao setor administrativo do SAMU no período da pesquisa revelaram que o órgão apresentava no seu quadro funcional, 124 profissionais, servidores

públicos, distribuídos em diferentes áreas (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO, 2017). Na enfermagem, apresenta o quantitativo de 28 técnicos e 13 auxiliares de enfermagem. Vale destacar que no levantamento dessas informações foi verificado que os profissionais auxiliares de enfermagem, mesmo sendo contratados para exercerem a função de auxiliares, apresentavam também a formação técnica profissionalizante e mais tempo de serviço no órgão em decorrência da atuação no serviço de urgência anteriormente denominado SOS Saúde.

Desse modo, participaram da pesquisa, tanto os profissionais contratados como técnicos de enfermagem, como também os auxiliares, uma vez que essa variável pode desvelar diferentes concepções sobre o trabalho desenvolvido, expectativas profissionais e, conseqüentemente, compreensões sobre as contribuições ou limitações no processo educativo para a prevenção do sofrimento/adoecimento decorrentes do trabalho.

4.3.1 Os Instrumentais utilizados na coleta dos dados

Na realização das entrevistas junto aos Técnicos de Enfermagem do SAMU foram utilizados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o formulário da entrevista (Apêndice A), que abordou inicialmente o perfil sócio-ocupacional de 29 entrevistados com informações relativas à idade, sexo, escolaridade e caracterização da vida profissional. Posteriormente, foi realizada a entrevista semiestruturada com 19 profissionais que apresentavam mais tempo de serviço, investigando as questões voltadas para o contexto do trabalho, as vivências fontes de satisfação e sofrimento/adoecimento e a capacitação para o trabalho.

A realização da entrevista semiestruturada, para Minayo (2010), visa orientar a conversa tendo como finalidade auxiliar, ampliar e aprofundar o diálogo. A autora destaca ainda a importância de exploração do conteúdo do processo de comunicação na pesquisa qualitativa e as inúmeras possibilidades de análise dos significados e das emoções presentes nas falas dos indivíduos. Ela ressalta que esse instrumento possibilita que os sujeitos da pesquisa abordem o tema de forma mais expressiva e com mais liberdade, sem ter que se prender somente aos questionamentos e indagações formulados, evidenciando assim suas experiências, “[...] ideias, crenças, maneiras de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, maneiras de atuar, condutas, projeções para o futuro, razão consciente ou inconsciente de determinadas atitudes e comportamentos” (MINAYO, 2010, p. 262).

4.4 O CONTATO COM OS ENTREVISTADOS

Inicialmente, foram realizadas 29 entrevistas individuais, junto a 22 Técnicos e sete Auxiliares de Enfermagem do SAMU.

Sobre o critério utilizado para a determinação do número de sujeitos selecionados para a pesquisa, Minayo (2017, p.10) assinala que “uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo”. Sob esse enfoque, uma quantidade consensual para qualquer tipo de investigação qualitativa, segundo Morse (1994) e Creswell (1998), variam de pelo menos, 20 a 30 entrevistas, já na perspectiva de Atran, Medin e Ross (2005) no mínimo 10 informantes (MINAYO, 2017).

Informada pelo setor administrativo sobre o vínculo laboral da maioria dos profissionais, a pesquisadora optou por realizar as entrevistas nas dependências do SAMU, visando maior adesão do grupo e minimizar qualquer prejuízo à rotina dos trabalhadores. A estratégia utilizada pela pesquisadora para o levantamento de dados foi à visita diária ao setor durante os plantões (diurnos e noturnos) no decorrer de quatro meses (fevereiro a maio/2018).

Na instituição, a pesquisadora se apresentou por diversas vezes à enfermeira chefe para identificação e sua posterior apresentação ao grupo de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem que estavam na base. Na ausência da chefia imediata, a pesquisadora contou com a ajuda dos vigilantes do órgão para abordar individualmente o público-alvo da pesquisa e apresentar o estudo.

No contato inicial estabelecido com os entrevistados, era questionado qual o horário em que as entrevistas poderiam ocorrer sem muita interferência, contudo, na prática algumas vezes ocorreram interrupções, em razão dos chamados para as ocorrências. Na ausência de um espaço mais reservado para a realização das entrevistas e por opção dos próprios entrevistados, estas ocorreram na recepção do órgão. As entrevistas, que inicialmente foram gravadas, apresentaram vários ruídos oriundos da constante circulação e conversa de outros profissionais da equipe, do pessoal administrativo, dos funcionários das empresas terceirizadas, do barulho da televisão e dos próprios chamados das ocorrências, o que inviabilizou sua transcrição. A pesquisadora buscou registrar na íntegra a fala dos sujeitos e os comportamentos manifestos.

Antes das entrevistas eram realizadas explanações sobre o tema, o objetivo da pesquisa, a importância da participação voluntária de cada profissional, a garantia de sigilo, os

aspectos éticos envolvidos e as contribuições do estudo para a prevenção de situações de sofrimento/adoecimento decorrentes do processo de trabalho.

No primeiro contato, pôde-se observar um ar de desconfiança que gradativamente no decorrer da entrevista foi dando lugar a um turbilhão de emoções, que ora se alternavam em interesse e receptividade em relação ao estudo ora indiferença, agitação e indignação.

Machado et al. (2016, p.172) destacam que “[...] não se pode obrigar as pessoas a falarem de seus sofrimentos, por isso, é imperativo que a composição do grupo de investigação seja realizada apelando ao voluntariado, a fim de garantir as melhores condições de acesso a autenticidade da palavra”.

Dos 41 trabalhadores do órgão, que atuam na área de enfermagem, foram entrevistados 22 técnicos e sete auxiliares de enfermagem, cinco trabalhadores encontravam-se ausentes em razão de licença e sete não manifestaram interesse em participar do estudo. Os entrevistados foram denominados nos formulários pela identificação E1 (entrevistado nº 1), E2 e assim sucessivamente.

Foi realizada a análise do perfil sócio-ocupacional dos 29 participantes da pesquisa e, posteriormente, selecionados 19 entrevistados obedecendo aos critérios de inclusão (regime de contratação estatutário; maior tempo de serviço e atuação na USB (ambulância) na instituição). Junto à amostra selecionada, foram abordadas questões mais aprofundadas voltadas para o contexto do trabalho, condições de trabalho, o processo de gestão do trabalho, as percepções/ emoções acerca do trabalho desenvolvido e do sofrimento/ adoecimento psíquico decorrente do exercício profissional no SAMU e o processo formativo/ capacitação.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo desenvolvido junto aos Técnicos de Enfermagem que atuam no SAMU possibilitou conhecer a realidade vivenciada por esses profissionais, desvelando sua visão acerca do contexto do processo de trabalho, a gestão, as percepções, as emoções, as fontes de satisfação, o sofrimento/ adoecimento e o papel do processo de capacitação voltado ao trabalho.

Com o objetivo de assegurar a adequada interpretação dos conteúdos e a organização das categorias temáticas, esta seção apresenta quatro tópicos:

- Caracterização do perfil sócio-ocupacional dos entrevistados;
- Contexto do trabalho no SAMU;
- Trabalho no SAMU: vivências e relação entre satisfação e o sofrimento/adoecimento;
- Processo de formação/ capacitação para o trabalho no SAMU.

5.1 CATEGORIA TEMÁTICA 1 – PERFIL SÓCIO-OCUPACIONAL

Tabela 1 - Caracterização do perfil (sexo, idade, estado civil, filhos e religião) dos profissionais lotados no SAMU de Porto Velho, Rondônia

		N	%
Sexo	Feminino	19	65
	Masculino	10	35
Idade	20 -30 anos	01	3,5
	31 - 40 anos	15	52
	41 - 50 anos	09	31
	51- 60 anos	03	10
	Mais 61 anos	01	3,5
Estado Civil	Solteiro	09	31
	Casado	11	38
	Viúvo	01	03
	Divorciado	04	14
	Outros	04	14
Filhos e dependentes	Não	07	24
	Sim	22	76
Quantitativo	de 01	06	34

dependentes			
	02	08	45
	03	03	16
	Mais de 04	01	05
Religião	Sim	16	55
	Não	13	45

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados para esta pesquisa (2018)

A caracterização do perfil sócio-ocupacional dos participantes da pesquisa identificou 19 sujeitos do gênero feminino (65%) e 10 masculinos (35%). Lima (1993) destaca a presença feminina na arte do cuidar e da transmissão de saberes voltados para a saúde de homens, mulheres, idosos, crianças, deficientes desde tempos remotos. Segundo Caetano e Prado (2016), a área de enfermagem historicamente é comandada por mulheres, essa afirmação pode ser confirmada pelos dados da pesquisa sobre o perfil da Enfermagem no Brasil, que assinala que a equipe de enfermagem é constituída 85,1% pelo gênero feminino e 14,4% pelo masculino.

A faixa etária do grupo pesquisado demonstrou um quantitativo de 15 profissionais (52%) com idade entre 31 e 40 anos, nove (31%) apresentam entre 41 e 50 anos, três entre 51 e 60 anos (10%), um entre 20 e 30 anos (3,5%) e um com mais de 61 anos (3,5%). Com base nestes dados, pode se confirmar que a enfermagem é uma profissão que apresenta uma força de trabalho jovem e, no caso deste estudo, com maior concentração também entre os trabalhadores com até 40 anos.

Quanto ao estado civil, os dados mostram que 11 profissionais (38%) são casados, nove (31%) são solteiros, quatro (14%) são divorciados, quatro (14%) informaram a opção “outros” – caracterizando suas relações como conviventes – e apenas um (3%) é viúvo. No quesito prole, 22 (76%) declararam que têm filhos e sete (24%) relataram que não ter filhos. No que se refere ao quantitativo de dependentes, oito (45%) informaram ter dois filhos, seis (34%) tem um filho apenas, três (16%) têm três filhos e um (5%) relatou ter mais de quatro filhos.

Quanto à religião, 13 (45%) informaram não participar de grupo religioso e 16 (55%) informaram que frequentam as denominações: Evangélica, Batista, Católica São Francisco, Adventista e Congregação Cristã. Embora esse aspecto não tenha sido objeto desta investigação, para Murakami e Campos (2012), a maioria dos estudos sobre os cuidados à saúde indica que a espiritualidade e a religiosidade apresentam uma associação positiva na

saúde mental e qualidade de vida dos indivíduos, pois, sua influência os auxilia a lidar com a ansiedade, medos, frustrações, raiva, sentimentos de inferioridade, desânimo e isolamento.

Tabela 2- Caracterização da escolaridade e tempo de serviço dos profissionais lotados no SAMU de Porto Velho, Rondônia

			N	%
Escolaridade/ Instrução	Ensino Técnico		11	38
	Profissionalizante			
	Especialização Técnica		01	3,5
	Ensino Superior Incompleto		07	24
	Ensino Superior Completo		09	31
	Pós-graduação		01	3,5
Tempo de Serviço como TE e AE	Menos de 05 anos		01	3,5
	6 a 10 anos		09	31
	11 a 15 anos		07	24
	16 a 20 anos		09	31
	Mais de 20		03	10,5
Tempo de Serviço no SAMU	Menos de 05 anos		10	34
	6 a 10 anos		06	21
	11 a 15 anos		05	17
	16 a 20 anos		08	28
Tempo de Serviço na USB/ SAMU	Menos de 05 anos		09	32
	6 a 10 anos		07	25
	11 a 15 anos		05	18
	16 a 20 anos		07	25

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados para esta pesquisa (2018)

Os dados obtidos relacionados ao nível de escolarização dos participantes revelam 11 (38%) profissionais com formação técnica profissionalizante, seguida por sete (24%) profissionais com ensino superior incompleto em andamento ou temporariamente parado, sendo que a Enfermagem desponta como área de interesse da formação acadêmica. Com ensino superior completo foram identificados nove (31%) profissionais, sendo oito na área de formação em Enfermagem e um em Biologia, um (3,5%) com Especialização Técnica em Instrumentação Cirúrgica e um (3,5%) profissional com curso de Pós-graduação na área de Enfermagem do Trabalho. Os resultados demonstram – e também podem indicar – o interesse dos sujeitos em buscar aperfeiçoar-se na profissão e o estímulo do próprio serviço em facilitar (ou não) a qualificação dos profissionais, uma vez que sua escolaridade excede o nível de

instrução exigido pelo cargo, sinalizando além do desejo de ascensão profissional, uma forma de inserção e/ ou permanência no mercado e melhoria na remuneração.

Esses dados podem corroborar a pesquisa do Perfil da Enfermagem no Brasil, que assinala que mais de um terço dos trabalhadores em razão da expansão do acesso à educação no Brasil, já concluíram ou estão cursando o nível superior de ensino. Deve-se destacar que o fenômeno da superqualificação associado à ampliação do acesso ao ensino superior, não acompanhou a ampliação da oferta de categorias de trabalho mais qualificadas. Entretanto, na área da saúde, desde a década de 1980, os empregos de nível auxiliar e técnico apresentam crescimento e com a ampliação das ações de atenção básica na década de 1990, esse passa ser um novo nicho de mercado, propiciando novas oportunidades de trabalho, principalmente para o segmento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), endemias, saúde bucal, bem como, de auxiliares e técnicos de enfermagem (WERMELINGER; LIMA; VIEIRA, 2016).

Em relação ao tempo de serviço como técnico de enfermagem, os intervalos entre seis e 10 anos e 16 e 20 anos atingiram o mesmo patamar com nove (31%) profissionais, seguidos por sete (24%) que apresentam entre 11 a 15 anos, três (10,5%) que têm mais de 20 anos de experiência e um (3,5%) com menos de cinco anos.

Quanto à atuação no SAMU, 10 (34%) entrevistados apresentam menos de cinco anos de serviço, oito (28%) apresentam entre 16 e 20 anos, seis (21%) entre seis e 10 anos e cinco (17%) com 11 a 15 anos de experiência. No que se refere ao período de tempo de trabalho na USB (ambulância), foi constatado que nove (32%) apresentam menos de cinco anos, sete (25%) têm entre seis e 10 anos, outros sete (25%) têm entre 16 e 20 anos, e cinco (18%) têm experiência entre 11 e 15 anos.

No levantamento do perfil ocupacional em relação ao tempo de serviço no SAMU e a atuação junto a USB, pode-se observar que os profissionais em maior número foram contratados há menos de cinco anos, o que foi revelado na entrevista, com a identificação de dois que apresentavam respectivamente um mês, o outro cinco meses de lotação e os demais com quatro anos ou menos na instituição. A maioria apresentou sete anos ou mais de experiência em ambos os itens, o que revela a escassez de investimento na área da saúde pelo município, principalmente em relação à realização de concursos públicos na área da saúde.

Estes dados podem reforçar o estudo conduzido por Félix (2015) sobre a análise das atividades dos técnicos de enfermagem do SAMU de uma capital do nordeste, cujos problemas que mais se destacam em relação ao funcionamento do serviço são: 60,7% ligados à estrutura física do órgão, 80% ligados à carência de recursos materiais e 37,1% ligados à

carência de recursos humanos. Esses dados demonstram a ausência de ações planejadas na área da saúde e refletem de um lado as dificuldades e conflitos vivenciados pela classe trabalhadora, com baixos postos de trabalho sem reposição, déficit de recursos financeiros para custeio de atendimentos básicos e a ausência de investimentos em tecnologias no atendimento em saúde, e do outro, os interesses político-econômicos na condução das políticas públicas.

Tabela 3- Caracterização da remuneração dos profissionais lotados no SAMU de Porto Velho, Rondônia

		N	%
Renda Mensal	R\$ 1.200,00 – R\$ 1.800,00	10	34
	R\$ 1.800,00 – R\$ 2.400,00	06	21
	R\$ 2.400,00 – R\$ 3.000,00	04	14
	Superior a R\$ 3.000,00	09	31
Fonte de renda	Única renda	10	35
	Totalidade da renda	07	17
	Metade da renda	05	24
	Parcela pequena da renda	07	17
Regime de contratação	Estatutário	29	100
Jornada de trabalho	30 horas	29	100
Outro vínculo de trabalho	Sim	18	62
	Não	11	38
Plantões semanais SAMU (quantidade)	02 a 03	25	86
	03 a 04	02	07
	05	01	3,5
	Diarista	01	3,5
Turno que trabalha com maior frequência	Dia (7h às 19h)	08	27
	Noite (19h às 7h)	06	21
	Diarista (7 às 13h ou 13h às 19h)	02	07
	Dia/ noite (alternado)	13	45

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados para esta pesquisa (2018)

Com relação à questão salarial, foram obtidos os seguintes resultados, 10 profissionais (34%) informaram que a renda mensal situa-se entre R\$1.200,00 e R\$ 1.800,00, nove (31%)

relataram ter remuneração superior a R\$ 3.000,00, seis (21%) entre R\$ 1.800,00 e R\$ 2.400,00 e quatro (14%) entre R\$ 2.400,00 e R\$ 3.000,00. Os dados levantados poder corroborar pela pesquisa sobre o Perfil da Enfermagem no Brasil, que assinala como remuneração mensal da equipe de enfermagem (37% dos enfermeiros e 71,4% dos técnicos e auxiliares) no setor público a renda de até R\$ 3.000,00 por mês. Machado et al. (2016) destacam ainda que, no setor público, a variação dos rendimentos mensais é relevante, apresentando grandes desigualdades intracategorias da enfermagem e a contradição existente entre as atividades desenvolvidas pela equipe e a carga de trabalho.

Quanto à fonte de renda, 10 (35%) entrevistados relataram que a remuneração é a única fonte de renda da família, sete (24%) assinalaram que é metade da renda familiar, mais sete (24%) uma parcela pequena e cinco (17%) profissionais informaram ser a metade da renda. O tipo de vínculo de trabalho informado pelos 29 (100%) entrevistados foi o regime estatutário e todos relataram que apresentam uma jornada de trabalho de 30 horas no SAMU.

No que se refere ao vínculo de trabalho, 11 (32%) entrevistados relataram não possuírem outra atividade laboral e 18 (62%) entrevistados alegaram que mantém outra ocupação, visando aumentar a renda e suprir suas demandas básicas de sobrevivência. Esses profissionais citaram a saúde como área de atuação nos seguintes segmentos: emergência – UTI, UTI cardíaca e centro cirúrgico (três), assistência ambulatorial e hospitalar (14) e uma na área administrativa em saúde. A carga horária semanal de trabalho no setor público e privado desses profissionais varia respectivamente de 40 a 44 horas.

No que diz respeito à escala de plantões das equipes de técnicos e auxiliares de enfermagem do SAMU, essa é de responsabilidade da área administrativa, que organiza e realiza o planejamento mensal antecipado obedecendo à legislação vigente (Portarias/ MS, Ministério do Trabalho, COFEN) e trabalham em regime de plantão 24 horas, 12 horas e diarista. Deste modo, os profissionais (técnicos e auxiliares de enfermagem) têm acesso com antecedência, as suas escalas de trabalho, o que facilita aqueles que mantêm outro vínculo público e/ou privado a administrar sua carga horária mensal, evitando o choque e incompatibilidade de horários. Do grupo pesquisado, 25 (86%) entrevistados informaram que realizam de dois a três plantões, dois (7%) de três a quatro plantões, um (3,5%) informou cinco plantões e um é diarista. Quanto ao turno que trabalham com maior frequência foram obtidos os seguintes resultados: 13 (45%) intercalam plantões durante o dia e a noite, oito (27%) preferem o período diurno, seis (21%) o noturno e dois (7%) desenvolvem suas atividades laborais como diaristas, uma no período matutino e outra no vespertino.

No estudo desenvolvido por Marques (2013), sobre as condições e organização do trabalho das equipes do SAMU na região metropolitana de Fortaleza, verificou-se que a sobrecarga de plantões é considerada uma conduta comum entre esses profissionais, que chegam a emendar a jornada, extrapolando, inclusive, o previsto na legislação. Félix (2015), em pesquisa junto aos técnicos de enfermagem do SAMU, também identificou uma sobrecarga de trabalho junto a esses profissionais, em que 60% deles possuem pelo menos mais um emprego e 20% chegam até a acumular mais dois.

Os dados coletados nesta pesquisa e os achados de Marques (2013) e Félix (2015) remetem a realidade vivenciada pelos profissionais de enfermagem, que na busca por melhores condições financeiras, submetem-se a uma carga excessiva de trabalho, em detrimento de sua saúde física, emocional, psíquica e social, situação essa que poderá acarretar gradativamente um processo de adoecimento.

O conjunto de dados coletados nesta primeira etapa de caracterização dos profissionais que atuam no SAMU permite traçar um perfil genérico, que se apresentam majoritariamente como mulheres, entre 31 a 50 anos, casadas, com dois filhos, nível superior/completo ou incompleto, com mais de seis anos de atuação no SAMU e na USB.

Para aprofundar a compreensão desse perfil e suas relações com o trabalho, serão detalhadas na segunda etapa da pesquisa as informações sobre os aspectos do contexto e processo de trabalho.

5.2 CATEGORIA TEMÁTICA 2 – CONTEXTO E PROCESSO DE TRABALHO

Nessa etapa, foi realizada a entrevista qualitativa semiestruturada com 19 profissionais (12 técnicos e sete auxiliares de enfermagem) que apresentavam mais tempo de serviço e experiência na USB, com o objetivo de investigar aspectos voltados ao contexto do trabalho, a rotina de trabalho, as vivências fontes de satisfação e sofrimento/adoecimento e como ocorreu o processo de capacitação para o trabalho.

Nesta categoria, buscou-se compreender como é a organização e o processo de trabalho vivenciado no dia a dia pelos profissionais do SAMU, considerando as contradições existentes entre as normas e diretrizes pré-estabelecidas e a realidade concreta, a gestão e os relacionamentos socioprofissionais.

O primeiro tópico teve por objetivo caracterizar a percepção dos profissionais sobre como ocorreu sua atuação inicial no SAMU, abordando o contexto e processo laboral das

atividades. Os dados refletem a vivência tanto dos profissionais que atuam no órgão desde 1980, no serviço denominado na época SOS Saúde, como também os que foram lotados no setor após entrar em vigor a Portaria nº 2.048, que estabelece o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

Com base no questionamento formulado, foi verificado que, para 10 entrevistados (52%), o aprendizado referente às rotinas, às normas e aos protocolos aconteceu por meio de capacitações, o que pode ser confirmado pelas seguintes falas:

Sim. Na época do SOS Saúde teve uma breve capacitação com uma equipe de São Paulo e depois como SAMU implantaram o núcleo de Educação e ocorreu o curso de APH (E2).

Sim. Logo que entrei era SOS Saúde e as enfermeiras orientavam sobre os procedimentos e já no SAMU os médicos realizaram os treinamentos (E5).

Sim. Participei de treinamentos e oficinas e fiquei um mês trabalhando na sombra (acompanhando as ocorrências) para poder me familiarizar com a rotina e os procedimentos (E8).

Sim. Tivemos os cursos “tempo resposta”, “segurança da cena”, porém muitas vezes saímos em ambulâncias que não nos oferecem segurança. Na época do SOS Saúde tinha apenas noções sobre as normas. Já como SAMU foram implantados os POPs e treinamentos (E15).

De modo geral, Souza (2016) discute que o trabalho em saúde apresenta características particulares, pois envolve a organização e o processo de trabalho em saúde, que abrange não apenas pensar o modo da realização das atividades, mas principalmente no indivíduo que as executa, o trabalhador da saúde.

No tocante ao processo de educação voltado para o trabalho em saúde desenvolvido pelo SAMU, pode-se verificar, nas narrativas, a realização das capacitações ministradas e ao mesmo tempo, conhecer um dos problemas vivenciados por esses trabalhadores, a falta de manutenção nos veículos (ambulâncias). A situação relatada denuncia aspectos significativos na área da saúde, que refletem a fragilidade do sistema em planejar, estruturar e manter ações de saúde, somadas a desvalorização dos profissionais até as precárias condições de trabalho, que comprometem uma intervenção qualificada e põem em risco a vida de trabalhadores e usuários (SOUZA, 2016).

Para nove entrevistados (47%) que informaram não ter acesso a informações sobre a dinâmica de trabalho do setor, frisa-se, como modo de apropriação desse conhecimento, a ajuda dos colegas de trabalho, o interesse pessoal e a experiência prática. A dimensão simbólica, representada pela fala dos sujeitos, possibilita a compreensão das diferentes concepções acerca da realidade vivenciada:

Não. Tudo foi boca a boca (E4).

Não. Na época que entrei era o SOS Saúde e não tinha capacitações, só breve orientações por parte dos enfermeiros, já depois quando virou SAMU tivemos os treinamentos (E11).

Não. Aprendi na raça, na prática, no dia a dia (E6).

Não, na época não era organizado como hoje. Aprendi no dia a dia com pesquisas em literaturas (E17).

Nesse sentido, cabe destacar a realidade da década de 1980, denunciada posteriormente pelo próprio MS, que assume a ausência de diretrizes nacionais por parte desse órgão na área de atendimento pré-hospitalar, o que demonstra a fragilidade da estruturação desse tipo de atendimento em alguns estados da federação, que criaram seus respectivos serviços “[...] dissociados de uma linha mestra e de uma normatização típica de planejamento, instalação e operacionalização”. Esta situação constituiu “[...] um verdadeiro mosaico de modelos, a maioria deles com deficiências técnicas importantes, tanto no setor público, quanto no setor privado”. (BRASIL, 2001, p. 07).

Vale salientar também que esse serviço foi organizado na época, mesmo que de forma deficiente, em razão da elevada demanda apresentada, decorrente principalmente do aumento populacional e do elevado número de acidentes e violências, o que posteriormente resultou na necessidade de regulamentação para a implantação da APH no Brasil (BERNARDES et al., 2009).

A lacuna de cursos e capacitações mais estruturados para a área de urgência na época do SOS Saúde revela outro aspecto delicado, a área de urgência, por não se constituir como uma especialidade médica ou de enfermagem nos cursos de graduação e técnicos apresenta significativas limitações do ponto de vista de atenção à saúde (BRASIL, 2002). Divino, Pereira e Siqueira (2009) enfatizam que essa limitação existente hoje nos currículos dos cursos técnicos e de graduação, relativa ao atendimento às urgências, demonstra a necessidade de uma discussão aprofundada sobre a construção de competências e habilitação nessa área, com ênfase principalmente no componente pré-hospitalar.

Outro fato relevante diz respeito às falas dos entrevistados – como manifestam E6: *“Aprendi na raça, na prática, no dia a dia”* e E17: *“Aprendi no dia a dia com pesquisas em literaturas”* – que expressam o desafio vivenciado por alguns profissionais quanto a sua experiência inicial e adaptação ao trabalho desenvolvido no SAMU, revelando todo um investimento de sua bagagem corporal, cognitiva e emocional.

Quanto ao questionamento sobre a organização do trabalho, com utilização de protocolos, 18 trabalhadores (95%) responderam que são utilizados e apenas um (5%) informou que não. Todos os 19 entrevistados (100%) foram unânimes em informar que suas rotinas de trabalho têm início com a realização do *checklist* e ficam de prontidão aguardando os chamados das ocorrências. Sobre o cumprimento dessas normas, 42% informaram que elas são cumpridas pelos demais profissionais, 11% relataram que não são, conforme os trechos abaixo:

Não. Porque muitos profissionais não têm compromisso com o serviço (E3).

Não. Vejo que a falha está na regulação, pois cada profissional tem uma conduta. A direção muitas vezes não acolhe os profissionais (E6).

Ainda sobre o cumprimento e utilização de protocolos no desenvolvimento da atividade laboral, nove (47%) profissionais informaram que são cumpridas em parte, conforme registrado os excertos a seguir:

Em parte. Os protocolos existem para a organizar o serviço, as atividades, porém esbarramos em condições de trabalho precárias...ambulância sem ar condicionado...não tem rádio...e assim vai... (E1).

Em parte. Usamos protocolos internos aqui no SAMU e externos em relação à rede de assistência, e algumas instituições não os conhecem. As normas são falhas, às vezes não são seguidas como deveriam. Vou te dar um exemplo: Para a organização do serviço no mural consta um determinado número de condutores e TE, só que às vezes não tem ambulância e daí um condutor fica dormindo (E2).

Em parte. Existem falhas na regulação e na comunicação das básicas com a base e os médicos as ignoram (E4).

Em parte. São utilizados conforme o setor consegue manter, pois o protocolo fala que são necessárias quatro unidades de resgate e às vezes só tem duas. O problema é identificado pela direção, mas por conta da questão política você não consegue resolver.... Quanto ao trabalho, no dia a dia temos dificuldades, por exemplo, o rádio não funciona, tem local que não pega telefone e os acidentes que ocorrem na BR onde é para a USA ir, a central de regulação manda a USB... (E5)

Em parte. Em função de cada atribuição dos profissionais, alguns são mais relapsos e a outra é a instituição em relação às condições de trabalho (E8).

Em parte. Temos horário para chegar e não temos horário para sair. Existe a dificuldade, pois devido à correria você às vezes não tem tempo de conferir o material da ambulância e você tem que correr para os atendimentos. Às vezes temos que correr mesmo. Não há uma preocupação se você está bem, com sede ou quer ir ao banheiro (E12).

Em parte. As triagens médicas devem ser mais minuciosas, devem colher mais informações, antes de encaminhar a UR para o atendimento. Faltam condições de trabalho, a ambulância precisa de ar condicionado, pneus,

precisamos de mais segurança, principalmente em dias chuvosos por conta da visibilidade (E15).

Aspectos significativos foram reportados pelos entrevistados, entre eles a questão precária dos veículos (USB). No período da pesquisa, a USB encontrava-se sem ar condicionado, sem rádio e pneus, as relações de trabalho entre os profissionais, havendo a necessidade de uma investigação do setor de regulação mais minuciosa sobre as ocorrências para o envio de unidades de resgate USB ou USA com base na gravidade do acidente.

Ressalta-se que, na assistência pré-hospitalar móvel, a utilização de veículos adequados, com todo o aparato de material e equipamentos, é essencial tanto para a qualidade da prestação de serviços quanto para a equipe que a compõe.

O estudo desenvolvido por Oliveira (2015), sobre os riscos ergonômicos nos profissionais de enfermagem do SAMU/ Recife, demonstra que no curso de uma jornada de trabalho, quando a temperatura do local é elevada, o trabalho torna-se desconfortável, podendo ocorrer fadiga, indisposição, diminuição do rendimento e da concentração na execução da assistência prestada à vítima, o que pode resultar no elevado aumento dos riscos de acidentes. Desse modo, o mau funcionamento do sistema de refrigeração das viaturas e a ausência de pneus que garantam maior estabilidade e segurança ao veículo, além de interferir no tempo de resposta e na qualidade dos cuidados instituídos à vítima no APH, têm impacto direto na saúde física e mental dos profissionais do SAMU.

Outro fato que merece atenção diz respeito à ausência do rádio, relatada pelos entrevistados, um instrumento primordial para a comunicação da base e os médicos reguladores com as equipes e vice-versa. Vale salientar que a utilização do rádio nas ocorrências tem como objetivo promover uma comunicação mais direta e rápida sobre a situação encontrada no local do acidente, o estado da vítima, as condutas adotadas, como também a orientação sobre qual unidade de referência irá receber o paciente. A carência desse equipamento foi observada na pesquisa realizada por Mesquita (2018), em Goiás, em um SAMU da região centro-oeste do país e identificada também por Ortega (2014), na pesquisa realizada sobre a avaliação do serviço de atendimento móvel do SAMU em Santa Catarina, que faz referência à limitação em algumas regiões do alcance do uso do rádio e acrescenta que essa situação somada à pressão da dinâmica de trabalho expõe esses trabalhadores a um elevado grau de responsabilidade, concentração mental, assertividade, que pode desencadear prazer, sofrimento e riscos de adoecimento.

As relações de trabalho também emergem nesse contexto e sinalizam fonte de descontentamento, devido principalmente à inobservância das normas e protocolos que balizam os atendimentos e a regulação das ocorrências, conforme verbalizado por alguns entrevistados. Silveira, Stumm e Kirchner (2009) acrescentam que a relação entre os profissionais no ambiente de trabalho na área da saúde pode ser fonte geradora de estresse e prejudicial à saúde do indivíduo. Ocorrências que não se encaixam nos critérios da Portaria 2048/2002 de Urgências e Emergências, ocasionando nos profissionais grande insatisfação, frustração, desgaste físico e emocional, eles compreendem que o serviço que desempenham na USB é destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, entretanto não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino (BRASIL, 2002b).

Com relação à disponibilidade e a suficiência de materiais para o atendimento da demanda, seis entrevistados (32%) relataram que os materiais, bolsas, pranchas, macas, keds, materiais descartáveis e outros disponibilizados para os atendimentos são suficientes para atender a demanda, um (5%) informou que esse material atende em parte e 12 entrevistados (63%) relataram a ausência de material, principalmente a prancha.

Esses dados se aproximam dos estudos realizados por Mesquita (2018) e outros pesquisadores, que também evidenciaram que em vários estados do Brasil, o sofrimento vivenciado pelas equipes do SAMU na realização de suas atividades laborais é recorrente, principalmente pela falta de materiais, equipamentos e ambulâncias, o que para a autora demonstra a fragilidade do serviço, uma vez que valoriza a quantidade de unidades implantadas em detrimento a qualidade dos serviços prestados.

Farias (2005, p. 27), no estudo realizado junto aos profissionais que atuam no programa saúde da família de saúde, ressalta que “a disponibilidade das condições materiais necessárias ao desenvolvimento do trabalho constitui-se em elemento fundamental para a consecução dos objetivos do serviço de saúde, com intensas repercussões na relação com o usuário”.

Nesse sentido, Mesquita (2018) assinala que condições de trabalho adequadas são importantes, pois favorecem o envolvimento dos profissionais com as atividades que desempenham e sua produtividade.

No que se refere ao quantitativo de profissionais preconizado pela Portaria 2048/ 2002 (um condutor e um técnico ou auxiliar de enfermagem) para atuação no SAMU nas

ambulâncias básicas (USB), 16 entrevistados (84%) relataram que a quantidade de profissionais que atuam na USB não é suficiente para atender a demanda de atendimentos, conforme se constata nas falas a seguir:

Não. Antigamente no SOS era suficiente. Havia dois técnicos de enfermagem e um condutor. Hoje em determinadas ocorrências fica difícil prestar o atendimento com só um Técnico Enfermagem e um condutor, principalmente em caso de parada e outros casos graves (E2).

Não. Temos duas ambulâncias para a cidade inteira e as escalas são insuficientes (E4).

Não. Só dois profissionais (técnico mais condutor) não atende a necessidade da população na USB. Às vezes, não dá para beber água e ir ao banheiro, é desumano. A equipe fica sobrecarregada (E5).

Não. A demanda é grande e são poucas pessoas para prestar o atendimento em caso de várias vítimas. É preciso que além do TE, o condutor, seja bem treinado para ajudar nos primeiros socorros até a USA chegar. Bom mesmo é a equipe com dois TE (E7).

Não. Na USA a quantidade de profissionais atende. Na USB não. Só tem um TE que fica sobrecarregado. Para um atendimento eficaz e eficiente seria necessário dois TE (E8).

Não. Antigamente trabalhávamos bem em dupla, hoje é só um TE, tem acidente com múltiplas vítimas e é difícil prestar um atendimento de qualidade nessas situações (E12).

Não. Tem atendimentos em que há necessidade de outro profissional na USB, pois lidamos com sobrecarga de peso em algumas ocorrências (E13).

Não. O profissional fica sobrecarregado, devido ao grande número de ocorrência a qual somos chamados. A cidade é grande, precisamos de mais profissionais e de mais unidades móveis (E15).

Não. Acho difícil, pois nem todo condutor tem agilidade numa situação de emergência (E16).

Não. Quem trabalha na USB fica sobrecarregado com os atendimentos mais graves e nesse caso ocorre a quebra de protocolo (E19).

As verbalizações expressam a insuficiência de profissionais, técnicos de enfermagem que atuam no órgão, bem como a sobrecarga de trabalho vivenciada no dia a dia. Figuram como pano de fundo nesse cenário a falta de investimentos da gestão pública, sentimentos de angústia, desinteresse, desmotivação, desrespeito as necessidades básicas do trabalhador, com efeitos deletérios a desestruturação da saúde física e mental desses profissionais.

Sobre o processo de comunicação entre a chefia e os profissionais do SAMU, foram compiladas as seguintes considerações: nove entrevistados (47%) informaram manter uma boa comunicação com os superiores (hierarquia), seis (32%) relataram que o processo de

comunicação é “ruim”, três (16%) consideram “muito bom” e apenas um (5%) afirma ser “excelente”.

Na perspectiva de Bendasolli e Soboll (2011), é por meio da comunicação que o indivíduo exprime sua afetividade, suas emoções e aquilo que ele é e como pensa. Os autores acrescentam que o mundo da organização é um universo de linguagem e de não ditos, onde se cruzam palavras individuais e coletivas, os silêncios e a ordem dos diferentes discursos que podem construir e desconstruir as identidades coletivas dos trabalhadores. Para os que caracterizaram a comunicação “muito boa”, “boa” e “excelente” entre os técnicos de enfermagem e os superiores, foram relatadas as seguintes falas:

Muito bom. Quando tenho qualquer dúvida informo a enfermeira do plantão (E7).

Bom. Geralmente há um entendimento, um diálogo e todos se entendem (E11).

Bom. Procuro resolver os problemas com o enfermeiro do plantão (E12).

Bom. A chefia chama atenção por coisas que já sabemos e não tem habilidade para tratar os profissionais com ética (E15).

Bom. Falta mais acessibilidade diálogo (E19).

Dos enunciados acima, cabe destacar as contradições existentes nas verbalizações: “Bom. A chefia chama atenção por coisas que já sabemos e não tem habilidade para tratar os profissionais com ética” (E15) e “Bom. Falta mais acessibilidade diálogo” (E19).

Dejours (2012) destaca que a comunicação é o empenho e a energia que os trabalhadores utilizam visando compreender a perspectiva, a visão de mundo do outro, para dessa forma chegar a um sentido comum, que a princípio visa modificar a organização do trabalho e, conseqüentemente, atenuar o sofrimento vivenciado.

Quanto aos que caracterizaram o processo de comunicação como “ruim”, foram elencadas as seguintes manifestações:

Ruim. Não há diálogo (E2).

Ruim. Porque muitos profissionais não respeitam as chefias (E3)

Ruim. Existe muita cobrança, a comunicação é atravessada. Deveria ocorrer uma reunião para conversar a nível geral (E6).

Ruim. Foi criado uma certa divisão entre as categorias (E9).

Ruim. Resistência de alguns profissionais em se adequar as normas (E16).

Ruim. (E17).

As verbalizações apontam um processo de comunicação permeado por ruídos, barreiras e problemas interpessoais. A ausência do diálogo no ambiente de trabalho – principalmente entre os técnicos de enfermagem, a chefia e as demais categorias – suscita conflitos e percepções distorcidas, ocasionando resistência, bem como uma visão ainda mais fragmentada e desigual do trabalho e pode-se inferir que contribua para o sofrimento e adoecimento desses trabalhadores. Esse cenário pode ainda apresentar implicações diretas no objetivo central das atividades laborais dos profissionais que é salvar vidas, uma vez que suas ações devem ser integradas, possibilitando a troca de experiências, a cooperação e confiança uns nos outros.

Sobre essa perspectiva, Dejours assinala questões relativas a pressões e relações sociais vivenciadas no trabalho:

Colegas criam-lhe obstáculos, o ambiente social é péssimo, cada qual trabalha por si, enquanto todos sonégam informações, prejudicando assim a cooperação etc. Nas tarefas ditas de execução sobeja esse tipo de contradições em que o trabalhador se vê de algum modo impedido de fazer corretamente seu trabalho, constrangido por métodos e regulamentos incompatíveis entre si (DEJOURS, 2007, p. 25).

Problemas de comunicação nas atividades das equipes da USB/ SAMU também foram identificados nos estudos de Ortiga (2014), junto ao SAMU de Santa Catarina, identificando como geradora de conflito a comunicação autoritária, confusa ou incompleta do setor de regulação.

No que se refere ao relacionamento (clima de trabalho) entre os colegas/equipe de trabalho, Dejours (2012) ressalta que o ato de trabalhar atinge uma dimensão muito além do processo de produção, pois compreende também a vivência em conjunto, o relacionamento e a troca de experiência entre os pares.

Sobre essa temática, um entrevistado (5%) caracterizou o clima de trabalho como “excelente” e 15 (79%) caracterizaram como sendo “bom”, conforme os relatos abaixo:

Bom. Existem sempre conversas paralelas e colegas que não interagem, principalmente em relação ao trabalho (E1).

Bom. Existe sempre um colega que causa intriga e fofoca (E6).

Bom. Eu faço o meu trabalho conforme a rotina...algumas vezes tem intercorrências, mas é tranquilo (E7).

Bom. Porque quem faz meu dia ser bom depende muito de mim (E9).

Bom. Há um clima de entendimento e cooperação entre os colegas (E11).

Bom. Sempre existem conflitos (E14).

Bom. Da minha parte me relaciono bem com os colegas, sou de boa (E16).

As relações de trabalho vivenciadas pelos técnicos de enfermagem do SAMU expressam ambiguidades, embora caracterizado como “bom”, o clima de trabalho parece ser atravessado por alguns conflitos interpessoais, definido pelas falas “conversas paralelas”, “não interagem”, “intriga”, “fofoca” e “sempre existem conflitos”.

Acerca desse tema, Dejours (2012) enfatiza que a cooperação e a colaboração possibilitam a estruturação de relações de ajuda recíproca, de laços de harmonia e solidariedade entre os trabalhadores. Ele acrescenta que a cooperação não é uma atividade estabelecida, prescrita, depende do empenho dos trabalhadores em buscar superar as contradições decorrentes da organização do trabalho.

As ressalvas apresentadas pela maioria do grupo pesquisado também foram apontadas pelos demais participantes, em que dois (11%) consideram “regular” e um (5%) caracterizou como “ruim” o clima de trabalho entre os colegas, como é perceptível nas seguintes falas:

Regular. Há conversas paralelas que causam conflitos (E15).

Regular. Há equipes estressadas com a alta demanda de ocorrências (E19).

Ruim. Porque existe muita fofoca e manipulação de conversa por alguns servidores (E3).

As percepções acima relatadas demonstram a fragilidade de vínculos de cooperação entre os trabalhadores, que podem culminar em atitudes de desconfiança e desunião, gerando conflitos interpessoais no ambiente de trabalho e, por conseguinte, obstáculos e dificuldades na construção de acordos que visem minimizar a discrepância entre o trabalho real, o prescrito e a carga de sofrimentos vivenciada no ambiente laboral.

Guimarães e Martins (2010), nos estudos desenvolvidos sobre valores, prazer e sofrimento no trabalho, salientam que relações sociais positivas no trabalho reduzem as dimensões de desgaste, sofrimento e desvalorização. As autoras acrescentam que, em ambientes de trabalho divergentes e discordantes, o profissional se sente esvaziado de sua identidade social e vivencia uma destituição do sentido do seu trabalho que executa em conteúdo e significado, resultando em sofrimento.

Quanto ao reconhecimento pela instituição e a equipe acerca das atividades que demandam mais esforço profissional, conhecimento, iniciativa e habilidade, Bendasolli e Soboll (2011) destacam que a dinâmica do reconhecimento do trabalho apresenta papel central no equilíbrio e consolidação da identidade do sujeito, contribuindo para reduzir, ao

longo da vida, a probabilidade de doenças somáticas e mentais. Sob essa perspectiva, Dejours acrescenta:

O trabalho aparece decididamente como um operador fundamental na construção do sujeito. O trabalho se revela, de fato, um mediador privilegiado, senão único, entre inconsciente e campo social, de um lado, e entre ordem singular e ordem coletiva, do outro lado (DEJOURS, 2012, p. 41).

A Psicodinâmica do Trabalho concebe o sujeito constituído por conflitos de ordem intrapsíquica, compreendendo questões subjetivas e relações sociais, mas que, ao mesmo tempo, atribui ao trabalho o fortalecimento da constituição da identidade e subjetividade desse sujeito.

O reconhecimento das atividades laborais se circunscreve na realidade dos técnicos de enfermagem do SAMU de forma bastante variável. Para seis entrevistados (32%), esse tipo de conduta é uma realidade presente no contexto do trabalho, conforme os relatos:

Sim. A equipe teve a habilidade de atender a uma paciente com problemas de hipertensão que foi sedada e teve um rebaixamento do nível de consciência durante o trajeto (E3).

Sim. Fomos reconhecidos pela realização de uma RCP (E10).

Sim. Numa ocorrência uma jovem sofreu acidente e perfurou a artéria e conseguimos levar ao PSJP com vida e fomos reconhecidos pela equipe (E14).

Sim. Já saímos na USB para atender uma situação e ao chegar verificamos que era grave e não deu tempo de chamar a USA, mas a equipe da básica realizou os procedimentos e deu conta de atender (E16).

A fala dos entrevistados demonstra que a dinâmica do trabalho em saúde, embora padeça da carência de investimentos, da falta de planejamento, organização do trabalho, das condições de trabalho e relações socioprofissionais difíceis, apresenta como outra faceta uma vivência de prazer, satisfação em relação ao cuidado do outro, podendo ser fonte de gratificação, de reconhecimento, realização e valorização no trabalho.

Para quatro profissionais (21%), o reconhecimento pelo trabalho desenvolvido é parcial, ou seja, apresenta relação de dependência entre a hierarquia e as ocorrências vivenciadas expressas pelas seguintes falas:

Em determinados casos sim, bem...em parte. Por exemplo, a paciente com PCR chegou na base e o socorro foi prestado pelos TE utilizando o protocolo de reanimação e a levaram para o hospital. Posteriormente os médicos parabenizaram a equipe pela conduta (E2).

Em parte. Vejo o trabalho como obrigação e não uma forma de buscar reconhecimento (E8).

Em parte. A equipe reconhece, mas a instituição não vê o nosso lado (E12).

Em parte. Nesse caso depende muito do enfermeiro que está de plantão em reconhecer que você fez um bom atendimento (E13).

Dejours (2007) evidencia que no ambiente de trabalho a maioria dos trabalhadores se esforça para fazer o melhor nas atividades que desenvolvem, investindo muita energia e paixão, todavia, quando essa contribuição não é reconhecida, quando passa despercebida em meio à indiferença ou é negada pelos outros, isso resulta num sofrimento que é muito perigoso para a saúde mental, devido à desestabilização da identidade.

Dos demais trabalhadores, nove (47%) responderam que não há o reconhecimento por parte da equipe e instituição e esse tipo de conduta não faz parte do seu dia a dia:

Não. O reconhecimento deveria ser destacado pela chefia, junto ao funcionário e a equipe, mas isso não ocorre (E1).

Não. Quando o profissional se manifesta ele fica mal visto, como o chato, o preguiçoso (E4).

Não. Você só é bom quanto está bem...quando você adoece ninguém se preocupa se você está com problema em casa, com os filhos, marido... (E5).

Não. Um certo dia alguém exclamou que o que faço não é mais que uma obrigação (E9).

Não. Nas ocorrências, as situações entre os profissionais e o paciente, tudo é anotado, registrado, principalmente os casos mais graves. Todo o procedimento que você realizou fica na ficha, mas ninguém parabeniza você. Há situações onde os familiares dos pacientes é que reconhecem teu trabalho e te parabenizam (E11).

Não. A PCR sem sucesso demanda mais esforço, você não tem tempo de respirar, já tem que partir para outra. Mesmo quando você consegue não tem seu trabalho reconhecido (E19).

As verbalizações expressam o descontentamento, a desvalorização e a indiferença percebidos e vivenciados pelos profissionais em relação ao trabalho que executam. Esses sentimentos podem ser fonte de sofrimento, gerando uma ameaça à saúde mental desses profissionais, já que não há um compartilhamento, um sentido de pertencimento em relação ao trabalho desenvolvido por seus pares.

Duas situações que ilustram esse tipo de sofrimento, a primeira diz respeito à alienação mental, quando o sujeito apartado da realidade e do reconhecimento pelo outro, é remetido à solidão da loucura; e a outra é a alienação social, em que o sujeito – mesmo vivenciando a realidade mediada pela execução do seu trabalho – não é reconhecido. Nesse contexto, deve-se considerar que o reconhecimento do trabalho não está vinculado unicamente ao *status* social, porém resulta de todo o empenho, o esforço entre a experiência

do sujeito (conhecimento e habilidades) e o trabalho desenvolvido (BENDASOLLI; SOBOLL, 2011).

Para a Psicodinâmica do Trabalho, a identidade é a armadura da saúde mental. Desse modo, o envolvimento no trabalho pode ser um mediador insubstituível na estabilização e na ampliação dessa identidade do sujeito, em que o trabalhar não se restringe apenas pela produção de serviços ou bens, mas principalmente pela transformação de si mesmo.

As afirmações “*Um certo dia alguém exclamou que o que faço não é mais que uma obrigação*” (E9) e “*...os familiares dos pacientes é que reconhecem teu trabalho e te parabenizam*”(E11) revelam a fragilidade de laços de solidariedade e uma deterioração da reflexão coletiva do trabalho, cujo reconhecimento parece não ocorrer entre todos os trabalhadores e suas equipes. Bendasolli e Soboll (2011) sinalizam que quando a avaliação dos usuários substitui o reconhecimento por outros profissionais que executam o mesmo serviço, ocorre um superinvestimento nesse tipo de relação, o que denota uma forma de defesa individual que tem por objetivo lidar melhor com a realidade, gerando mais ainda um distanciamento do profissional e de seus pares.

Nos relatos pontuados, verificou-se uma negação do reconhecimento ao trabalho desenvolvido, o que evidencia a fragilidade em formular julgamentos de beleza e utilidade pelos pares, o que dificulta a construção do sentido real do trabalho e suscita uma ameaça para a saúde mental dos profissionais, pois fragmenta o sentimento de pertencimento a um coletivo de trabalho com repercussões diretas sobre a identidade dos sujeitos.

5.3 CATEGORIA TEMÁTICA 3 – VIVÊNCIAS E RELAÇÃO ENTRE SATISFAÇÃO, SOFRIMENTO E ADOECIMENTO

Sobre os motivos para atuação no SAMU, 10 entrevistados (53%) informaram que foi por necessidade do setor de Recursos Humanos, de acordo com os excertos abaixo:

Por necessidade do RH. Eu passei no concurso público municipal e a minha lotação foi no SOS em 1999, mas antes trabalhava no posto de saúde (E7).

Foi por necessidade do setor de RH. Fui convidada pela Direção na época e por curiosidade (E11).

Por conta da necessidade do setor de RH. Não tinha vaga na maternidade e fui lotada aqui no SAMU (E15).

Os dados denunciam o quanto à área de urgência e emergência surge no cenário da saúde com defasagens significativas, principalmente, em relação a uma política estruturada de

APH antes do ano 2000 e a lotação de profissionais no setor, sem considerar o perfil desses trabalhadores e sua adequação à dinâmica e funcionamento do serviço.

A inserção no SAMU para nove (43%) entrevistados ocorreu por interesse pela área:

Interesse pela área. Trabalhava na assistência (hospital) e estava enjoada da mesmice, de tudo parado. Eu gosto de situações inesperadas, agitadas (E5).

Sobre a temática da relação homem/trabalho, Dejours (1994) assinala três aspectos relevantes a serem considerados:

- O organismo do trabalhador não é um motor humano [...].
- O trabalhador [...] possui uma história pessoal que se concretiza por uma certa qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações, de suas necessidades psicológicas, que integram sua história passada.
- O trabalhador, enfim, [...] dispõe [...] daquilo que denominamos estrutura de personalidade(DEJOURS, 1994, p. 24).

Essas questões suscitam o debate sobre a dicotomia existente na Portaria 2048/2002 que estabelece o perfil dos profissionais oriundos da área da saúde, bem como suas respectivas competências: “[...] capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole [...]” (BRASIL, 2002b, p. 4). Contudo, há a lotação desses profissionais de saúde sem considerar características de personalidade, equilíbrio emocional, capacidade de lidar com situações de pressão, estresse e principalmente sua história pessoal. Percebe-se, assim, que a subordinação aos mais diversos tipos e condições de trabalho está diretamente ligada mais à necessidade de sobrevivência do indivíduo e manutenção de sua família do que em razão de sua vocação e adequação aquele ofício, mesmo que isso signifique vivenciar situações de sofrimento (ANTUNES, 2005).

Quanto à percepção sobre o que é trabalhar no atendimento pré-hospitalar/ SAMU, 17 entrevistados (89%) relataram ser prazeroso, conforme as falas:

É gratificante, é superação, eu gosto da rua e faço por amor. É uma contribuição que eu dou ajudando outras pessoas (E1).

Eu gosto do que eu faço, sou apaixonada pela urgência e emergência. É prazeroso você salvar a vida de alguém, é gratificante você poder ajudar alguém (E2).

É um trabalho importante que faz diferença na vida das pessoas que precisam de ajuda (E3).

É bom. Poderia ser melhor. Antigamente havia mais profissionais, materiais [...] era bem melhor. Hoje a gente passa por cada coisa (E6).

Excelente. Eu gosto da área de trauma, dos casos clínicos, do contato com as pessoas, de ouvir suas histórias e ajudá-las (E7).

Primeiro porque gosto do que faço, ajudar as pessoas... e assim posso pôr em prática o que foi instruído (E9).

É gratificante você poder ajudar pessoas que precisam de auxílio que estão passando por problemas, traumas e você salvar a vida delas (E11).

Gosto muito... não pensava em trabalhar aqui, mas aprendi a gostar muito (E12).

Muita satisfação. Faço tudo para realizar um trabalho bem feito, apesar das condições precárias de trabalho (E15).

Para mim trabalhar na APH é de muita importância, exige muita responsabilidade e habilidades. Tem situações que a vida de outras pessoas está em suas mãos (E18).

Me sinto satisfeito em ajudar, é emoção, companheirismo (E19).

A possibilidade de salvar vidas e colaborar para a melhoria e o acesso da população à assistência em saúde reflete os sentimentos de prazer e satisfação experimentados pelo grupo. Segundo Ferreira (2011), o prazer resultante do reconhecimento e da realização no trabalho são vivências que contribuem para a saúde do trabalhador, pois promovem o fortalecimento de sua identidade.

Para Nunes et al. (2010), sentimentos positivos, como os de autorrealização e o contentamento vivenciado pelos profissionais no contexto do trabalho, apresentam relação direta com o maior empenho desses trabalhadores em prestar um serviço de maior e melhor qualidade. Freitas (2007) acrescenta que o sentimento de prazer vivenciado pelos profissionais resulta da sensação de bem-estar, de satisfação que o trabalho produz no âmbito do corpo, da mente e nas relações sociais dos profissionais.

O ato de “salvar a vida”, “ajudar alguém”, “fazer a diferença na vida das pessoas” refletem o comprometimento, a satisfação e o sentimento de utilidade vivenciado pelos trabalhadores em poder auxiliar os usuários, mas também, aponta a necessidade de lidar com as contradições existentes entre o trabalho prescrito e o real, expressas nas seguintes falas: “*é superação*”, “*Poderia ser melhor. Antigamente havia mais profissionais, materiais.... Hoje a gente passa por cada coisa*”, “*Faço tudo para realizar um trabalho bem feito, apesar das condições precárias de trabalho*”.

Para Dejours (2012), o caráter dialético do trabalho, ou seja, o sofrimento ou o prazer resultam da vivência, da experiência do sujeito, em razão do fracasso ou do êxito de seu empenho em buscar resolver suas contradições.

Para dois entrevistados (11%), o trabalho na APH apresenta as seguintes características:

Meu emprego (E4).

Eu estou desanimada, estou cansada... o sistema não muda ... Estou esperando pagar umas contas e penso em me aposentar (E5).

As expressões “*Faço tudo para realizar um trabalho bem feito, apesar das condições precárias de trabalho*” e “*...o sistema não muda...*” demonstram o empenho dos trabalhadores em buscar amenizar e mediar o sofrimento e dissabores vivenciados no dia a dia, em algo que tenha sentido, contudo a pressão por trabalhar mal é subjacente.

Tomando como referência a concepção marxista, o processo de trabalho é resultado da combinação do objeto (matéria a ser trabalhada), dos meios (instrumentos e ambiente para a transformação do objeto), da força (energia humana empregada) e do produto do trabalho (OLIVEIRA; 2006; PINTO; SILVA, 2016). Souza (2016) acrescenta que as relações de trabalho no serviço público, embora se encontrem num campo normativo, revelam insegurança e ameaça ao trabalhador e uma nova manobra de desregulamentação no campo da saúde, submetendo cada vez mais os profissionais a situações patogênicas.

Nesse contexto, Machado et al. (2016) fazem referência a situações identificadas no Fórum sobre Recursos Humanos na América Latina, realizado em Quito (Equador) em 2011, sobre a área de enfermagem, em que emergiram como fatores de impacto na prática desses profissionais:

[...] precariedade do processo de trabalho e terceirização; sobrecarga de trabalho e diminuição de renda; falta de segurança no ambiente de trabalho; aumento da violência contra enfermeiros nos locais de trabalho, gerando altos níveis de estresse e insegurança para o exercício da profissão (BARRETO; HUMEREZ; KREMPLE, 2011, p. 252).

Sob essa temática, outro aspecto significativo neste estudo desenvolvido junto aos Técnicos de Enfermagem do SAMU diz respeito diretamente à questão dos riscos ocupacionais vivenciados pelos profissionais em sua rotina de trabalho. No levantamento realizado, os entrevistados relacionaram como situações que desencadeiam mais receio entre os trabalhadores as seguintes:

Tabela 4 - Caracterização dos riscos ocupacionais que mais causam desconforto aos profissionais lotados no SAMU de Porto Velho, Rondônia

Ordem	Riscos Ocupacionais	Grau	N	%
1º	Riscos Biológicos	Extremamente desconfortável	07	37
2º	Riscos de Acidentes	Muito desconfortável	07	37
3º	Riscos Ergonômicos	Moderado desconforto	06	32
4º	Riscos Psicossociais	Desconfortável	10	53
5º	Riscos Físicos	Pouco desconforto	06	32
6º	Riscos Químicos	Nenhum desconforto	07	37

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados para esta pesquisa (2018)

A ordem dos riscos e o grau de desconforto apresentados pelos entrevistados evidenciam seus medos e receios em relação ao trabalho desenvolvido. O grande desconforto ocasionado pelos riscos biológicos e de acidentes reafirmam o levantamento realizado por Zapparolli e Marziale (2006), numa pesquisa desenvolvida em Unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências, onde os trabalhadores da APH móvel identificaram como fatores de risco a possibilidade de adquirir infecções no trabalho, devido ao contato com fluidos corpóreos e sangue, acidentes automobilísticos, agressões físicas causadas seja pela comunidade ou os pacientes, principalmente em regiões violentas.

Quanto aos riscos de acidentes, entre trabalhadores do SAMU/ RMF no Ceará, Marques (2013) relacionou como situações que contribuem para o risco de adoecimento e até a morte: excesso de velocidade das ambulâncias, animais na pista, más condições das ruas e as grandes distâncias percorridas. A precariedade das ambulâncias no SAMU em uma Região Centro Oeste do Brasil, também é citada por Mesquita (2018) como situação que conduz os trabalhadores a situações desgastantes além da falta de segurança. Essa conjuntura revela a discrepância da gestão do trabalho no serviço público, a ausência de investimento na saúde e a realidade vivenciada pelos trabalhadores, resultando em situações que compreendem desde veículos apresentando problemas de ar condicionado, desgaste dos pneus, a falta do rádio, a sobrecarga de trabalho e carência de recursos humanos, entre outros.

No que se refere aos riscos ergonômicos, embora considerados moderados pelos entrevistados, Oliveira (2015) – no estudo desenvolvido sobre a avaliação desses riscos nos profissionais de enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência - SAMU/Recife – identificou as atividades desenvolvidas pelos profissionais do SAMU como complexas e difíceis, já que exigem muito esforço para a coluna e muitas vezes posturas inadequadas, ocasionando sérios problemas na coluna lombar e nos membros superiores e inferiores, sendo estes a maior causa de incapacidade funcional dos profissionais na APH. Os resultados apresentados demonstram como o conteúdo ergonômico pode ser gerador de insatisfação e encontra-se na origem não só de numerosos sofrimentos somáticos de determinismo físico direto, mas também de outras doenças do corpo mediatizadas por algo que aflige o aparelho mental (DEJOURS, 2015).

O risco psicossocial merece destaque, uma vez que desponta como intensa fonte geradora de extremo desconforto pelos entrevistados e contempla desde situações de estresse, jornada de trabalho prolongada, elevada tensão no ambiente trabalho, prejuízo na inter-relação com colegas de trabalho, violência (agressão física), problemas de relacionamento com a

chefia, colegas e pacientes, trabalho em período noturno e imposição de rotina intensa. Dentro dessa perspectiva, Machado et al. (2016) mencionam, como situação que também fazem parte do cotidiano dos profissionais de enfermagem, a violência institucional, visto que os trabalhadores do setor saúde encontram-se mais vulneráveis a diversas formas de violência nos espaços de trabalho, seja no processo de trabalho com a equipe multiprofissional, seja na assistência prestada aos usuários, ou mesmo por conta da violência comunitária armada.

Os riscos físicos e químicos foram considerados pelos entrevistados como sendo geradores respectivamente de pouco e nenhum desconforto, cabe esclarecer que ambos se encontram presentes na rotina dos trabalhadores, contudo, não desencadeiam tanta preocupação como os demais.

A presença dos riscos ocupacionais listados pelos trabalhadores é inerente à atividade que desenvolvem, contudo, sua percepção sobre o desconforto que tais perigos ocasionam resulta da estreita relação com a realidade que vivenciam, já expressa anteriormente como as dificuldades em relação à sobrecarga de trabalho, à falta de reconhecimento, à carência de recursos humanos e materiais, aos problemas da organização do serviço e à má regulação das ocorrências.

No tange ao desenvolvimento de algum tipo de lesão física, distúrbio respiratório, digestivo, circulatório ou outros agravos no exercício de sua atividade profissional, nove entrevistados (47%) responderam que não apresentam nenhuma lesão decorrente do trabalho e 10 (53%) relataram que apresentam, entre elas:

Acidente com a mão, dores de coluna, dor de cabeça (E1).

Lombalgia, asma (E4).

Lordose e fiquei com uma lesão no joelho/ acidente, quando estava pulsionando o paciente e até hoje dói (E5).

Tive tuberculose pleural, hérnia de disco e fracturei o pé ao cair da UR (E6).

Alergia a Q boa na limpeza dos materiais e um tipo de bom ar que a empresa de serviço de limpeza oferece (E7).

Problema de coluna e ontem machuquei meu joelho na maca (E12).

Tive pneumonia. Nas ocorrências saímos qualquer horário, seja de dia ou de madrugada enfrentamos chuva, sol e calor na UR (E13).

Na última ocorrência machuquei a coluna. Devido ao stress, o sono irregular, a sobrecarga de trabalho desenvolvi hipertireoidismo (E15).

Tenho síndrome do túnel do carpo e patelar (E16).

Hérnia discal (E19).

Mais da metade dos trabalhadores entrevistados citaram lesões ligadas ao trabalho. Esse dado dialoga com os resultados de vários estudos sobre a saúde dos trabalhadores dessa área. No estudo realizado por Gurgueira, Alexandre e Corrêa Filho (2003), com 105 auxiliares e técnicas em enfermagem, foi verificado que 93% das profissionais referiram algum tipo de sintoma de origem osteomuscular e 63% apresentavam como queixa mais frequente dores na coluna lombar. Esse cenário também foi corroborado por Pacheco (2013), num estudo realizado no Pronto Socorro de referência no atendimento em urgência e emergência na cidade de Porto Velho, onde se verificou um alto percentual de adoecimento dos trabalhadores de enfermagem, que relataram problemas de saúde como dores na coluna, problemas respiratórios, cansaço mental e estresse com repercussão direta na vida familiar.

Machado et al. (2016) também abordam o tema fazendo referência aos estudos desenvolvidos por Greco e Moura (2013), que associam como principais causas de adoecimento dos profissionais da enfermagem problemas com a coluna vertebral (lombalgias), as de cunho ortopédico (devido à sobrecarga física), doenças do aparelho geniturinário, problemas reumatológicos, hipertensão arterial e acidentes, envolvendo contusões e entorses e material perfurocortante.

Outro aspecto abordado neste estudo diz respeito à procura de assistência em saúde pelos entrevistados para o tratamento das lesões (distúrbios) resultantes das atividades laborais. Nesse quesito, 10 entrevistados (53%) informaram que não procuraram ajuda e nove (47%) relataram procurar unidades de saúde para o tratamento dos problemas, conforme descrição abaixo:

Sim. Fui atendida no próprio hospital (PS) que estava levando a paciente (E1).

Sim. Procurei assistência médica por conta própria, mas aqui não fizeram o Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) (E5).

Sim. Eu procurei as unidades de saúde e fiz o tratamento. A instituição não viabilizou os atendimentos (E6).

Sim. Informeimei a direção, a profissional que faz a higienização da USB e a profissional da limpeza (E7).

Sim. Busquei atendimento na instituição privada (E12).

Sim. Fui por conta própria à unidade de saúde da rede particular (E13).

Sim. Busquei ajuda por conta própria, em unidades de saúde privadas, sem encaminhamento pela instituição (E15).

Sim. Busquei atendimento particular e a instituição me liberava para fazer fisioterapia (E16).

Sim. Eu procurei atendimento particular (E19).

Os achados refletem o descompasso entre a realidade da ausência do cuidado à saúde do trabalhador e a implementação das Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, pelo Ministério da Saúde. A proposta que prevê como princípios: a abrangência universal; contemplar a participação dos trabalhadores na formulação das políticas e ações relacionadas à saúde do trabalhador do SUS; promover ações integrais à saúde do trabalhador; a intersetorialidade; primar pela qualidade do trabalho; implantar a humanização no trabalho em saúde e processos de negociação permanente dos interesses e conflitos do trabalho em saúde; valorizar os trabalhadores; e fomentar ações de educação permanente objetivando a transformação das práticas profissionais e a própria organização do trabalho (BRASIL, 2011a), apresentando-se em alguns segmentos de forma muito acanhada. Vale salientar que a instituição das PNPST SUS demonstra um avanço significativo em relação aos direitos dos trabalhadores, entretanto, ainda requer o fortalecimento e consolidação de seus princípios e diretrizes, bem como a elaboração de ferramentas de monitoramento e avaliação que possam refletir ações mais eficazes de proteção e cuidado ao trabalhador.

As narrativas dos entrevistados demonstram a ausência de ações concretas voltadas à saúde do trabalhador no âmbito institucional e refletem a necessidade de ultrapassar uma conduta individualizada curativa e propor uma abordagem interdisciplinar e de fortalecimento de um cuidado mais integrado ao trabalhador e sua saúde.

Nesta pesquisa, aborda-se também as alterações emocionais (comportamentos de tristeza, apatia, desmotivação, alteração de humor, medos, ansiedade e angústia) vivenciadas pelos trabalhadores em decorrência do trabalho. Neste item, 12 entrevistados (63%) responderam apresentar mudanças no comportamento e sete (37%) relataram não ter problemas. Uma entrevistada informou que teve depressão após o falecimento do marido e os demais elencaram as seguintes situações:

Sim. Estava desmotivada, com alteração de humor e tristeza profunda (E1).

Sim, às vezes fico com humor alterado. Fico chateada quando há situações que não são emergências e a regulação (central) aciona/ envia a básica para prestar atendimento. Ex. outro dia fomos acionados para prestar atendimento em uma invasão, onde a criança apresentava apenas uma febre de 37,5°. A equipe foi deslocada sem necessidade, correndo risco de vida enquanto outras pessoas poderiam estar precisando do serviço (E2).

Sim. Fico desmotivado pela má regulação (gratificações são roubadas na secretaria antes de chegar até nós) (E4).

Sim. Fiquei muito triste. Fui mordida por uma paciente PSQ (psiquiátrica), ficou tudo roxo, não me machuquei mais porque ela pegou mais a farda. A Direção, a instituição, não me ligou para nada... nem para saber como estava (E5).

Sim. Sofri agressão no atendimento de uma ocorrência. Passei 15 dias chorando, triste, desmotivada, com medo, decepcionada (E6).

Sim. Ansiedade, quando eu solicito a USA por via rádio e não atende (E7).

Sim. Desmotivação. Pelo descaso e falta de condições e péssima manutenção das URs (unidades de resgate) (E9).

Sim. Medo de não conseguir contato com a base (E12).

Sim. Desmotivada, apatia. Falta valorização do profissional, condições de trabalho (ambulâncias) (E13).

Sim. Desmotivação e tristeza (E15).

Sim. Fico muito triste em situações de pacientes que cometem suicídios (E18).

Sim. Impotência devido à falta de recursos (E19).

Outro ponto que merece destaque foram os relatos dos entrevistados E5 e E6, nos quais se verificou inquietante perturbação decorrente da agressão sofrida no desenvolvimento da atividade laboral. Os achados revelam como esse tipo de situação gera sofrimento ao trabalhador no seu cotidiano e sinaliza também o quanto essas alterações podem desencadear conflitos intrapsíquicos no trabalhador. No decorrer das entrevistas com os técnicos de enfermagem, pode-se verificar a ambiguidade de sentimentos que os arrebatavam, englobando desde alteração de humor, sentimentos de desmotivação, medo ansiedade, tristeza e até impotência, sinalizando possíveis e confusos quadros de depressão e síndrome de *burnout*.

Para Mesquita (2018), a organização do trabalho no SAMU somada às condições de trabalho precárias e aos conflitos interpessoais ocasiona impactos diretos na saúde mental dos trabalhadores, que compreendem desde conflitos psíquicos, como ansiedade, medo e ainda doenças como mal-estar, fadiga e desgaste. Ela sinaliza que a saúde do trabalhador será mantida caso ele consiga elaborar uma resposta adequada ao hiato existente entre o trabalho prescrito e o real, e alcance o reconhecimento. Do contrário, caso a adaptação ou o ajustamento e o reconhecimento ao processo de organização do trabalho seja frágil, débil, a relação com o trabalho será bloqueada e o trabalhador adoecerá.

O trabalhador, ao lidar com as demandas do trabalho real e o confrontá-lo com o trabalho prescrito, mobiliza o engajamento do seu corpo e de sua subjetividade. Para Dejours et al. (1994), esses processos psíquicos mobilizados pelos trabalhadores passam pela

inteligência prática, recurso que se manifesta para a resolução de problemas não prescritos no processo de organização do trabalho. Desse modo, buscam substituir as normas e regras previstas, adotando condutas mais eficazes no sentido de satisfazer as necessidades e alcançar os objetivos prescritos da tarefa. Os autores acrescentam que a inteligência prática surge no processo de trabalho como estratégia de defesa frente ao sofrimento atenuando e direcionando-o para sentimentos de satisfação e prazer, passando necessariamente pelo reconhecimento do outro.

Bendasolli e Soboll (2011, p. 73-74) acrescentam que o sofrimento no trabalho pode ser compreendido a partir:

(i) do corpo (lesões, fadiga, carga excessiva de trabalho, riscos ou ameaças à saúde, etc.); (ii) do psiquismo ou da subjetividade (stress, burnout, transtornos mentais, enfraquecimento ou aniquilação do poder de agir do sujeito etc.); (iii) do relacionamento entre os sujeitos (falta de reconhecimento, enfraquecimento dos coletivos de trabalho, empobrecimento das relações afetivas, competição exacerbada, etc.); (iv) da perspectiva do sujeito moral (assédio, dominação de classes, exclusão social, invisibilidade social, etc.); e (v) do ponto de vista do próprio trabalho (atividade impedida, esvaziada ou suspensa; perda do significado ou da função psicológica do trabalho; ausência de atividade).

Para o autor, o sentido da satisfação e do sofrimento no trabalho, independente da dimensão da análise ou da incidência, assume uma perspectiva “ora de denúncia social, ora de aspecto clínico”.

Nos estudos desenvolvidos por Dias, Queirós e Carlotto (2010), sobre a síndrome de *burnout* e os profissionais de saúde, verificou-se que a interação estabelecida entre o trabalhador e o paciente é carregada de fortes emoções. As autoras acrescentam que a frequência desse tipo de experiência pode levar o profissional a essa síndrome, caracterizada pela adoção de atitudes de distanciamento de pacientes e os colegas (despersonalização), a exaustão emocional e sentir-se menos preparado para o trabalho (baixa realização profissional). (CARLOTTO, 2009).

Questionados sobre qual o tipo de conduta adotada para minimizar as alterações emocionais desencadeadas em razão do trabalho desenvolvido, sete entrevistados (37%) informaram que não procuraram ajuda e 12 (63%) relataram ter buscado apoio, conforme os relatos abaixo:

Sim. A instituição, a direção, conversou comigo e foi resolvida no órgão a dificuldade que estava vivenciando (E1).

Sim. Nesse caso eu fui para o PSJPII para ver se tinha lesionado o nervo e por conta da contaminação por HIV, mas foi só isso (E5).

Sim. Busquei atendimento no CAPs por conta própria, não fui encaminhada pela instituição (E6).

Sim. Falei com a chefia (E7).

Sim. Conversei com o enfermeiro responsável (E13).

Sim. Busquei atendimento particular (E14).

Sim. Procurei atendimento em unidade de saúde da rede particular, também não tive nenhum tipo de encaminhamento pelo órgão (E15).

A fala dos entrevistados reflete as contradições do processo de organização do trabalho e as dificuldades na comunicação, gerando em alguns trabalhadores sentimento de desvalorização e frustração face aos problemas vivenciados no cotidiano de sua atividade laboral.

Bendasolli e Soboll (2011) atribuem à linguagem, a função de compreensão dos atos, condutas no trabalho e o bom funcionamento da organização. Para os autores, dar a palavra aos colaboradores, subordinados, possibilita-lhes exprimir o que eles realmente vivenciam no seu cotidiano, permitindo-lhes ser verdadeiros sujeitos em ação. Refletindo sobre o trabalho no SAMU, Mesquita (2018) ressalta que uma relação hierárquica menos burocratizada e dialógica contribui para um processo de comunicação eficaz no ambiente de trabalho, restando a possibilidade de conflitos interpessoais, problemas de gestão e operacionais, promovendo relações mais saudáveis entre os profissionais, maior envolvimento e sentido à atividade do trabalho.

Outro ponto que merece atenção nos relatos diz respeito à ausência de um setor no órgão que realize o acolhimento das demandas relativas à saúde do trabalhador, que além de todo respaldo no âmbito jurídico, exige principalmente a articulação intersetorial e integral de ações à saúde do trabalhador.

Sobre os tipos de ocorrências que despertam alterações psicológicas de desconforto, cinco entrevistados (26%) comunicaram que até o momento nenhum tipo de ocorrência mobilizou alterações psicológicas, apenas dois manifestaram sentimento de tristeza e angústia em relação ao trabalho em si.

Tristeza por sermos roubados todos os dias... tenho asma, e essa comida nos dá epigastralgia, flatulência e diarreia (E4).

Fico angustiado não com as ocorrências, mas com a falta de condições de trabalho, a comunicação imprópria, o desgaste físico e o calor excessivo (E19).

Sobre o mal-estar psicológico gerado por alguns tipos de ocorrências, 14 entrevistados (74%) relacionaram as seguintes situações:

Atendimento a crianças vítimas de acidentes...nesses casos fico muito triste (E1).

Os atendimentos com pacientes PSQ (psiquiátrico), pacientes enfartando, são atendimentos difíceis, pois precisa fazer manobras e você tem que cuidar da tua segurança e dos outros (E5).

Atendimento a paciente psiquiátrico, eu tenho pânico (E6).

Crianças vítimas de acidentes de carro, afogamento, violência (E8).

Os atendimentos com pacientes psiquiátricos (E10).

Ocorrências com crianças em geral (queimaduras, afogamentos...) você faz de tudo para salvar e não consegue ajudar (E11).

Atendimentos a crianças e maus tratos a idosos (E13).

Alterações de tristeza como já falei no atendimento a suicídios e ocorrências que envolvem crianças (E18).

Em ambos os casos, verifica-se que os técnicos de enfermagem entrevistados demonstraram inquietação, sentimentos de frustração, tristeza e impotência em ocorrências envolvendo crianças e idosos, bem como, em relação às condições de trabalho. Lidar com a morte faz parte da rotina de trabalho desses profissionais, entretanto, o sentimento de pesar diante do fracasso em salvar uma vida, seja pela realidade do trabalho e o estado da vítima, desencadeia inevitavelmente o sofrimento psíquico. De modo semelhante, Mesquita (2018) constatou que o convívio com vítimas graves e risco iminente de morte suscita sofrimento psíquico entre os trabalhadores do SAMU. Mais um fator gerador de ansiedade, desprazer e tristeza encontrado em seu estudo está relacionado à dificuldade de lidar com cenas desagradáveis, o que pode interferir na forma de lidar e continuar as atividades de trabalho.

A organização do processo e as condições de trabalho também emergem nesse contexto, como fonte geradora de conflitos na fala dos entrevistados, que precisam lidar com a desvalorização profissional, a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos humanos, materiais, veículos e outros.

Questionados sobre as dificuldades vivenciadas no trabalho e a forma como lidam com elas, um entrevistado (5%) relatou não abordar esse tipo de assunto com os colegas, apenas com a chefia e 18 (95%) informaram que sempre conversam sobre esses problemas, conforme os relatos abaixo:

Sim. Condições de trabalho e salário (E1).

Sim. Discutimos sobre as condições das ambulâncias, das normas e rotinas, material que é pouco (E2).

Sim. Conversamos sobre a dificuldade de prestar alguns atendimentos, o que poderia ter sido feito e não foi (E5).

Sim, conversamos todos os dias, pessoalmente e via zap, mas com certo receio das demais colegas e chefia, pois às vezes somos mal interpretados (E6).

Sim. Sobre quanto vamos conseguir outra USB (E7).

Sim. Sobre as condições de trabalho, relacionamento com a gestão (reconhecimento), sobre condutas e particularidades (E8).

Sim, conversamos sobre as condições de trabalho, não tem ambulância, condutor (E11).

Sim muitas vezes conversamos sobre os problemas, é uma forma de desabafo (E12).

Sim. Conversamos sobre formas de solucionar os problemas, mas o que prevalece é a opinião da chefia (E13).

Sim, discutimos sobre a questão da regulação da USB e da USA, dificuldades de entregar pacientes nas UPAs, materiais que às vezes faltam (E16).

Sempre conversamos a respeito de tudo que envolve nossas dificuldades (E17).

Os relatos dos entrevistados evidenciam a necessidade de criação de espaços destinados à verbalização dos problemas do dia a dia do trabalho, a troca de experiência e, principalmente, a expressão das emoções vivenciadas nas atividades que desenvolvem, abrangendo desde as ocorrências vivenciadas, as histórias de vida e morte presenciadas, as dores silenciadas e outras compartilhadas. O compartilhamento dessas experiências entre os trabalhadores do SAMU/Porto Velho pode colaborar para o fortalecimento do convívio da coletividade e a construção de laços de pertencimento grupal e enfrentamento das lacunas existentes entre o trabalho prescrito e o real. Os relatos indicam que conversar sobre as dificuldades pode ser positivo para os trabalhadores, ajudando-os atenuar o sofrimento vivenciado, a elaborar estratégias para superá-las.

A necessidade de criação de espaços para discussão também foi observada por Mesquita (2018), com aos profissionais do SAMU da Região Centro Oeste do Brasil, que qualifica como um espaço destinado à expressão das angústias, sofrimento e prazer relacionados à rotina do trabalho. Marques (2013), na pesquisa desenvolvida junto aos profissionais do SAMU em Fortaleza, alerta também para a necessidade de criação desse espaço como forma de compartilharem as histórias de suas vidas, atendimentos, condições de

trabalho, angústias por não saberem o resultado de suas intervenções em relação à dor alheia e outras situações.

No que se refere ao apoio ou ajuda de outros profissionais com mais experiência no trabalho e outros setores da instituição, três entrevistados (26%) afirmaram que não mantêm esse tipo de conversa com outros profissionais e setores da instituição e 16 (84%) informaram que existe esse auxílio, essa retaguarda quanto à troca de experiência e orientações por parte de outros profissionais, conforme as seguintes narrativas:

Sim. Esse apoio é encontrado no órgão (E1).

Sim. Acabo conversando com o médico sobre a conduta em determinados casos, para esclarecer se o procedimento estava correto. Tenho bastante diálogo com os profissionais (E2).

Sim, somente com o enfermeiro chefe e a coordenação do serviço (E3).

Sim. Procuro sempre a enfermeira de plantão, eles explicam e tiram dúvidas (E5).

Sim. Com o apoio da Enfermeira plantonista para tirar as dúvidas (E7).

Sim. Sempre tem esse momento com a equipe (E8).

Sim. Sempre pergunto para o enfermeiro (E12).

Sim. Procuro tirar as dúvidas com a base, os enfermeiros e médicos reguladores (E13).

Sim. Todos os colegas da enfermagem e direção colaboram (E14).

Sim, a equipe sempre ajuda (E16).

Sim. Realizamos as rodas de conversa (E19).

Sob essa perspectiva, Dejourns (2012) afirma que um ambiente de cooperação entre a equipe requer inicialmente que cada trabalhador compreenda e conheça a maneira como os outros trabalham, sendo a comunicação essencial nesse processo. Moraes (2013) assinala também que a cooperação se estabelece na confiança entre os trabalhadores e propicia a existência de normas e acordos entre as diversas formas de organização do trabalho vivenciadas no dia a dia.

Ainda que alguns relatos remetam a um *“momento com a equipe”* e mesmo à existência de *“rodas de conversa”*, a maioria dos entrevistados não menciona a existência de um espaço de trocas de experiências e conversas.

Quanto aos aspectos pontos positivos de trabalhar no SAMU, os entrevistados listaram os seguintes:

Você ajudar a salvar a vida do próximo é fazer algo importante, algo maior (E1).

Eu gosto do que faço, salvar vidas, gosto de atuar nos vários tipos de assistência e em vários casos (E2).

Tenho amor à vida do próximo, para mim é uma realização pessoal (E3).

Meu sustento (E4).

Você ajudar o outro. Aqui não é tão cansativo quanto trabalhar na assistência em hospital (E5).

O ritmo de trabalho é mais tranquilo, temos certo conforto, contamos com o repouso e nas outras unidades não tem isso em função da grande demanda (E6).

A equipe (E7).

A carga horária, a relação profissional, a autonomia em condutas técnicas, a adequação do tempo e do meu perfil profissional (E8).

Ajudar em tempo hábil a quem precisar do nosso trabalho (E9).

Relação com os colegas (E10).

O regime de plantão é tranquilo, a amizade dos colegas é como uma família (E11).

Salvar vidas. Me sinto bem quando consigo prestar um bom atendimento e principalmente em caso de PCR (E12).

Experiência que a área de urgência te dá, o treinamento (E13).

A adrenalina e o desejo de poder ajudar outras pessoas (E14).

Prestar socorro a quem precisa, entregar o paciente vivo na unidade de referência para o tipo de atendimento (E15).

Salvar vidas, o conhecimento, aprendizado, a convivência com os colegas (E16).

O aprendizado diário, interação entre os profissionais (E17).

É um trabalho onde você pode estar ajudando o próximo, muitas vezes a vida deles estão em suas mãos (E18).

Salvar vidas, os o conhecimento, os Treinamentos (E19).

Para os técnicos de enfermagem do SAMU, foram identificadas como mais expressivas e fonte de prazer, as dimensões relacionadas à realização pessoal em salvar vidas, as relações socioprofissionais, o conhecimento e aprendizado vivenciados no trabalho.

Augusto, Freitas e Mendes (2014) enfatizam que as vivências de prazer surgem da fusão que o trabalho traz para o corpo, a psique e as relações interpessoais. Retratam o sentido dado ao trabalho como resultado da interação entre as condições subjetivas dos trabalhadores

e da realidade experimentada no trabalho, possibilitando o fortalecimento da singularidade dos sujeitos. Com base em Dejours (2004), os autores acrescentam que essas vivências se manifestam por meio da gratificação, do reconhecimento, da realização, da valorização e da liberdade no labor e são indicadores de saúde no trabalho, uma vez que contribuem para a estruturação psíquica (identidade e a subjetividade) dos trabalhadores, mediando às necessidades e aspirações dos trabalhadores e realidade concreta do trabalho.

Os entrevistados relataram um intenso orgulho pelo trabalho executado e as expressões *“ajudar a salvar a vida do próximo”, “gosto do que faço”, “tenho amor à vida do próximo”, “ajudar o outro”, “me sinto bem”* e *“ajudar o próximo”*, conferindo um sentido ao trabalho, em que sentimentos de reconhecimento e valorização são experimentados em razão da possibilidade de diminuir a dor e sofrimento das vítimas. Desse modo, torna-se significativa a importância de suas atividades laborais para si e para os outros.

Mais um aspecto apontado como fonte de prazer se relaciona às relações socioprofissionais, onde se verifica por meio das verbalizações *“a relação profissional”, “a amizade dos colegas... é como uma família”, “a convivência com os colegas”*, a existência de cooperação e apoio entre os trabalhadores.

Outro ponto positivo identificado pelo grupo pesquisado foi o conhecimento contínuo, exigido em razão dos diferentes tipos de ocorrências atendidas. Os relatos *“gosto de atuar nos vários tipos de assistência e em vários casos”, “a autonomia em condutas técnicas”, “experiência que a área de urgência te dá, o treinamento”, “o conhecimento, o aprendizado”, “o aprendizado diário”, “o conhecimento, os treinamentos”* demonstram o quanto o trabalho parece contribuir no sentido de estimular o engajamento dos trabalhadores e ampliar o conhecimento acerca de novas técnicas e condutas em relação à assistência em saúde desenvolvida.

Foram ainda identificadas falas com relação ao contexto do trabalho *“Aqui não é tão cansativo quanto trabalhar na assistência em hospital”, “O ritmo de trabalho é mais tranquilo, temos conforto, contamos com o repouso e nas outras unidades não tem isso em função da grande demanda”, “A carga horária..., a adequação do tempo e do meu perfil profissional”, “o regime de plantão é tranquilo”*.

Os relatos remetem a entrevista de Danièle Linhart (2011) sobre as pesquisas que desenvolveu no setor público da França, mas que guardam importantes reflexões sobre dois perfis de profissionais, ressaltando que qualidades como engajamento, lealdade e dedicação são mais comuns do que o descompromisso e os comportamentos inadequados.

[...] servidores com frequência muito engajados em seu trabalho, que se identificam com sua instituição, com suas missões, que são capazes de se dedicar, isto é, capazes de se engajar de forma desinteressada em sua atividade, capazes de se dar com vontade sem buscar um reconhecimento permanente. [...] Existem, e cada um de nós já teve essa experiência infeliz, funcionários que fazem corpo mole no trabalho, esmiuçadores, autoritários ou pouco escrupulosos. Mas a regra dominante não é esta, ela é, quando as condições permitem, uma consciência profissional moldada na especificidade do serviço público, que se afirma. Os valores do serviço público estatal conseguem se realizar com êxito quando são trazidos por uma lógica profissional ou de conhecimento técnico, permitindo então uma identidade profissional positiva e forte. Nesses casos, pode-se dizer que a possibilidade de os funcionários públicos se mobilizarem em nome de valores profissionais e do serviço público consegue compensar os efeitos negativos do rigor burocrático (LINHART, 2011, p.156-157).

Outro aspecto observado pela pesquisadora diz respeito à vivência de prazer desses trabalhadores:

Os servidores públicos declaram que experimentam um orgulho e, sobretudo, uma certa serenidade do fato de trabalharem nos quadros do serviço público. Mesmo que o trabalho deles em si pareça pouco qualificado, mesmo que ocupem na instituição um lugar subordinado, consideram que a tarefa deles contém em si uma importância e uma nobreza que implicam ‘naturalmente’ da parte deles em um engajamento e em uma vontade de fazer bem seu trabalho em todas as circunstâncias. Eles demonstram que estão ‘a serviço do serviço público’, que labutam com um sentido republicano ancorado em suas práticas, que contribuem para garantir a perenidade da sociedade (LINHART, 2011, p.157).

Quanto aos aspectos negativos, geradores de vivências de sofrimento, os trabalhadores do SAMU identificaram a organização do trabalho (má regulação das chamadas), falta de condições de trabalho, baixos salários, dificuldade de comunicação com a chefia e alguns profissionais, ausência de reconhecimento institucional, o risco de violência nas ocorrências e o risco de morte das vítimas.

Os relatos dos entrevistados exprimem o nível de preocupação e o sofrimento gerado pela organização e a ausência de condições dignas de trabalho. Tal situação é constatada nas falas abaixo:

Falha no sistema, às vezes falta de condições de trabalho, falhas na regulação, onde as normas e rotinas não são aplicadas como deveriam (E2).

As condições de trabalho poderiam ser melhoradas, o setor de regulação deveria triar melhor as ocorrências (E5).

A gestão atual, a falta de insumos, de mais profissionais na USB, a má regulação, a falta de retaguarda dos médicos e às vezes a pouca comida (E6).

A USB desarmando a maca, a porta abrindo quando o carro está em movimento, a USB está sem ar condicionado e fica quente demais (E7).

Ambulâncias que não estão adequadas, a falta de mais um profissional na USB (E8).

Somente falta de URs (E9).

A falta de condições de trabalho, pois a ambulância apresenta problemas (não está com o ar condicionado funcionando, os pneus estão carecas), falta pessoal para trabalhar na USB (E11).

Regulações de problemas de saúde que não são urgências dor de barriga, ressaca, dor de dente... (E14).

A má regulação das ocorrências pelos profissionais (falta mais informação, dados), as cobranças no âmbito profissional deixam a desejar quanto à ética, a questão política devido às limitações na execução do serviço (E15).

Falta de materiais, condições precárias, redução de profissionais e questão salarial (E17).

Falta de recursos, reconhecimento, salários dignos (E19).

As dificuldades elencadas se inter-relacionam e caracterizam a insatisfação dos trabalhadores quando seus anseios não são satisfeitos em razão do processo e das condições laborais apresentadas pela instituição. Essa realidade expressa claramente as contradições existentes entre o trabalho prescrito e o real, e de como o sentido do trabalho vai sendo destituído de valor, de significado frente à fragilidade dos processos de gestão e organização do trabalho, gerando sentimentos de desvalorização e angústia nos profissionais.

É também apontada pelo grupo um sofrimento ético, relativo a sobrecarga de trabalho, que em razão do quantitativo reduzido de profissionais e da extensão da região atendida, exige um estado de prontidão contínuo para atender as demandas, comprometendo o horário para término das atividades e a saúde física e mental dos trabalhadores. No que concerne a esse cenário, cabe destacar que as políticas públicas e suas diretrizes são elaboradas a nível nacional, sem um conhecimento prévio e in loco das especificidades regionais vivenciadas pelos profissionais de saúde e que, conseqüentemente, tem que lidar com limitação de recursos financeiros pelas esferas estaduais e municipais, o que poderia favorecer melhorias institucionais no ambiente de trabalho.

Dejours (2007, p. 56) destaca que a atividade do trabalho só funciona porque “os trabalhadores mobilizam suas inteligências, de forma individual e coletiva, beneficiando a organização do trabalho”.

Mesquita (2018) acrescenta que a insuficiência de investimentos em recursos humanos e materiais é uma realidade vivenciada pelos SAMU no Brasil. As dificuldades identificadas pela autora em outros estudos abrangem desde a falta de melhorias físicas estruturais, como

também a falta de manutenção e condições precárias dos veículos, a falta de equipamentos de localização, como GPS, a dificuldade de comunicação via celular em razão das operadoras de telefonia móvel não cobrirem a área e a falta de rádio. Outro aspecto significativo foi encontrado na pesquisa de Guimarães, Silva e Santos (2015), com condutores socorristas do SAMU, em que os trabalhadores pesquisados afirmaram que devido à falta de manutenção das ambulâncias (freios, sinaleiras e sirene) quase sofreram acidentes.

Rollo (2007, p. 55) cita como um dos desafios do SUS, a descoberta de como fazer “a mobilização de trabalhadores, gestores e usuários no cotidiano das práticas de atenção e gestão na saúde, processos moleculares de mudança nos seus territórios de trabalho, de modo a garantir o compartilhamento de uma vida digna de ser vivida por e para todos”.

O presente estudo abre a oportunidade de conhecer a realidade, a percepção e as dificuldades vivenciadas por esses trabalhadores e reporta as ideias de Lancman (2011, p.43) sobre a necessidade de construção de espaços para discussão nos locais de trabalho, uma vez que “os trabalhadores são capazes de se proteger, de encontrar uma saída, possuem capacidade de emancipação, de reapropriação, de transformação e reconstrução da realidade”.

Os baixos salários também figuram como fator de descontentamento entre os trabalhadores. Os relatos “*Você se expõe, corre riscos, fica vulnerável, se não fizer direito você é chamado à atenção, não é reconhecido, nem remunerado como deveria*” (E1) e “*Má remuneração, gratificações negadas*” (E4) evidenciam o sentimento de desvalorização vivenciado. Na ocasião da pesquisa, a nova gestão municipal havia reduzido à remuneração mensal dos trabalhadores, o benefício (quinquênio), impactando o valor final do vencimento.

Para Dejours (2015), a remuneração financeira contém um significado real, o sustento do trabalhador e sua família, assim como carrega ainda o sentido de realização de projetos e sonhos. Num estudo sobre vivência de prazer e sofrimento em uma fundação pública, Augusto, Freitas e Mendes (2014) salientam que o salário se constitui como um fator contra o sofrimento, entretanto, com o advento da lógica mercantil na saúde, com incorporação desregulada de equipamentos, medicamentos e o foco na lucratividade, a força de trabalho da saúde enfrenta a degradação e desvalorização. Desse modo, a busca por outros vínculos de trabalho pelos profissionais está diretamente ligada à falta de reconhecimento financeiro e outros benefícios. Convém ressaltar que as implicações do acúmulo de trabalho tornam os profissionais mais vulneráveis a agravos relacionados a sua saúde mental e física.

O processo de comunicação e a organização do trabalho (regulação das ocorrências) também surgem como tema de insatisfação e fonte de sofrimento. As verbalizações “*Falha no*

sistema, às vezes falta de condições de trabalho, falhas na regulação, onde as normas e rotinas não são aplicadas como deveriam” (E2), *“Muita fofoca, perseguição entre colegas de trabalho, reclamação dos servidores com relação à quantidade de ocorrências*” (E3), *“a falta de retaguarda dos médicos”, “Poucos insumos, alimentação, diálogo com a chefia”* (E10) e *“A má regulação das ocorrências pelos profissionais (falta mais informação, dados), as cobranças no âmbito profissional deixam a desejar quanto à ética, a questão política devido às limitações na execução do serviço”* (E15) evidenciam os ruídos e interferências presentes no processo de comunicação no órgão.

No que tange à organização do trabalho, cabe ressaltar que todas as ocorrências ao serviço 192/ SAMU na central de regulação devem atender aos dispositivos previstos nas portarias, normas regulamentadoras, leis, decretos e outros documentos preconizados pelo Ministério da Saúde. Destarte, a regulação médica se inscreve como um serviço essencial para o êxito do trabalho, devendo ser orientada por normas e protocolos e em consonância com as diretrizes e princípios do SUS, evitando que tanto os recursos materiais, como os trabalhadores sejam expostos a situações de risco, principalmente quando o atendimento for realizado por uma equipe móvel de USB (condutor e técnico de enfermagem), que conta com a supervisão do profissional médico apenas via telefone ou rádio (BRASIL, 2006).

Tendo em vista que a comunicação se inscreve num esforço de compreensão do modo de pensar do outro, resultando ao final num sentido comum (DEJOURS, 2012), a ausência de um espaço para discussão entre o grupo pesquisado e os demais membros da equipe parece suscitar sentimentos de angústia, indignação e conflito, principalmente para os técnicos de enfermagem, pois se sentem sozinhos frente à responsabilidade de diminuir o sofrimento e salvar vidas, de realizar um bom atendimento, tomando essa tarefa como uma obrigação, mesmo na ausência de condições adequadas. Neste sentido, o estudo desenvolvido por Mesquita (2018), com profissionais do SAMU na Região Centro-Oeste, ressalta que quando as comunicações no trabalho são bloqueadas, por meio do silêncio ou autoritarismo, o sofrimento pode assumir formas ofensivas e resultar em atos de violência.

Na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho (GUIMARÃES JÚNIOR; MACÊDO, 2015), um autêntico espaço de discussão coletivo surge do confronto de opiniões, normas, regras, estimulando um processo de comunicação claro e ético, sobre as diferentes formas de pensar o trabalho.

A ausência de reconhecimento institucional também é apontada como aspecto negativo e gerador de sofrimento, conforme a verbalização: *“O não reconhecimento pelo*

órgão profissional e a falta de estrutura para o trabalho, deveríamos trabalhar em dupla, há mais cobrança que apoio” (E12). A Psicodinâmica do Trabalho compreende que, na confrontação da realidade do trabalho, o sujeito experimenta o sofrimento, sendo o reconhecimento, a condição necessária para a transformação do sofrimento em prazer. Nesse sentido, apenas o reconhecimento caracteriza a real dimensão para os trabalhadores de sua contribuição, utilidade para a organização e o sentido de pertencimento a um determinado grupo de trabalho (AUGUSTO; FREITAS; MENDES, 2014).

Aprofundando esse aspecto, Dejours (1994) caracteriza duas formas de reconhecimento: o reconhecimento baseado em um julgamento de utilidade, atestado pelos superiores hierárquicos e o julgamento da beleza, que surge pelo reconhecimento dos pares. Dessa forma, o sofrimento no trabalho está intrinsecamente ligado ao reconhecimento, seja ele no sentido de utilidade ou de beleza, contribuindo para que todo o sofrimento vivido no encontro com a realidade e limitações do trabalho possa ser ressignificado e transformado em prazer.

Outras vivências que acarretam sofrimento aos trabalhadores são o risco de violência nas ocorrências e o sentimento de impotência frente à morte. Esse temor é expresso pelo relato: *“O perigo vivenciado em deslocamentos mais distantes, onde não tem policiamento e segurança. Teve uma equipe onde os colegas já foram assaltados, levaram o celular da técnica”* (E13) e *“É um trabalho de risco, nenhum pouco confortável”* (E18).

Sob essa temática, pode-se verificar que a violência surge no contexto da urgência e emergência nos últimos anos, também como um fator de risco à integridade física e mental dos trabalhadores do SAMU, já que tanto a população, como marginais se aproveitavam de determinadas situações para assaltarem os integrantes das equipes (MESQUITA, 2018).

Na realização de um estudo junto a condutores socorristas do SAMU de Fortaleza (CE), foram relatadas situações de violência, compreendendo desde agressões verbais, condutas hostis por parte da população e episódios em que homicidas matam as vítimas atendidas no interior das ambulâncias, ameaçando inclusive as equipes de morte (GUIMARÃES; SILVA; SANTOS, 2015). Nos relatos obtidos para esta pesquisa, pode-se verificar o quanto os profissionais do SAMU estão expostos a situações complexas, de penosidades, inclusive de violência psicológica ou física. O impacto desse cenário na saúde do trabalhador pode desencadear desde lesões físicas até a deterioração de sua saúde mental, em razão das vivências exacerbadas de temor, angústia, ansiedade, depressão, sentimento de impotência e outros.

Linhart (2011) caracteriza as penosidades como restrições impostas aos trabalhadores, constituindo-se em desacordos, conflitos com repercussão em todas as dimensões de sua existência. Ela acrescenta que tais situações sempre fizeram parte do mundo do trabalho e assinala a possibilidade real de dano psicológico, podendo levar o profissional ao suicídio, ou pelo menos à depressão, visto que, por parecerem injustificadas, elas ferem a identidade profissional.

A morte também surge no contexto do trabalho, como vivência de sofrimento, uma vez que os trabalhadores são confrontados com a dor e o sentimento de impotência. Essa realidade se sobressai na seguinte fala: *“Quando não conseguimos salvar o paciente... você faz de tudo, mas não dá tempo, não tem jeito”* (E16). Considerando que as manifestações de sofrimento variam de acordo com o conteúdo e a tarefa a ser executada (MENDES, 2007a), frente à limitação de poder diminuir o sofrimento e salvar vidas, o profissional vivencia um intenso desgaste emocional, aumentando o risco de adoecimento e esgotamento. Nos relatos do grupo pesquisado, verificou-se que as ocorrências, nas quais os profissionais lidam com a situação de morte, são atravessadas por sentimentos de angústia e repressão, que surge como formas de defesa possibilitando o distanciamento da situação dolorosa, assim como ao profissional lidar com essas experiências e evitar o adoecimento.

5.4 CATEGORIA TEMÁTICA 4 – PROCESSO DE FORMAÇÃO/CAPACITAÇÃO PARA O TRABALHO (CONTEXTO EDUCATIVO)

Essa categoria temática aborda o processo de formação/ capacitação para o trabalho desenvolvido no SAMU e indaga tanto o alcance como os limites da diretriz proposta, com o foco para a prevenção do sofrimento e adoecimento no trabalho.

No que se refere ao processo de recertificação, disposto na Portaria 2.048/2002 para o exercício das funções que desempenham no SAMU, os 19 entrevistados (100%) informaram que participaram de cursos de capacitação para poderem atuar como socorristas.

Divino, Pereira e Siqueira (2009) ressaltam a importância dos profissionais que atuam no APH fixo ou móvel participarem de cursos de capacitação/habilitação para atuarem nos serviços, sendo essencial seu processo de educação para que possam prestar um atendimento de qualidade e segurança. Os autores destacam ainda a instituição da Portaria nº 198, que trata da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Nesse sentido, “a capacitação

prévia se mostra como um ponto-chave/norteador para o desenvolvimento das habilidades e competências exigidas ao profissional que atua neste serviço” (DIVINO; PEREIRA; SIQUEIRA, 2009, p. 367).

Questionados acerca dos cursos que participaram sobre o atendimento às Urgências e Emergências e o Atendimento Pré-hospitalar, os profissionais relacionaram os Cursos de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) e Suporte Básico de Vida (BLS). Alguns profissionais relataram cursos em outras áreas: Atendimento a múltiplas vítimas, Desastre aéreo, Aeromédico; Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado (PHTLS) e Resgate em afogamento.

Outro aspecto abordado diz respeito à opinião dos profissionais em relação ao processo de recertificação para avaliação e continuidade das atividades profissionais no setor. Nesse quesito, os 19 entrevistados (100%) fizeram as seguintes considerações:

Sim. Porque você testa seus conhecimentos, sempre há mudanças é importante se atualizar para prestar um atendimento de qualidade (E1).

Sim. Em razão da necessidade de atualização contínua, uma vez que os procedimentos mudam e você precisa prestar uma assistência de qualidade ao usuário (E2).

Sim. Em tudo que faço tenho amor à vida do próximo, procuro sempre melhorar a questão do atendimento junto aos médicos e enfermeiros e para atualização dos conhecimentos (E3).

Sim. Muitos profissionais não têm perfil para trabalhar aqui (principalmente os médicos) (E4).

Sim. As condutas em saúde estão sempre sendo inovadas e você precisa aprender para poder prestar um atendimento de qualidade (E5).

Sim. É importante para se atualizar, mas hoje no órgão não tem o setor de educação permanente (E6).

É importante para poder se reciclar, porque sempre tem mudança nas condutas (E7).

Sim. Porque não deixa você acomodado, relaxado. É uma forma de atualização, educação continuada (E8).

Sim. Para que nos mantenha atualizados e para melhorar o atendimento (E9).

Sim. Para a constante atualização do profissional sobre novas condutas (E10).

Sim. Porque sempre as condutas estão sendo atualizadas, renovadas (E11).

O treinamento deveria ser contínuo e não apenas para a recertificação. Os procedimentos mudam (E12).

Sim. Por conta das inovações nos procedimentos e há necessidade de se reciclar mesmo (E13).

É importante, pois é necessário se atualizar, principalmente na área de APH (E14).

Sim. Porque há profissionais que necessitam de reciclagem na área, pois deixam a desejar (E15).

Sim. Há sempre mudança, algo novo em relação aos procedimentos e é importante para não se acomodar e compartilhar experiência (E16).

Sim. É importante a atualização e acompanhamento das modificações dos procedimentos (E17).

Sim. Para atualização sobre as novas condutas e procedimentos (E18).

Sim. Para atualização sobre as mudanças frequentes nos protocolos internacionais (E19).

Para o grupo pesquisado, o processo de educação permanente, seja a certificação ou recertificação, demonstra ser de vital importância para o desenvolvimento de suas atividades, pois compreendem a necessidade de conhecer novas condutas, protocolos e tecnologias para que possam prestar melhor o cuidado ao usuário.

Indagados sobre o processo de capacitação/certificação para atuação no SAMU e quais conteúdos referentes aos riscos ocupacionais e/ou à biossegurança, com discussão sobre sofrimento e/ou adoecimento (físico e psicológico) decorrentes do trabalho, cinco entrevistados (26%) relataram não lembrarem dos temas, quatro (22%) informaram que os conteúdos sobre adoecimento não foram trabalhados e 10 (52%) afirmaram que foram debatidos assuntos relativos à biossegurança, riscos ocupacionais e aos cuidados na avaliação e segurança de cena, este último relacionado a identificação rápida dos diferentes fatores de risco que estão relacionados com a ocorrência para a tomada de decisão/ controle e início da abordagem (BRASIL, 2016), conforme se observa nos excertos abaixo:

Sim. Biossegurança e segurança ao paciente (E2).

Sim. Foi abordado biossegurança, os riscos com os pacientes, vítimas e junto a família (E3).

Sim. Foi abordado os riscos e biossegurança, mas não foi aprofundado esses temas (E6).

Sim. Me lembro sobre nunca entrar em uma área de risco, zona quente (E7).

Sim. De forma parcial foi discutido mais o foco voltado para o uso de EPIs. O fator psicológico do profissional não é abordado (E8).

Sim. Foram discutidos os riscos ergonômico, biológico e químico (E9).

Sim. Segurança no trabalho, EPIs e riscos associados (E10).

Sim. Lembro sobre um estudo acerca da área de risco, sobre questões relativas a medo, mas o bom relacionamento dos profissionais não teve (E12).

Lembro de biossegurança apenas (E14).

Sim. Foi estudado biossegurança. Agora temas relacionados ao adoecimento físico e psicológico dos profissionais, não me recordo (E15).

Sim. Foram discutidos riscos ergonômicos e físicos (E17).

Sim. Foram discutidos todos os riscos ocupacionais e a biossegurança (E18).

No levantamento realizado, pode-se verificar o quanto as verbalizações dos profissionais sinalizam o caráter técnico da capacitação para o trabalho no SAMU, e como pano de fundo, a ausência de ações concretas voltadas para a saúde do trabalhador, demonstrando um descompasso entre a relação trabalhador, ser humano e sua condição de saúde (física e mental).

Convém ressaltar que o processo de educação permanente voltado para a APH é de extrema importância no desenvolvimento de habilidades e destrezas dos trabalhadores, “uma vez que potencializa um número maior de vítimas salváveis, justificando as ações promotoras de otimização do atendimento na *Golden Hour*” (DIVINO; PEREIRA; SIQUEIRA, 2009, p.369). Na assistência pré-hospitalar a expressão “hora de ouro” é utilizada para designar a primeira hora que sucede um episódio de trauma, onde nesse período devem ser realizados os procedimentos assistenciais emergenciais as vítimas gravemente feridas, aumentando desse modo a possibilidade de sobrevivência da mesma, reduzindo a letalidade do trauma (COSTA; SOUSA; SILVA NETO, 2012).

A crítica ao processo educativo desponta não pela sistemática e densa grade curricular recomendada na Portaria MS nº 2048/2002, mas em virtude da mesma não atentar para o trabalho como um operador fundamental na construção do sujeito, sendo permeado pela “atuação de forças, visíveis e invisíveis, objetivas e subjetivas, psíquicas, sociais, políticas e econômicas que podem ou não, deteriorar esse contexto, transformando-o em lugar de saúde e/ou de patologias e de adoecimento” (MENDES, 2007b, p. 29).

Dejours (2012, p. 2) afirma que trabalhar é “modo específico de engajamento da personalidade para enfrentar uma tarefa definida por constrangimentos (materiais e sociais)”. Sob essa ótica, há de se considerar na APH, que o valor atribuído ao objeto de sua atividade principal, a vida, deve abranger não apenas o cuidado a vítima, mas principalmente o trabalhador que mobiliza no seu saber-fazer técnico, os sentidos, sentimentos e afetos na

manipulação das máquinas e na execução de condutas de trabalho, experimentando ainda a perplexidade, o medo, a dúvida, a angústia, a dominação (BENDASOLLI; SOBOLL, 2011).

Os profissionais que atuam na APH móvel vivenciam situações complexas e diferenciadas, em que cada ocorrência e as cenas presenciadas podem desencadear sofrimento e/ou adoecimento, tanto comprometendo sua saúde física como mental. Nesse sentido, verifica-se a ênfase dada ao saber técnico aplicado ao cuidado, contemplando conteúdos voltados para a biossegurança e para os riscos ocupacionais, relegando a um segundo plano o cuidado integral à saúde do trabalhador.

A importância de olhar a saúde do trabalhador de forma integral – assegurando condições que estimulem o cuidado a sua saúde, com estruturação de setores de apoio e acolhimento voltados aos riscos de sofrimento e adoecimento decorrentes do trabalho no SAMU – pode ser uma estratégia para minimizar os efeitos nocivos da organização do trabalho e das lacunas existentes entre o trabalho prescrito e o real, com possibilidade de diminuição do sofrimento e maior engajamento do trabalhador na assistência prestada às vítimas, mas, também, na melhoria da qualidade de vida dos técnicos de enfermagem que atuam no APH móvel.

Questionados sobre as lacunas existentes entre a atuação no SAMU/PVH, a rotina de trabalho e os temas/ assuntos que poderiam compor a grade curricular do processo de capacitação ou outras ações educativas abordando o risco do sofrimento e/ou adoecimento decorrentes do trabalho, sete entrevistados (37%) manifestaram interesse por temas ligados à questão ergonômica, normas regulamentadoras e outros, conforme os relatos abaixo:

A capacitação em APH deveria ocorrer novamente para técnicos que não fizeram, principalmente para os motoristas recém-contratados. Cursos na área de RCP; Atendimento a múltiplas vítimas; Biossegurança (cuidado com produtos químicos e biológicos). Exemplo: Na ambulância não temos um serviço de desinfecção adequado. Outro curso importante seria direção defensiva, para os condutores novatos, que não tem experiência e o curso sobre segurança de cena para os novatos (E2).

A chegada de USBs refrigeradas e novas; realizar horários de retorno para ir ao WC e tomar água e se o profissional passar mal, o médico da base deveria realizar o atendimento na sala, só para o profissional do setor...isso tudo é colocar em prática o DDS (diálogo diário de segurança) (E7).

Aumentar os RH, ambulâncias adequadas, psicóloga para atuar no SAMU, mais remuneração diferenciada (melhores salários) (E8).

O oferecimento de EPIs mais atualizados, tipo joelheiras e cotoveleiras (E17).

No momento o que necessitamos e que tem causado mais desconforto são as situações das ambulâncias (E18).

Ergonomia, NR 32 (E19).

As narrativas acima demonstram o quanto as condições de trabalho, ambulâncias, materiais e equipamentos, reconhecimento financeiro são aspectos significativos para esses entrevistados, entretanto, revelam um olhar mais focado na organização do trabalho desconsiderando como importante o impacto dessa precarização na vivência subjetiva do trabalhador, geradora de sentimentos de angústia e indignação.

Como afirmam Mendes e Dias (1991, p.347), no âmbito das relações saúde x trabalho, os trabalhadores buscam o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho, para torná-los mais “saudáveis”. É um processo lento, contraditório, desigual no conjunto da classe trabalhadora, dependente de sua inserção no processo produtivo e do contexto sociopolítico de uma determinada sociedade.

Para 12 entrevistados (63%), a inserção de novos profissionais no quadro do SAMU, como psicólogos, fisioterapeutas e educadores físicos, bem como a realização de atividade física, dinâmica laboral e outras seriam ações significativas para lidarem com a rotina do trabalho, de acordo com os trechos abaixo:

Deveria ter mais atenção a profissional, deveria ter psicólogo e fisioterapeuta. O profissional deveria ser valorizado como pessoa e financeiramente (E1).

Deveria ser realizada uma palestra sobre segurança, autocontrole para evitar o pânico, a depressão, o estresse, conflitos dentro do trabalho (E3).

Os profissionais devem ser qualificados para dar os cursos. Devem conhecer sobre cena segura, sobre a situação do paciente, sobre problemas psicológicos. Aqui deveria ter acompanhamento psicológico e humanização no tratamento do profissional de saúde (E5).

Antes os profissionais tinham um período de adaptação (motoristas, técnicos) e hoje é tudo na raça. Deveria ter uma mesa redonda sobre o processo de trabalho de todos os profissionais, as condutas e os cuidados. Deveria ter um serviço de psicologia voltado ao atendimento móvel (E6).

Aumentar os RH, ambulâncias adequadas, psicóloga para atuar no SAMU, mais remuneração diferenciada (melhores salários) (E8).

Deveria haver mais interação entre as equipes e intervenção dos gestores nas relações interpessoais (E9).

Dinâmica laboral, educação física, apoio psicológico e palestras (E10).

Seria importante abordar temas como atividade física e psicológica (E11).

Deveria ter psicólogo, educador físico, cursos sobre relacionamento interpessoal. Deveria ter um cuidado com o profissional, como ele está e não só cobrança (E12).

Deveriam melhorar as condições de trabalho (ambulâncias), a comunicação entre a direção e os funcionários e a valorização e reconhecimento dos profissionais. Têm profissionais que ficam abalados por conta das ocorrências que atendem. Teve colegas que não aguentaram a rotina daqui e saíram. Aqui deveria ter psicólogo (E13).

Sim. Seria bom mais conhecimento sobre depressão, problemas de coluna e outras doenças, deveria se ter mais cuidado com o profissional (E14).

Tem ocorrências que deixam o profissional abalado e você sempre leva o problema para a casa e o sofrimento do outro... (E15).

Isso pode interferir na vida do profissional, deveria ter um psicólogo aqui no SAMU.

Aqui deveria ter acompanhamento psicológico e com fisioterapeuta (E16).

Para Mesquita (2018), a pressão psicológica é uma realidade presente no contexto do trabalho desenvolvido pelo SAMU. Ela acrescenta que as vivências de sofrimento poderiam ser amenizadas pelo aconselhamento psicológico e trazer benefícios à saúde mental dos profissionais, refreando a possibilidade de desequilíbrio psicológico diante das situações de sofrimento e auxiliando numa conduta mais satisfatória do trabalhador, assim como em seus conflitos e demandas pessoais, além de fortalecer sua subjetividade no embate entre as dificuldades e os problemas manifestados pelo trabalho realizado.

Quanto à saúde física desses profissionais, Guedes et al. (2005) pontuam os problemas musculoesqueléticos como um dos principais fatores de riscos para os trabalhadores de enfermagem no ambiente, principalmente no serviço pré-hospitalar móvel em que, além de ser estressante, os profissionais lidam com uma maior carga física, carregando pacientes com deslocamento com sobrepeso, posturas e condições inadequadas. Dores na coluna lombar e membros superiores e inferiores demonstram serem as maiores causas de incapacidade funcional para os profissionais de atendimento pré-hospitalar (OLIVEIRA, 2015). Esses esforços influenciam no surgimento de lesões, podendo desencadear afastamento temporário e/ou permanente do profissional (ALEXANDRE; ROGANTE, 2000).

Os riscos a que os profissionais da APH móvel estão expostos é extremo e a inserção dos profissionais fisioterapeutas e educadores físicos é salutar no sentido de prevenir e auxiliar os trabalhadores no seu cotidiano.

A educação permanente em saúde também deve ser pensada de forma integral. O processo educativo pautado no modelo biomédico reforça o predomínio da visão fragmentada

do profissional em relação ao paciente e a si próprio, imobilizando-o no sentido de pensar numa perspectiva mais integral, social e política do trabalho que executa. Promover uma ampla reflexão sobre o sentido do trabalho, os saberes dos trabalhadores, suas dificuldades, a organização do trabalho e a implicação dessas interações é um exercício árduo, mas necessário para minimizar e prevenir o processo de sofrimento e adoecimento no trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo delineou e analisou o sentido do trabalho e as implicações na saúde destes técnicos de enfermagem que atuam no SAMU, na cidade de Porto Velho/RO, apresentando como arcabouço teórico a Psicodinâmica do Trabalho, baseada na compreensão da percepção desses profissionais sobre a organização do trabalho e suas vivências de sofrimento e prazer.

O caminho metodológico adotado foi a pesquisa qualitativa com a realização de entrevista e análise de conteúdo, em diálogo com a literatura recente sobre o tema. Esse percurso possibilitou conhecer o perfil dos profissionais, técnicos de enfermagem que atuam no SAMU, conhecer o sentido e o contexto do trabalho desenvolvido por esses profissionais, seu processo de formação e refletir sobre o impacto dessas atividades laborais em sua saúde.

A primeira categoria temática abordada foi a identificação do perfil dos técnicos de enfermagem que atuam no SAMU, que apresentou como resultado, um grupo constituído majoritariamente por mulheres, entre 31 a 50 anos, casadas, com dois filhos, com nível técnico profissionalizante e nível superior completo ou incompleto, com mais de seis anos de atuação no SAMU e na USB. O regime de contratação desses profissionais é o estatutário, com 30 horas/semanais pelo SAMU e mais da metade apresenta outro vínculo de trabalho.

A segunda e a terceira categoria temática evidenciaram questões relativas ao contexto e processo de trabalho no SAMU, bem como as vivências e a relação entre a satisfação e o sofrimento/adoecimento dos profissionais. Os resultados demonstraram o entrelaçamento dessas duas categorias, coexistindo situações de satisfação, relacionadas ao ato de salvar vidas, ao bom relacionamento da equipe e ao conhecimento e aprendizado vivenciados no dia a dia. Já as vivências de sofrimento foram caracterizadas pela organização do trabalho (má regulação das chamadas/ocorrências), falta de condições de trabalho, baixos salários, dificuldades de comunicação entre a chefia e alguns profissionais, ausência de reconhecimento institucional, o risco de violência nas ocorrências e o risco de morte das vítimas.

O serviço foi instituído pela Portaria GM/ MS nº 2.048/2002 e suas diretrizes foram redefinidas pelas Portarias GM/MS nº 1.010/2012 e 1.473/2013. O processo de trabalho é orientado por normas e rotinas bem estabelecidas, compreendendo leis, portarias e protocolos de trabalho utilizados internacionalmente. Esses documentos técnicos estabelecem os critérios para sua implantação e funcionamento e contemplam a estrutura física, quantidade de

veículos, equipamentos, materiais e recursos humanos necessários, protocolos de atendimentos e recursos financeiros.

Os resultados permitiram conhecer um pouco da estruturação e funcionamento do serviço no município, denominado na década de 1980 como SOS Saúde até a instituição do SAMU. Foram identificadas como modalidades de qualificação para o trabalho desde sua implantação: noções sobre procedimentos em urgência (SOS Saúde), o conhecimento tácito dos entrevistados e, posteriormente, a realização de cursos sistematizados voltados para a área de APH móvel com a utilização de protocolos para os atendimentos (SAMU).

Embora, o serviço atualmente seja orientado por resoluções e normas, alicerçadas por conhecimentos técnicos e legais, o trabalho prescrito se distancia sobremaneira do trabalho real vivenciado no dia a dia dos profissionais do SAMU.

Na análise do trabalho prescrito e o real no contexto desse órgão, os resultados evidenciaram como fator gerador de sofrimento, o reduzido número de profissionais que atuam na USB/SAMU, preconizado pela Portaria 2.048/2002 (um técnico ou auxiliar de enfermagem e um condutor socorrista). A maioria dos trabalhadores (84%) expressou que esse quantitativo é insuficiente para atender às demandas, em caso de acidentes com múltiplas vítimas, ainda casos complexos como PCR, pacientes com sobrepeso e outros acidentes graves, em que muitas vezes o condutor, embora treinado não apresente agilidade e destreza para ajudar. A fragilidade quanto ao coletivo também se mostra presente nesta situação, uma vez que mesmo que o Conselho Federal de Enfermagem (2011) tenha estabelecido pela Resolução 375/ 2011, a presença obrigatória de um enfermeiro no atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar em situações onde há um risco conhecido ou não, as determinações não são cumpridas. Desse modo, os profissionais vivenciam a falta de representatividade e ficam à margem de seus direitos e benefícios para esta categoria. Outra situação que desponta nesse cenário se refere à sobrecarga de trabalho em virtude da elevada demanda e do quantitativo insuficiente de ambulâncias e de profissionais. Esse quadro, caso não seja reavaliado pela gestão, pode gerar prejuízos à saúde dos trabalhadores, visto que por força do trabalho (tempo exíguo) ocorrerem situações de privação de suas necessidades fisiológicas básicas (beber água e ir ao banheiro).

A utilização de *checklist*, protocolos e regulamentos para a execução do serviço também é colocada em xeque, uma vez que apesar da prescrição de condutas e normas, estas não dão conta da escassez de materiais, da sobrecarga de trabalho, dos baixos salários, das condições precárias dos veículos, do risco de morte das vítimas, do risco de violência, da

ausência de condições dignas de trabalho, entre outras mostrando-se sempre defasada. Todas as situações relatadas desencadeiam nos profissionais sentimentos de desvalorização, angústia, insatisfação e sofrimento.

Também chama atenção o perfil e as competências necessárias para trabalhar na área, conforme estabelecido pela Portaria 2.048/ 2002: “[...] equilíbrio emocional e autocontrole para lidar com situações inesperadas [...], capacidade física e mental para a atividade [...] capacidade para certificação e recertificação periódica [...]”. A prescrição desses requisitos para atuação na urgência e emergência demonstra um conjunto de qualidades ideais que descaracteriza o sujeito real e sua subjetividade, e também sua relação com o trabalho, já que o trabalhador não é uma máquina, possui uma história pessoal construída por desejos e aspirações e que apresenta uma personalidade. Nos relatos apresentados, verificou-se que a inserção no serviço ocorreu muitas vezes por necessidade do setor de RH e não em função de um perfil que atendesse à demanda do setor/serviço.

A condição física e mental é igualmente requisito previsto na portaria, entretanto, ignora a própria tarefa a ser executada, pois os trabalhadores que atuam nessa área estão expostos diariamente a diferentes riscos ocupacionais nas tarefas executadas e consideradas geradoras de sofrimento. No caso deste estudo, os profissionais relataram como situações de maior exposição em suas atividades laborais, principalmente, os riscos biológicos, de acidentes, ergonômicos e psicossociais. A exposição a alguns desses riscos ocasionou, em 53% dos entrevistados, a presença de algum tipo de lesão e/ou distúrbios de ordem física e 63% informaram apresentar alterações emocionais em decorrência do trabalho.

Há de se considerar que nessa área de atuação predominam situações imprevisíveis, devido à linha fugaz entre a vida e a morte e aos constantes riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores, contudo, embora permeada por situações conflitantes, esta área não faz menção, nem preconiza na própria formulação, ações voltadas para a prevenção e cuidado humanizado à saúde do trabalhador. Com base nas informações coletadas, nenhum dos entrevistados que mencionou apresentar problemas de origem física ou emocional em decorrência do trabalho informou a existência na instituição de um setor responsável por acolher suas demandas.

Quanto aos conhecimentos necessários para o processo de certificação e recertificação estabelecidos na portaria para atuação e permanência nessa área, mais uma vez sobressaem os aspectos técnicos científicos ligados ao trabalho na assistência prestada ao usuário, sendo refutados temas voltados para o autocuidado e prevenção de doenças físicas e principalmente

psicológicas, tendo em vista que as situações de estresse vivenciadas, como cenas de ocorrências com imagens bruscas, violentas e aterrorizantes, os problemas sociais e outros, são fontes geradoras de sentimentos de angústia, frustração e tristeza.

A crítica ao processo educativo não desponta pela densa grade curricular recomendada pela portaria, mas por não considerar o trabalho como operador na construção do trabalhador, ou seja, por não considerar sua condição de humano, com potencialidades e fragilidades inscritas em sua história de vida, com personalidade e que experimenta no seu saber fazer a dúvida, a angústia e o medo.

Nesse sentido, os núcleos de educação permanente surgem como uma estratégia para melhorar o processo de trabalho, devendo incorporar as questões éticas e visando não apenas o melhor desempenho das atividades, mas principalmente a troca de experiência, tornando-se um espaço destinado ao exercício da liberdade em questionar, divergir e enfrentar conflitos nas relações de trabalho, compartilhar sofrimentos, angústias, conquistas e, sobretudo, mobilizar processos de transformação da coletividade. Foram ainda elencadas como outras ações estratégicas para contribuir na diminuição do risco do sofrimento e adoecimento decorrentes do trabalho: a inserção de psicólogos, fisioterapeutas e educadores físicos nestes núcleos.

Deve-se considerar ainda que as atividades de gestão estão diretamente relacionadas à organização do trabalho prescrito e remetem a diretrizes que são elaboradas a nível nacional (Governo Federal), sem considerar as especificidades regionais. Esses reflexos são vivenciados pelo gestor público estadual ou municipal que, diante de restrições e limitações orçamentárias e financeiras, apresenta dificuldades em garantir e proporcionar políticas remuneratórias dignas e condições adequadas para o desenvolvimento do trabalho. A dificuldade de comunicação junto à chefia e alguns profissionais também é apontada como fator de sofrimento, revelando a fragilidade do processo de comunicação com os setores internos da instituição, principalmente o setor de regulação.

A ausência de reconhecimento institucional e pelos pares também foi citada pela maioria dos profissionais como aspecto negativo e gerador de sofrimento, como postulado pela Psicodinâmica do Trabalho. As implicações desse não reconhecimento afetam diretamente a estrutura de identidade do sujeito, uma vez que seu trabalho fica destituído de sentido e coloca em dúvida suas competências individuais que emergem de sua experiência corporal e a apropriação do conhecimento construído pela relação com a coletividade. Desse modo, cabe apontar a necessidade de reflexão pela instituição de formas de reconhecimento

que possibilitem ao trabalhador caracterizar a real dimensão de sua contribuição (competência, subjetividade e habilidade) e utilidade para a organização, que contribua para vivenciar um sentimento de pertença ao grupo do qual faz parte.

As situações de violência também remetem à vivência de sofrimento entre alguns profissionais do SAMU, que relataram agressões físicas e roubo na realização dos atendimentos, o que evidencia a fragilidade do serviço público em proporcionar segurança à população. O risco de morte das vítimas também expõe o trabalhador a um intenso sentimento de impotência e dor, desencadeando um desgaste psicológico e aumentando o risco de esgotamento e adoecimento. Conforme narrado pelos profissionais, essas experiências negativas ocasionam alterações emocionais e sentimentos de desmotivação e tristeza.

Os relatos apresentados pelos profissionais que participaram deste estudo demonstram indícios de sofrimento, manifestados por estados de desmotivação, tristeza, medo, frustração e impotência. Vale ressaltar que – embora as vivências de prazer expressas pelo ato de salvar vidas, o bom relacionamento da equipe, o conhecimento e aprendizado configurem aspectos positivos no contexto do trabalho e que colaborem para a manutenção do equilíbrio emocional –, a quantidade e a exposição intensificada a situações desgastantes, a pressões fixas e rígidas da organização do trabalho, a frustração, o sentimento de impotência e principalmente o não reconhecimento pela atividade executada destituem o sentido do trabalho ao profissional, colocando em dúvida seu cabedal de conhecimento e relações sociais estabelecidas, podendo desencadear uma descompensação mental ou psicossomática, viabilizando condições propícias para a instalação de um processo de adoecimento.

Para além da identificação das limitações envolvidas no processo de trabalho, o contexto apresentado exprime a necessidade de medidas preventivas visando minimizar o impacto dessas situações na saúde física e psíquica desses trabalhadores. Nesse sentido, cabe considerar a possibilidade de criação de um espaço destinado a acolher as demandas voltadas para a saúde do trabalhador, buscando não apenas intervir nas situações de adoecimento já instaladas, mas principalmente na prevenção de situações que suscitem esse sofrimento/adoecimento.

Os resultados apresentados neste estudo assinalam a necessidade de continuidade de pesquisas com os trabalhadores de nível médio do SAMU de outras regiões, buscando além de identificar semelhanças existentes no processo de organização do trabalho, suscitar discussões que possam, de forma concreta, propor mudanças no sentido de acolher o

trabalhador e promover um ambiente de trabalho que enseje vivenciar de forma prazerosa o sentido do trabalho e colabore para a manutenção de sua saúde física e psicológica.

Nesse sentido, será realizada uma devolutiva sobre os resultados deste estudo aos participantes e gestores do órgão em forma de relatório, contendo os principais resultados encontrados, suas análises e discussões. Essa ação tem por finalidade despertar nos profissionais a necessidade de refletirem sobre o sentido do trabalho, estimulando processos de mobilização junto ao grupo e aos gestores quanto a criação de um espaço voltado a saúde desse trabalhador fundamentada numa discussão coletiva visando a diminuição de situações que desencadeiem sofrimento e/ ou adoecimento e promovam a melhoria no processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1994. Disponível em: <<https://brito964.files.wordpress.com/2013/06/o-que-c3a9-trabalho-suzana-albornoz.pdf>> Acesso em: 26 ago. 2017.

ALEXANDRE, N.M.C.; ROGANTE, M.M. Movimentação e transferência de pacientes: aspectos ergonômicos e posturais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.34, n.2, p. 165-73, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n2/v34n2a06.pdf>> Acesso em: 2 set. 2018.

AMARAL, A. S. Da centralidade do trabalho vivo à valorização do conhecimento no capitalismo contemporâneo. In: VIEIRA, A.; AMARAL, M.V. (Org.) **Trabalho e direitos sociais: bases para discussão**. Maceió: EDUFAL, 2008.

ANTUNES, R. **Os Sentidos do Trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 3. ed. São Paulo: Boitempo, 2000.

_____. **O caracol e sua concha**. Ensaio sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005.

AUGUSTO, M.M.; FREITAS, L.G.; MENDES, A. M.; Vivências de prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de uma fundação pública de pesquisa. **Psicologia em Revista**, v. 20, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v20n1/v20n1a04.pdf>> Acesso em: 19 ago. 2018.

AZEVEDO, A.L.C.S. et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 736-45, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/pdf/v12n4a20.pdf> Acesso em: 23 abr. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições70, 2010.

BARRETO, I.S.; HUMEREZ, D.C.; KREMPEL, M.C.O. Cofen e a Enfermagem na América Latina. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 2, n.4, p. 251-254, 2011.

BARROS, N.M.G.C. **Riscos de adoecimento**: estudo com médicos e enfermeiros emergencialistas em um hospital Matogrossense. 164 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade Novos Horizontes, Programa de Pós-graduação em Administração, Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <http://unihorizontes.br/novosite/banco_dissertacoes/120420131653394660.pdf> Acesso em: 25 jul. 2018.

BENDASOLLI, P. F.; SOBOLL, L.A.P. (Org.). **Clínicas do Trabalho**: Novas Perspectivas para Compreensão do Trabalho na Atualidade. São Paulo: Editora Atlas, 2011.

BERNARDES, A. et al. Supervisão do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel: visão dos auxiliares de enfermagem. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 1, p. 79-85, jan.-mar. 2009. Disponível em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/7778>> Acesso em: 20 ago. 2018.

BRAGA, I.F. et al. (Org.). **O Trabalho no mundo contemporâneo fundamentos e desafios para a saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/ EPSJV, 2016.

BRASIL. **Constituição (1998)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 1.339 de 18 de novembro de 1999**. Institui a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico. 1999. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html> Acesso em: 29 out 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 737/GM, de 16 de maio de 2001**. Institui a Política Nacional de Redução das Morbimortalidade por acidentes e violência. DOU n. 96, seção 1e – de 18/05/2001. 2001. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/Port_737_polt_reducao_acid_morbimortalidade.pdf> Acesso em: 21 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1679/GM, de 19 de setembro de 2002**. Dispõe sobre estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de setembro de 2002. Seção 1. 2002a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/1364.html>. > Acesso em: 14 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002**. Estabelece as normas, os critérios de funcionamento, a classificação e o cadastramento de serviços e aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. 2002b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html> Acesso em: 8 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 656/GM, de 20 de setembro de 2002**. Dispõe sobre a aprovação de normas para o cadastramento e habilitação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CRST. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de setembro de 2002. Seção 1. 2002c. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/007_ManualRenast07.pdf> Acesso em: 14 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União. 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf> Acesso em: 9 abr.2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério

da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf> Acesso em: 22 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.971/GM, de 8 de dezembro de 2008.** Institui o veículo motocicleta-motolância como integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda a Rede SAMU 192 e define critérios técnicos para sua utilização. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2971_08_12_2008.html> Acesso em: 20 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo – Nº 008 /2011 Institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde - SUS.** 2011a. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/10/protocolo08.pdf>> Acesso em: 3 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.600/GM, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html> Acesso em: 25 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 466, 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 27 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-basico-2016.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. [Internet]. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. **Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados 2017.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niRO.def>. Acesso em: 22 ago. 2018.

BRITO, J. et al. . A saúde dos trabalhadores de saúde: focos, abordagens e estratégias de pesquisa. In: MACHADO, J.; ASSUNÇÃO, A. (Org.). **Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde.** Belo Horizonte: UFMG; 2012. p. 66-105. Disponível em: <https://site.medicina.ufmg.br/nest/wp-content/uploads/sites/33/2015/04/Panorama_e-book.pdf> Acesso em: 19 set. 2018.

CAETANO, S. A.; PRADO, J.T. C. Mercado de trabalho: condições gerais do trabalho da enfermagem. **Revista Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n 56, dez. 2016. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/12/Divulga%C3%A7%C3%A3o_56_Cofen.pdf> Acesso em: 30 maio 2018.

CARLOTTO, M.S. A relação profissional-cliente e a síndrome de burnout. **Encontro Revista de Psicologia**, v. 12, n. 17, p. 7-20, 2009. Disponível em: <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/download/2543/2430>> Acesso em: 4 jul. 2018.

_____. O impacto de variáveis sociodemográficas e laborais na síndrome de *Burnout* em técnicos de enfermagem. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 165-185, jun. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 nov. 2018.

CICONET, R.M.; MARQUES, G.Q.; LIMA; M.A.D.S. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre - RS. **Interface**, v. 12, n. 26, p. 659-66, jul.-set. 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/129177/000672101.pdf?sequence=1>> Acesso em: 10 abr. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 375/2011: Dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido. Brasília: COFEN.

CORREIA, M.B.R.M. et al. **Anjos Azuis Operação SAMU**. Porto Velho: FIMCA, 2015.

COSTA, P.C.O.; SOUSA, A.R.; SILVA NETO, O.R. Hora de ouro quando o tempo faz a diferença. In: **Anais do Brasiltrauma**, 2012. Disponível em: <<http://anais.atualizacongressos.com.br/wp-content/uploads/2014/11/HORA-DE-OURO-QUANDO-O-TEMPO-FAZ-A-DIFERENÇA.pdf>> Acesso em: 15 nov. 2018.

CRIVELARO, L.R. **Atendimento de urgência/emergência pré-hospitalar a indivíduos com autonomia reduzida vitimados por atos de violência: dificuldades e dilemas éticos**. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2011. Disponível em: <http://base.repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/96440/crivelaro_lr_me_botfm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 set. 2018.

DE OLIVEIRA, Q.B.; DOS SANTOS, R.S.; DOS SANTOS, C.M.F. Acidentes de trabalho na equipe de enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 2, n. 1, 2013. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/199>> Acesso em: 12 abr. 2017.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

_____. **O fator humano**. 1 ed. Rio de Janeiro: FGV, 1997.

_____. **Conferências Brasileiras**: Identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. São Paulo: Fundap, 1999.

_____. **Da psicopatologia do trabalho à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília: Paralelo, 2004.

_____. Psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In: MENDES, A.M.; LIMA, S.C. C; FACAS, E.P. (Org.). **Diálogos em psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2007. p. 13-26.

_____. Patologia da comunicação. Situação de trabalho e espaço público: a geração da energia com combustível nuclear. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 3 ed. Brasília: Paralelo 15, 2011, p. 341-379.

_____. **Trabalho vivo**. Tomo II. Trabalho e emancipação. Brasília: Paralelo 15, 2012.

_____. Organização do trabalho e saúde mental: quais são as responsabilidades do Manager? In: MACÊDO, K. B. (Org.) **O diálogo que transforma: a clínica Psicodinâmica do Trabalho**. Goiânia: Editora da PUC Goiás, 2015. p. 223-233. Disponível em: <<https://site.medicina.ufmg.br/osat/wp-content/uploads/sites/72/2017/06/Livro-organiza%C3%A7%C3%A3o-do-trabalho-e-adoecimento-mpt21-06-2017.pdf>> Acesso em: 21 out. 2018.

_____. et al. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DIAS, E.C. (Org.). **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Série A. Normas e manuais técnicos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf> Acesso em: 29 out. 2018.

DIAS, N O mundo do trabalho desafios para trabalhadores e gestores da saúde. In: BRAGA, I.F.; et al. (Org.). **O Trabalho no mundo contemporâneo fundamentos e desafios para a saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/ EPSJV, 2016. p. 268.

DIAS, S.; QUEIROS, C.; CARLOTTO, M.S. Síndrome de *burnout* e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. **Aletheia**, Canoas, n. 32, p. 4-21, ago. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942010000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 ago. 2017.

DIVINO, E.A.; PEREIRA, Q.L.C.; SIQUEIRA, H.C.H. A capacitação da equipe que atua no atendimento pré-hospitalar: necessidade e importância da educação permanente na perspectiva dos trabalhadores. **REME - Rev. Min. Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 358-364, jul.-set., 2009. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/201>> Acesso em: 24 abr. 2017.

DOLOR, A.L.T. **Atendimento pré-hospitalar: histórico da inserção do enfermeiro e os desafios ético-legais**. 2008. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7131/tde-15052008-152805/pt-br.php>> Acesso em: 15 abr. 2008.

EL HETTI, L.B. et al. Educação permanente/continuada como estratégias de gestão no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n.4, p. 973-82. out/dez.

2013. . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.24405>> Acesso em: 21 out. 2018.

FARIAS, A.F.M.R. **Vivências de Sofrimento e Prazer no trabalho**: a dor e a delícia de ser trabalhador do Saúde da Família de Campina Grande. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva) – a Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000208&pid=S1414-9893200800020001200004&lng=pt> Acesso em: 15 jul. 2018.

FÉLIX, Y.T.M. **Análise das atividades dos técnicos em enfermagem do SAMU**. 180 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, João Pessoa, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/9139/2/arquivototal.pdf>> Acesso em: 4 jun. 2018.

FERREIRA, M.C. “Chegar feliz e sair feliz do trabalho”: aportes do reconhecimento no trabalho para uma ergonomia aplicada à qualidade de vida no trabalho. In: MENDES, A. M. (Org.). **Trabalho & saúde**: O sujeito entre emancipação e servidão. . Curitiba: Juruá, 2011. p. 40-53

FERREIRA, M.C.; MENDES, A.M. Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor: atividade de atendimento público e prazer-sofrimento no trabalho. **Revista Estudos de Psicologia**, Natal, v. 6, n. 3, p. 93-104, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v6n1/5336.pdf>> Acesso em: 15 abr. 2017.

FREITAS, C.H.S.M. Dilemas no exercício profissional da Odontologia: a autonomia em questão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 21, p. 25-38, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n21/v11n21a04.pdf>> Acesso em: 23 ago. 2018.

JÚNIOR, J. S. Omnilateralidade. In: LIMA, J.C.F.; PEREIRA, I.B. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª ed. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. p. 478.

GERNET, I. Psicodinâmica do Reconhecimento. In: MENDES, A.M. et al. (Org.). **Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros**. 1ª edição, Curitiba, Juruá, 2012, p. 61-76.

LIMA, S.C.C. L. Cooperação. In: VIEIRA, F.O.; MENDES, A.M.; MERLO, A.R.C. (Org.) **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá Editora, 2013, p. 99-102.

GOMEZ, C.M.; LACAZ, F. Saúde do Trabalhador: novas - velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 797-807, out.-dez. 2005. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/26414455_Saude_do_trabalhador_novas-velhas_questoes> Acesso em: 25 out. 2018.

GOMEZ, C.M.; VASCONCELLOS, L.C.F.; MACHADO, J.M.H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, jun. 2018 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000601963&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2018.

GORAYEB, A. **Criação do município de Porto Velho**. 2016. Disponível em: <<http://www.tudorondonia.com.br/noticias/criacao-do-municipio-de-ortovelho.64666.shtml>>. Acesso em: 15 abr. de 2018.

GÖTTEMS, L.B.D.; PIRES, M.R.C.M. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político e econômico. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/saococ.v22i1.76422>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório de Gestão 2015 da Secretaria de Estado da Saúde: Resultados e Perspectivas**/ Governo do Estado de Rondônia. – Porto Velho, 2016.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere**. v.1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

GRECO, R. M.; MOURA, D.C.A. **Condições de trabalho em enfermagem**. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2013.

GUEDES, E. M. et al. **Problemas musculoesqueléticos na enfermagem hospitalar**. [Internet] 2000. [citado em 2005 set 01]. Disponível em: <<http://www.alass.org/fr/calass00-73.htm>> Acesso em: 20 jun. 2018.

GUIMARÃES, E.P.A.; SILVA, R.F.; SANTOS, J.B.F. Condutores de esperança: condições de trabalho de condutores de Ambulância do SAMU. **O público e o privado, Revista do PPG Sociologia do UECE**, n. 25, p. 55-75, jan.-jun. 2015. Disponível em: <<http://www.seer.uece.br/?journal=opublicoeoprivado&page=article&op=view&path%5B%5D=1226>> . Acesso em: 27 ago. 2018.

GUIMARÃES, F.A.L.; MARTINS, M.C.F. Valores e prazer-sofrimento no trabalho: um estudo com profissionais de nível superior. **Revista Estudos de Psicologia on-line**, Campinas, v. 27, n. 2, p. 133-145, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n2/a01v27n2.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2018.

GUIMARÃES JÚNIOR, E.H.; MACÊDO, K.B. Uma nova doutrina de gestão baseada na psicodinâmica do trabalho. In: MACÊDO, K.B. (Org.). **O diálogo que transforma: a clínica psicodinâmica do trabalho**. Goiânia: Editora da PUC Goiás, 2015. p. 276-296.

GURGUEIRA, G.P.; ALEXANDRE, N.M.C.; CORRÊA FILHO, H. R. Prevalência de sintomas musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 608-613, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 19 jul. 2018.

HARVEY, D. Do fordismo à acumulação flexível (cap. 9). In: _____. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 2002. p. 135-162.

HOFFMANN, C. et al. Psicodinâmica do trabalho e riscos de adoecimento no magistério superior. **Estud. av.**, São Paulo, v. 31, n. 91, p. 257-276, dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142017000300257&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa sobre cidades de Rondônia – Município de Porto Velho**. 2017. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=110020&search=Rondônia|porto-velho>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

_____. IBGE-SIDRA? **Pesquisa por unidades territoriais de nível distritos**. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/territorio#/N10/IN%20N13%20110101>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

_____. IBGE? - cidades @. **Pesquisa por história de Porto Velho**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/porto-velho/historico>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

IZU, M. et al. Trabalho noturno como fator de risco na carcinogênese. **Ciencia y Enfermeria XVII**, n. 3, p. 83-95, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art08.pdf>>. Acessado em: 17 jun. 2018.

KUENZER, A. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2. Rio de Janeiro, 2004. p. 127-135. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462004000100007>. Acesso em: 26 jul. 2017.

_____. Da dualidade assumida à dualidade negada: o discurso da flexibilização justifica a inclusão excludente. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 28, n. 100 - Especial, p. 1153-1178, out. 2007. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 4 maio 2017.

LACAZ, F.A.C. **Saúde do Trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/313672>>. Acesso em: 27 out. 2018.

LANCINI, A.B.B.; PREVÉ, A.D.; BERNARDINI, I.S. **O Processo de Trabalho das Equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**. (Coleção Gestão da Saúde Pública) Volume 4. 2013. Disponível em: <<http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/03/Anais-GSP-Volume-4-Artigo-1.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

LANCMAN, S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: _____.; SZNELWAR, L.I. **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 3 ed. Brasília: Paralelo 15, 2011. p. 31-43.

LEITE, J. V. et al. Qualidade de vida no trabalho no Cirque Du Soleil e na Semco: passado e futuro. In: MENDES, A. M. et al. (Org.). **Psicodinâmica e Clínica do trabalho**: Temas, interfaces e casos brasileiros. Curitiba: Juruá, 2012.p. 243 - 262.

LIMA, M. J. **O que é enfermagem**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1993.

LINHART, D. Entrevista: Danièle Linhart. **Trab. educ. saúde (Online)**, v. 9, n. 1, p.149-160. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000100011>> Acesso em: 26 jul. 2018.

LOURENCO, E.A.S.; BERTANI, I.F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 121-134, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S030376572007000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 nov. 2018.

LUZ, C.C.; JUNGER, W.L.; CAVALINI, L.T. Análise da atenção pré-hospitalar ao acidente vascular cerebral e ao infarto agudo do miocárdio na população idosa de Minas Gerais. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, vol. 56, n. 4, p. 452-457. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n4/19.pdf>> Acesso em: 30 maio 2017.

MACÊDO, K.B; BUENO, M. Apresentação. In: BUENO, M.; MACÊDO, K.B. **Imersões em psicodinâmica do trabalho na arte, gestão e docência na modernidade**. Goiânia: Editora da PUC Goiás, 2016. p. 7-14.

_____.; FLEURY, A. R.D. O mal-estar docente para além da modernidade: uma análise psicodinâmica. **Revista Amazônica**, v. 9, n. 2, p. 217-238, 2012. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4047171>> Acesso em: 25 out. 2018.

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária. **Cadernos RH Saúde: 3ª Conferência Nacional e de Gestão do Trabalho na Educação em Saúde**, v. 03, nº 01, p. 13-28, Março, 2006, Brasília. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf. Acesso em: 27 abr. 2017.

MACHADO, M.H. et al. Mercado de trabalho em enfermagem no âmbito do SUS: uma abordagem a partir da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. **Revista Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.56, dez. 2016.

MANNHEIM, K. **Ideologia e utopia**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1968. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/324570134/KARL-MANNHEIM-Ideologia-e-Utopia>> Acesso em: 25 out. 2018

MARQUES, A.M. A. **Condições e organização do trabalho das equipes do SAMU/RMF: riscos e agravos daqueles que trabalham contra o tempo**. 168f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Fortaleza, 2013, Disponível em: <http://www.uece.br/politicasuece/dmdocuments/ana_maria_almeida_marques.pdf> Acesso em: 20 jun. 2018.

MARX, K. **O Capital**. 26. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. (Livro 1: Processo de produção do Capital)

MENDES, A. M. Pesquisa em psicodinâmica do trabalho: a clínica do trabalho. In A. M. Mendes (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. . São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007a. p. 65-87

_____. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In: _____. (Ed.). **Psicodinâmica do trabalho: Teoria, método e pesquisas**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2007b. p. 23-48

_____. CRUZ, R.M. Trabalho e Saúde no contexto organizacional: vicissitudes teóricas. In: TAMAYO, A. (Org.). **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 39-55.

_____. FERREIRA, M. C. Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA: instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: MENDES, A.M. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 111-126.

_____. FACAS, E.P. Transgressão do trabalho prescrito como estratégia para transformar o sofrimento – estudo da inteligência prática. In: MENDES, A.M. et al. (Org.). **Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá, 2012, p. 77-92.

_____.; ARAUJO, L.K.R. **Clínica psicodinâmica do trabalho: O sujeito em ação**. Curitiba: Juruá, 2012.

_____.; MORRONE, C. Trajetória teórica e pesquisas brasileiras sobre prazer e sofrimento no trabalho. In: MENDES, A.M. et al. (Org.). **Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros**. Curitiba, Juruá, 2012, p. 29-52.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 341- 349, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n5/03.pdf>> Acesso em: 23 out. 2018.

MENEZES DE CARVALHO, G.; DUTRA DE MORAES, R. Sobrecarga de trabalho e adoecimento no Polo Industrial de Manaus. **Psicol. rev.**, Belo Horizonte , v. 17, n. 3, p. 465-482, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682011000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2018.

MESQUITA, S. M. M. **A vida pela vida: o trabalho dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192**: uma leitura da Psicodinâmica do Trabalho. 294 f. 2018 Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Goiânia, 2018. Disponível em: <<http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/3943/2/Simone%20Maria%20Moura%20Mesquita.pdf>> Acesso em: 10 jun. 2018

MINAYO, M. C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf> Acesso em: 02 out 2017.

MONTEIRO, J.K. Organização do trabalho e sofrimento psíquico de trabalhadores da saúde. In: MENDES, A.M. et al. (Org.). **Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá, 2012, p. 335-346.

MORAES, R.D. Estratégias de enfrentamento do sofrimento e conquista do prazer no trabalho. In: MERLO, A.R.C.; MENDES, A.M.; MORAES, R.D. (Orgs.) **O sujeito no trabalho: entre a saúde e a patologia**. Curitiba: Juruá, 2013. p. 175-186

MURAKAMI, R.; CAMPOS C.J.G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, p. 361-7, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a24.pdf>> Acesso em: 18 maio 2018.

NUNES, C.M. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 252-257, 2010. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a04.htm>> Acesso: em: 30 ago. 2018.

OLIVEIRA, C.R. **História do Trabalho**. 5. ed. São Paulo: Ática, 2006.

OLIVEIRA, J.A.N. **Avaliação de riscos ergonômicos nos profissionais de enfermagem do Serviço e Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/ Recife**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Arte e Comunicação Design, Recife, 2015.

ORTIGA, A.M.B. **Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina**. 243 f. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/129116/331864.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 27 abr. 2017.

OUVERNEY, A.M.; NORONHA, J.C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030** - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. p. 143-182. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/98kfw/pdf/noronha-9788581100173-06.pdf>> Acesso em: 13 abr. 2017.

PACHECO, T. P. **“A gente trabalha em regime de guerra”**: significados do trabalho da enfermagem em um hospital público da Amazônia. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2013. Disponível em: <http://www.ri.unir.br/jspui/bitstream/123456789/1367/1/Ta%C3%ADs%20P.%20Pacheco_A%20gente%20trabalha%20em%20regime%20de%20guerra.pdf> Acesso em: 26 ago. 2018.

PEREIRA JÚNIOR, G.A. et al. O Ensino de Urgência e Emergência de acordo com as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Lei do Mais Médicos. **Cadernos da ABEM**, v. 11, p. 20-47, out. 2015. Disponível em: <http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM__Vol11.pdf> Acesso em: 29 out. 2018.

PINTO, I.C.M.; SILVA, I.V. Condições de Trabalho e o Sofrimento Invisível dos Trabalhadores da Saúde. In: BRAGA, I.F. et al. (Org.). **O Trabalho no mundo contemporâneo fundamentos e desafios para a saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/EPSJV, 2016, p. 183-200.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M.T. (Org.) **Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa Livros, 1999. p. 168.

PITTA, A.M.F. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010**. 2010. Disponível em: <https://www.mpro.mp.br/documents/10180/493773/SEMUSA+Plano+Municipal+Atual+Alterado_27.05.2010.pdf/29021bb4-da93-4964-bc59-80cffb40d9a5> Acesso em: 25 jul. 2017.

_____. Prefeitura Municipal de Porto Velho. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho (SEMUSA). **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Velho**. Relatório parcial da estrutura do serviço no Município de Porto Velho: 2017.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. 2014. Disponível em: <<https://semusa.portovelho.ro.gov.br/uploads/arquivos/2018/03/23266/1520259318pms-2014-2017.pdf>> Acesso em: 25 mar. 2018.

RODRIGUES, A.L.; GASPARINI, A.C.L.F. Perspectiva psicossocial em Psicossomática: via estresse e trabalho. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 93-107.

ROLLO, A.A. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo “globalizado”? In: BARROS, M.E.B.; SANTOS-FILHO, S.B. **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí, Rio Grande do Sul: Unijuí, 2007, p. 19-59.

RUDIO, F.V. **Introdução ao projeto de pesquisa**. Petrópolis: Vozes, 1995.

SANCHES, S.; DUARTE, S.J.H.; PONTES, E.R.J.C. Caracterização das vítimas de ferimentos por arma de fogo, atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Campo Grande-MS. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p.95-102, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100010>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

SANTO ANTONIO ENERGIA. **Saiba mais 100 anos de Porto Velho**. 2014. Disponível em: <http://www.santoantonioenergia.com.br/wpcontent/uploads/2014/10/cartilha_100anos_ok_visual.pdf> Acesso em: 3 jun. 2018.

SANTOS, F. P. Apresentação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2. ed., 2016a, p. 1-2.

SELIGMAN-SILVA, E. Psicologia e saúde mental no trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. São Paulo: Ateneu, 2003. p. 1141-82.

_____. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo.** São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, T.L.G. et al. Primeiros socorros psicológicos: relato de intervenção em Santa Maria. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 15, n. 1, p. 93-104, 2013. Disponível em: <http://www.rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=113>. Acesso em: 27 abr. 2017.

SILVA, L.M. O. **Organização e relações de trabalho no setor de serviços de saúde brasileiro.** 128 f. 2006. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Econômico) – Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

SILVEIRA, M.M.; STUMM, E.M. F.; KIRCHNER, R.M. Estressores e coping: enfermeiros de uma unidade de emergência hospitalar. **Rev. Eletr. Enf. [Internet].**, v. 11, n. 4, p. 894-903. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a15.htm>>. Acesso em: 06 ago. 2018.

SOUZA, M.A.S.L. Trabalho em saúde: como a lógica mercantil determina seu processo de precarização. In: BRAGA, I.F. et al. (Org.). **O Trabalho no mundo contemporâneo fundamentos e desafios para a saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/ EPSJV, 2016, p. 109-128.

THOMAZ, R. R.; LIMA, F.V. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. **Acta Paul Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 59-65, 2000.

TRAESEL, E.S.; MERLO, Á.R.C. Sofrimento no trabalho e possibilidades de saúde e realização: Psicodinâmica do reconhecimento em enfermagem. In: MENDES, A.M. et al. (Org.). **Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros.** Curitiba: Juruá, 2012. p. X-Y

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** 3 ed. São Paulo: Atlas, 1992.

VASCONCELLOS, L.C.F.; AGUIAR, L. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. **Saúde debate.** Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 605-617, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200605&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2018.

WERMELINGER, M.; LIMA, J.C.F.; VIEIRA, M. A formação do auxiliar e do técnico em enfermagem: a “era SUS”. **Revista Divulgação em saúde para debate**, n 56, dez. 2016.

WORM, F.A. et al. Risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no trabalho em atendimento móvel de urgência. **Rev. Cuid.**, v. 7, n. 2, p. 1288-96, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.329>>. Acesso em: 24 abr. 2017.

ZAPPAROLI, A.S.; MARZIALE, M.H.P. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências. **Rev. bras. enferm.** [online]., v. 59, n. 1, p. 41-46, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100008>. Acesso em: 28 jul. 2018.

ZARIFIAN, P. Valor, organização e competência na produção de serviços. In: SALERNO, M.S. (Org.) **Relação de Serviço:** produção e avaliação. São Paulo: SENAC, 2001, p. 97-149.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO

Prezado (a) entrevistado (a),

Solicito a sua colaboração em responder algumas questões que irão embasar minha dissertação de mestrado referente ao “**Trabalho, sofrimento e adoecimento psíquico dos profissionais de saúde que atuam no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) na Cidade de Porto Velho: contribuições e desafios ao processo educativo**”.

Antecipadamente agradeço.

1) PERFIL SÓCIO-OCUPACIONAL¹

E (entrevistado) nº _____ Data: ____/____/2017.

a) Sexo: () Feminino () Masculino

b) Idade: _____ anos

c) Estado civil:

() Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado(a)

() Outros _____

d) Você tem filhos e/ ou dependentes? () Não () Sim Quantos? _____

e) Participa de algum grupo religioso? () Não () Sim Qual? _____

f) Tempo de serviço como Técnico em Enfermagem (profissão): _____

g) Nível de instrução:

() Ensino técnico profissionalizante () Especialização técnica - Área _____

() Ensino superior incompleto () Ensino superior completo - Área _____

() Pós-graduação (especialização, residência, mestrado e/ou doutorado)

h) Renda mensal

() De R\$ 560,00 a R\$ 937,00 () De R\$ 937,00 a R\$ 1.200,00

() De R\$ 1.200,00 a R\$ 1.800,00 () De R\$ 1.800,00 a R\$ 2.400,00

() De R\$ 2.400,00 a R\$ 3.000,00 () Acima de R\$ 3.000,00

i) Sua remuneração é:

() A única renda de sua família () Quase a totalidade da renda familiar

() Metade da renda familiar () Uma parcela pequena da renda da família

j) Há quanto tempo você trabalha no SAMU/ Porto Velho?

6 meses () 1 ano () 2 anos () 4 anos ou mais ()

k) Qual o regime de contratação: CLT () Estatutário () Comissionado ()

¹Formulário elaborado com base no objetivo deste projeto tomando como fonte de estudo os trabalhos de dissertação de Ana Maria Almeida Marques; Jaqueline Augusto do Nascimento Oliveira; Nereida Maria G. Coelho Barros e Taís Pôncio Pacheco; e Tese de Maria Tereza Pires Costa.

l) Qual a sua jornada de trabalho? () 40 horas () 30 horas () 20 horas

m) Você trabalha em mais de uma instituição? () Não () Sim.

Em caso afirmativo em qual área que atua _____

Quanto tempo _____ **Carga Horária:** _____

n) Quantos plantões semanais você realiza no SAMU? _____

o) Qual o turno que você trabalha com maior frequência no SAMU?

() Dia (7 às 19h) () Noite (19h às 7h) () Diarista (7 às 13h ou 13h às 19h)

() Plantão 24 horas

2) CONTEXTO DO TRABALHO

a) Na sua atuação inicial no SAMU você teve acesso a informações referentes às normas, rotinas e protocolos do setor, antes de exercer suas atividades profissionais no local?

Não () Como buscou conhecer/ ter acesso a essas informações _____

Sim () Em caso afirmativo informar as ações desenvolvidas: _____

b) A Portaria 2048/2002 estabelece o quantitativo de profissionais para atuação no SAMU, nas Unidades de Suporte Básico (USB) e Unidade de Suporte Avançado (USA). Na sua visão o número de profissionais é adequado para a realização das tarefas na USB?

() Sim () Não Por quê? _____

c) Para a organização do trabalho são utilizados protocolos?

() Sim () Não

d) Os protocolos e as normas de trabalho de cada função são cumpridos pelos profissionais?

() Sim () Não () Em parte. Não Por quê? _____

e) Os materiais disponibilizados (bolsas, pranchas, macas, keds, materiais descartáveis, etc.) utilizados para atendimento de enfermagem nas ocorrências atendidas pela USB são suficientes para atender a demanda? () Sim () Não

f) Como você caracteriza o processo de comunicação entre a chefia e os profissionais do SAMU?

() Excelente () Muito bom () Bom () Ruim Por
quê? _____

g) Como você caracteriza o relacionamento entre os colegas/ equipe de trabalho?

() Excelente () Bom () Regular () Ruim Por
quê? _____

h) **Para você existe um clima de disputa, competitividade entre os profissionais no seu ambiente de trabalho?**

() Sim () Não () Em parte. Por quê? _____

i) **No desempenho de suas funções já vivenciou situações onde seu esforço profissional não foi reconhecido?**

() Não () Sim Você poderia relatar o caso? _____

3. TRABALHO: VIVÊNCIAS E RELAÇÃO ENTRE PRAZER E SOFRIMENTO:

a) **Qual motivo te levou a atuar no SAMU?**

() Interesse pela área () Por necessidade do setor de RH (instituição de saúde)/ chefia imediata () Outros Quais? _____

b) **O que é para você trabalhar no atendimento pré-hospitalar móvel no SAMU?**

c) **Com base na sua rotina diária no SAMU, atribua por ordem de importância os fatores desencadeadores de riscos ocupacionais que mais lhe causam desconforto**

(Obs.: 1 - extremamente desconfortável; 2 - muito desconfortável; 3 - moderado desconforto; 4 - desconfortável; 5 - pouco desconforto; 6 - nenhum desconforto)

() **Riscos físicos** (ruído, temperatura elevada, vibrações, frio, radiações, umidade)

() **Riscos biológicos** (sangue, líquido, vômito, saliva, secreção, exposição a perfuro cortante)

() **Riscos químicos** (produtos químicos (aerossóis, produtos de limpeza, medicamentos), poeira, fumo, gases, neblinas, névoas ou vapores)

() **Riscos ergonômicos** (postura inadequada, levantamento de peso, esforço físico, controle rígido de produtividade, monotonia e repetitividade)

() **Riscos psicossociais** (situação de estresse, jornada de trabalho prolongada, elevada tensão ambiental, prejuízo na inter-relação com colegas de trabalho, violência (agressão física), problemas de relacionamento com a chefia, colegas e pacientes; trabalho em período noturno, imposição de rotina intensa)

() **Risco de acidentes** (colisão, eletricidade, incêndio ou explosão, iluminação inadequada, arranjo físico inadequado, acidentes com animais, equipamentos inadequados, falta de proteção)

d) **No exercício de sua atividade profissional, você desenvolveu algum tipo de lesão física, algum tipo de distúrbio respiratório, digestivo, circulatório ou outros?**

() Não () Sim. Em caso positivo, você pode dizer quais foram? _____

Procurou ajuda () Não () Sim. Onde e como foi essa ajuda: _____

e) **Em sua atividade profissional, você percebeu alguma alteração emocional que indicasse tristeza, apatia, desmotivação, alteração de humor, medos, ansiedade, angústia decorrentes do seu trabalho?**

() Não () Sim. Em caso positivo, você pode dizer quais foram?

Procurou ajuda () Não () Sim. Onde e como foi essa ajuda:_____

f) **Com relação às atividades que desempenha, quais situações de atendimento despertam em você alterações psicológicas (sentimentos de angústia, medo, ansiedade, tristeza...) e fisiológicas (falta de ar, palpitações, dor no peito, dor no estômago, etc.).**

g) **Você e os colegas de trabalho costumam conversar sobre essas dificuldades vivenciadas no trabalho?**

h) **Você contou ou conta com o apoio e a ajuda de outros profissionais com mais experiência no trabalho?**

i) **Quais são os pontos positivos de trabalhar no SAMU?**

j) **Quais são os pontos negativos de trabalhar no SAMU?**

4. PROCESSO DE FORMAÇÃO/ CAPACITAÇÃO PARA O TRABALHO (contexto educativo):

a) **Você participou de capacitação para a certificação das funções que desempenha no SAMU?** Não () Sim ()

b) **Cursos realizados referente ao Atendimento de Urgência e Emergência e Atendimento Pré-hospitalar:**

() Atendimento Pré-Hospitalar (APH)

() Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado (PHTLS)

() Suporte Básico de Vida (BLS)

Outros_____

c) **Considera importante realizar o processo de recertificação para avaliação e continuidade das suas atividades profissionais no setor?** Não () Sim ()

Por quê?_____

d) No processo de capacitação e certificação para atuar no SAMU foram abordados conteúdos referentes a riscos ocupacionais e/ ou biossegurança? Não ()

Sim ()

Em caso afirmativo, relacione quais: _____

e) Na capacitação realizada foram abordados conteúdos referentes a riscos psicossociais, com discussão sobre sofrimento e/ ou adoecimento psíquico decorrente do trabalho?

Não ()

Sim ()

Em caso afirmativo, relacione quais: _____

f) Acha pertinente a inserção de conteúdos referentes à saúde mental do trabalhador na grade curricular?

Não ()

Sim () Por que? _____

g) Qual (is) tema(s) considera pertinente para serem trabalhados no processo de formação (certificação e recertificação)? _____

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “**Trabalho, sofrimento e adoecimento psíquico dos profissionais de saúde que atuam no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) na Cidade de Porto Velho: contribuições e desafios ao processo educativo**”, desenvolvido pela Mestranda da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Adriana Prestes de Menezes Ferreira, orientada e coordenada pela Prof^a Dr^a. Ialê Falleiros Braga. Sua contribuição para a pesquisa compreende a participação em uma entrevista qualitativa, que abordará questões relativas ao trabalho que desenvolve no SAMU, organização, formação e como lida com as situações de tensão decorrentes do exercício profissional. Sua participação não é obrigatória e caso concorde em participar, as informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para essa pesquisa. O objetivo deste estudo é investigar a percepção dos Técnicos de Enfermagem que atuam no SAMU sobre a dinâmica de trabalho, sua formação e o processo de adoecimento psíquico. O resultado das entrevistas possibilitará desvelar a realidade vivenciada pelos profissionais que atuam nessa área e sua visão sobre o processo de adoecimento e poderá subsidiar novas iniciativas e/ ou estudos acadêmicos que venham a colaborar e/ ou direcionar políticas voltadas à prevenção do sofrimento psíquico decorrente do trabalho. Na realização de cada entrevista, os formulários serão identificados apenas pela letra E enumerada de acordo com a ordem numérica de sua aplicação. Sua participação então consiste em responder diretamente por escrito ou oralmente (neste caso as respostas serão gravadas para garantir fidedignidade no momento da transcrição) algumas perguntas constantes de uma ficha de identificação socioeconômica e ao formulário com perguntas abertas. O local, data e horário da aplicação do questionário serão agendados mediante seu aceite e de acordo com a sua disponibilidade. Você poderá sair do estudo a qualquer momento se quiser sem nenhum prejuízo pessoal ou relacionado ao trabalho, bem como solicitar todas as informações que desejar à pessoa que o entrevistar ou por telefone com a pesquisadora. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da FIOCRUZ e autorizado pela Secretaria de Saúde da Prefeitura do Município de Porto Velho. O uso dos dados e informações é somente para a pesquisa e a divulgação dos seus resultados será feita através de artigos publicados em revistas, apresentações de trabalhos em Congressos e no banco de dados da FIOCRUZ.

Eu, _____ CI _____, declaro ter sido esclarecido (a) sobre o objetivo da pesquisa e concordo em responder a entrevista solicitada, sabendo que meu nome não será divulgado e os resultados serão utilizados para publicação de artigos em revistas e/ ou outras dissertação de mestrado e/ ou tese de doutorado.

Assinatura entrevistado

Assinatura pesquisador

Mestranda Adriana Prestes de Menezes Ferreira - CETAS

Av. Rafael Vaz e Silva, 3047, Liberdade CEP: 76.803-870 Porto Velho - RO

Tel.: (69) 3216.7307/ 9 9988. 5686 - Email: insight.ro@gmail.com

Prof^aDr^a. Ialê Falleiros Braga Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ EPSJV

Av. Brasil, 4365, Manguinhos - CEP.:21.040-360 Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21)3865-9797

APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL

Porto Velho/RO,, de de 2017.

Ilmo Sr. XXX

Secretário Municipal de Saúde de Porto Velho

Solicito através deste, autorização para a realização da pesquisa intitulada “Trabalho, sofrimento e adoecimento psíquico dos profissionais de saúde que atuam no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) na cidade de Porto Velho: contribuições e desafios ao processo educativo”, a ser desenvolvido junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Setor de Enfermagem, com os Técnicos de Enfermagem. O objetivo da pesquisa visa contribuir para que os profissionais de saúde do setor expressem a dinâmica do trabalho que desenvolvem no SAMU, sua organização, formação e como lidam com as situações de tensão decorrentes do exercício profissional, possibilitando uma reflexão sobre o seu processo de trabalho e o adoecimento psíquico.

Informamos ainda que a pesquisadora é orientada pelo Profa. Dr^a. Ialê Falleiros Braga, pertencente ao quadro de orientadores do Programa Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro.

Sendo o que tínhamos para o momento.

Atenciosamente,

Adriana Prestes de Menezes Ferreira

Aluna do Curso de Mestrado em Educação Profissional em Saúde

Responsável pela Unidade de Saúde pesquisada

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, autorizo a realização da pesquisa solicitada pela pesquisadora, assinando este documento com a garantia de que os nomes dos indivíduos pesquisados serão preservados.

Porto Velho, de _____ de _____ 2017.

Assinatura e Carimbo

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA ESCOLA POLITÉCNICA EM SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRABALHO, SOFRIMENTO E ADOECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) NA CIDADE DE PORTO VELHO: contribuições e desafios ao processo educativo

Pesquisador: ADRIANA PRESTES DE MENEZES FERREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80077617.3.0000.5241

Instituição Proponente: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.475.066

Apresentação do Projeto:

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado a ser defendida por Adriana Prestes Menezes Ferreira Rachel, desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-Graduação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), da FIOCRUZ, sob a orientação de Ialê Falleiros Braga. A pesquisa proposta caracteriza-se como um estudo exploratório descritivo, com utilização da abordagem qualitativa, que visa verificar junto a profissionais de saúde, técnicos de enfermagem, que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) na cidade de Porto Velho, sua percepção sobre os riscos de adoecimento a quais estão expostos no seu cotidiano de trabalho. Entre os riscos que estes fatores podem desencadear a pesquisadora destaca os de ordem física, química, biológica, psicossocial, ergonômica e acidentes provocados por trabalho específico, uma vez que a variedade de circunstâncias que perpassam a subjetividade do profissional e da equipe em sua rotina diária abrangem desde as contradições impostas pelo ambiente; a intensa experimentação dos conhecimentos teóricos, habilidades técnicas e principalmente a diversidade de emoções que os arrebatam em sua prática cotidiana (medo, ansiedade, angústia, impotência, excitação, frustração, alegria, satisfação, entre outras). Busca ainda desvelar como o processo de qualificação pode amenizar as situações desencadeadoras de sofrimento e adoecimento por esses trabalhadores. Nesta pesquisa será realizada entrevista face a face, semi-

Endereço: Avenida Brasil, 4365

Bairro: Manguinhos

UF: RJ

Telefone: (21)3865-9710

Município: RIO DE JANEIRO

Fax: (21)3865-9729

CEP: 21.040-900

E-mail: cep@epsjv.fiocruz.br



ESCOLA POLITÉCNICA DE
SAÚDE JOAQUIM
VENÂNCIO/FIOCRUZ/RJ



Continuação do Parecer: 2.475.066

estruturada, contemplando a coleta de informações por meio de questões fechadas e abertas. O roteiro fechado contemplará questões referentes às características sociodemográficas e ocupacionais do conjunto de

Técnicos de Enfermagem. Já o roteiro aberto possibilitará ao sujeito da pesquisa desvelar sua visão acerca do contexto do mundo do trabalho, condições psicossociais do trabalho, condições de saúde física e mental, entre outras. A amostra entrevistada será composta por 15 indivíduos.

Objetivo da Pesquisa:

Como objetivo primário, a proposta é analisar a percepção dos Técnicos de Enfermagem sobre o trabalho que realizam no SAMU, suas implicações na saúde, sofrimento e/ ou adoecimento e o seu processo de formação. Já como secundários, compreender a percepção desses profissionais sobre o trabalho que desempenham, as situações desencadeadoras de sofrimento e os tipos de sintomas relativos ao adoecimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não foram detectados riscos significativos, como relatado no TCLE, porém este fator não aparece explicitado no formulário de informações básicas, sendo relatado que "A pesquisa proposta não apresenta riscos a integridade física e psicológica dos participantes."

No que diz respeito aos benefícios, a pesquisadora destaca a perspectiva de compreensão dos aspectos relativos ao processo e dinâmica do trabalho do SAMU, além da possibilidade de análise da percepção dos profissionais sobre o processo educativo para a transformação e prevenção do sofrimento e adoecimento laborais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A temática da pesquisa é pertinente, possui objetivos definidos com clareza e metodologia condizente aos mesmos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nos termos de apresentação obrigatória foram incorporadas a Folha de Rosto, devidamente assinada e carimbada, o Projeto de Pesquisa, Informações Básicas com os itens devidamente preenchidos, o TCLE, o cronograma de execução de estudo, além do formulário a ser aplicado na entrevista em forma de questionário. Contudo, os seguintes itens necessitavam de ajustes ou correções:

Endereço: Avenida Brasil, 4365

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-900

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3865-9710

Fax: (21)3865-9729

E-mail: cep@epsjv.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.475.066

a) no TCLE, incluir frase informando que os riscos associados à participação na pesquisa são mínimos ou não significativos; (ATENDIDO)

b) no TCLE deverá ser incluído o endereço completo (endereço, telefone e email) do Comitê de Ética/EPSJV; (ATENDIDO)

c) no TCLE, em atenção a Carta Circular nº51- SEI/2017-CONEP/SECNS/MS, a frase "declaro ter sido esclarecido (a) sobre o objetivo da pesquisa" deverá ser substituída por "Li e concordo em participar da Pesquisar" ou de igual teor;(ATENDIDO)

d) no TCLE deverá ser incluída a logomarca da instituição; (ATENDIDO)

e) no TCLE deverá ser garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; (ATENDIDO)

f) no TCLE, onde se lê "O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da FIOCRUZ", leia-se "O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da EPSJV/FIOCRUZ"; (ATENDIDO)

g) uma dúvida: não seria o caso de cadastrar a secretaria de saúde local como coparticipante no formulário básico? Ainda que esta não tenha CEP, pode constar na plataforma (nesse caso, apenas constará a informação, sem encaminhamento para outro CEP). (RESPONDIDO: a plataforma não aceitou o cadastro da secretaria de saúde local por não ter CEP)

Recomendações:

- Atualizar o cronograma, sobretudo para coleta de dados;
- Encaminhar relatório ao término do estudo.

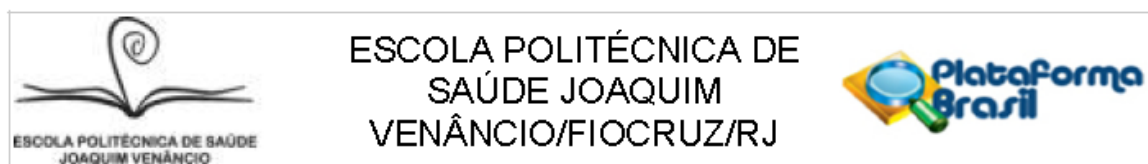
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Pela análise procedida, este Comitê (registrado junto à CONEP – Cf. Ofício n. 2254/Carta n. 0078 – CONEP/CNS/MS, de 12 de agosto de 2010) considera o presente protocolo APROVADO.

Endereço: Avenida Brasil, 4365		
Bairro: Manguinhos	CEP: 21.040-900	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO	
Telefone: (21)3865-9710	Fax: (21)3865-9729	E-mail: cep@epsjv.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.475.066

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1032722.pdf	05/01/2018 23:16:28		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Carta_Resposta_Pendencias_CEP_EPSJV_30dez2017.pdf	05/01/2018 21:52:05	ADRIANA PRESTES DE MENEZES FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido_30dez2017.pdf	05/01/2018 21:43:02	ADRIANA PRESTES DE MENEZES FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PPesquisa_AdrianaPMFerreira_CORRIGIDO_30dez2017.pdf	05/01/2018 21:41:27	ADRIANA PRESTES DE MENEZES FERREIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	19/11/2017 22:46:00	ADRIANA PRESTES DE MENEZES FERREIRA	Aceito
Orçamento	CDESEMBOLSO_APMF.pdf	19/11/2017 22:40:51	ADRIANA PRESTES DE MENEZES FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	FRosto_APMF.pdf	19/11/2017 21:53:04	ADRIANA PRESTES DE MENEZES FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 26 de Janeiro de 2018

Assinado por:
Marcio Sacramento de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Avenida Brasil, 4365

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-900

UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3865-9710

Fax: (21)3865-9729

E-mail: cep@epsjv.fiocruz.br