



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
DOUTORADO**

**A COOPERAÇÃO NA ATIVIDADE DAS EQUIPES DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO
MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU**

João Pessoa, Dezembro de 2019

YANA THAMIRES MENDES FELIX

**A COOPERAÇÃO NA ATIVIDADE DAS EQUIPES DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU**

Tese apresentada por Yana Thamires Mendes Felix ao programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba, para obtenção do título de Doutora em Psicologia Social.

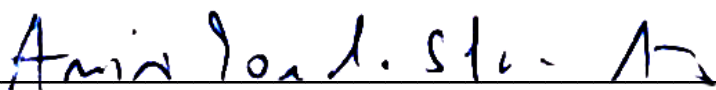
Orientador: Prof. Dr. Anísio José da Silva Araújo

João Pessoa, Dezembro de 2019

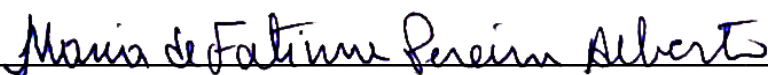
**A COOPERAÇÃO NA ATIVIDADE DAS EQUIPES DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU**

Yana Thamires Mendes Felix

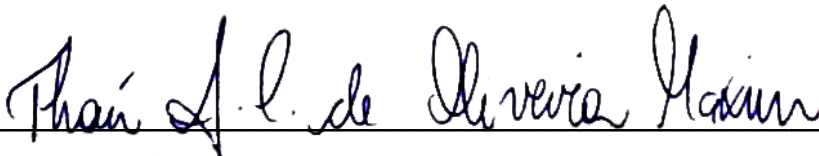
Banca Avaliadora



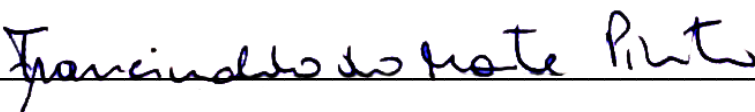
Prof. Dr. Anísio José da Silva Araujo (PPGPS-UFPB, Orientador)



Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima Pereira Alberto (PPGPS-UFPB, Membro Interno)



Prof^a. Dr^a. Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo (UFPB, Membro Externo)



Prof. Dr. Francinaldo do Monte Pinto (UEPB, Membro Externo)



Prof^a. Dr^a. Renata Pimentel da Silva (UNINASSAU, Membro Externo)

João Pessoa, Dezembro de 2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

F316c Felix, Yana Thamires Mendes.

A cooperação na atividade das equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU / Yana Thamires Mendes Felix. - João Pessoa, 2019.
243 f.

Orientação: Anísio José da Silva Araújo.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCHLA.

1. Psicologia social. 2. SAMU. 3. Atividade de trabalho. 4. Cooperação no trabalho. I. Araújo, Anísio José da Silva. II. Título.

UFPB/BC

CDU 316.6(043)

Às minhas mães Maria e Joana

“A confiança é fundada sobre a observação e o conhecimento das condutas do outro, assim como sobre a concordância entre suas ações e sua palavra” (C. Dejours).

AGRADECIMENTOS

À Deus que ilumina minha vida, meus passos e me trouxe até aqui.

À minha mãe Maria por me dedicar seu amor incondicional, estar sempre ao meu lado, principalmente nos momentos mais difíceis, dando-me força para seguir em frente e por ser uma inspiração para mim.

À minha mãe Joana por ter me escolhido como filha e me dado todo amor e proteção do mundo, por todas os dias e noites de dedicação, por todas as orações, por ter fé em mim e me ensinar a lutar por tudo aquilo que desejo e acredito.

À Marcelo por seu apoio, incentivo, orações em meu favor e pelos lanches.

À Raicy por estar sempre comigo mesmo não estando mais sob o mesmo teto que eu, por ter me ensinado a silenciar, a ter paciência, por sempre ter acreditado em mim, por ter compartilhado comigo tantos sorrisos e lágrimas e pelas suas contribuições para a realização de mais este sonho.

À minha avó que lutou para que todas as suas filhas e filhos tivessem uma formação superior.

À minha família pelos valores, força e encorajamento.

Ao meu orientador Anísio José da Silva Araújo pela oportunidade de trabalhar ao seu lado, pelos ensinamentos, por toda a paciência, disponibilidade e confiança.

Aos meus colegas do GPST, em especial às minhas amigas da pós-graduação Marissol, Wilza, Gabi, Iara e Jennifer, que me acompanharam durante esses anos, contribuindo para a construção do meu trabalho e compartilhando comigo todas as dificuldades e vitórias.

À minha amiga Simone por ter me incentivado desde a graduação, por todas as horas ouvindo minhas angústias pacientemente e me ajudado a superar cada uma delas.

À Samira e Paula por celebrar minhas alegrias e por me ajudar nas tempestades.

À Larissa que acompanhou meus estudos nas madrugadas e toda minha luta.

À Karla, Nívea, Ellen e Janíscea que estão comigo desde a infância e são essenciais na minha vida.

À Nayara e Maria das Neves por toda amizade e apoio que vocês me dedicam desde a graduação.

Aos grupos FANLIPWA, Farrinha, Lula Livre e Bolsistas CAPES, que ajudam a manter a sanidade e compartilham amor.

A todos os meus amigos que me incentivaram e me deram forças para a concretização desta conquista.

A todos os profissionais do SAMU que me acolheram durante a minha pesquisa, principalmente aos que dedicaram seu tempo para a construção desta tese e me contagiaram com seu amor pelo SAMU.

*À Prof^a. Dr^a. **Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo**, Prof^a. Dr^a. **Maria de Fátima Pereira Alberto**, ao Prof. Dr. **Francinaldo do Monte Pinto** e a Prof^a. Dr^a. **Renata Pimentel da Silva** pela disponibilidade para ler e compor a banca examinadora.*

Aos meus professores que colaboraram com a minha formação.

*E por fim, ao **CNPq** órgão financiador desta pesquisa.*

RESUMO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), possui uma função social de extrema importância, além de ser uma das portas de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse serviço trata de situações onde a violência social se mostra com muita evidência e que exigem uma intensa mobilização por parte dos profissionais em cada atendimento. Diante disso, em um primeiro estudo realizado junto aos técnicos de enfermagem, a cooperação emergiu significativamente no discurso desses trabalhadores, o que motivou a realização do presente estudo, no qual a cooperação constitui o foco central. Como base teórica utilizou-se a Psicodinâmica do Trabalho, e a Ergonomia da Atividade. A pesquisa se caracteriza como qualitativa e a composição da amostra investigada foi de dez equipes do SAMU, seis das quais compostas por um(a) Enfermeiro(a) e um Condutor que tripulam as Unidades de Saúde Básicas e quatro equipes compostas por um Médico, um(a) Enfermeiro(a) e um Condutor, que integram as Unidades de Saúde Avançadas. Os entrevistados foram selecionados por conveniência. Para a coleta de dados, utilizou-se entrevistas semiestruturadas com cada equipe. Para tratamento dos dados, recorreu-se a Análise de Conteúdo Temática. O trabalho foi organizado e estruturado por um capítulo teórico, um capítulo de método e três artigos, estes trazem os resultados empíricos desta pesquisa. Quanto aos resultados, destacou-se que a cooperação é determinante para o funcionamento do SAMU, em especial, entre os profissionais que compõem as equipes de rua, que levam, nas ambulâncias/motolâncias, socorro aos usuários em vias públicas e privadas. A capacidade de trabalhar junto e de forma coordenada, com fluidez e fazendo as escolhas pertinentes, permitem os melhores resultados em termos de eficiência e eficácia nos atendimentos. Assim, a cooperação perpassa diversos momentos do serviço: na entrada de um novo colega e sua familiarização com a

atividade; durante as ações de rua; nos momentos de espera pelas ocorrências e em situações de informalidade. Os profissionais criam vínculos que ultrapassam o local de trabalho, considerando seus colegas como uma segunda família. Preocupam-se em dar uma mútua cobertura quando necessário e valorizam o papel de cada um para o sucesso do serviço em geral. Além disso, nos atendimentos, embora exista uma hierarquia, esta tende aliviar suas demarcações rígidas diante de algumas situações, especialmente as de maior gravidade e que exigem mais agilidade. A cooperação também surgiu na informalidade, nos momentos de descanso, onde os profissionais trocam conhecimentos e confidências, fazem escolhas e tomam atitudes considerando o bem-estar coletivo. Além disso, observou-se que embora muitos aspectos interfiram na cooperação, os trabalhadores sempre encontram meios para superar tais dificuldades e cooperar. Fica evidente, portanto que a cooperação permeia o SAMU em sua globalidade e que ela é de fato a base do serviço. Com os resultados encontrados, espera-se contribuir para a produção de conhecimentos sobre a cooperação, seu papel na saúde mental dos trabalhadores e seus benefícios para o trabalho e para o SAMU.

Palavras-chaves: SAMU, Atividade de Trabalho, Cooperação no Trabalho.

ABSTRACT

The Mobile Emergency Care Service (SAMU) has a social function of extreme importance, as well as being one of the entry points for the Unified Health System (SUS). This service deals with situations where social violence is very evident and requires intense mobilization by professionals in each service. Therefore, in a first study performed with nursing technicians, cooperation emerged significantly in the discourse of these workers, which motivated the realization of the present study, in which cooperation is the central focus. As a theoretical basis was used the Psychodynamics of Work. The research is characterized as qualitative and the composition of the sample investigated was of ten SAMU teams, six composed of one Nurse and one Conductor that manages the Basic Health Units and four teams composed by a Physician, a Nurse and a Driver, crew of the Advanced Health Units. The interviewees were selected for convenience. For data collection, we used semi-structured interviews with each team. For the treatment of the data, we used the Thematic Content Analysis. The work was organized and structured in an article format, being a theoretical and the other fruits of the interviews. Regarding the results, it was pointed out that cooperation is determinant for the operation of SAMU, especially among the professionals that compose the street teams, who take the ambulances/motolances to the rescue of users in public and private roads. The ability to work together, in a coordinated way, with fluency and making the relevant choices, allows the best results in terms of efficiency and effectiveness in the services. Thus, the cooperation goes through several moments of service: at the entrance of a new colleague and his familiarization with the activity; during street actions; in the moments of waiting for the occurrences and in situations of informality. Professionals

create links that go beyond the workplace, considering their peers as a second family. They are concerned about providing mutual coverage when necessary and value the role of each for the success of the service in general. In addition, in the attendances, although there is a hierarchy, this tends to alleviate its rigid demarcations in the face of some situations, especially those of greater gravity and that demand more agility. Cooperation has also emerged in informality, in moments of rest, where professionals exchange knowledge and confidence, make choices and take actions regarding collective well-being. It is evident, therefore, that cooperation permeates SAMU in its entirety and that it is in fact the basis of service. With the results found, it is hoped to contribute to the production of knowledge about cooperation, its role in the mental health of workers, the benefits to work and to the SAMU.

Keywords: SAMU, Work activity, Cooperation.

LISTA DE SIGLAS

ABERGO	Associação Brasileira de Ergonomia
ACLS	Advanced Cardiac Life Support
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome)
APH	Atendimento Pré-Hospitalar
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BLS	Basic Life Support
CCSA	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CME	Central de Material Esterelizado
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de enfermagem
DEA	Desfibrilador Externo Automático
CRM	Central de Regulação Médica
DM	Diabetes Mellitus
EC	Ergonomia Cognitiva
FIAT	Fábrica Italiana Automóveis Turim (Fabbrica Italiana Automobili Torino)
GM/MS	Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde
HS	Hipertrofia Arterial Sistólica
HU	Hospital Universitário
IEA	Associação Internacional de Ergonomia
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica
ISSEC	Instituto de saúde dos servidores do estado do ceará
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NEU	Núcleo de Educação em Urgências
NTR	Núcleo de Treinamento em Resgate
PB	Ponto Base / Base descentralizada
PHTLS	Prehospital Trauma Life Support
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PRF	Polícia Rodoviária Federal

PSF	Programa Saúde da Família
QI	Quem indica
QAP	Código que indica “Estou na escuta”
RCP	Ressucitação Cardiopulmonar
RMF	Região Metropolitana de Fortaleza
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAV	Suporte Avançado da Vida
SBV	Suporte Básico da Vida
SUDS	Sistema Unificado e descentralizado de saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
TARM	Técnico Auxiliar de Regulação Médica
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRM	Trauma Raquiomedular
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VIR	Veículo de Intervenção Rápida

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 <i>Dados sócio-demográficos de 24 profissionais do SAMU</i>	72
--	----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	17
CAPITULO 1 - DA DIMENSÃO COLETIVA À COOPERAÇÃO NO TRABALHO.....	22
1. A Emergência da Dimensão Coletiva do Trabalho na Ergonomia.....	22
1.1 O Mundo do Trabalho e o enfraquecimento dos Coletivos.....	26
1.2 Diferenças entre grupo, equipe e coletivo de trabalho.....	29
1.3 A noção de coletivo de trabalho.....	31
1.4 Manifestações do trabalho coletivo.....	34
1.5 As Dimensões coletivas relativamente pertinentes.....	38
2. Visões da cooperação.....	42
2.1 Philippe Zarifian.....	42
2.2 Richard Sennett.....	45
2.3 Norbert Alter.....	51
2.4 Bruno Maggi.....	55
2.5 A cooperação na visão da Psicodinâmica do trabalho.....	59
2.5.1 As condições para a cooperação.....	63
CAPÍTULO 2 - MÉTODO.....	67
TESE.....	67
OBJETIVOS.....	67
2.1 Objetivo Geral.....	67
2.2 Objetivos Específicos.....	68
3. O ESTUDO EMPÍRICO.....	68
3.1 Delineamento.....	68
3.2 Locus da pesquisa.....	69
3.3 Caracterização do grupo investigado.....	73
3.4 Procedimentos e instrumentos.....	76
3.4.1 Contatos iniciais e procedimentos éticos	77
3.4.2 Instrumentos para a Coleta dos Dados.....	77
3.4.2.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	77
3.4.2.2 Gravadores.....	77
3.4.2.3 Questionário sociodemográfico.....	78
3.4.2.4 Roteiro de entrevista.....	78
3.4.3 Entrevista Aberta.....	78
3.4.4 Análise de conteúdo temática.....	79
RESULTADOS.....	81
1º ARTIGO: A CONCEPÇÃO DE COOPERAÇÃO DAS EQUIPES DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU).....	82
RESUMO.....	82
RESUMEN.....	82
RÉSUMÉ.....	83
ABSTRACT.....	84
INTRODUÇÃO.....	85
1.1 SAMU 192: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.....	86
1.2 Contribuições oriundas da Sociologia à discussão sobre a Cooperação...	91
1.3 A Psicodinâmica do trabalho e a Cooperação.....	93
2. MÉTODO.....	97
2.1 Locus da pesquisa.....	97
2.2 Participantes.....	98

2.3 Instrumentos.....	99
2.4 Procedimentos.....	100
2.5 Análise de conteúdo temática.....	101
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	100
3.1 Caracterização dos participantes.....	102
3.2 A cooperação na atividade de coletivos de trabalho do SAMU.....	104
3.2.1 Atividade deontica.....	104
3.2.2 Fazer junto: cooperação e confiança.....	113
3.2.3 Experiência da prática.....	117
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121
2º ARTIGO: CONDIÇÕES PARA A COOPERAÇÃO NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU).....	126
RESUMO.....	126
ABSTRACT.....	127
INTRODUÇÃO.....	127
1.1 A Dimensão coletiva do trabalho e a cooperação.....	129
1.2 A Cooperação em situações de urgência e emergência.....	134
2. MÉTODO.....	136
2.1 Participantes.....	136
2.2 Instrumentos.....	137
2.3 Procedimentos de coleta de dados e cuidados éticos	137
2.4 Análise dos dados.....	138
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	139
3.1 Caracterização da amostra.....	139
3.2 A Cooperação e o Trabalho real.....	141
3.3 Condições que favorecem a Cooperação.....	145
3.3.1 A Confiança.....	145
3.3.2 O Saber-fazer.....	149
3.3.3 Trabalho coletivo.....	151
3.4 Condições que desfavorecem a Cooperação.....	154
3.4.1 Os desgastes e os riscos no trabalho.....	154
3.4.2 Condições de trabalho.....	157
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	164
5. REFERÊNCIAS.....	166
3º ARTIGO - AS ESPECIFICAÇÕES DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU.....	169
RESUMO.....	169
ABSTRACT.....	169
1. INTRODUÇÃO.....	170
1.1 O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.....	172
1.2 A Cooperação e os serviços de urgência e emergência.....	177
1.3 A dimensão coletiva do trabalho e a cooperação.....	181
2. MÉTODO.....	187
2.1 Locus da pesquisa.....	187
2.2 Participantes.....	187
2.3 Instrumentos.....	189
2.4 Procedimentos.....	189
2.5 Análise de conteúdo temática.....	191
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	191

3.1 Caracterização dos participantes.....	192
3.2 O que distingue o SAMU dos outros serviços de saúde?.....	194
3.2.1 A natureza da cooperação no SAMU.....	195
3.2.2 Liberdade para agir.....	204
3.2.3 Habilidades para cooperar.....	206
3.2.4 Limitações à cooperação.....	213
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	219
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	224
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	219
REFERENCIAL TEÓRICO.....	224
APÊNDICES.....	233
ANEXOS.....	236

APRESENTAÇÃO

O trabalho tem um papel central na vida dos seres humanos, não apenas por oferecer meios de subsistência, mas pela possibilidade que as pessoas nele encontram de mobilizar-se, fazendo uso de suas capacidades psíquicas, cognitivas e físicas. Agindo para superar os imprevistos, criando e/ou descobrindo novos caminhos, produzindo mudanças e gerando novas estratégias de ação, os humanos afirmam a sua condição de sujeitos (Dejours, 2012b).

Mobilizados por essa premissa, nos propusemos, nessa pesquisa de doutorado, em examinar a questão da cooperação, que emergiu de forma expressiva em nossa pesquisa de mestrado. Na pesquisa do mestrado procuramos compreender a atividade dos técnicos em enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), suas nuances e implicações para saúde mental e física. Percebemos, então o quanto a cooperação se mostrou importante não apenas para a realização da atividade e da missão específica confiada ao SAMU, mas por contribuir para a manutenção da saúde de seus profissionais e para o fortalecimento dos vínculos construídos no exercício da atividade. Foi tal evidência que nos impulsionou na direção de focalizar no doutorado a dimensão cooperativa no trabalho, entendendo-a como um aspecto determinante para que o SAMU realize os seus objetivos.

O SAMU possui uma função social de extrema importância, sendo inclusive uma das portas de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse serviço traz em sua essência a exigência constante de ajustes dos protocolos à realidade, visto que são variabilidades que disparam o serviço, pois seu objetivo é atender chamados de urgência e emergência que envolvem vítimas de acidentes, pessoas em paradas

cardiorrespiratórias, vítimas da violência, entre outros, que demandam uma intensa mobilização por parte dos profissionais em cada atendimento.

Diante dos desafios desse real, o trabalhador é levado a adaptar as prescrições para alcançar os objetivos da tarefa. Ainda que existam protocolos para seguir, a realidade sempre escapa do que é pré-definido e, nesses casos, o profissional é levado a mobilizar vários conhecimentos e experiências, além de sua criatividade. Quando não contam com nenhuma assistência da supervisão presencial, sentem-se desamparados. Desse modo, a comunicação e a cooperação emergem como condições importantes do trabalhar no contexto do SAMU (Santos et al., 2016).

Para que essa cooperação seja possível, é necessário que existam condições que facultem aos indivíduos meios de enfrentar a realidade do trabalho e agir com certa liberdade, fazendo uso de si e dos meios fornecidos pela organização, de modo a atingir os objetivos previamente estabelecidos. Visto que trabalho real no SAMU se constitui essencialmente de variabilidades, o trabalhador precisa encontrar espaço para desenvolver as respostas pertinentes, encontrando, inclusive, formas originais de enfrentamento.

Com base nessas considerações, utilizamos, para nos dar suporte em nosso estudo, duas abordagens teóricas principais, a Psicodinâmica do trabalho e a Ergonomia da atividade, o que não significa um compromisso de exclusividade haja vista que, sempre que se mostrou necessário, recorreremos a outras ferramentas teóricas que se mostraram relevantes aos nossos propósitos. Nossa pesquisa de doutorado foi realizada com dez equipes que compõem as ambulâncias do SAMU, sendo quatro delas tripuladas por um condutor, um médico e um (a) enfermeiro (a) constituindo as Unidades de Saúde Avançadas (USA) e seis com um condutor e um (a) enfermeiro

(a), ou as Unidades de Saúde Básicas (USB). Cada equipe foi entrevistada de forma coletiva para que fosse possível observar o entrosamento existente entre os profissionais e para explorarmos a questão da cooperação a partir da percepção da equipe.

O roteiro para as entrevistas foi semi-estruturado e com a autorização dos participantes cada entrevista foi gravada e posteriormente transcrita. Com o banco de dados constituído, pudemos analisá-lo a partir da análise de conteúdo temática proposta por Laville e Dione (1999) e que resultou em três categorias principais. Diante da importância de cada uma dessas categorias, optamos por organizar a presente tese em quatro artigos, sendo o primeiro teórico e os demais empíricos.

O primeiro artigo tem como objeto uma revisão sistemática sobre a cooperação e o lugar que esta ocupa nos atendimentos de urgência e emergência dos serviços de saúde. Ele nos oferece, assim, o suporte teórico necessário para desenvolvermos o conceito da cooperação e que será apropriada nos demais artigos, assim como apresenta um panorama de como ela a cooperação tem sido abordada em estudos similares e sua relevância para a qualidade e funcionalidade desses serviços. Além disso, ele nos oferece uma fonte de orientação para as análises feitas nos artigos seguintes, tanto corroborando os nossos dados como diferenciando a cooperação nos serviços que possuem naturezas similares, ainda que distintos.

O segundo artigo foi construído com base na primeira categoria identificada em nosso banco de dados e aborda a percepção das equipes sobre a cooperação em seu trabalho diário. O questionamento que serve de gatilho para o desenvolvimento dessa categoria propõe inicialmente falas retiradas da pesquisa de mestrado mencionada anteriormente e que apontam a cooperação como fator relevante no

serviço do SAMU. Após a descrição dessas falas, coloca-se a seguinte questão: “O que vocês pensam sobre isso?”. Seguimos nessa trilha provocando reflexões na equipe sobre a atividade que realizam e qual o lugar que nela ocupa a cooperação. Com as transcrições realizamos uma análise de conteúdo temática e confrontamos os dados com os aportes teóricos. Encontramos pontos de convergências significativas com o que dizem as perspectivas teóricas escolhidas e com os estudos realizados anteriormente.

O terceiro artigo, baseado na segunda categoria encontrada, trata dos momentos em que a cooperação se mostra mais ou menos necessária e quais os fatores que a favorecem e desfavorecem. Além da confirmação do que preconizam as abordagens teóricas, encontramos registros do quanto a cooperação é de fato essencial ao funcionamento do serviço, sem a qual o SAMU não cumpriria a sua missão. Além disso, os fatores que a afetam estão principalmente atrelados a fatores externos a equipe, como por exemplo, aspectos estruturais da organização.

O quarto e último artigo aborda o que, para os profissionais entrevistados, diferencia o serviço que realizam no SAMU dos demais serviços de saúde. Tais aspectos nos permitiram reforçar a importância do SAMU para a sociedade e para a saúde pública. Além disso, demonstra o quanto o serviço é ímpar, não podendo existir sem a cooperação e como os relacionamentos interpessoais tendem a se fortalecer através de vínculos afetivos de amizade, empatia, aceitação e valorização das diferenças, que surgem no serviço como complementos a se articular para oferecer excelência no atendimento aos usuários.

Ao final desse trabalho, apresentamos nossas considerações finais, retomando alguns dos nossos resultados, avaliando o que conseguimos alcançar com

esse estudo, considerando os aspectos que desejamos inicialmente alcançar e que de fato conseguimos, assim como o que nos surpreendeu. Buscamos também destacar as possíveis contribuições desses resultados para os profissionais e para o próprio SAMU, contribuindo ainda para o fortalecimento teórico que nos orientou e ressaltando possíveis desdobramentos da nossa pesquisa.

CAPÍTULO 1

DA DIMENSÃO COLETIVA À COOPERAÇÃO NO TRABALHO

1. A Emergência da Dimensão Coletiva do Trabalho na Ergonomia

O trabalho constitui um sistema complexo que inclui a atividade, as condições de trabalho e os resultados. Para compreender melhor esse processo, é importante distinguir alguns conceitos essenciais que integram esse universo teórico. O primeiro deles é o de Trabalho prescrito (ou Tarefa) que pode ser definido como as definições prévias à execução da atividade (em geral, prerrogativa da gerência), as condições determinadas e os objetivos traçados que representam a antecipação dos resultados desejados pela organização. Um outro conceito igualmente importante é o de Trabalho real (ou Atividade de Trabalho) que envolve o caminho percorrido para atingir determinados resultados, o uso que o operador faz dos próprios recursos e daqueles disponibilizados pela organização para realização da tarefa. Atividade de trabalho é, portanto, o meio pelo qual a situação real de trabalho é organizada e através da qual as prescrições podem ser transformadas em realidade. Pode-se concluir que esses dois conceitos são indissociáveis (Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg & Kerguelen, 2001) e representam as duas faces de uma moeda.

O âmbito individual também compõe esse contexto, visto que o trabalhador é um ser ativo no trabalho e nele empenha sua biografia, sua experiência profissional, suas competências e habilidades, sua sensibilidade, além do tempo em que permanece trabalhando e dos aspectos simbólicos que os resultados alcançados representam. E finalmente, temos a organização, que vai definir as condições do trabalho, em termos

de infraestrutura, relações interpessoais, gestão de recursos humanos e o controle sobre os resultados finais (Guérin et al. 2001).

Apesar de a Ergonomia não se interessar originariamente pelos coletivos e pelas atividades coletivas, a partir dos anos 1960, essa realidade começou a mudar, na medida em que passou a se investigar o trabalho em equipe. Entretanto, foi somente a partir dos anos 1990 que essa temática passou a ter maior visibilidade, a ponto de ser o tema escolhido para o XXVII Congresso da SELF (Sociedade de Ergonomia de Língua Francesa) em 1992 (Savoyant & Leplat, 1983; Vidal, 1985; Desnoyers, 1993; Athayde, 1996; Barthe, Queinnec, 1999; Guérin et al. 2001; Araújo, Siqueira, Vasconcelos, Figueiredo, Máximo & Félix, 2018).

Foi a regulação do trabalho que chamou a atenção para as atividades coletivas, visto que estas emergem a partir do enfrentamento do real do trabalho e de suas variabilidades com vistas a preencher as lacunas entre o prescrito e o real e/ou adaptar as prescrições, atendendo as necessidades que se apresentam. Desse modo, o trabalhar convoca os trabalhadores para a colaboração, para o gerenciamento das ações coletivas e faz do trabalho coletivo um meio de garantir a fiabilidade do sistema (Savoyant & Leplat, 1983; Vidal, 1985; Desnoyers, 1993; Leplat, 1991; Navarro, 1992; Athayde, 1996; Barthe, Queinnec, 1999; Guérin et al. 2001; Araújo et al. 2018).

É comum que as atividades dos trabalhadores sejam articuladas nas situações de trabalho, refletindo diferentes dimensões coletivas. Por exemplo, a cooperação explícita ocorre quando os trabalhadores estão conscientes das ações uns dos outros no desenrolar do processo de trabalho, ajustando seus modos operatórios em função das ações dos colegas e das características da situação. Os aspectos coletivos podem também se manifestar nos resultados do trabalho, em situações nas quais uma ação

não pode ocorrer independente das demais, como em uma linha de produção, na qual, embora os trabalhadores não acompanhem as ações uns dos outros em tempo real, a informação circula de modo que podem dar continuidade ao que foi iniciado por uns e poderá ser finalizado por outros (Athayde, 1996; Guérin et al. 2001).

Há também a atividade simultânea de trabalhadores que tem objetivos diferentes (ou Coletivo de Obra), situação em que indivíduos de diferentes ofícios realizam suas atividades no mesmo espaço, o que faz com que o gerenciamento das variabilidades constitua uma nova tarefa que se soma às tarefas principais. Outra expressão da dimensão coletiva do trabalho são as atividades de regulação estrutural. Nessa situação, a atividade de um trabalhador organiza a atividade dos outros, distribuindo tarefas, abastecendo os postos, definindo a ordem para atender as solicitações, etc. Para tanto esse trabalhador precisa estar ciente dos estágios de todas as tarefas e dos indivíduos envolvidos em cada uma delas. Por fim o Coletivo de Rede, no qual a dimensão coletiva atravessa todas as atividades do início ao final do processo de trabalho (Athayde, 1996; Guérin et al. 2001).

Quanto aos termos que tem sido utilizados para designar as dimensões coletivas da atividade, Guérin et al., (2001) distinguem os seguintes: a coordenação, situação em que os trabalhadores tem objetivos diferentes, porém necessitam ordenar reciprocamente suas ações e decisões; a co-ação quando os indivíduos realizam atividades paralelas que tendem a convergir num dado comento; a cooperação, quando os indivíduos atuam sobre o mesmo objeto de trabalho e dependem uns dos outros; e, por último, a colaboração que remete às a relações momentâneas entre os trabalhadores que unem suas competências para enfrentar uma determinada situação.

A dimensão coletiva do trabalho pressupõe: a reunião de pessoas em torno de um ou vários propósitos; a interação social e vínculos de interdependência. Desse modo, ao cooperar, os trabalhadores estão construindo laços de reciprocidade. Para a organização de trabalho, o grupo possui um importante papel: o de contribuir para a estabilidade organizacional, na medida em que oferece suporte tanto aos trabalhadores nas questões profissionais e pessoais, quanto ao trabalho propriamente dito (Leclerc, 1999; Morin & Aubé, 2009).

Para se aproximar da dimensão coletiva de trabalho, a Ergonomia vai se aprofundar também nos diferentes modos de comunicação utilizados pelos trabalhadores. Observando a importância e o modo como se dão as trocas de informações, descobrimos: como se constitui e é utilizado o ‘referencial comum’ que baliza as decisões; o processo de elaboração, pelos trabalhadores, das regras de ofício e que resultam do enfrentamento do real do trabalho; as adaptações das prescrições, entre outros aspectos, que ocorrem independente das formas concretas da organização do trabalho (Lochouarn, 1983; Vidal, 1985; Daniellou, 1986; Leplat, 1991; Terssac, 1992; Athayde, 1996).

Entretanto, a atividade coletiva não pode ser imposta pela organização, ou seja, ainda que uma tarefa seja prescrita como coletiva, o grupo, de acordo com a situação em que se encontra e sua vontade, poderá redefinir a tarefa e transformá-la em atividade individual. Assim como, uma atividade coletiva não necessariamente estará atrelada a uma tarefa coletiva, visto que os trabalhadores podem se associar para lidar com o trabalho real e, portanto, suprir demandas que não foram completamente previstas pelas prescrições. Nesse sentido, pode-se considerar que a atividade é coletiva quando há uma intervenção coordenada de vários indivíduos, com

funções interdependentes, sobre um mesmo objeto, ainda que não estejam todos no mesmo lugar. Logo, o coletivo de trabalho é um agrupamento de pessoas, que possui relações regidas por normas, prescrições e objetivos em comum (Leplat, 1992; Athayde, 1996; Leclerc, 1999).

As organizações contemporâneas, com suas exigências de crescimento da produtividade e do lucro seguem uma tendência que provoca a desarticulação dos coletivos de trabalho, ao estimular uma concorrência desmedida, que valoriza o desempenho individual em detrimento do coletivo, provocando prejuízos à solidariedade e à confiança, naturalizando a deslealdade entre os trabalhadores e destruindo a vontade de trabalhar junto. Tais condições resultam em sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, em patologias vinculadas ao trabalho (Dejours, 2012b).

1.1 O Mundo do Trabalho e o enfraquecimento dos Coletivos

As transformações do mundo do trabalho caminham em diversas direções. Aqui chamamos atenção para o modelo que fragmenta as organizações de trabalho, isola os trabalhadores e desarticula os coletivos de trabalho. A produtividade continua tendo um papel importante, mas o foco está na eficácia do sistema, que antes vendia o que produzia e hoje cria a necessidade, produzindo para vender. Há também uma redução drástica do contingente de trabalhadores, inclusive gerentes, e a terceirização de serviços. Nesse contexto, os trabalhadores ficam solitários, sendo levados a arbitrar sozinhos sobre as contradições do trabalho entre quantidade e qualidade (Périlleux, 2008).

Périlleux (2008) destaca alguns indicadores que emergem nesse contexto de precarização do trabalho e de degradação das condições de trabalho, tais como o aumento do desemprego, da informalidade, de acidentes no trabalho, da pressão no ritmo de trabalho, do esfacelamento das regras de ofício e do aparecimento de novas patologias relacionadas ao trabalho, a exemplo de quadros de estresse e depressão. Portanto, a precarização do trabalho afeta todo o contexto social, fazendo com que os indivíduos se encontrem em uma posição de vulnerabilidade e onde o individualismo prevalece sobre o coletivo construindo um sistema social perverso (Lhuillier & Litim, 2010; Machado; Giongo & Mendes, 2016).

O coletivo de trabalho é um ambiente insubstituível para que as pessoas possam exercitar a solidariedade cotidiana, pois o trabalhar e o viver junto implicam enfrentar as adversidades, correspondendo às expectativas uns dos outros, respeitando as regras, compartilhando experiências, valores, objetivos e nesse processo o coletivo de trabalho vai se consolidando e servindo de fonte de apoio para os indivíduos (Périlleux, 2008; Lhuillier & Litim, 2010; Machado; Giongo & Mendes, 2016).

Sem o coletivo, a identidade profissional fica prejudicada, juntamente com seus valores, saberes e sua história. Isso não significa dizer que o coletivo seja imutável, mas que ele deve ser confrontado e reassegurado cotidianamente diante do trabalho real e de suas variabilidades. Os coletivos de trabalho criam suas próprias regras, renovam suas práticas, negociam e fazem acordos em situações de conflito, transmitem seus valores e saberes e, por meio disso, se mantêm em constante evolução e movimento (Périlleux, 2008).

Não obstante essas constatações factuais, a sociedade vem seguindo o movimento de dissolução da solidariedade e de desprezo ao coletivo. Esse cenário se

configura através das transformações do sistema capitalista que fragmenta e flexibiliza o sistema de produção e os papéis dos indivíduos no processo, destruindo as regras dos ofícios, provocando a competitividade desenfreada, o individualismo, a desconfiança e o medo. Tais aspectos constituem verdadeiras ameaças aos processos de renovação e transmissão que mantêm o coletivo vivo (Périlleux, 2008; Lhuillier & Litim, 2010; Machado; Giongo & Mendes, 2016).

Nesse contexto, os trabalhadores vão estar em uma posição de fragilidade no contexto do trabalho, com enfraquecimento dos vínculos com o coletivo e com a organização. Assumem um papel que Zarifian (2003) chama de assalariado-empresário e pseudo-empresário, onde os trabalhadores oferecem serviços como prestadores, através de contratos facilmente solúveis e sem direitos trabalhistas essenciais. Esse modelo tira da organização qualquer responsabilidade sobre o trabalhador, sua formação, desenvolvimento, segurança, saúde, condições de trabalho e bem-estar.

Os gestores fortalecem os vínculos frágeis com os trabalhadores. Alimentando a falta de estabilidade, a flexibilização, a alta rotatividade, impedem que as regras de trabalho sejam transmitidas e com isso fazem desaparecer referências importantes para os trabalhadores e para o coletivo. Isso ocorre porque os gestores percebem o coletivo, seus acordos, regras e normatizações, como uma ameaça à organização. Esses processos levam os trabalhadores a tomar decisões individuais, correr riscos e vivenciar conflitos de modo solitário. Entretanto, essas pessoas não estão submetidas a situação definitiva, pois o ser humano é ativo no processo de trabalho e, portanto, capaz de encontrar modos de resistir e até mesmo de formar outros moldes de coletivo (Périlleux, 2008).

1.2 Diferenças entre grupo, equipe e coletivo de trabalho

A palavra grupo, apenas no século XVIII passou a se referir a um conjunto de pessoas reunidas. Na perspectiva da psicologia social é considerado grupo um conjunto de, no mínimo, duas pessoas, que estão interligadas, conscientes umas das outras e com relação de interdependência entre elas. É possível distinguir seis tipos de agrupamento: a *aglomeração* que se trata de pessoas sem relação pessoal, que se encontram no mesmo local e tempo, como, por exemplo, em uma fila de banco; a *multidão*, quando as pessoas são atraídas a um mesmo local por um acontecimento, como em um show, por exemplo; a *rede*: indivíduos que estão ligados uns aos outros, mas que podem não ter objetivos comuns; a *comunidade* de pensamento e ação, grande número de pessoas que compartilham opiniões/abordagens/quadros de referência comuns sobre assuntos específicos; a *categoria* social, que são os agrupamentos demográficos como profissão, sexo, idade; e a *organização*, que consiste em um número considerável de membros que podem não se conhecer, mas que possuem relações institucionalizadas (Barthe & Queinnec, 1999; Leclerc, 1999).

No mundo do trabalho, encontramos grupos de trabalho ou equipes de trabalho, que a ergonomia, por sua vez, identifica como entidades com vários operadores conscientes uns dos outros e que partilham objetivos comuns (Barthe & Queinnec, 1999). Na organização do trabalho, ao se estabilizarem as relações de reciprocidade, os processos de diferenciação e de integração das ações individuais e sociais, fazem emergir o grupo do coletivo. Tanto para a organização, quanto para os trabalhadores, o grupo traz benefícios à estabilidade organizacional e serve de apoio aos trabalhadores nos processos de admissão, treinamento e até em questões pessoais (Morin & Aubé, 2009).

As equipes, por sua vez, possuem um caráter sistêmico e podem ser definidas como entidades sociais integradas a sistemas maiores, que seriam as organizações, realizando tarefas importantes para a missão da organização, nas quais os trabalhadores atuam de forma interdependente e são percebidos pela organização como equipe. Os principais atributos que vão caracterizar uma equipe são: composição de, no mínimo, três membros; complementaridade entre as atividades a serem realizadas; compartilhamento de metas de trabalho; relações de interdependência; identificação como equipe pela organização (Hackman, 1987 apud Puente-Palacios & González-Romá, 2013).

É importante destacar que, embora exista uma equipe formal definida pela organização do trabalho e que é estável, a equipe real é composta pelo coletivo, possui um caráter dinâmico e pode se constituir de forma temporária em torno de um objetivo compartilhado. Nesse sentido, a equipe real realiza o trabalho efetivamente coletivo, os trabalhadores possuem consciência da integração de suas funções, desenvolvem uma linguagem própria e possuem um funcionamento regulatório interindividual (Barthe & Queinnec, 1999; Leplat, 1993; Navarro, 1991).

Então, é possível concluir que o coletivo de trabalho é um agrupamento, onde os indivíduos estão juntos no mesmo espaço, compartilham um ou vários objetivos, desenvolvem um sentimento de pertença e constroem relações impessoais que são baseadas em normas, prescrições e obrigações (Morin & Aubé, 2009). A concepção do coletivo de trabalho está, portanto, atrelada ao compartilhamento de objetivos em comum e a atividade coletiva, que implica ações coordenadas de vários trabalhadores em torno da mesma tarefa. Logo, a atividade coletiva pode ser feita no mesmo lugar ou em lugares diferentes, não podendo ser a junção de várias atividades

individualizadas, mas sim de tarefas que dependem umas das outras para que o objetivo final seja alcançado (Barthe & Queinnec, 1999).

1.3 A noção de coletivo de trabalho

O coletivo de trabalho influencia o trabalho coletivo, a saúde e o desempenho dos trabalhadores, enquanto o trabalho coletivo está relacionado a ação coletiva dos trabalhadores em torno do mesmo objetivo. Nesse sentido, Caroly e Barcellini (2016) propõem o conceito de atividade coletiva para abarcar o coletivo de trabalho e o trabalho coletivo. Desse modo, a atividade coletiva regula as relações de trabalho, a qualidade da produção, a saúde dos trabalhadores, a eficiência no trabalho, oferece sentido ao realizado, promove a aprendizagem e o desenvolvimento de competências. O trabalho é mais do que a execução de técnicas e procedimentos para alcançar um objetivo, pois configura um sistema complexo, que inclui relações sociais, afetivas e éticas, entre as pessoas e com o contexto onde se desenvolve o processo de trabalho. Ainda assim, alguns critérios devem existir para que seja configurado um coletivo de trabalho (Cru, 1988).

De acordo com Daniellou, Simard, e Boissières (2010), os seres humanos fazem parte de diferentes grupos sociais e, portanto, um trabalhador pode fazer parte de múltiplos coletivos de trabalho. Os membros do coletivo de trabalho podem compartilhar o mesmo espaço ou estarem distribuídos em diferentes locais; podem realizar as mesmas atividades ou atividades interdependentes; e podem variar seu funcionamento de acordo com variações de ciclo, de situações e de demandas específicas. O coletivo de trabalho contribui também para a manutenção do sistema de produção, visto que os trabalhadores vão se ajudar e compensar as limitações

recíprocas, unindo suas habilidades e competências para atingir os objetivos do trabalho, a segurança e o equilíbrio do sistema.

Considerando os benefícios do coletivo de trabalho para os indivíduos e para a organização de trabalho, pode-se compreender que a sua desarticulação trará consequências negativas em todos os aspectos do trabalho e também para os trabalhadores. A começar pela saúde e segurança, visto que diversos incidentes e erros, que seriam identificados, difundidos entre os indivíduos e corrigidos, acabam passando despercebidos, o que aumenta consideravelmente os acidentes de trabalho, o absenteísmo e o adoecimento dos trabalhadores (Daniellou, Simard, & Boissières 2010).

Cru (1988), caracteriza o coletivo de trabalho como vários indivíduos realizando atividades interdependentes – podendo ser no mesmo lugar ou não – para alcançar um objetivo comum, regidos por regras elaboradas pelo próprio coletivo e obedecendo a um determinado ritmo de tempo. Essas regras são muito importantes para a coesão do coletivo, pois além de orientadoras na realização da atividade, permitem que os indivíduos se ajustem reciprocamente. Desse modo, as regras são preservadas pelo coletivo, tanto de influências externas, quanto internas e vão sendo ajustadas pelos próprios trabalhadores à medida em que o trabalho evolui e se transforma.

Além disso, permitem ao coletivo de trabalho um funcionamento fluído que transcende a hierarquia, favorece a comunicação e oferece aos trabalhadores a possibilidade de auto-regulação e de iniciativa. Tais regras se diferenciam das regras formais, que são elaboradas pela gerência e baseadas em dados que podem, inclusive, ser desconhecidos pelos operadores e, conseqüentemente, distanciados da realidade

do trabalho. As regras elaboradas pelo coletivo podem ser chamadas de regras de ofício, pois são construídas sob a base do conhecimento prático do ambiente de trabalho, dos instrumentos, das práticas e das variabilidades enfrentadas pelos operários e que a gerência desconhece. Por essa razão, são essenciais para a cultura de segurança da organização de trabalho (Cru, 1988; Daniellou, Simard, & Boissières, 2010; Molinier, 2013).

As regras do ofício, portanto, constituem a base dos coletivos de trabalho e resultam dos acordos normativos, processo pelo qual os trabalhadores avaliam o que é útil, correto, justo fazer e o que deve ser descartado, legitimando as ações do coletivo que, por sua vez, vai produzir novas regras ou remanejar as existentes no percurso da realização do trabalho. Tem-se, portanto, o exercício constante de uma atividade deôntica, de produção de regras para trabalhar e viver. Não obstante, essas regras não são ensinadas e nem são visíveis o tempo todo, mas emergem na transgressão, diante da contradição entre as normas e quando é necessária a criação de novas regras (Molinier, 2013).

Molinier (2013) destaca quatro fontes de regras. As regras sociais delineiam as relações interpessoais e estão associadas a questões como educação, civilidade, convivialidade e saber viver; As regras técnicas que orientam a execução da atividade e as práticas de respeitar o tempo, observar e planejar o trabalho; as regras linguageiras relacionadas a intercompreensão entre os trabalhadores, que vão compartilhar um vocabulário específico, difícil de decodificar para quem é externo ao coletivo; por fim, as regras éticas que se baseiam na sabedoria da prática e são construídas através da deliberação, considerando também os valores e as normas do

coletivo, sem os quais o coletivo se desfaz. Assim, cada coletivo de trabalho constrói sua própria identidade.

1.4 Manifestações do trabalho coletivo

É importante reforçar que o coletivo de trabalho é, antes de tudo, um recurso para a promoção e a manutenção da saúde dos trabalhadores, do trabalho coletivo e dos resultados alcançados. Como afirmam Caroly e Barcellini (2016), é um recurso para o desempenho dos indivíduos no trabalho, pois entendem que o trabalho coletivo acontece na cooperação entre os trabalhadores que agem de modo coordenado, com eficácia e eficiência, para atingir os objetivos em comum. Além disso, o trabalho coletivo se organiza em relação a tarefa, dividindo e compartilhando seus conhecimentos e modos de fazer. Desse modo, o trabalho coletivo possui diversos recursos sociocognitivos que possibilitam sua sincronização e a construção de um *Referencial Operativo Comum* (ROC), possibilitando assim que todos se conectem a situação e estejam conscientes das ações uns dos outros (Caroly & Barcellini, 2016).

Cada processo de trabalho exigirá dos trabalhadores que atuem de acordo com as suas especificidades. Considerando essa dinâmica, os coletivos vão se manifestar de diversas maneiras. Guérin et al. (2001) apontam oito caminhos diferentes, por meio dos quais pode-se observar o caráter multifacetado do trabalho coletivo. a cooperação explícita, que se manifesta quando as pessoas estão envolvidas em uma mesma tarefa, promovendo ajustes recíprocos de forma contínua, a exemplo de uma equipe de saúde atendendo o mesmo paciente simultaneamente; a cooperação que só se revela através do trabalho realizado e dos resultados alcançados, tal como acontece com os

trabalhadores de linhas de produção onde o produto é construído coletivamente, mas isso só é perceptível quando ele está com todas as suas partes encaixadas e finalizado; existem também aqueles que atuam de forma simultânea no mesmo espaço, porém cada um com seus objetivos e só se unem de forma pontual, diante de uma intercorrência, mas ao final retomam suas atividades específicas; existem também as atividades que desempenham um papel de regulação estrutural, pois são organizadoras das atividades dos demais trabalhadores, a exemplo de um gerente que atribui as tarefas de cada um, ou daquele profissional que reabastece os postos de trabalho com insumos essenciais para o andamento do serviço.

Desse modo, as dimensões coletivas do trabalho podem ser denominadas de coordenação (quando os trabalhadores levam em consideração as atividades uns aos outros, ainda que seus objetivos sejam diferentes); de co-ação (quando as atividades convergem em algum ponto do processo de trabalho); de cooperação (quando o objetivo é compartilhado e as ações são interdependentes); e de colaboração (quando os trabalhadores vão se articular para enfrentar juntos uma situação específica e momentânea) (Guérin et al., 2001).

Para que o trabalho coletivo aconteça, é imprescindível que todos os envolvidos tomem consciência da organização do trabalho, dos processos pelos quais passa aquilo que está sendo produzido pelo coletivo; da realidade do trabalho de cada um e que possam compreender o que cada etapa do processo representa para o objetivo final. Além disso, a comunicação no trabalho contribui para o desenvolvimento e manutenção desse coletivo, pois é por meio dela que as informações relacionadas ao trabalho são transmitidas, bem como conhecimentos

necessários para o melhor andamento do serviço e da qualidade das relações interpessoais (Guérin et al., 2001).

Essa comunicação relacionada ao contexto do trabalho pode ser explícita, através de palavras, sinais, gestos, ou implícita, quando o conhecimento do outro e de seu trabalho, permite interpretar o que está se passando, possibilitando a realização de ajustes ou outras ações referentes a situação em particular. Garante-se assim um trabalho eficaz, onde as ações podem ser reguladas para enfrentar os imprevistos e onde os riscos são controlados pelo coletivo de modo a reduzir os acidentes de trabalho (Guérin et al., 2001; Caroly & Barcellini, 2016).

A cooperação pode ser imposta ou pode ocorrer espontaneamente diante das circunstâncias, sendo importante a existência de um objetivo comum. De acordo com Schmidt (1991, 1994 apud Barthe & Queinnec, 1999) a cooperação possui diversas funções dependendo dos objetivos almejados, tais como: a *cooperação de amplificação*, relacionada ao desenvolvimento de habilidades físicas e/ou intelectuais; a *cooperação de diversificação*, referente a união de distintas especialidades técnicas; a *cooperação do enfrentamento*, que está relacionada a confiabilidade humana; e a *cooperação de confronto* quando, para a tomada de decisão, leva-se em consideração o problema em sua globalidade e os diferentes pontos de vista dos trabalhadores envolvidos na situação.

Nesse processo, a cooperação se manifesta na divisão de tarefas e no modo como essas tarefas podem se desenvolver, se transformar e se entrelaçar de acordo com as mudanças ambientais, com as demandas do trabalho e frente a ocorrência de um incidente. Tais situações vão exigir dos trabalhadores uma intervenção coordenada, sincronizada e harmoniosa, para solucionar problemas ou alcançar os

resultados desejados. Para tanto, é necessário que os trabalhadores conheçam as funções uns dos outros e que tenham a vontade de cooperar (Barthe & Queinnec, 1999).

Então, a cooperação no trabalho é a necessidade, em determinados momentos, da integração entre pessoas que possuem funções e objetivos distintos e específicos aos seus ofícios. Nesse caso, embora cada um busque realizar seu trabalho em suas especificidades, devem ao final atingir um objetivo maior e comum. É essencial para o entrelaçamento desses trabalhadores uma coordenação diária e acordos (explícitos ou implícitos) entre o coletivo de trabalho, bem como a compreensão no tocante aos objetivos e as restrições de cada profissão para que possam cooperar e encontrar soluções que possam interferir no funcionamento do coletivo (Guérin et al., 2001; Barthe & Queinnec, 1999).

Nesse sentido, a negociação coletiva é, também, uma das manifestações do trabalho coletivo e vem sendo redescoberta pela ergonomia, pois dificilmente um trabalhador atua sozinho. Ainda que o contato não seja presencial, poderá haver hierarquia, colegas, colaboradores, fornecedores, prestadores de serviço, etc. É importante destacar que o coletivo surge na ação, na experiência coletiva adquirida nas situações de trabalho, de tal modo que o coletivo de trabalho é intrínseco a atividade de trabalho, sendo um espaço de inovação, apoio para a cooperação e um recurso de preservação da saúde e segurança no trabalho. Além de impulsionar o aprendizado, a elaboração de sentido para o trabalho realizado oferece as condições necessárias para o engajamento físico e subjetivo do trabalhador em sua atividade (Guérin et al., 2001; Barthe & Queinnec, 1999; Caroly & Barcellini, 2016).

Considerando os argumentos apresentados até aqui pode-se considerar que o coletivo de trabalho e o trabalho coletivo constituem a atividade coletiva que, por sua vez, abrange tudo que se refere ao funcionamento do coletivo, a união de atividades individuais, o enfrentar juntos as situações que se apresentam diariamente, o (re)conhecimento recíproco das competências individuais. Construindo e fortalecendo a confiança, o estabelecimento de um espaço seguro de debate e consequentemente, uma organização de *trabalho capacitante* (Caroly & Barcellini, 2016).

1.5 As Dimensões coletivas relativamente pertinentes

O trabalho em sua complexidade, envolve fatores individuais, coletivos, estruturais e contextuais. Sofre também a influência das transformações sociais, culturais e do mundo do trabalho propriamente dito. Dessa maneira, o trabalho está em constante movimento e necessita do engajamento dos trabalhadores para que seus objetivos sejam alcançados. Para tanto, a organização de trabalho deve oferecer meios que permitam ao trabalhador realizar suas atividades, ajustando-as às suas condições internas, fazendo uso de seus conhecimentos, habilidades e elaborando, ao enfrentar o real do trabalho, novas formas de fazer (Guérin et al., 2001).

Pode-se encontrar no processo do trabalho, muitas referências às dimensões coletivas do trabalho. Uma delas é a *Variabilidade* que pode ser considerada *normal* e/ou *incidental*, podendo ser parcialmente prevista e controlada ou imprevista. O que acontece aos trabalhadores no enfrentamento das variabilidades, além de preencherem as diversas lacunas deixadas pelas prescrições é o desenvolvimento de novas habilidades, competências, de novas possibilidades de fazer, o fortalecimento do

coletivo e até a renovação das regras de trabalho. Isso certamente dependerá das condições de trabalho e do que a organização oferece aos trabalhadores, em termos de ferramentas, capacitações, autonomia e espaços formais e informais de integração entre os indivíduos. Existe também a Variabilidade própria dos seres humanos, como as *interindividuais*, referentes as particularidades de cada indivíduo (características físicas, mobilização subjetiva, fadiga, entre outros) e que tornam as pessoas únicas e as *intra-individuais*, como o funcionamento do organismo masculino e feminino, seus ritmos biológicos e o envelhecimento (Guérin et al., 2001).

Outro aspecto que remete a dimensão coletiva do trabalho são os modos operatórios, que dependem dos objetivos da organização de trabalho, do coletivo e dos individuais. Os objetivos, por sua vez, dependem das condições de trabalho e da liberdade oferecida ao trabalhador para manobrar as situações de acordo com as demandas reais, recorrendo a memória, ao conhecimento compartilhado, buscando novas informações e explorando as possibilidades. Considerando o que foi dito, pode-se dizer que o saber-fazer funciona como uma base de conhecimentos a partir da qual o trabalhador se desenvolve, constrói suas próprias representações e age em acordo com o que as circunstâncias solicitam (Guérin et al., 2001).

Nesse sentido, Schwartz (2010) propõe uma nova noção, a de *Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP)*, representando a dinâmica viva do coletivo de trabalho que vai se transformando, se renovando e se ajustando ao que acontece durante a atividade de trabalho. Para o autor, são entidades porque englobam pessoas e a plasticidade do coletivo que se transforma de acordo com o que compõe a atividade; o aspecto coletivo se caracteriza diante da busca dos trabalhadores por eficácia e eficiência em seu trabalho; além disso, são pertinentes por considerar como

o trabalho é realizado; e são relativas devido as formas que adquirem no real do trabalho, das pessoas envolvidas que necessitam agir juntas e da história na qual estão inseridas as organizações (Schwartz, 2003; Scherer; Pires & Schwartz, 2009).

Logo, as ECRP estão relacionadas ao “viver junto” e a produção de “bens comuns”. As entidades transitam entre dois polos (o relativamente individualizado e o universalizado), onde, de um lado, estão os debates relacionados ao fato de que as pessoas vivem juntas no trabalho e, de outro lado, o que resulta desses debates e que são aplicados e reformulados na realização das atividades de trabalho propriamente ditas. Desse modo, não fazem parte de um organograma predefinido pela organização, mas acontecem espontaneamente a partir do que surge no ato do trabalhar e que solicita do coletivo, novos modos de se reorganizar – temporariamente – atendendo a demanda que surgiu e que, ao ser cumprida, libera o coletivo para a sua formação inicial ou para outras formas de organização de acordo com o fluxo do trabalho (Schwartz, 2003; Schwartz, 2010).

A compreensão do conceito de ECRP (Scherer, Pires & Schwartz, 2009), pode ser útil para um entendimento mais acurado a respeito dos processos que configuram a cooperação face a realização de uma atividade, pois, em sua análise, parte dos aspectos mais simples aos mais complexos que constituem a atividade de trabalho, observando em cada etapa as ações, os gestos, as trocas e comunicações que se entrelaçam no trabalho coletivo. Por outro lado, não restringe o conceito de equipe a algo permanente, por compreender que o coletivo vai se reorganizando de acordo com as demandas do trabalho real, suas variações e imprevistos que, por sua vez, vão impulsionar os trabalhadores a sair de seus postos e se reconfigurar temporariamente,

formando uma equipe para tratar de uma demanda específica e que se desfaz quando alcança os objetivos desejados.

A linguagem acompanha o desenvolvimento do trabalho, reconfigurando-se em uma linguagem própria a cada contexto de trabalho, a cada situação enfrentada e passa a compor a identidade dos coletivos e dos indivíduos que deles participam. Ao considerar os conceitos que fazem parte dessa linguagem, é possível escapar da percepção que reduz o trabalho às normas e prescrições, expondo a complexidade do trabalho e mudando a forma de olhar para o próprio trabalho e para o trabalho do outro (Schwartz, 2003; Scherer; Pires & Schwartz, 2009).

A atividade humana exige reciprocidade e a atividade linguageira tem um importante papel nesse sentido, visto que a comunicação, em todos os seus formatos, e as habilidades individuais contribuem para organizar, realizar e transformar o trabalho juntos. Para tanto, é importante que os indivíduos conheçam o trabalho uns dos outros, desenvolvendo a confiança necessária para que exista a colaboração. Assim as diferenças individuais (pensamentos, pontos de vistas, modos de fazer, etc.) vão se articular para enfrentar o real do trabalho, com suas variabilidades e imprevistos. Nesse caso, a confiança, a solidariedade e a cooperação vão sendo construídas entre os trabalhadores a partir da convivência e do que experimentam juntos (Schwartz, 2003; Scherer; Pires & Schwartz, 2009).

Então, pode-se considerar que a cooperação é o resultado dos esforços dos trabalhadores para realizar suas atividades com qualidade, eficiência e de modo benéfico à saúde mental no trabalho. Considerando que a organização de trabalho, embora tenha hierarquias e divisões de tarefa, os trabalhadores agem para que existam *desnivelamentos internos*. Ainda que cada um tenha suas próprias responsabilidades,

o modo de se relacionarem permite uma configuração interna de *igualdade* e orientação para um *projeto comum*, onde as diferenças hierárquicas e salariais se desfazem no ato da atividade de trabalho, para que exista confiança, partilha, trocas, solidariedade e para que a cooperação aconteça (Schwartz, 2010).

2. Visões da cooperação

2.1 Philippe Zarifian

A principal constante no contexto organizacional e do trabalho é a mudança. Partindo desse ponto de vista, é importante tomar como base para compreender essas transformações, a concepção de cooperação no contexto taylorista, na qual o trabalho é pré-definido, compartimentado e excessivamente controlado. Os trabalhadores enfrentam pesadas restrições, que limitam seus movimentos e controla seus corpos. Dessa maneira, reduz-se a cooperação a um artifício da coordenação para determinar cada gesto, bem como o ritmo de trabalho. E ainda assim, não são capazes de prever de forma absoluta o que acontecerá na realidade. Por mais acuradas e precisas que sejam as prescrições, o real do trabalho ‘teima’ em surpreender, com lacunas que os operadores precisam preencher e falhas que precisam ser corrigidas ou contornadas (Zarifian, 2002).

Então, ao concretizar o simbólico indicado pelas prescrições, os indivíduos oferecem resistências às imposições e controle de seus corpos, descaracterizando em parte o que foi idealizado. Ainda assim, esses símbolos produzidos pela atividade intelectual da administração são orientadores da ação prática e permitem aos trabalhadores criar seus próprios modos de fazer e alcançar o resultado desejado.

Embora essas duas forças tragam tensão às relações no contexto do trabalho, construindo e desconstruindo uma a outra, acabam por cooperar (Zarifian, 2002).

Nesse sentido, Zarifian (2009) propõe o conceito de *intercompreensão* em associação ao de *cooperação*. Pode-se dizer que a cooperação refere-se ao trabalhar juntos, não se tratando de coordenação que organiza e distribui as atividades coletivas, mas de viver juntos e agir em sintonia sobre uma mesma situação ou objeto, fazendo ajustes e antecipando as ações uns dos outros de forma consciente, para que elas possam convergir e chegar ao resultado comum. Para tanto, deve haver confiança, solidariedade e reciprocidade, que só podem ser alcançadas no convívio e na construção de uma relação que permita aos trabalhadores conhecer-se reciprocamente. Reconhecendo os modos de fazer de cada um e sendo capazes de deduzir, com base em vivências diárias, aquilo que podem esperar uns dos outros, é possível ajustar os modos de agir, entrando em harmonia quanto as ações e ritmo de trabalho.

Logo, a cooperação exige, que existam espaços de discussão onde os trabalhadores possam construir, corrigir, fazer ajustes, buscar consenso sobre as normas, as técnicas, os procedimentos, entre outros. Consiste em construir uma base comum de conhecimentos, formalizados pelo coletivo, e associados às pré-definições da organização, complementando-as, reorganizando e corrigindo falhas, que só podem ser identificadas no enfrentamento do real do trabalho. Esses espaços de troca, não estão restritos ao concreto, ao contato físico, mas ocorrem através da linguagem, dos símbolos e das diversas formas de comunicação, que constroem um significado compartilhado sobre o trabalho e torna possível a cooperação (Zarifian, 2009).

Segundo Zarifian (2009), o fato de existirem esses espaços de discussão é suficiente para demonstrar a relação existente entre a cooperação e a intercompreensão. Nessa perspectiva, a intercompreensão pode ser definida como o

entendimento entre os indivíduos que compõem o coletivo de trabalho, de modo que o conhecimento sobre o outro constitua a base em torno da qual a cooperação será construída e sustentada. O conhecimento dos sentidos e intenções investidos no trabalho, bem como os desejos, crenças, expectativas que, associados a técnica, vão resultar na cooperação.

Diante disso, é importante destacar que a cooperação no trabalho não é uma invenção atual, mas uma prática desenvolvida nas equipes de trabalho e que se apresenta na atualidade como uma necessidade nas organizações. Mais especificamente, a cooperação interprofissional se apresenta como uma questão importante porque transpõe limitações estruturais e pela dificuldade em alcançá-la. E para compreender a dificuldade em constituir uma cooperação interprofissional, é preciso retornar ao ideal taylorista que restringia todos aos seus lugares previstos e defendia que a comunicação entre os operários seria prejudicial ao trabalho e a organização, impedindo-a tanto quanto possível. Tais restrições são uma herança taylorista que vem perdurando em algumas fábricas/organizações de trabalho e que se mostram impeditivas para que a cooperação interprofissional aconteça (Zarifian, 2009).

Entretanto, essas dificuldades podem ser contornadas ao longo do tempo. No convívio diário, ao agir e se relacionar, os profissionais vão transmitindo regras de trabalho, códigos de ética, saber-fazer. A organização do trabalho também pode contribuir permitindo que os trabalhadores convivam, trabalhem juntos combinando suas diferentes profissões e proporcionando espaços de treinamento, trocas e discussões. Com isso, é possível atender a demanda cada vez maior da cooperação interprofissional, na qual as organizações concentram seus objetivos em torno de um projeto comum, exigindo pró-atividade, criatividade na utilização das ferramentas

disponíveis, decisões combinadas, harmonização da equipe especialmente diante dos imprevistos, disfuncionamentos e variabilidades (Zarifian, 2009).

Desse modo, embora a cooperação não seja uma questão nova no mundo do trabalho, Zarifian (2009) afirma que o modelo do ofício foi sempre resistente a cooperação interprofissional. O ofício sempre constituiu um espaço de cooperação, mas restrito aos limites do ofício. Lançar-se numa cooperação interprofissional significava colocar em risco o ofício, contribuir para invalidar sua existência, dissolvê-lo na sua identidade. Ao mesmo tempo, o ofício constitui uma linha de demarcação entre os que estão dentro (os membros daquele ofício) e os que estão fora.

O autor defende, portanto, a necessidade de abertura dos ofícios, não sua supressão, já que continuam exercendo um papel importante. Tal necessidade de abertura se justifica, entre outras razões, porque o enfrentamento dos eventos (do imprevisível) exige crescentemente a permeabilidade dos ofícios, ou seja, a possibilidade da associação com outros ofícios, ou com os sem ofícios (cada vez em maior número), para ter chances de superação dos eventos.

2.2 Richard Sennett

A cooperação, enquanto uma habilidade, exige do indivíduo abertura para entender e acolher o outro, com o intuito de agir juntos para um objetivo em comum. Entretanto, cooperar constitui um processo difícil, ambíguo, que pode ter resultados desastrosos e até finalidades negativas, pois acontece em um processo vivencial, onde as habilidades e as competências encontram pontos de entrave delicados, conflituosos e por vezes insuperáveis. Assim, pode-se definir a cooperação como uma relação de

troca onde todos os envolvidos se beneficiam, de uma maneira que não conseguiriam se estivessem sozinhos (Sennett, 2012).

A cooperação possui valor em si mesma e se constitui de rituais, tanto sagrados, quanto de civilidade, respeito e reciprocidade. Mesmo assim, está associada a competição, como por exemplo na predefinição de regras antes de um jogo. Depende também da habilidade em gerir conflitos, ser capaz de ouvir o outro, buscar aspectos em comum e fazer com que os objetivos comuns se desenvolvam (Sennett, 2012).

Nesse sentido, Sennett (2012), fala em cooperação dialógica onde a capacidade para se comunicar é essencial, mas depende da qualidade da escuta e da interpretação do que o outro comunica, não apenas através das palavras, mas também do não-dito e de seus gestos. Para esse autor a escuta pode se desenvolver de duas formas: dialética ou dialógica. A primeira seria um jogo verbal onde lados opostos buscam um consenso, em um esforço para chegar a um acordo que agrade a todos. A segunda, tem o objetivo de não reduzir a discussão a um acordo comum, mas provocar o aumento da autoconsciência dos indivíduos, de modo que compreendam um ao outro e construam uma relação de reciprocidade.

Nesse processo, encontram-se a simpatia e a empatia. A simpatia surge da identificação com o outro e com sua condição/necessidade, enquanto que a empatia se manifesta na troca de olhares, no silêncio compartilhado, no acolhimento do outro tal como se apresenta, voltando-se ao que está sendo transmitido. As duas características promovem a criação de vínculos, porém na simpatia há convergências e identificação e na empatia o principal aspecto é a aceitação do outro como é. Essas duas características são necessárias para cooperação. Em uma situação de crise, a simpatia pode mobilizar os trabalhadores para superá-la; a empatia, por sua vez, permite que as

peessoas se expressem abertamente, beneficiando a tomada de decisões e as ações de mediação (Sennett, 2012).

Outra característica destacada por Sennett (2012) é que a cooperação pode ser desencadeadora de solidariedade ao fazer com que a pessoa se torne capaz de abdicar de si em benefício do coletivo. Porém, se ela ocorre apenas no topo da hierarquia, pode resultar em um problema para o coletivo, visto que os vínculos com a base se perdem. Isso ocorre porque as decisões distanciadas da base da hierarquia, simbolizam conspirações que retiram o direito e a liberdade dos subordinados. E quando não há sentimento de igualdade, a solidariedade é prejudicada e consequentemente a cooperação.

Então, a cooperação eficaz é aquela que se desenvolve no grupo como um todo, ou seja, onde mesmo em uma condição hierárquica ,todos se sintam conectados e importantes para o processo. Nesse sentido, a cooperação pode ser estimulada através das experiências em comum e/ou que foram compartilhadas e as trocas no campo da informalidade, gerando laços entre as pessoas, que vão provocar e fortalecer a cooperação. Portanto, os trabalhadores precisam se sentir ativos no processo, vivenciando as situações de forma prática e imediata, com liberdade para agir e construir vínculos com aqueles que estão à sua volta, tais como a confiança, a lealdade e a solidariedade (Sennett, 2012).

Nesse contexto, a competição pode ser um entrave para a cooperação, pois estão muito próximas. A cooperação e o próprio ambiente em que se desenvolve, são fluidos e estão em constante transformação, assim como os papéis individuais precisam de flexibilidade para se inverterem ou se modificarem completamente. É a necessidade que faz as pessoas cooperarem, ou seja, diante da percepção de que sozinha uma pessoa não dará conta da tarefa, há uma divisão de trabalho de modo que

as pessoas juntas possam suprir as lacunas umas das outras e encontrem a força necessária para a ação. A competição, nesse sentido, pode surgir como desarticuladora da cooperação, mas nos processos de troca é possível encontrar equilíbrio entre as duas (Sennett, 2012).

De acordo com Sennett (2012) as trocas (dar e receber) ocorrem em cinco tipos, as *altruísticas*, que são os autossacrifícios; *ganhar-ganhar*, onde todas as partes se beneficiam; *diferenciadas*, onde há consciência das diferenças entre as partes; *soma zero*, quando uma delas prevalece em detrimento da outra; e *tudo-para-um-só*, quando há anulação de uma das partes.

O altruísmo, nesse caso, se manifesta quando alguém doa de si, sem esperar nenhum tipo de reconhecimento. Sua motivação vem de seu interior e pode encontrar uma recompensa mais elevada em um sentido pessoal. Já o processo de ganhar-ganhar é mais comum nas relações e está relacionado a reciprocidade, pois exige troca entre as partes, consequentemente, se uma das partes não oferece nada de si em retribuição ao que recebeu do outro, configura-se uma situação de desigualdade e pode tornar a cooperação impossível (Sennett, 2012).

O equilíbrio está primordialmente nas trocas dialógicas, mas nas de soma zero a competição prevalece. Por exemplo, para dar conta dos acidentes de trabalho, a cooperação precisa da comunicação dialógica, porque é a mais aberta e mobiliza mais a empatia do que a simpatia, sendo, portanto, uma cooperação ideal. São os rituais que possibilitam essas trocas e podem agregar novos sentidos à medida em que vão sendo usados. Os padrões éticos, por exemplo, se mostram importantes na prática da cooperação, pois é também sobre eles que se baseia a confiança (Sennett, 2012).

A divisão mecânica do trabalho se apresenta como um enfraquecedor da cooperação, pois se baseia em três faces, que Sennett (2012) apresenta como uma

pirâmide. A primeira delas é a devoção e respeito dos trabalhadores para com os seus patrões, que devolvem a eles o mesmo respeito. A segunda é a abertura para que os trabalhadores conversem livremente sobre suas questões pessoais e ajudem uns aos outros tanto no âmbito do trabalho, como no pessoal. A terceira trata da disposição dos trabalhadores a fazer horas extras, suprir a ausência dos colegas, cobrir o que se apresenta como necessário no momento etc.

Então, esses três lados abrangem a autoridade merecida, o respeito mútuo e a cooperação e promovem a civilidade. Porém, podem ser fracos internamente e essa fraqueza destrói a lealdade. Especialmente em situações de crise, a cooperação tende a surgir mais evidente, mas se é forçada, vai se desfazendo com o tempo, porque os vínculos entre os trabalhadores não são reais e sim criados momentaneamente para suprir necessidades pontuais. Isso não ocorre quando há uma relação de proximidade, que se entrelaça com a vida privada de cada um. É desse modo que se fortalece a cooperação, cuja base é a confiança e o respeito a competência do outro (Sennett, 2012).

No trabalhar, o envolvimento físico abre a possibilidade de um comportamento social dialógico, o fazer e o consertar as coisas provoca nos indivíduos o desenvolvimento de habilidades novas e o aprimoramento de habilidades já incorporadas que, por sua vez, vão passando por novos processos de incorporação à medida em que vão sendo melhoradas (Sennett, 2012).

Assim os ritmos de trabalho físico vão se corporificar em um ritual, pois as aptidões humanas estão, em um primeiro momento, ligadas ao hábito e a autoconfiança. Nessa repetição surge a necessidade de se expandir e questionar os hábitos, tomando consciência de suas ações e de si mesmo, para, então, uma nova

habilidade surgir e ser utilizada até virar hábito. Logo, há um processo constante de correção, desenvolvimento e criação (Sennett, 2012).

Os gestos corporais, muito mais do que as palavras, vão sendo determinantes para a autoridade, a confiança e a cooperação, pois eles trazem uma certa informalidade para a relação. Os gestos, as expressões, todas as formas de comunicação, vão criando um conhecimento profundo do outro e da sua competência no trabalhar, fazendo com que os indivíduos empreguem a autoridade merecida, a fé cega e a cooperação diante de cada situação vivida (Sennett, 2012).

Outro aspecto importante para a cooperação é a habilidade de perceber as circunstâncias com sensibilidade e empregar a resistência mínima diante de situações difíceis pois, quanto menor a necessidade individual de autoafirmação, mais é possível abrir-se ao outro, enquanto que a resistência só vai provocar a competição. Logo, sentir o material que está sendo tratado, as ferramentas utilizadas, as pessoas com quem se trabalha, e saber empregar neles apenas a resistência necessária para que se sintam acolhidos e não invadidos, é o suficiente para se alcançar a cooperação. Dialogicamente falando, o uso da força mínima está na troca diferenciada, pois é uma experiência vivida através dos sentidos (físico e mental) e não impondo ao outro o nosso desejo (Sennett, 2012).

É importante compreender que a cooperação não é algo que se perde completamente quando danificada, mas trata-se de algo duradouro e passível de conserto. Ela pode ser renovada, melhorada ou completamente modificada, sendo a reconfiguração mais mobilizadora e eficaz para que a cooperação se renove. O agir para consertar é um modo de manter socialmente a conexão recíproca, considerando-se que a cooperação é essencialmente dependente da participação ativa de todos, ou

seja, as discussões, os encontros formais e informais, serão um caminho para o conserto da cooperação (Sennett, 2012).

Sennett (2012) aponta a diplomacia cotidiana como uma solução para lidar com quem não conseguimos compreender ou quando há conflitos, fazendo uso da força mínima, gerando espaços sociais construídos a partir de gestos codificados, realizando consertos necessários e através da discussão dialógica encontrar meios de gerenciar conflitos.

Portanto, para Sennett (2012), embora atualmente exista uma simplificação da vida social nos processos de nós-contra-eles e do você-está-entregue-a-si-mesmo, desconstruindo a solidariedade em um contexto de insegurança econômica e social, e prejudicando a capacidade das pessoas de viver juntas, ainda existe a capacidade de cooperar, pois ela está mais enraizada nos seres humanos do que se poderia imaginar.

2.3 Norbert Alter

Norbert Alter propõe uma associação importante entre cooperação, aprendizagem e competência. Importante porque demonstra a complexidade do mundo do trabalho, bem como o quanto as suas nuances são essenciais para a construção e manutenção de todo esse contexto (social, cultural e organizacional). Nesse sentido, de acordo com Alter (2007), a cooperação é constituída a partir de uma base cultural, que se desenvolve como uma rede de conexões entre os operadores e que compõe o caráter coletivo da competência. Esse autor defende que a cooperação entre os pares é fundamentada na *dádiva* e no *egoísmo*, ressaltando assim a ambivalência que perpassa todas as relações de troca.

Ainda em meio as relações de trocas (nas *redes de competência*), desenvolve-se a *qualificação coletiva*, que consiste em compartilhar saberes com reciprocidade e solidariedade, saberes que se renovam a cada nova experiência vivida pelo coletivo e que tornam o trabalho dinâmico. Portanto, a competência dos operadores é coletiva, informal e é garantida pelas redes onde os saberes são coletivizados. Nessa perspectiva, a cooperação não emerge a partir de uma regra administrativa impositiva e inflexível, mas retrata uma ação coletiva que se pauta pela cultura compartilhada pelos operadores e pela troca de informações. Os trabalhadores, por sua vez, vão combiná-las e fazer com que elas circulem no coletivo de trabalho, o que implica dizer que essas trocas são socioprofissionais (Alter, 2007).

Segundo Alter (2007) as redes profissionais se caracterizam por livre acesso dos membros do coletivo para contactar qualquer outro membro sem precisar recorrer a necessidade de um intermediador. Outro aspecto é que as trocas realizadas são relacionadas a conteúdos específicos ao coletivo; as redes ultrapassam as definições institucionais formais as quais integra. Além disso, são parcialmente clandestinas, pois são compostas por um conjunto de práticas e estratégias que contornam ou transgridem as normas do trabalho, mas que sem elas os operadores não alcançariam os objetivos essenciais da rede, que é a eficácia e eficiência ao trabalhar. Ou seja, o trabalho coletivo só acontece efetivamente quando os indivíduos integram uma rede e cooperam uns com os outros.

Em consequência de tal funcionamento, as redes servem aos trabalhadores como uma fonte de informações valiosas para o trabalho e a possibilidade de construir vínculos de reciprocidade. Esse sistema é associado por Alter (2007) aos conceitos de *dádiva e contra-dádiva* que aborda as regras sociais de povos primitivos e estão

constituídas por três ações básicas: *dar, receber e retribuir*. Referem-se a formação de um vínculo espiritual, que não é definido pelo valor material do que foi ofertado, mas através do entendimento simbólico de compromisso recíproco. Ou seja, há nessa relação uma obrigação de receber e de retribuir, para manter o vínculo, visto que a recusa provocaria desequilíbrio no coletivo e a exclusão daquele que não se encaixa (Mauss, 1968 apud Alter, 2007).

Ao resgatar a teoria de Mauss, as trocas profissionais se tornam compreensíveis na perspectiva de Alter (2007), ao defender que, ao transmitir informações, constitui-se uma relação de confiança. Logo, essa *dádiva* não está pautada em uma obrigação unilateral, mas sim em uma dívida mútua, que convoca a *contra-dádiva*, não para finalizar uma transação, mas para dar continuidade a relação de confiança e cooperação que foi iniciada. O trabalhador é colocado em uma situação de vulnerabilidade frente ao outro, mas que é equilibrada pela confiança e pelo compartilhamento coletivo dessas vulnerabilidades.

Essas informações não constituem reprodução de protocolos técnicos, mas oferecem aos coletivos maneiras de lidar com o que escapa as prescrições, como fazer uso de uma ferramenta contornando alguma ineficiência que ela possua ou algum truque que melhore o seu funcionamento; assim como modos de se relacionar com um determinado colaborador ou tipo de cliente, ou seja, remetem à questões concretas do real do trabalho e que não podem ser forçadas, nem automatizadas, mas dependem da confiança. Por essa razão, Alter (2007), considera essas trocas como dádivas.

Essa relação de troca é contínua, alimenta a rede e mantém os trabalhadores em dívida, de modo que podem contar uns com os outros quando necessário. Nessa relação de reciprocidade instituída, será o simbólico e o social que contarão. Portanto,

são múltiplos tipos de dádivas, não necessariamente de valores equivalentes, mas que atende as necessidades dos indivíduos em cada situação. Para que isso seja possível Alter (2007) descreve três normas essenciais que direcionam o sistema de trocas, são elas: quem não retribui, será excluído do sistema de trocas; os resultados das trocas são produtos do trabalho em equipe e do qual ninguém pode tirar proveito sozinho, pois é responsabilidade de todos os envolvidos. A outra norma está relacionada a afetividade que se expressa no suporte mútuo entre os trabalhadores, especialmente diante de situações inesperadas e complexas. Desse modo, o coletivo consegue manter a coerência e a coesão grupal.

Considerando o exposto, pode-se compreender que a troca nunca é desinteressada, o que expõe duas dimensões da cooperação que estão em conflito pois embora possua aspectos afetivos, solidários e generosos, possui também um caráter útil e instrumental. Sendo assim, quem possui mais recursos acaba também por receber mais, gerando uma hierarquia. Porém, essa dinâmica não interfere diretamente nas obrigações com o grupo. Então, o grupo não consegue controlar completamente todos os indivíduos, assim como estes não podem agir completamente independentes do grupo. Logo, essas trocas acontecem entre os grupos, mas também no âmbito individual, porém sem causar danos aos vínculos sociais existentes entre os indivíduos.

Isso não significa que a cooperação seja perfeita ou que a troca de competências entre os trabalhadores seja sempre eficaz. Embora seja impossível impor a cooperação, a solidariedade e o altruísmo, os indivíduos não conseguem agir em um coletivo, de modo completamente egoísta, pois corre-se o risco de sofrer sanções do grupo e até a exclusão. Logo, embora seja contraditório, são aspectos

individualistas que levam os indivíduos a cooperar para obter o que desejam. Desse modo, o coletivo age em busca de objetivos comuns, mas também individuais e o desenvolvimento das competências coletivas acaba sendo um dos resultados do sistema de trocas (Alter, 2007).

2.4 Bruno Maggi

O mundo do trabalho, vem se transformando ao longo do tempo em termos de complexidade e dinamismo. Partindo dessa perspectiva, o modelo clássico da regulação do processo de trabalho passa a ser questionado e superado em muitos aspectos, ao passo que a gestão organizacional vai ganhando espaço e ultrapassando o principal foco da ergonomia que era centrado na atividade individual. Na década de 1990, a ergonomia incorpora a noção de que a organização do trabalho não é algo imutável, mas pelo contrário, está em constante transformação. Seguindo essa direção a Ergonomia passou a se interessar por conceitos como: *ação coletiva, cooperação e coordenação*. Consequentemente, o modelo taylorista-fordista de tarefa e distribuição de funções segue da ação individual para a ação coletiva, onde as relações de interdependência entre as funções e os indivíduos se destacam e provocam o interesse pela cooperação e pela coordenação (Maggi, 2006).

Entretanto, o estudo da atividade individual e a observação do enfrentamento das situações imprevistas ainda são importantes para identificar e compreender os aspectos coletivos do trabalho. Ou seja, o trabalho e as tarefas individuais possuem uma dimensão coletiva. Ainda que a proposta taylorista não estivesse voltada ao trabalho coletivo, as tarefas estão engajadas umas nas outras em uma relação de interdependência e consequentemente constituem um coletivo (Maggi, 2006).

Com as transformações das situações reais de trabalho, as tarefas são especialmente afetadas. Deixam de ser fragmentadas, limitadoras e passam a ser *abertas*, admitindo a necessidade de autonomia, pró-atividade, de relações interpessoais e de cooperação entre os trabalhadores. O aumento da autonomia entre os trabalhadores possibilita prazer na realização das atividades e no convívio entre os colegas, pois os operadores se encontram em situações em que, ainda que existam prescrições, também há espaço para produzir suas próprias regras, fazer escolhas e exercer sua liberdade, regulando o processo da ação no trabalho (Maggi, 2006).

Em algumas circunstâncias a necessidade de arbitragem é mais exigida do que em outras. Tal é o caso das situações de maior instabilidade, imprevistos e disfuncionamentos, visto que escapam às prescrições e expectativas, levando os trabalhadores a fazer novas escolhas em busca de atender a demanda inesperada que se apresenta. Essa necessidade, Maggi (2006) denomina *discricionarietà*, que se torna inevitável ao se conceber uma noção de trabalho mais realista. Nesse sentido, ao considerar o imprevisto e acolher as inovações propostas pelos operadores, a perspectiva taylorista se torna ainda mais distante da renovação dos *processos de ação de trabalho*, que não mais rejeita qualquer indício de imprecisão.

Considerando o que foi dito, pode-se compreender que a tarefa discricionária não é fruto da imposição institucional, mas da iniciativa, da responsabilidade e só pode acontecer onde o trabalhador tenha o poder de agir sobre seu trabalho. Partindo da concepção de tarefa discricionária, chega-se a cooperação. Isso ocorre devido a interação que se desenvolve no processo da tarefa discricionária, na qual os trabalhadores desenvolvem uma comunicação que possibilita a construção de relações de reciprocidade, solidariedade, troca e cooperação. Nesse contexto, a comunicação é

fundamental porque serve de base de orientação para a ação coletiva, além de ser fonte de compreensão da organização do trabalho (Maggi, 2006).

Maggi (2006) define a cooperação como ações individuais convergindo para uma obra comum, seja ela prescrita ou escolhida pelos próprios trabalhadores. Quando prescrita, as *ações cooperativas comuns* são semelhantes, identificam-se relações recíprocas de troca e a comunicação é direta, podendo também alcançar o objetivo comum desejado através de ações separadas. Mas quando o objetivo é definido pelos operadores que cooperam, *a ação é espontânea*. Dessa maneira a cooperação passa a ser parte manifesta da atividade de trabalho. Entretanto, é necessário destacar que as mudanças nas situações de trabalho não eliminam os constrangimentos completamente. Ainda que em muitos aspectos, as situações de trabalho tenham evoluído dando abertura à cooperação, à autonomia, à liberdade, à construção de relações de reciprocidade e de trocas, isso não implica dizer que os constrangimentos foram abolidos.

Através da coordenação do trabalho é possível estruturar as ações em benefício dos objetivos definidos e, nesse caso, mesmo as ações cooperativas exigem uma organização, a exemplo das situações de urgências ou em desastres, onde as equipes de resgate e saúde precisam de estrutura e ordem para agir em cooperação. Sem a coordenação, as ações podem se desencontrar e, portanto, a cooperação depende dessa organização para se desenvolver corretamente (Maggi, 2006).

A ordem nas ações cooperativas serve para constituir as regras que regulam a cooperação. Essas ordens podem variar de acordo com as formas de cooperação que, por sua vez, dependerá da natureza das situações a enfrentar e dos objetivos definidos, desde uma situação contextual a ação em que os indivíduos podem se *autocoordenar*

até circunstâncias de maior complexidade que necessitam de um planejamento prévio, exigindo muito mais dos operadores e de uma organização cuidadosamente estruturada (Maggi, 2006).

Em vista disso, Maggi (2006) aborda algumas diferenças importantes quanto aos modos de coordenação. São elas: a coordenação contextual (*por ajuste mútuo*) que fica sob a responsabilidade, a vontade e o poder de agir dos próprios indivíduos no percurso da ação; a coordenação previamente determinada (*por programa*), que estrutura a ação em um passo-a-passo antes do seu desenvolvimento; e a coordenação pré-ordenada (*por regra*), onde o interesse é definir as regras que vão organizar a ação de modo que permitam aos trabalhadores modificá-las no momento da ação. Apesar disso, as ações humanas acontecem de modo diferente a cada vez que executam, por maior que tenha sido o planejamento. As situações pré-ordenadas são mais ajustáveis a realidade vivida pelos trabalhadores.

Os três modelos de coordenação não se excluem, mas se complementam, de modo que o objetivo da coordenação é buscar os meios mais simples de executar as ações, mas à medida que essas maneiras mais simples vão se mostrando ineficientes dentro de uma situação, são acrescentadas ordens de maior complexidade. Tais entendimentos deixam explícito que, diante do real, as ordens e as regras vão se combinar em diferentes padrões para atender a demanda que se apresenta. Portanto, as mudanças no contexto da organização de trabalho, não podem ser negadas, mas podem ser vistas como uma mudança de tipos de gestão, que evoluiu de uma gestão científica para uma funcionalista (Maggi, 2006).

Compreende-se assim que o novo interesse da ergonomia é o agir organizacional, considerando a cooperação, a coordenação e todas as suas nuances,

buscando identificar e refletir sobre os constrangimentos e suas consequências para os indivíduos e para a organização (Maggi, 2006). Olhando para o processo de trabalho a partir de uma perspectiva ampliada, o que por muito tempo foi negado, ganha destaque e contribui para a compreensão do mundo do trabalho.

2.5 A cooperação na visão da Psicodinâmica do trabalho

Molinier (2013) define a psicodinâmica do trabalho como uma análise psicodinâmica dos aspectos objetivos e subjetivos que permeiam as situações de trabalho, considerando os constrangimentos da organização e os conflitos vividos pelos trabalhadores ao confrontarem o prescrito e o real do trabalho. Assim como seus aspectos adoecedores, que causam sofrimento aos indivíduos, há os que promovem a saúde mental e, portanto, o prazer no trabalho.

Para compreender a cooperação na perspectiva da psicodinâmica do trabalho, é importante considerar, antes de tudo, o que significa trabalhar. De acordo com Dejours (2012a) o indivíduo, ao se deparar com situações que não podem ser supridas pelas prescrições, precisa recorrer aos seus recursos individuais e/ou coletivos para preencher as lacunas e alcançar o sucesso na ação. Tal situação é uma constante no processo de trabalho, visto que não é possível prever tudo o que poderá acontecer e preencher permanentemente todas as lacunas deixadas pelas prescrições. O real sempre trará resistências que terão que ser superadas pelos trabalhadores a cada dia, mobilizando seu corpo, suas inteligências e inventividade.

Além disso, o trabalho é sempre direcionado aos outros em uma relação social. A vida humana no contexto social, possui vínculo estrutural com o trabalho,

pois além de organizar e desenvolver a sociedade, o trabalho tem forte influência sobre a saúde mental das pessoas, tanto individual quanto coletivamente. É em benefício da saúde mental que encontramos a cooperação, a qual se mostra um importante recurso de enfrentamento do sofrimento no trabalho, promovendo a solidariedade, relações de reciprocidade, configurando o coletivo de trabalho (Dejours, 1993; Molinier, 2013).

Diante disso, mostra-se necessária a divisão social e técnica do trabalho e a coordenação de tarefas, atribuições, prescrições e das inteligências. Essa coordenação remete à cooperação, no sentido em que, enquanto a coordenação corresponde ao que está prescrito, a cooperação se volta ao que é efetivamente realizado, o que só é possível através dos ajustes realizados pelos trabalhadores para dar conta do objetivo comum do trabalho (Dejours, 2012b).

De acordo com Dejours (1993), a cooperação depende da vontade dos indivíduos, mesmo que seja uma exigência formal do trabalho. A vontade coletiva provocará a mobilização das inteligências, das subjetividades e do interesse em debater as opiniões individuais em benefício do trabalho coletivo e da produção. Tais fatores representam os *laços* construídos e estabilizados entre os trabalhadores que vão permitir o alcance dos objetivos da produção e, conseqüentemente, a realização de uma obra comum. Portanto, trabalhar em um coletivo, constitui também um *viver juntos* e relações de reciprocidade. Nesse sentido, as vivências coletivas, os aspectos subjetivos, sociais e estruturais da organização de trabalho, definem a construção desses vínculos entre os trabalhadores, resultando em uma vontade coletiva espontânea de cooperar, contribuindo individualmente com a produção e formando

um ciclo de contribuição e retribuição entre os indivíduos e a organização de trabalho (Dejours, 2012b).

A cooperação, portanto, depende da iniciativa dos trabalhadores e embora possa ser obstruída pela organização do trabalho, também pode ser favorecida por ela. Na divisão do trabalho, das funções, da hierarquia, a coordenação oferece um quadro de prescrições que servem de referência para a ação dos trabalhadores, permitindo-os regular suas ações de forma harmoniosa, estabelecendo juntos os laços, as regras de trabalho e preenchendo as lacunas das prescrições ao enfrentar o real do trabalho (Dejours, 1993; Dejours, 2012b).

A cooperação, para ser construída, exige a o atendimento a algumas condições que estão vinculadas a aspectos éticos, sociais, culturais e políticos, tais como a confiança que permite aos trabalhadores o compartilhamento de seus segredos e a maneira como ajustam ou contornam as normas para atender à realidade do trabalho. Essa confiança, por sua vez, só pode ser alcançada a partir da observação, da vivência diária, das trocas, da intercompreensão e da participação nos espaços de discussão, onde poderão confrontar pensamentos, opiniões, modos de fazer, criando novas regras de trabalho e renormatizando as já existentes (Dejours, 1993; Dejours, 2012b).

Nesse caso, a hierarquia também precisa fazer parte dessa construção, reconhecendo a importância das prescrições do trabalho, mas também das contribuições que os trabalhadores oferecem à organização do trabalho, tornando possíveis os espaços de discussão, a construção do compromisso ético e, com isso, contribuindo para a validação dos acordos entre os trabalhadores e a liberdade para que possam efetivamente agir juntos (Dejours, 1993).

A confiança que depositam uns nos outros, as trocas recíprocas, a liberdade e a estrutura entre os trabalhadores permite o exercício da inteligência astuciosa. Com isso, a mobilização subjetiva dos indivíduos em torno de uma obra comum encontra espaço para se desenvolver. Outro aspecto decisivo para a manutenção da cooperação e da mobilização subjetiva é o reconhecimento. Ao contribuir com a produção, os trabalhadores esperam e contam com uma retribuição, não só na forma de um reconhecimento material como uma bonificação salarial, mas especialmente o reconhecimento simbólico do trabalho (Dejours, 1993; Dejours, 2012b).

É importante ressaltar que esse reconhecimento simbólico recai sobre o trabalho realizado e não sobre os indivíduos pessoalmente, porém possui efeitos benéficos para a identidade. Tal sentimento de valorização é essencial para a saúde mental do trabalhador. Essa gratificação simbólica que é o reconhecimento, manifesta-se sob a forma de gratidão e de julgamentos de utilidade e de beleza (Dejours, 2012b).

O julgamento de utilidade pode ser proferido pela hierarquia e pelos usuários/clientes. O julgamento de beleza, que é proferido pelos pares, se baseia na contribuição do indivíduo para o resultado final do realizado. Por último, o julgamento da originalidade que permite aos trabalhadores identificar o que foi produzido e por quem, através de suas especificidades individuais que ficam impressas em tudo que cada indivíduo produz. Tudo isso fortalece as relações de reciprocidade entre o coletivo de trabalho que se constitui a partir da cooperação e que organiza os laços entre os trabalhadores (Dejours, 1993; Dejours, 2012b).

Em síntese, pode-se dizer que entre a coordenação e a cooperação encontra-se uma rede de iniciativas individuais complexas, que integram o coletivo de trabalho

e o firmamento de acordos entre os trabalhadores. Esses acordos definem a maneira de trabalhar e as *regras de trabalho/ofício*. Nesse caso, cada indivíduo do coletivo compromete-se tanto em respeitar os princípios éticos e valores compartilhados por todos, como em compartilhar suas experiências, habilidades, modos de fazer, contribuições pessoais, segredos do ofício, tornando-os inteligíveis aos seus colegas. Além disso, renunciam a si mesmos em determinadas situações em benefício da harmonia e do viver junto (Dejours, 2012b).

2.5.1 As condições para a cooperação

Em função de compreender mais detalhadamente a importância e como acontece a cooperação no trabalho, é necessário esmiuçar os aspectos que a tornam possível. Nessa direção, deve-se considerar que o trabalho coletivo conta com o estado potencial de cada indivíduo no que se refere a articulação de suas inteligências, habilidades e engenhosidades. Essa inteligência que o trabalho requer é a inteligência astuciosa que atende ao inesperado e que renova constantemente o processo de trabalho, mas que só ganha espaço em um contexto de liberdade para agir e de confiança (Dejours, 2012b).

Sendo assim, *a confiança* é uma das principais condições para a cooperação, pois para que o trabalhador possa dar visibilidade ao seu saber-fazer junto aos pares, é preciso que tenha a segurança de que seus companheiros dividem com ele os mesmos valores, intenções e também modos específicos de realizar suas atividades. Nesse caso, expor-se ao outro implica em riscos que devem ser levados em conta, tal como a possibilidade de que se apropriem de sua engenhosidade; ou de que desvendem as

falhas e imperícias, as infrações às prescrições e utilizem essas informações para prejudicá-los (Dejours, 2012b).

Por isso, a confiança nos colegas é determinante para a cooperação e não está fundada em aspectos técnicos, mas sim éticos. Essa confiança está fundamentada na observação, no convívio diário, nos gestos e nos afetos construídos ao longo da experiência coletiva. Assim, conhecendo uns aos outros e compondo uma relação de reciprocidade, podem afinar suas ações de modo que exista fluidez e eficiência na realização dos objetivos desejados (Dejours, 2012b).

Outro ponto importante para a cooperação são as decisões coletivas, *as controvérsias e as deliberações*. Ao se exporem, os trabalhadores possibilitam a discussão, pela qual os diferentes modos de fazer serão vistos, compreendidos, avaliados, validados ou excluídos pelo coletivo. Nem sempre se consegue chegar rapidamente a um consenso, mas ainda que leve tempo, as decisões do coletivo têm maior probabilidade de serem respeitadas por todos. Quando as discussões ficam paralisadas em um determinado ponto, pode ser necessária a arbitragem. Ela será uma solução para as divergências do coletivo e ainda que possa causar algum desconforto, os trabalhadores necessitam e esperam que ela aconteça quando diante de uma situação que parece não ter mais fim. Entretanto, essa arbitragem só terá esse efeito positivo para o trabalho, se aquele que arbitra tem autoridade para alcançar o consentimento dos trabalhadores ou para impor a disciplina, se necessário (Dejours, 2012b).

Ao chegar a um acordo através do consenso ou da arbitragem, considera-se o resultado disso um *acordo normativo* e a integração de vários desses acordos resultará nas regras de trabalho que servirão de base para todo o coletivo. Desse modo, Dejours

(2012b) propõe a concepção de atividade deôntica, que é o resultado dessa atividade deliberativa e de construção das regras de trabalho operadas pelo coletivo de trabalho. Essa atividade deliberativa pode ocorrer em espaços formais e informais, sendo o espaço informal importante para o ajuste do que foi acordado nos espaços formais e o que possibilita a *sintonia fina*. O importante é que nesses espaços os trabalhadores organizam referenciais que orientam o viver juntos.

O trabalho em conjunto mobiliza as pessoas e pode representar uma força pacificadora, pois permite que as pessoas construam relações de cooperação até mesmo com quem não tem afinidade pessoal, quando, ao reconhecer as competências e em benefício da qualidade do produto final, as pessoas cooperam. Não se constitui uma relação de amizade, mas sim de respeito e confiança diante do comportamento moral dentro do trabalho.

Essa cooperação, fruto da atividade deôntica, devolve aos indivíduos a autonomia para agir e fazer uso de suas inteligências e habilidades. Mesmo assim, ainda existem relações hierárquicas nesse contexto. Entretanto, o poder da hierarquia também participa de negociações, desse modo há consentimento por parte dos subordinados ao que é solicitado e orientado pelos superiores (Dejours, 2012b).

Outro aspecto condicional para a cooperação, é que nela buscam equilíbrio os desejos e objetivos individuais aos do coletivo, pois os trabalhadores dependem uns dos outros e todos dependem do cumprimento dos objetivos do trabalho. Assim, a mobilização subjetiva tem um caráter espontâneo e se alimenta das relações recíprocas de contribuição/retribuição, bem como de acolher as iniciativas dos indivíduos. A essa retribuição pertence o reconhecimento do trabalho realizado, que

influencia na saúde mental dos trabalhadores, fortalecendo suas identidades e dando sentido ao trabalho e a mobilização que fazem de si (Dejours, 2012b).

O coletivo de trabalho é também uma fonte de proteção para os trabalhadores, pois permite que as pessoas encontrem meios para enfrentar situações de risco. Por oferecer solidariedade uns aos outros. Desse modo, os desajustes nas funções hierárquicas, a sobrecarga física e/ou psíquica, as condições de trabalho, a ausência dos espaços de deliberação e de arbitragem, a competição exacerbada, tudo isso pode comprometer a cooperação. Por essa razão, é importante que as organizações de trabalho ofereçam meios para que o coletivo de trabalho se estabeleça e possa encontrar espaço e liberdade para cooperar (Dejours, 2017).

CAPÍTULO 2

MÉTODO

O atendimento pré-hospitalar possui uma natureza complexa, portanto, as atividades do SAMU exigem mobilização individual e coletiva para enfrentar cada atendimento e adequar os rígidos protocolos as intervenções reais. Nesse contexto, a cooperação emerge como fundamental para o sucesso do serviço e o presente capítulo traz uma descrição detalhada dos procedimentos através dos quais pudemos compreender com maior propriedade esse aspecto.

A princípio optamos por sinalizar o tipo de pesquisa elegido e o que justifica tal escolha. Em seguida, descrevemos o local da realização da pesquisa, as características da amostra e do coletivo de trabalho, os procedimentos éticos e a realização das entrevistas. Também apresentamos o instrumento de coleta e o justificamos, concluindo com a descrição dos procedimentos da análise dos dados.

TESE

O Trabalho do SAMU não acontece sem a Cooperação.

OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar a questão da cooperação no trabalho do SAMU.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar as condições favoráveis e desfavoráveis à questão da cooperação no trabalho;
- Identificar as manifestações de cooperação no trabalho;
- Identificar em quais situações a cooperação é mais demandada/importante;
- Investigar de que modo a hierarquia favorece ou não a cooperação;
- Investigar os benefícios da cooperação para os profissionais no que tange o clima, a formação, a carga de trabalho e as responsabilidades.

O ESTUDO EMPÍRICO

3.1 Delineamento

Este se tratou de um estudo exploratório, ex-post facto, sem manipulação de variáveis. Elaborado a partir do resultado da realização de dez entrevistas abertas com dez equipes móveis do SAMU. As entrevistas foram realizadas com uma equipe por vez de forma coletiva e de acordo com a disponibilidade dos participantes, foram seis equipes de Unidades de Saúde Básicas (USB) e quatro equipes de Unidades de Saúde Avançadas (USA). Cada USB é tripulada por um(a) enfermeiro(a) e um condutor e a USA é tripulada por um(a) enfermeiro(a), um condutor e médico(a). Dessa maneira, cada dupla ou trio, eram convidados a refletir, descrever e dialogar sobre suas atuações considerando o enfrentamento do real do trabalho e privilegiando os aspectos coletivos.

Utilizamos a metodologia qualitativa por considerarmos que atende ao objetivo de pesquisa, abarcando aspectos subjetivos e simbólicos da categoria investigada e nos permitindo observar a interação entre a equipe no ato da entrevista. Não havendo compromisso com dados direcionados a generalização, mas sim com o interesse em originar resultados para nos aprofundarmos no que se refere a cooperação no trabalho desses profissionais e como ela se entrelaça as suas ações diárias, buscando comprovar a tese por nós levantada. Bem como contribuir com outras pesquisas enriquecedoras para o campo científico e transformadoras para a realidade dos trabalhadores (Minayo & Sanches, 1993).

Nesse sentido, o ponto central explorado nessa tese é como a cooperação se desenvolve e é determinante para o sucesso da ação, bem como para a manutenção do equilíbrio emocional desses trabalhadores, que mesmo expostos diariamente a situações desestabilizadoras, tanto nos aspectos psíquicos quanto nos físicos, mantêm-se saudáveis, motivados e implicados com suas atividades. Para atingir o objetivo da pesquisa foram realizadas entrevistas seguindo um roteiro direcionado especificamente a explorar a questão da cooperação.

3.2 Locus da pesquisa

A coleta de dados foi realizada nas instalações do SAMU de uma capital do Nordeste, na base central. Existem quatro Macro Regiões de Saúde no Estado, cada uma possui uma central de regulação. Onde o presente estudo foi realizado, encontramos vinte e quatro bases, sessenta e quatro municípios a serem atendidos e uma Central de Regulação que atende um milhão e oitocentos mil habitantes (Felix, 2015).

Na Base Central, onde foram realizadas as entrevistas, encontramos os setores administrativos do SAMU, a Central de Regulação e espaços para repouso da equipe em serviço. As informações aqui apresentadas foram fornecidas pelo Coordenador da Enfermagem e o Coordenador administrativo e baseadas em observações realizadas durante as coletas de dados. Na capital investigada, existe um total de sete Unidades Móveis de Suporte Básico (USB), quatro Unidades Móveis Avançadas (USA) e seis Motolâncias que trabalham em dupla, formando assim três equipes.

Na Base Central ficam as quatro USAs, duas USBs e uma equipe de motolâncias. As demais viaturas ficam distribuídas nas bases descentralizadas, uma no Hospital S.T.; uma no Bairro V.; uma na UPA do Bairro C.A.; uma no Bairro M. onde ficam também as outras duas equipes de motolâncias e uma das USBs atualmente na Central será encaminhada para a unidade das praias que está em construção.

A Resolução 375/2011 do COFEN determina a obrigatoriedade do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido, pontuando que o Técnico em Enfermagem não pode atuar sem essa supervisão. Com essa Resolução, em 2015, as equipes das Unidades Básicas passaram a ser compostas por um Técnico em Enfermagem, um Condutor Socorrista e um Enfermeiro; as Unidades Avançadas, passaram a ter em sua equipe um Médico, um Enfermeiro e um Condutor Socorrista e, em algumas circunstâncias, são acompanhados por um técnico em enfermagem na ambulância ou na motolância. Entretanto atualmente, as equipes encontram-se sem os Técnicos, o que no decorrer das entrevistas foi justificado como resultado da necessidade de contenção de gastos.

Em vista dessa situação, as equipes passaram a ser constituídas por três profissionais tripulando as USAs e apenas dois nas USBs.

As Motolâncias andam em pares e continuam tripuladas por Técnicos em Enfermagem. O objetivo é seguir à frente das Unidades Avançadas, realizando os primeiros socorros até a chegada das USAs, garantindo mais rapidez no atendimento dos casos mais graves. Os profissionais são distribuídos em diferentes equipes a cada mês, organizados em uma escala de plantões, desse modo os trabalhadores tripulam os dois tipos de ambulâncias e trabalham na Base Central em determinados setores, enquanto que os Técnicos atualmente são distribuídos apenas nas motolâncias e em algum setor administrativo.

Com relação às condições físicas, na entrada principal encontramos a recepção e as salas das coordenações: médica, de enfermagem, de transporte e a coordenação geral. Em seguida a Central de Regulação que está estruturada em uma sala climatizada, com seis cabines dispostas lado a lado ocupadas pelos Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM), uma ilha dividida em quatro espaços destinada aos médicos plantonistas e a cabine do Rádio operador com os equipamentos que indicam a localização das ambulâncias e motolâncias que estão disponíveis. Durante os dois turnos ficam de plantão oito médicos de especialidades diversificadas, quatro destinados a regulação e quatro às Unidades de Suporte Avançado.

Além disso, encontramos na Base Central o setor de Alto custo que é responsável por guardar e controlar a retirada, troca e manutenção dos equipamentos utilizados nas unidades móveis para reanimação cardiorrespiratória, verificação dos sinais vitais, incubadores neonatais entre outros. Contam ainda com dois *autopulse*,

equipamento de última geração utilizado para massagem cardíaca, entre outros. Tais instrumentos são solicitados e retirados pelos profissionais considerando as necessidades de cada chamado. Devolvendo os equipamentos, quando em menor quantidade, no retorno à Base Central para que possam ser utilizados por outras equipes.

Também se encontra uma farmácia; uma sala para a (o) enfermeira (o) do dia; dormitórios para descanso enquanto aguardam os chamados, com camas, banheiro e que estão divididos por natureza da equipe (enfermeiros, condutores e TARMs ou Médicos e Enfermeiros intervencionistas) e pelo sexo; um auditório (onde esta funcionando temporariamente a Central de Regulação de Leitos); um refeitório com duas mesas amplas, televisão e uma área com cozinha; uma sala com cadeiras, próxima a sala da(o) enfermeira(o) do dia, onde anteriormente ficava a sala antiestresse com televisão e sinuca e agora funciona o Núcleo de Educação Permanente (NEP).

Também fica disponível na central, um mecânico para reparos emergenciais e básicos nas Unidades Móveis e um “faz tudo/zelador” que cuida da manutenção do local (elétrica, hidráulica, etc.). Há também Central de Material Esterilizado (CME), responsável pela descarte de materiais limpos para as ambulâncias, enquanto que a desinfecção foi transferida para o hospital S.I., no local existem bombonas que são deixadas por uma empresa terceirizada onde o lixo hospitalar é descartado e a empresa recolhe e destina adequadamente. Existe também o SAME (Serviço de Atendimento Médico e Estatística); uma sala de monitoramento com câmeras; uma garagem para as USAs, enquanto que as motolâncias ficam em um estacionamento

coletivo da prefeitura (onde fica a Central do SAMU); um almoxarifado; e o DIC - Desinfecção das ambulâncias e macas para casos onde tudo precisa ser higienizado.

3.3 Caracterização do grupo investigado

A amostra foi por conveniência e não probabilística de acordo com a disponibilidade dos entrevistados, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, não havendo restrições quanto ao sexo ou a idade. A amostra foi composta por vinte e quatro participantes, sendo dezoito homens e seis mulheres, que integram as dez equipes entrevistadas.

Para a coleta de dados foram necessárias cinco visitas, para as entrevistas fomos ao local entre os dias 21 de agosto de 2017 até 25 de agosto de 2017; em 23 de novembro de 2017 foi necessário ir novamente para solicitar a coordenação informações sobre o quadro de funcionários; e no dia 15 de janeiro de 2018 retornamos para coletar informações complementares sobre o quadro de funcionários e sobre a instituição. As entrevistas foram realizadas com equipes que tripulam as unidades móveis (USB e USA). Foram excluídos os aposentados, inativos ou afastados por motivos diversos durante o processo de coleta de dados, bem como os que ocupavam outras funções e aqueles que não aceitaram participar.

Tabela 1

Dados sócio-demográficos de 24 profissionais do SAMU

Variáveis		Integrantes das equipes do SAMU	
		(f)	%
Sexo	Feminino	6	25%
	Masculino	18	75%
Idade	20 – 59	24	100%
Cargo	Condutor Socorrista	10	42%
	Enfermeiro	10	42%
	Médico	4	14%
Renda pessoal mensal			
Médicos (as)	R\$ 10.000,00-20.000,00	4	16%
Enfermeiros (as)	R\$ 2.000,00-8.000,00	10	42%
Condutor Socorrista	R\$ 1.280,00-3.000,00	10	42%
Renda familiar mensal			
Médicos (as)	R\$ 12.000,00-25.000,00	4	16%
Enfermeiros (as)	R\$ 4.000,00-20.000,00	10	42%
Condutor Socorrista	R\$ 2.100,00-5.300,00	10	42%
Escolaridade	Primeiro grau completo	1	4%
	Segundo grau completo	8	32%
	Superior incompleto	1	4%

	Superior completo	14	60%
Tempo de Serviço no SAMU			
Médicos (as)	Até 5 anos	2	8%
	Acima de 12 anos	2	8%
Enfermeiros (as)	Até 5 anos	6	24%
	Acima de 5 anos	2	8%
	Não informou	2	8%
Condutor Socorrista	1 – 5 anos	4	16%
	6 – 13 anos	6	24%

No que se refere aos Condutores Socorristas, foram entrevistados dez de um universo de cinquenta e cinco condutores, sendo todos do sexo masculino. Entre eles cinquenta e dois são contratados e três concursados, portanto a maioria não possui estabilidade empregatícia e nem os mesmos direitos legais que são concursados. Entretanto, todos recebem R\$ 100,0 reais por plantão, podem tirar treze plantões e os regidos pelos contratos podem chegar até quinze plantões no máximo. Em cada turno ficam onze condutores de plantão. No momento da coleta não havia nenhum profissional afastado.

Quanto aos Enfermeiros, foram entrevistados dez de um universo de sessenta e dois profissionais, entre eles vinte e seis homens e trinta e seis mulheres. São regidos por contrato cinquenta e cinco e são concursados apenas sete. O valor recebido por plantão é de R\$ 190,0 reais, podendo realizar no mínimo dez plantões pela lei, porém os contratados podem chegar a quinze plantões. Em cada turno

permanecem onze profissionais de plantão. E no momento da coleta de dados apenas duas enfermeiras encontravam-se afastadas por licença maternidade.

No que se refere aos médicos, foram entrevistados apenas quatro de um universo de quarenta e três profissionais, sendo vinte e três homens e vinte mulheres. São contratados quarenta médicos e apenas três são concursados, sendo um deles presente apenas para complementar a carga horária de trabalho do concurso realizando sete plantões no hospital e no SAMU apenas três. Recebem por plantão R\$ 850,0 reais de segunda a quinta-feira e R\$ 930,0 reais de sexta a domingo, o valor diferenciado refere-se ao trabalho nos finais de semana ter um valor mais alto. Permanecem a cada turno oito médicos de plantão. E no momento da coleta de dados dois estavam afastados, um pelo INSS e outra por licença maternidade.

Observamos com tais informações diferenças significativas tanto entre as diferentes categorias profissionais quanto entre os que ocupam as mesmas posições, no que tange salários e estabilidade contratual. Fatos que oferecem diversos pontos a serem analisados, especialmente quanto a valorização profissional, sobrecarga de trabalho e garantias trabalhistas essenciais. Aspectos a serem tratados sensivelmente no capítulo de discussão e resultados.

3.4 Procedimentos e instrumentos

3.4.1 Contatos iniciais e procedimentos éticos

Esse estudo é um desdobramento da dissertação de Felix (2015) sobre o trabalho dos técnicos em enfermagem do SAMU. O projeto da presente Tese foi inserido na Plataforma Brasil em junho de 2016. Recebemos o parecer aprovado em

abril de 2017 (CAAE: 57440516.5.0000.5188). Em posse das autorizações necessárias, foi feita uma reestruturação do roteiro de entrevistas e realizada a coleta de dados em agosto de 2017. No primeiro dia o Coordenador da enfermagem colocou a pesquisadora em contato com a enfermeira do dia para que ela intermediasse o contato com as equipes. Ao concluir cada entrevista os próprios entrevistados indicavam as outras equipes para a continuação da coleta.

As entrevistas foram realizadas em uma sala disponibilizada na central do SAMU, onde a pesquisadora ficava a sós com cada dupla ou o trio, era apresentada à equipe a proposta da pesquisa, questionado os profissionais se de fato concordavam em participar e após concluídas as assinaturas dos TCL, era solicitada a permissão para gravar (ressaltando o caráter voluntário da pesquisa, a liberdade para desistir e a confidencialidade), em seguida dávamos início ao diálogo orientado pelo roteiro de entrevista. Em suma, foram realizadas dez entrevistas considerando a disponibilidade dos profissionais que estavam na central de acordo com a escala no momento da coleta.

3.4.2 Instrumentos para a Coleta dos Dados

3.4.2.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: o TCLE foi entregue em duas vias para leitura e assinatura. Uma cópia permanecia com o entrevistado e a outra com a pesquisadora;

3.4.2.2 Gravadores: Para a gravação dos áudios foi utilizado um aparelho de celular, que permaneceu em “modo avião” evitando interrupções nas gravações;

3.4.2.3 *Questionário sociodemográfico*: foi entregue a cada participante para a coleta de informações como sexo, idade, escolaridade, entre outros, para caracterização da população investigada;

3.4.2.4 *Roteiro de entrevista*: foi elaborado um guia orientador para as entrevistas, com base nos dados encontrados na pesquisa anterior supracitada de Felix (2015), cujos trechos das entrevistas que demonstravam a cooperação no trabalho do SAMU, foram recuperados e utilizados para provocar reflexão nos participantes, em seguida eram feitos questionamentos que iam gerando um diálogo entre os participantes, interrompido pontualmente pela pesquisadora para manter o foco do estudo e para explorar algumas falas com maior profundidade que despertaram interesse.

3.4.3 Entrevista Aberta

Essa escolha metodológica se justifica por se apresentar enquanto via de acesso para nos aproximar dos significados e emoções presentes nas falas dos indivíduos. E permitir aos profissionais a organização e elaboração de seus pensamentos e experiências vividas, adquirindo um caráter que supera a coleta de dados, produzindo as transformações nos seres humanos que o falar permite. O movimento de falar, escutar (a si mesmo e ao outro) e ser ouvido é, de acordo com Dejours (1999), uma maneira potente de pensar, pois nesse processo trazemos a tona o que até então não estava na consciência.

A partir do que foi abordado, foi possível observar como a cooperação se desenvolve no decorrer da atividade de trabalho, seus diversos significados para os trabalhadores envolvidos e como ela permeia as relações interpessoais, com a instituição e com a natureza do trabalho. Desencadeando a tomada de consciência sobre a presença da cooperação a cada detalhe do trabalho e reflexões importantes

sobre as ações realizadas diariamente e sobre a importância de cada integrante da equipe.

3.4.4 Análise de conteúdo temática

A análise de conteúdo adéqua à pesquisa qualitativa, pois seu objetivo principal é compreender e trazer reflexões a partir da fala do outro, das expressões daquilo que sentem e dos significados que constroem a partir de suas experiências. Sendo importante para o processo a empatia entre o entrevistador e o entrevistado. Além disso, essa natureza de análise se faz necessário observar e compreender características individuais, desde aspectos subjetivos às suas histórias de vida e como se relaciona com o contexto ao qual pertence.

Ainda assim, a compreensão é sempre parcial para todos os envolvidos, devido às limitações comuns aos seres humanos no processo de elaborações acerca do que vivem, refletem, expressam através de gestos e palavras, escutam e captam do mundo que os cercam. Tornando primordial a atenção aos os conflitos entre o que é dito, o que é realizado e suas circunstâncias. Assim, a apropriação do que compreendemos vai nos permitir materializá-la para a elaboração da interpretação (Minayo, 2012).

Para Laville e Dionne (1999), no processo de coleta de dados, o pesquisador vai elaborando suas percepções acerca do que está sendo investigado e orienta sua entrevista buscando explorar os aspectos importantes que compõem o fenômeno e que vão surgindo naturalmente ao longo da interação entre entrevistado e entrevistador. Além disso, o pesquisador vai identificando as categorias que vão compor à etapa de descrição e discussão dos resultados encontrados. Com isso, percebe-se que a análise

de conteúdo não possui etapas rigidamente delimitadas, mas que se entrelaçam ao longo de todo o processo da pesquisa.

Como próxima etapa, são escolhidos os rumos que tomados no processo de decomposição dos dados e de sua recomposição, com o objetivo de trazer à luz os significados que compõem o conteúdo. Identificando com isso, os núcleos de sentido que vão compor a análise e compreensão do que está sendo investigado. Portanto, os recortes feitos pelo pesquisador vão orientar o agrupamento dos elementos e determinar a qualidade da análise e das conclusões do estudo, sendo portanto, um momento essencial para a pesquisa (Laville & Dionne, 1999).

Para este estudo, as entrevistas foram pré-analisadas durante o processo de transcrição, organização e leituras iniciais. Simultaneamente os dados foram discutidos e analisado em equipe (eu, o orientador e pontualmente integrantes do nosso núcleo de pesquisas) com o objetivo de enriquecer e dar maior qualidade aos resultados encontrados. Posteriormente foram realizadas leituras aprofundadas para a identificação dos significados e organização das categorias encontradas. Por fim o material resultante foi tratado com base no aporte teórico previamente escolhido, sem desconsiderarmos o uso do que não havia sido previsto, mas que se fez necessário no decorrer da análise. Com essas etapas, realizamos interpretações acerca do todo e buscamos construir resultados relevantes e com suporte teórico adequado.

RESULTADOS

1º ARTIGO

A CONCEPÇÃO DE COOPERAÇÃO DAS EQUIPES DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)

RESUMO

Este artigo tem como objetivo analisar a cooperação no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de uma cidade brasileira sob a perspectiva dos trabalhadores. Suas referências teóricas incluem o debate sobre a cooperação desenvolvido pela Psicodinâmica do trabalho e por alguns autores da Sociologia. O estudo consistiu na realização de entrevistas coletivas com vinte e quatro trabalhadores do SAMU. Os dados foram analisados através da Análise de Conteúdo Temática e os resultados evidenciaram a cooperação como determinante no atendimento no SAMU, visto que trabalhar de forma coordenada tem favorecido a eficácia na prestação do serviço. Pode-se constatar também reflexos no fortalecimento dos vínculos entre os trabalhadores, atenuando a rigidez hierárquica que caracteriza certas organizações de saúde. As trocas de experiências como via para o enfrentamento das situações de urgência e emergência constituem uma prática corrente entre os trabalhadores, reforçando a relevância da cooperação no SAMU.

Palavras-chave: Cooperação, SAMU, Atividade de trabalho, Equipe de saúde, Atendimento de urgência.

RESUMEN

El objetivo de este artículo es realizar un análisis de la cooperación en el Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) de una ciudad brasileña bajo la perspectiva de los trabajadores. Sus referencias teóricas incluyen el debate sobre la cooperación desarrollado por la Psicodinámica del trabajo y por algunos autores de la Sociología. El estudio consistió en la realización de entrevistas colectivas con veinticuatro trabajadores del SAMU. Los datos fueron analizados a través del Análisis de Contenido Temático y los resultados evidenciaron la cooperación como determinante en la atención en el SAMU, ya que trabajar de forma coordinada ha favorecido la eficacia en la prestación del servicio. Es posible constatar también reflejos en el fortalecimiento de los vínculos entre los trabajadores, atenuando la rigidez jerárquica que caracteriza a ciertas organizaciones de salud. Los intercambios de experiencias como vía para el enfrentamiento de las situaciones de urgencia y emergencia constituyen una práctica corriente entre los trabajadores, reforzando la relevancia de la cooperación en el SAMU.

Palabras clave: Cooperación, SAMU, Actividad de Trabajo, Grupo de atención al paciente, Atención ambulatoria.

RÉSUMÉ

Cet article a comme objectif d'analyser la coopération au Service d'Accueil Mobile d'Urgence (SAMU) d'une ville brésilienne du point de vue du personnel hospitalier. Ses références théoriques incluent le débat sur la coopération développée par la Psychodynamique du travail et par certains auteurs de Sociologie. Cette étude est le résultat d'entretiens collectifs de vingt quatre personnes appartenant au SAMU. Les

données furent analysées grâce à l'Analyse de l'Étude du Contenu Thématique et les résultats mirent en évidence le fait que la coopération est un élément déterminant de l'accueil au SAMU, sachant que travailler de manière coordonnée a favorisé l'efficacité dans les services rendus. On a pu aussi constater des réflexes dans le renforcement des liens entre les personnels hospitaliers ce qui atténue la rigidité hiérarchique qui caractérise certaines organisations de santé. L'échange d'expérience comme moyen de faire face à des situations d'urgence constitue une pratique courante entre les personnels hospitaliers renforçant la pertinence de la coopération au SAMU.

Mots clés: Coopération , SAMU , Activité de travail, Équipe de santé, Soins urgents.

ABSTRACT

This article aims to analyze the cooperation in the Mobile Emergency Care Service (SAMU) of a Brazilian city from the perspective of the workers. The theoretical references include the debate on the cooperation developed by the Work Psychodynamics and by some authors of Sociology. The study consisted of holding collective interviews with twenty-four SAMU workers. The data was analyzed through the Thematic Content Analysis and the results evidenced the cooperation as determinant in the SAMU service, since the ability to work in a coordinated way results in the efficiency of the service rendered. There are also reflections on strengthening the bonds between workers, mitigating the hierarchical rigidity that characterizes certain health associations. And experience exchange as a way to improve coping with emergency situations is a common practice among workers, reinforcing the relevance of cooperation in SAMU service.

Keywords: Cooperation, SAMU, Work activity, Patient care team, Ambulatory care.

1. INTRODUÇÃO

Este artigo tem o objetivo de analisar a cooperação no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de uma cidade brasileira, na perspectiva dos seus trabalhadores. As abordagens que deram sustentação a este estudo são: a Psicodinâmica do trabalho, em sua compreensão acerca da cooperação e que se alimenta de conceitos oriundos da Ergonomia da atividade; e a Sociologia, especialmente a partir das contribuições de Philippe Zarifian e Bruno Maggi. Entendemos que, apesar desses autores apresentarem algumas diferenças conceituais, os mesmos não se mostram conflitantes na compreensão da relevância da cooperação no trabalho. Em certo sentido, são posicionamentos que se complementam tendo em vista aproximar-se da complexidade da temática.

A escolha pelo tema cooperação se deu, sobretudo em função do estudo realizado pela primeira autora desse artigo (Felix, 2015) que, ao analisar a atividade de trabalho de técnicos de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), pode perceber o quanto a cooperação é mobilizada na atividade de trabalho e como é responsável por decisões bem-sucedidas no enfrentamento das situações de urgência e emergência.

Também corroborou para tal decisão uma revisão de literatura sobre a cooperação no trabalho em situações de urgência e emergência. Tal revisão, ainda não publicada, foi realizada em maio e junho de 2018, através das bases de dados SciELO; PePSIC; LILACS e Periódicos CAPES. Após as buscas e considerando os critérios sucessivos de filtragem, chegou-se a 10 trabalhos para serem analisados. Tais trabalhos abordaram a cooperação: em equipes multiprofissionais; em equipes de enfermagem; junto a condutores de ambulâncias; em espaços como hospitais; em situações de crise enfrentadas pelos médicos sem fronteiras e em ambulâncias

(Backes, 2012; Cavanellas, 2014; Oliveira, 2014; Waldow, 2014; Pinto & Zambroni-de-Souza, 2015; Ferreira, Dall'Agnol, & Porto, 2016; Vegro, Rocha, Camelo, & Garcia, 2016; Santos, Lima, Pestana, Colomé, & Erdmann, 2016; Rothebarth, Cesário, Lima, & Ribeiro, 2016; Backes & Azevedo, 2017).

Portanto, extrapolando o âmbito estrito do SAMU, o tema da cooperação está presente nas múltiplas situações de trabalho associadas a urgências e emergências, o que reforça a opção por aprofundar tal temática no presente estudo.

Este artigo está estruturado do seguinte modo: inicialmente, faremos uma breve contextualização do SAMU e da missão que lhe cabe no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro; na sequência, situamos as nossas referências teóricas na discussão sobre cooperação; seguem-se a apresentação do método, dos resultados, sua discussão e as considerações finais.

1.1 SAMU 192: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

No Brasil, o SAMU nasceu a partir da implementação da Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violência, instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria 737 (2001). Em 2003 foram publicadas as Portarias 1.863 e a 1.864, referentes à Política Nacional de Atenção às Urgências, que regulamentam a implantação do SAMU-192, suas Centrais de Regulação e os Núcleos de Educação em Urgência em todo o território Brasileiro. Na capital do Nordeste onde essa pesquisa foi conduzida, o SAMU-192, foi implantado somente em 2004. Na ocasião, foram disponibilizadas quinze ambulâncias, doze Unidades de Suporte Básico e três Unidades Avançadas. Antes disso, o atendimento pré-hospitalar era realizado pelo Corpo de Bombeiros, através do Projeto Resgate, que recebia as demandas de

atendimento por meio dos números de telefone 193 e 192 (Seminotti, 2013; Felix, 2015).

A concepção do SAMU brasileiro recebeu influências tanto da Assistência Pré-Hospitalar (APH) francesa quanto das inovações introduzidas pela cidade de Nova York/EUA, no final do século XIX, quando resolveu dotar as ambulâncias de equipamentos para prestação de atendimento pré-hospitalar durante o transporte do paciente (Marques, 2013).

O SAMU é o principal serviço da Política Nacional de Urgências e Emergências e se destina, segundo suas normativas, a fornecer cobertura para casos clínicos, pediátricos, atendimento a vítimas de acidentes de trânsito, afogamentos, choques elétricos, feridos por armas, intoxicações, quedas, infartos, Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), crises convulsivas, traumatismos, crises diabéticas, cirúrgicos, aspectos relacionados a ginecologia e obstetrícia e saúde mental. Tais situações, típicas de atendimento pré-hospitalar, constituem a essência do serviço ofertado pelo SAMU (Portaria 737, 2001; Portaria 2.048, 2002; Seminotti, 2013; Marques, 2013; Felix, 2015).

O SAMU pode ser acionado a partir de uma ligação telefônica para o número 192. A Central atenderá o chamado por meio do Técnico Auxiliar de Regulação que, ao identificar o quadro, transferirá para o Médico Regulador que, por sua vez, dará início ao atendimento, orientando os usuários e a equipe da central quanto às medidas a serem adotadas. Essas orientações podem ser: encaminhar o usuário a um posto médico ou outro serviço de saúde adequado, auxiliá-lo para que realize algumas medidas de primeiros socorros e, se necessário, enviar uma equipe móvel ao local, que pode ser de Suporte Básico da Vida ou uma Unidade de Suporte Avançado (para casos de maior gravidade). Cabe ainda, ao médico regulador,

identificar e alertar os hospitais da rede para garantir a continuidade do atendimento (Portaria 737, 2001; Portaria 2.048, 2002; Seminotti, 2013; Marques, 2013; Felix, 2015).

É importante ressaltar que os meios de transporte e os formatos das equipes do SAMU vão responder às especificidades de cada região e à natureza dos chamados. Por isso temos uma variação de meios de transporte (ambulâncias/viaturas, motos, helicópteros, embarcações etc.). As equipes, por sua vez, vão ser identificadas pelos seus componentes no sentido de que, quando há a presença de um médico, isso significa atendimentos mais graves e que necessitam de intervenções específicas (os meios de transporte também terão à sua disposição aparelhos mais avançados), assim como as equipes compostas sem os médicos vão ser voltadas a atendimentos de menor risco de morte (Portaria 737, 2001; Portaria 2.048, 2002; Seminotti, 2013; Marques, 2013; Felix, 2015).

Quanto à estrutura organizacional, além da base central, o SAMU possui as bases descentralizadas, ou seja, pontos estratégicos da cidade, definidos de acordo com estatísticas de demandas, para que as ambulâncias se distribuam e fiquem mais próximas de um atendimento mais rápido (Felix, 2015).

Os atendimentos podem ser realizados em rodovias, nos centros urbanos e em localidades rurais. O SAMU conta com motolâncias (motocicletas conduzidas por técnicos de enfermagem ou enfermeiros capazes de acelerar o atendimento enquanto aguardam as ambulâncias) e ambulâncias para transporte/apoio, seja de Suporte Básico, seja de UTI móveis (Marques, 2013). Além disso, os atendimentos podem ou não requerer a remoção de vítimas para as unidades de saúde mais adequadas ao tipo de diagnóstico realizado pelos trabalhadores em conjunto com a Central de Regulação.

De acordo com a Portaria nº 1.010 (2012), as Unidades de Suporte Básico da Vida Terrestre (USB) são compostas por dois trabalhadores, um condutor e um técnico auxiliar de enfermagem; as Unidades de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA) possuem três trabalhadores, ou seja, um condutor, um enfermeiro e um médico; a Motolância é conduzida por técnico de enfermagem ou enfermeiro, ambos treinados para conduzir esse tipo de transporte; e o Veículo de Intervenção Rápida (VIR) é composto por um condutor, um médico e um enfermeiro.

A Resolução nº 375/2011 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), implementada no ano de 2015, determinou a obrigatoriedade da presença do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido, assinalando que o técnico em enfermagem não pode atuar sem essa supervisão. Em função disso, as equipes das USB passaram a ter a seguinte configuração: um técnico em enfermagem, um condutor socorrista e um enfermeiro; as USA, por sua vez, passaram a ter em sua equipe um médico, um enfermeiro e um condutor socorrista e, em algumas circunstâncias, um técnico em enfermagem na ambulância ou na motolância.

Os atendimentos na rua consistem em avaliar o quadro do paciente, informando-o na sequência ao médico regulador através do rádio. Este, por sua vez, fornece as diretrizes para o atendimento imediato, indicando em seguida o serviço de saúde para onde o paciente deve ser encaminhando. O atendimento é finalizado com a entrega do paciente ao serviço de saúde indicado pela regulação médica (Sanchez, Rovaris, Moreira, & Grando, 2006).

Os médicos reguladores são responsáveis: pela triagem dos casos que chegam até eles por via telefônica; pelo gerenciamento do processo de atendimento, orientando a equipe móvel e, caso seja necessário, encaminhando o paciente a um

serviço de saúde específico, além de informar os hospitais da rede sobre a chegada do paciente, preparando a equipe hospitalar para a continuidade do atendimento. Os médicos intervencionistas, que compõem a equipe da USA móvel, são responsáveis pelo atendimento em situações de maior gravidade e estão preparados para reanimar e estabilizar o paciente durante o transporte. Os enfermeiros e técnicos em enfermagem seguem nas ambulâncias para atender aos chamados e realizam intervenções não invasivas orientadas pelo médico regulador.

Os condutores das ambulâncias são responsáveis pela chegada da equipe em tempo hábil ao local chamado, bem como devem garantir a segurança da equipe e auxiliar nos procedimentos realizados com os pacientes. Já os condutores das motolâncias são técnicos em enfermagem responsáveis por otimizar os atendimentos mais graves, chegando mais rápido ao local e prestando os primeiros socorros enquanto aguardam a chegada da USA (Sanchez et al., 2006).

Analisando-se o contexto de trabalho no SAMU, verifica-se que há uma interdependência entre as equipes das ambulâncias com os que atuam na base central, assim como com os trabalhadores que acolherão os pacientes nos hospitais indicados, e também com outros serviços como bombeiros, policiais e, inclusive, os próprios usuários que devem, quando possível, colaborar nos atendimentos. Isso porque é essencial que as equipes dos hospitais que receberão e darão continuidade aos atendimentos estejam preparadas para tal, visto que o SAMU é apenas uma parte do processo de assistência aos usuários. Do mesmo modo, em situações de violência/crimes, é necessária a presença da polícia militar ou da polícia rodoviária federal, sem a qual a equipe muitas vezes se encontra impossibilitada de realizar o atendimento em segurança. Já em situações de acidentes, onde há presos em ferragens, incêndios e riscos que necessitam de equipamentos específicos dos

bombeiros, estes precisarão ser acionados. Portanto, o SAMU é um serviço que faz parte de uma rede de assistência à saúde e para funcionar adequadamente depende desses outros serviços e até mesmo, em certas situações, da colaboração dos próprios usuários, atendendo as recomendações da equipe do SAMU. Entende-se por usuários os pacientes, os familiares, pessoas que estejam observando a ação ou passando no momento.

1.2 Contribuições oriundas da Sociologia à discussão sobre a Cooperação

De acordo com Maggi (2006), a cooperação é “a ação coletiva pela qual os sujeitos contribuem para o mesmo resultado” (p. 115). Segundo esse autor, a cooperação não pode ficar restrita às situações de trocas mútuas ou de relações diretas entre os sujeitos, pois é possível contribuir para o mesmo resultado “em tempos diversos, em diferentes lugares, sem comunicação direta” (p. 116). Se o objetivo é definido pelos sujeitos que cooperam, temos nesse caso uma ação espontânea.

Para Zarifian (2009) cooperar “é operar em conjunto, é agir conjuntamente, é trabalhar conjuntamente com várias pessoas” (p. 54). O autor chama atenção para a necessidade de distinguir cooperação de coordenação. Coordenar, por exemplo, é, segundo esse autor, “ordenar o conjunto das atividades, realizá-las segundo uma certa ordem” (p. 54) sem que isso implique passar obrigatoriamente pela cooperação.

A cooperação, segundo Zarifian (2009), implica uma exigência de nível superior à coordenação, ou seja, a de agir em comum com conhecimento de causa. Segundo esse autor, para cooperar “é preciso conhecer-se minimamente, saber o que esperar do outro e reciprocamente e colocar-se de acordo sobre o que se vai fazer junto, sobre o porquê e o como” (p. 55). Seguindo essa linha de pensamento toda

cooperação pressupõe momentos de troca e de discussão, para se colocar de acordo, para se reajustar e para retificar.

Essas trocas podem ocorrer com a presença física das pessoas (reuniões) ou por intermédio de quaisquer meios de comunicação, mas, em todo caso, pressupõem trocas languageiras. Tal fato mostra a profunda relação entre cooperação e intercompreensão. Para cooperar é preciso tender à compreensão recíproca, ou seja, conhecer o outro nas suas intenções, expectativas, desejos, crenças. Com efeito, acrescenta Zarifian (2009), o que “é próprio do trabalho humano é que ele engaja não apenas saberes, mas também uma subjetividade” (p. 55). Cooperar é também partilhar o sentido do que se quer fazer junto o que, por sua vez, vai imprimir orientação ao fazer e, sobretudo, indicar o valor e a importância subjetiva do agir em comum.

Para Maggi (2006) quando vários operadores cooperam eles devem, num dado momento, coordenar suas ações, isto é, organizar numa certa ordem a fim de atender o objetivo final de modo eficaz. Este tipo de intervenção que procede da organização do trabalho é denominado pelo autor de coordenação, pois decidida antecipadamente, e se distingue da coordenação contextual (ou auto-organização) que faz referência ao que se decide ao nível da atividade dos membros da equipe. É este último nível de coordenação e sua confrontação com a coordenação prescrita que interessa mais particularmente a ergonomia.

Embora a cooperação não seja uma questão nova no mundo do trabalho ela assume, nos tempos atuais, uma configuração particular, na medida em que convoca uma cooperação interprofissional. Nesse sentido, Zarifian (2009) afirma que o modelo do ofício foi sempre resistente a esse tipo de cooperação. O ofício sempre constituiu um espaço de cooperação, mas restrito aos limites do ofício. Lançar-se numa

cooperação interprofissional significava colocar em risco o ofício, contribuir para invalidar sua existência, dissolvê-lo na sua identidade. Ao mesmo tempo, o ofício constitui uma linha de demarcação entre os que estão dentro (os membros daquele ofício) e os que estão fora. O autor defende, portanto, a necessidade de abertura dos ofícios, não sua supressão, já que continuam exercendo um papel importante. Tal necessidade de abertura se justifica, entre outras razões, porque o enfrentamento dos eventos (do imprevisível) exige crescentemente a permeabilidade dos ofícios, ou seja, a possibilidade da associação com outros ofícios, ou com os sem ofícios (cada vez em maior número), para ter chances de superação dos eventos.

1.3 A Psicodinâmica do trabalho e a Cooperação

Antes de situar o debate relativo à cooperação na Psicodinâmica do trabalho, faz-se necessário compreender o que ela entende por trabalho tendo em vista que este conceito se constitui como base para os demais. Segundo Dejours (2012a), trabalhar significa preencher a lacuna entre o trabalho prescrito e o trabalho realizado. Consiste, justamente, no acréscimo às prescrições que o sujeito realiza para atingir os objetivos que lhe são confiados. Contudo, apesar da constante mobilização para preencher estas lacunas, o autor aponta que elas nunca serão definitivamente preenchidas, tendo em vista que “sobrevêm, sempre, em todas as situações de trabalho, dificuldades e incidentes, imprevistos” (p. 38).

Apresentam-se, portanto, aos trabalhadores, cotidianamente, as resistências do real do trabalho, ou seja, “tudo aquilo que se apresenta à pessoa que trabalha, provocado pela resistência que o mundo opõe ao domínio técnico” (p. 322). Diante disso, trabalhar significa buscar constantemente, encontrar e até inventar soluções

possíveis para os imprevistos, a partir dos contextos que se apresentam aos trabalhadores (Dejours, 2016).

Para que essas soluções aconteçam, as inteligências precisam ser mobilizadas. “Todos os que trabalham devem mobilizar uma inteligência inventiva, que é parte integrante do trabalho” (Dejours, 2012a, p. 40). E o mais importante, segundo o autor, é que essa inteligência permite o imprevisto e a inventividade. Para Dejours (2012b), o trabalhar é um modo de engajamento dos gestos, dos saber-fazer, da capacidade de refletir, de interpretar e de reagir em diferentes situações. Dejours (2012b) destaca que o trabalho é sempre para alguém, para o outro, uma relação social. Por isso, faz-se necessária a coordenação das inteligências, o que remete à discussão da cooperação.

Para Dejours (1993), a cooperação diz respeito aos laços que os agentes constroem entre si com o objetivo de realizar uma obra comum. A noção de laços pressupõe relações estáveis de intercompreensão, de interdependência e de obrigação. A ideia de construção, por outro lado, remete ao fato de que esses laços não estão dados de antemão, ou seja, não estão prescritos pela organização do trabalho, mas dependem da iniciativa dos sujeitos envolvidos. Obra comum, por sua vez, diz respeito a uma síntese das atividades singulares, da contribuição de cada sujeito à realização do objetivo, dos sentidos construídos coletivamente.

A coordenação das inteligências singulares para atender aos desafios do trabalho real também suscita dificuldades. No âmbito do coletivo, a prescrição de trabalho coletivo concretiza-se na coordenação, ao passo que o trabalho coletivo real toma a forma da cooperação. Dejours (2012b) ressalta que à coordenação (prescrita), os trabalhadores respondem adiantando a cooperação (efetiva). Esse processo de ajustes de parte a parte culmina na formação de regras de trabalho, provenientes de

estabilizações dos acordos entre os membros do coletivo sobre as formas de se trabalhar.

Para chegar a esses acordos coletivos, cada trabalhador se compromete no debate coletivo, a expor suas experiências e contribuições pessoais. Nesse sentido, “as modalidades de trabalho singulares são objeto de um confronto, de uma comparação, de uma discussão coletiva que permite a escolha daquelas mais aceitáveis” (Dejours, 2012b, p. 38). Para tanto, o coletivo precisa levar em consideração, por um lado, o objetivo de eficácia e de qualidade do trabalho e, por outro, o objetivo social. Isso implica, segundo o autor, em um compromisso técnico e social, tendo em vista que “trabalhar não é, em tempo algum, apenas produzir: é também e sempre, viver junto” (p. 38).

A confiança, nesse cenário, também constitui requisito crucial para a cooperação, estando atrelada a exigências de natureza ética. A confiança não diz respeito às relações de amizade entre os trabalhadores, nem tampouco a um sentimento de confiança, mas sim à convicção de que o outro é capaz de realizar um bom trabalho, de guardar os segredos do ofício, de respeitar valores comuns. Isso porque a visibilidade do saber fazer singular no coletivo traz os riscos de expor a engenhosidade, as fragilidades e de revelar os segredos do ofício, permitindo que os demais trabalhadores deles se apropriem. É a confiança que vai oferecer alguma previsibilidade ao comportamento das pessoas, que tenderão a buscar uma congruência entre aquilo que acreditam e o seu comportamento efetivo.

Além disso, o trabalho coletivo permite que as pessoas convivam, compartilhem muitas experiências, o que constitui matéria prima para engendrar confiança entre os partícipes de um coletivo de trabalho (Dejours, 2012b). Para

Dejours (2012b) “a confiança constitui uma das grandes dificuldades do trabalho coletivo” (p. 80).

Nesse sentido, para que a confiança se estabeleça, faz-se necessário que haja muito debate no coletivo. A existência de espaços de discussão, formais e informais, também é essencial para a cooperação, pois as inovações produzidas pelos trabalhadores precisam ser discutidas coletivamente, considerando seus benefícios e limitações, na perspectiva de se tornarem estáveis no processo de trabalho e progressivamente integrarem a tradição do coletivo de trabalho ou do próprio ofício. Essas discussões oferecem segurança aos trabalhadores na realização de suas atividades e no desenvolvimento e aquisição de novas competências (Dejours, 2012b).

No interior desses espaços de discussão, realiza-se uma atividade normativa fundamental ao desenvolvimento das atividades. As arbitragens operadas com o objetivo de coordenar as diferentes atividades e inteligências singulares podem possibilitar ao coletivo encontrar, a partir do debate dos diferentes e heterogêneos modos operatórios, aqueles que trazem mais vantagens à cooperação, bem como rejeitar os que lhe são prejudiciais. É nesse processo que são eliminados ou então incorporados e estabilizados os desvios à norma, promovendo mudanças nas regras de trabalho. Cabe destacar que as construções e reconstruções elaboradas pelos trabalhadores decorrem do enfrentamento dos conflitos que permeiam a atividade coletiva e individual. Por sua vez, essas transformações coletivas do trabalho real acabam exercendo grande influência sobre as construções subjetivas (Dejours, 2012b).

A cooperação remete a rituais de civilidade, respeito e reciprocidade, o que exige dos trabalhadores a capacidade de gerir conflitos, dialogar e agir em direção aos objetivos comuns. Por essa razão, os acordos são essenciais e devem ser construídos em torno dos objetivos coletivos, o que envolve esforços de compreensão

mútua e de reciprocidade, pois é por meio da comunicação que se conhece o outro e suas competências, fortalecendo a confiança e consequentemente a cooperação. Para Dejours (2012b), “a deliberação permite lograr um *consensus* sobre o que convém fazer, de uma parte, sobre o que deve ser proscrito, de outra” (p. 81).

Essa atividade de deliberação é o que conhecemos por trabalhar junto que, por sua vez, é responsável pela definição de regras de trabalho, de acordos normativos articulados por consenso ou arbitragem, o que torna evidente a importância dos espaços de deliberação, nos quais essas decisões poderão ser mantidas e renovadas. Tais espaços não são apenas os formais, previstos pela organização, mas também os informais (Dejours, 2012b; 2015).

Embora as práticas de gestão atuais do mundo do trabalho busquem a desarticulação dos espaços de deliberação e de solidariedade e promovam a competição e a insegurança (Dejours, 2007), a cooperação ainda pode surgir, ser renovada e até aperfeiçoada pelos próprios trabalhadores, possibilitando que cada indivíduo se perceba importante no coletivo.

2. MÉTODO

2.1 Locus da pesquisa

A pesquisa de campo foi realizada nas instalações do SAMU de uma capital do Nordeste brasileiro, na sua base central. Na cidade existem 24 bases, 64 municípios a serem atendidos e uma Central de Regulação que atende 1.800.000 mil habitantes (Felix, 2015). Na base investigada, existem quatro USAs, duas USBs e uma equipe de motolâncias. As demais viaturas ficam distribuídas nas bases descentralizadas.

2.2 Participantes

A amostra foi por conveniência e não probabilística e de acordo com a disponibilidade dos entrevistados, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. Participaram do estudo 24 trabalhadores que se distribuem em 10 equipes do SAMU. Dessas equipes, seis tripulam as Unidades de Suporte Básicas (USB) e quatro as Unidades de Suporte Avançadas (USAs). As USBs são compostas por um/a enfermeiro/a e um condutor e as USAs por um(a) enfermeiro(a), um condutor e um(a) médico(a). É importante destacar que a Psicodinâmica do trabalho nos serviu exclusivamente como base teórica pertinente ao tema cooperação e, por essa razão, os procedimentos metodológicos do presente artigo não seguem estritamente a metodologia proposta por Dejours.

Os profissionais do SAMU, tanto os que ficam na base central quanto os que tripulam as unidades móveis se identificam como participantes de uma única equipe, porém para fins do trabalho propriamente dito, as escalas, construídas mensalmente pela hierarquia, distribuem os trabalhadores em grupos menores. Nesse caso, é possível encontrar na equipe tanto trabalhadores que estão alocados na base central, quanto aqueles que tripulam as unidades móveis.

Para fins dessa investigação, optou-se por entrevistar coletivamente as equipes das unidades móveis (USB e USA) com base nessa organização das escalas de trabalho. Foram excluídos os aposentados, inativos ou afastados por motivos diversos, além dos que ocupavam outras funções e os que não aceitaram participar da pesquisa. A entrevista coletiva mostrou-se oportuna neste estudo por ter permitido observar a dinâmica de cada equipe durante as entrevistas, gerando um material relevante para a interpretação posterior dos dados. Foi também possível perceber, por essa via metodológica, as demonstrações de afeto, de cuidado entre os participantes,

além de registrar as trocas de olhares e a forma integrada como respondiam aos questionamentos, complementando a linha de pensamento uns dos outros. A entrevista coletiva proporcionou uma maior aproximação com o modo como trabalham na rua, já que não foi possível, por não se mostrar viável e contrariar as regras do SAMU, realizar observações *in loco*.

2.3 Instrumentos

Para realização da pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos:

- *Questionário sociodemográfico*: aplicado com o objetivo de coletar informações como sexo, idade, escolaridade, para caracterização da população investigada;
- *Roteiro de entrevista semiestruturado*: elaborado a partir de dados produzidos pela pesquisa de Felix (2015), com o intuito de investigar diversos ângulos da cooperação na atividade de trabalho das equipes. A entrevista foi escolhida por permitir uma maior aproximação às vivências subjetivas dos participantes da pesquisa. A fala possui o poder de organizar o pensamento, provocar reflexões acerca da atividade e reelaborar as experiências, tornando visível o que não se pode alcançar através da pura observação do trabalho (Dejours, 1992). As temáticas abordadas no roteiro foram: o que pensam os trabalhadores acerca da cooperação em seu trabalho no SAMU; em que situações percebiam como mais ou menos necessária a cooperação; o que favorecia e o que desfavorecia a cooperação no trabalho; e, por fim, o que distingue o SAMU dos demais serviços de saúde. No presente artigo, tratamos apenas dos materiais que emergiram a partir da primeira questão do roteiro.

2.4 Procedimentos

Inicialmente o projeto dessa pesquisa foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa de uma Universidade Pública localizada na cidade onde o estudo foi realizado. Posteriormente, entrou-se em contato com a gerência do SAMU para organizar a realização das entrevistas. Ao final de cada entrevista, os próprios trabalhadores indicavam outras equipes a serem entrevistadas. No total, foram realizadas dez entrevistas coletivas, tendo participado de cada entrevista dois a três trabalhadores, contabilizando no total 24 trabalhadores participantes desta pesquisa.

Todas as entrevistas foram realizadas em uma sala reservada para essa finalidade. Inicialmente apresentava-se a proposta da pesquisa e depois solicitava-se a participação dos trabalhadores, apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a assinatura do TCLE, os participantes preenchiam o questionário sociodemográfico e, em seguida, tinha início propriamente a entrevista coletiva. Os entrevistados comentaram livremente, com intervenções pontuais da pesquisadora (a primeira autora desse estudo conduziu as entrevistas), no sentido de não desviar o foco e ampliar para questões oportunas que surgissem ao longo das entrevistas.

As entrevistas buscaram provocar reflexões e discussões acerca da cooperação. Inicialmente foram apresentados trechos de falas de técnicos em enfermagem do SAMU retirados da pesquisa de Felix (2015), que ilustravam situações de cooperação no trabalho das equipes móveis do SAMU e, a partir delas, os trabalhadores eram convidados a refletir, discutir e se posicionarem frente aos questionamentos sobre a cooperação no trabalho. Por se tratar de um roteiro semiestruturado, houve abertura para a incorporação de outras temáticas relacionadas ao tema cooperação, surgidas durante as discussões.

2.5 Análise de conteúdo temática

Para análise dos dados construídos na pesquisa, recorreremos à análise de conteúdo temática, tal como proposta por Laville e Dionne (1999). Essa via de análise possibilitou uma interpretação sistemática dos relatos dos participantes do estudo. Segundo os autores, essa análise “consiste em desmontar a estrutura e os elementos do conteúdo para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação” (1999, p. 214). Optou-se pelo recorte de conteúdo a partir de temas, ou seja, selecionaram-se trechos dos depoimentos segundo suas similaridades, compondo na sequência os chamados núcleos de sentido.

Os critérios para definição das categorias foram a presença dos temas e a sua relevância para a compreensão do objeto como um todo. Na seção em que os resultados da pesquisa são apresentados e discutidos, as falas dos participantes aparecerão ora individualmente; ora inseridas em um diálogo coletivo. A cada fala do diálogo, será indicado um número entre parênteses que corresponde ao participante da pesquisa e a inicial que representa sua categoria profissional M (médico), E (enfermeiro) e C (condutor).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta sessão está organizada da seguinte forma: primeiro faremos uma apresentação dos participantes da pesquisa e na sequência a apresentação das categorias temáticas que emergiram a partir da análise dos dados, a saber: Atividade deontica; Fazer junto: Cooperação e confiança; e Experiência da prática.

3.1 Caracterização dos participantes

Participaram das entrevistas seis mulheres e 18 homens. A maioria (16 participantes) tinha entre 20 e 39 anos. Quanto à distribuição das funções nas equipes, 10 eram condutores, 10 eram enfermeiras(os) e quatro eram médicos. Quanto ao tempo de serviço, verificou-se que, entre os médicos, o mínimo de tempo de trabalho no SAMU foi de três anos, enquanto entre as enfermeiras(os) esse tempo variou entre um a quatro anos e entre os condutores entre um a cinco anos.

No que se refere aos médicos, foram entrevistados quatro de um total de quarenta e três que atuavam no momento da pesquisa, sendo vinte e três homens e vinte mulheres. Desse total, 40 médicos são contratados e apenas três são concursados. Os médicos, contratados através de processo seletivo baseado na análise de currículos, são regidos por contrato de trabalho por tempo determinado, enquanto que, no caso dos concursados, a inserção no serviço público se deu mediante concurso público, havendo garantia de estabilidade no emprego. No caso dos servidores concursados na cidade investigada, estes chegam ao SAMU transferidos de outros setores da administração pública, já havendo cumprido estágio probatório.

Os médicos, tanto os contratados quanto os concursados, recebiam em 2017 por plantão R\$ 850,00 de segunda a quinta-feira e R\$ 930,00 de sexta a domingo. O valor dos plantões nos finais de semana e feriados é mais elevado tendo em vista atrair os médicos para trabalhar durante dias que seriam de folga, segundo relatos dos entrevistados. Esses valores são considerados elevados para a realidade onde a pesquisa foi desenvolvida, levando-se em conta que eles recebem por um plantão de 12 horas o equivalente a quase o valor do salário-mínimo mensal brasileiro. Permanecem a cada turno oito médicos de plantão. No momento das entrevistas, dois médicos estavam afastados.

Quanto às (os) enfermeiras(os), foram entrevistadas(os) 10 de um total de 62, sendo 26 homens e 36 mulheres. São regidos por contrato 55 enfermeiros e apenas sete são concursados. O valor recebido por plantão era de R\$ 190,00. Os concursados podem realizar até dez plantões. Não obstante, os contratados podem chegar a quinze plantões. Em cada turno permanecem onze trabalhadores de plantão.

Entre os condutores socorristas, foram entrevistados dez de um total de 55 condutores, sendo todos do sexo masculino. Desse total, 52 são contratados e três são concursados, do que se pode concluir (assim como nas outras categorias) que a maioria não possui estabilidade empregatícia e nem os mesmos direitos legais daqueles que são concursados. Todos recebiam R\$ 100,00 reais por plantão, podendo tirar 13 plantões e os regidos pelos contratos podem chegar até 15 plantões. Em cada turno, permanecem onze condutores de plantão. No momento da coleta de dados, não havia nenhum profissional afastado.

Verifica-se uma predominância do sexo masculino na amostra e na população, especialmente entre os médicos e condutores, enquanto que as seis mulheres entrevistadas são enfermeiras. Na enfermagem observou-se uma predominância feminina, dado que está relacionado ao papel cultural associado à mulher, que na saúde é encarregada do cuidado e por promover alívio ao sofrimento (Kergoat, 1996; Felix, 2015).

Verificamos diferenças significativas no que diz respeito a salários e estabilidade contratual. Tais evidências apontam para uma desvalorização profissional e para a falta de garantias trabalhistas essenciais, colocando os trabalhadores, especialmente os regidos por contrato, em uma posição de grande vulnerabilidade. Tal realidade é semelhante à que constata Verde, Bernardo e Büll (2013) no qual os profissionais de saúde estão submetidos a vínculos frágeis de contratação, sem

estabilidade no serviço. Esse cenário, de acordo com Campos (2007), é resultado do contexto histórico que acompanha o desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil, construída em torno do conflito entre um movimento sanitário voltado à construção de um sistema nacional de saúde e partidos políticos alinhados a uma visão neoliberal que, refletindo os interesses privados, buscavam a criação de um modelo de saúde liberal-privatista.

A partir da análise dos dados, verificou-se que as diferenças entre gênero e vínculos empregatícios não apresentaram no presente estudo, implicações negativas nas relações de cooperação no SAMU. A cooperação vem justamente tentar superar as deficiências do serviço em decorrência da precarização. Destaca-se que este pode ser um ponto a ser aprofundado em estudos futuros.

3.2 A cooperação na atividade de coletivos de trabalho do SAMU

Com base nas falas dos trabalhadores acerca da cooperação no trabalho, foi possível identificar elementos que ressaltam a cooperação como uma situação em que há responsabilidades compartilhadas e diálogo quanto ao que fazer na realização da atividade. Assim veremos a seguir as condições efetivas para que a cooperação exista e se mantenha nos coletivos de trabalho, por eles denominados de equipes. Nesse sentido, utilizamos em alguns momentos do texto a expressão equipe por entender que se constitui como parte da linguagem dos próprios trabalhadores.

3.2.1 Atividade deontica

A cooperação no SAMU surge como uma condição para o desenvolvimento da atividade, pois exige: ações coordenadas baseadas em deliberações; intensa comunicação verbal e não verbal; e construção de regras de trabalho. Desenvolve-se

assim, de forma contínua, uma expressiva atividade deôntica, como afirma Dejours (2012b), baseada na mobilização da vontade dos trabalhadores, levando-se em conta a complexidade do trabalho. Verificamos que as decisões no SAMU são tomadas, em geral, através do diálogo coletivo que possibilita a escolha das modalidades de trabalho mais aceitáveis dentro de cada situação que vivenciam e dos imprevistos que se apresentam, gerando, portanto, os acordos normativos daquele coletivo. Disso decorre que as ações daqueles coletivos se apresentam com sincronia e fluidez, o que é possível evidenciar na fala a seguir:

(...) independente de quem esteja naquele momento ali, ele já sabe o que tem que ser feito. Então a cooperação existe naturalmente. (E.1)

Os trabalhadores têm clareza quanto ao objetivo do Serviço e demonstram que os acordos normativos instituídos no coletivo devem prevalecer, sempre que possível, no processo de tomada de decisão. Esses acordos construídos nos coletivos de trabalho do SAMU têm como referência os objetivos a serem atingidos, assim como a reciprocidade e o respeito nas relações intersubjetivas. Constitui-se assim um ambiente para trabalhar junto, através de deliberações formais e informais, tendo em vista uma obra coletiva a realizar.

É uma ação conjunta (...) a gente vai para uma determinada finalidade. A gente está em consenso e tenta resolver a problemática no momento. (E5) – (...) a cooperação é o X da questão pra coisa funcionar. Se não tiver cooperação, o serviço não anda. Se um depende do outro (...) tem que ter cooperação (...) uma equipe funcionando, é harmonia. Um ajuda o outro. (...) Apesar de cada um ter sua função diferente (...). (M5)

Tais falas evidenciam o que Maggi (2006) afirma a respeito da cooperação. Para esse autor a cooperação consiste em coordenar as ações, mesmo diante de

diferentes funções, com o intuito de atender o objetivo final de modo eficaz. Dejours (2012b) também destaca que as estabilizações de acordos no coletivo são imprescindíveis para a eficiência do trabalho, e que estes devem levar em consideração os diferentes modos operatórios singulares, com vistas a selecionar e admitir os que trazem vantagens ao coletivo.

Trata-se, no caso do SAMU, de um trabalho complexo, no qual, tarefas distintas precisam se articular em torno de uma finalidade comum. Para tanto, é necessário que os trabalhadores sejam capazes de se comunicar adequadamente, buscando antecipar as ações uns dos outros e os disfuncionamentos possíveis, tendo como condição principal a liberdade para agir na resolução de problemas e no processo de tomada de decisões.

Desse modo, é possível articular e sincronizar as diferentes atividades, compreendendo que existe uma interdependência entre eles. Ainda que cada trabalhador tenha uma formação específica e obrigações diferentes, a participação no coletivo de trabalho coloca em evidência a necessidade de complementariedade, de tal modo que cada um possa trabalhar em benefício do conjunto e especialmente dos usuários (Dejours, 2012b; Sennett, 2012).

(...) Não saio da minha zona de conhecimento para interferir na do colega (...)
(...) porque eu sei fazer isso e o colega não pode fazer (...). É uma coisa mútua. (E5). – *(...) eu como condutor quando chego na ocorrência, realmente, eu sei já o que eu tenho que fazer (...). (M5)*

O diálogo apresentado anteriormente corrobora o que defende Dejours (2012b) no sentido de que para a cooperação existir é preciso que haja confiança entre os membros do coletivo de trabalho. As falas sinalizam que a confiança, a cooperação e a competência técnica são cruciais para o desenvolvimento da atividade.

Vale acrescentar que o SAMU não se resume aos coletivos que vão para as ruas para realizar atendimentos, mas engloba também os trabalhadores que fazem a regulação nas bases central e descentralizadas. Além disso, o SAMU se articula com trabalhadores de outras instâncias, como as equipes de saúde dos hospitais, o corpo de bombeiros e a polícia. Configura-se, assim, uma rede de trabalhadores interdependentes e essenciais para a prestação desse serviço à população.

Embora a cooperação seja um elemento crucial à atividade das equipes entrevistadas, ela também surge na interação com os outros trabalhadores mencionados. Diretamente com os que atuam na Central de Regulação, mas também com aqueles que trabalham na Base Central, renovando estoques de insumos, cuidando da manutenção de equipamentos e das ambulâncias e, especialmente, com as equipes dos hospitais, com bombeiros ou policiais, dependendo de cada ocorrência. Os relatos abaixo dão conta desse trabalho em rede:

(...) tanto eu preciso dele como ele precisa de mim, e nós precisamos também não só de quem está ali na hora da ocorrência, mas também da Central de Material Esterilizado, das pessoas que estão ali fazendo a limpeza dos materiais (...). É tudo uma equipe (...), a gente não consegue fazer nada sozinho. (...). (E8)

(...) muitas vezes também a gente depende de outra equipe do SAMU (...). Se for um desastre em massa, vão mais de duas (...), vai bombeiro, vai polícia, vai Polícia Rodoviária Federal, vai tudo. Então a gente não depende só do SAMU (...). (M6)

A esse respeito, Maggi (2006), destaca que a cooperação não pode ficar restrita às situações que envolvem relações diretas e imediatas entre os membros da equipe, mas também com outros que podem contribuir para o mesmo resultado em

tempos diversos, em diferentes lugares, sem comunicação direta. Além disso, e mesmo que não conste nos protocolos, a cooperação dos usuários também é necessária ao trabalho do SAMU, especialmente na conjuntura atual, em que todo o efetivo de técnicos de enfermagem foi demitido, o que implicou em aumento considerável na carga de trabalho dos trabalhadores remanescentes.

Portanto, além da cooperação do próprio paciente, em muitas circunstâncias, a equipe necessita recorrer a quem está observando ou transitando no local, auxiliando a equipe a mover o paciente, entre outras tarefas. E quando não há ninguém que possa ajudar, os trabalhadores se desdobram para realizar o atendimento na tentativa de reduzir a defasagem da equipe. Os relatos abaixo dão conta dessa realidade:

Quando é uma ocorrência na rua, a gente chama a família para ajudar, porque não tem como você fazer um procedimento de três só com dois. (...) Ficou crítico, porque tem protocolo que tem que ter no mínimo três, e só tem um pra fazer. (C7). É, está desfasado (E7). – (...) Sobrecarregou muito (...). (C7) – Mas a gente tem que se virar com o que tem né. (...). Então a gente desenrola. A gente chama alguém na rua, ou alguém da família e a gente vai se virando, mas que é de necessidade máxima ter três é, com certeza. (E7)

Observa-se nessa fala anterior que situações de precarização do trabalho, decorrentes da redução do quadro de profissionais no SAMU, terminam por exigir dos coletivos uma nova configuração e mobilização para fazer frente ao trabalho real. Esse movimento nos coletivos termina por sobrecarregar os membros, que precisam de uma mobilização ainda maior para fazer cumprir os acordos normativos vigentes.

Dejours (2012b) também afirma que, no mundo do trabalho contemporâneo, observa-se um aumento considerável de problemas de saúde entre os trabalhadores que se traduzem pelo agravamento das patologias de sobrecarga de trabalho. Há o

risco de, segundo o autor, as relações humanas se empobrecerem. Em se tratando do SAMU, os dados apontaram que, a despeito desta situação desfavorável, o coletivo ainda consegue se reconfigurar e pensar em outras estratégias para dar conta da atividade de trabalho. Mas também nos dá indicação de que esse cenário tem gerado sobrecarga aos trabalhadores, o que pode trazer comprometimentos à saúde destes.

De acordo com Sennett (2012) é através da comunicação e do conhecimento do outro que se constrói a cooperação. No contexto de trabalho do SAMU, a comunicação surge como um componente essencial da cooperação, pois é preciso saber lidar com situações complexas, com conflitos e diferenças pessoais na realização das atividades. Portanto, é preciso ser capaz de se comunicar através de palavras e de gestos. Tal comunicação prospera e se sofisticava com a experiência da prática, com o fortalecimento dos vínculos de confiança, com as trocas de conhecimentos e, especialmente, no viver juntos, seja em espaços formais ou informais. Com isso, os trabalhadores conseguem otimizar e sincronizar suas ações, como pode ser constatado nos relatos a seguir:

*Como eu trabalhava muito com ***** (referindo-se a uma médica), ela não precisava nem falar, eu já sabia o que fazer. Eu só olhava e a pessoa já desenrolava. É diferente de um médico novato que entra e você nem sabe nem como ele age. Com C1 a gente já sabe, porque ele tem mais tempo aqui. (E1) – Muitas vezes um olhar de um para outro, já sabe o que o outro está querendo (...). Aqui há muitos tipos de ocorrência passando mal, e quando a gente chega lá esse passando mal pode ser uma parada. (...). Então, um olhar a gente já sabe qual vai ser a conduta de cada um na ocorrência. (C1)*

Diante disso, fica evidente que, partindo da perspectiva dos trabalhadores do SAMU, a comunicação é um componente básico da cooperação, com destaque para a

comunicação não verbal que, em determinadas situações, é a única viável. Acerca disso, Zarifian (2009) destaca que a cooperação necessariamente pressupõe trocas linguageiras, das mais diferentes ordens. Para que ela se efetive, deve haver compreensão recíproca, ou seja, conhecer o outro nas suas intenções, expectativas, desejos, crenças.

Observa-se também que, para que essa sincronia ocorra, é preciso que haja confiança construída no coletivo de trabalho. A confiança e a lealdade são indissociáveis, como afirma Dejours (2012b), e, no caso específico do SAMU, a convivência cotidiana e a experiência obtida pelo coletivo ao longo do tempo, contribuem significativamente na consolidação desta confiança. O autor aponta que “as ligações entre os indivíduos são fundadas na experiência dividida do real do trabalho” (p. 95).

Além disso, tal prática favorece a criação de vínculos entre os colegas de trabalho, fortalecendo as relações de amizade e tornando as posições hierárquicas menos relevantes durante as ações. O relato a seguir ilustra essas afirmações:

Quando você já tem uma vivência maior com determinada enfermeira, condutor e médico também, a ocorrência flui sem nem a gente ter que estar falando (...). (M6)

Pode-se perceber a importância que tem essa integração entre os trabalhadores no sentido de ultrapassar as barreiras que o real do trabalho impõe ao desenvolvimento da atividade, o que corrobora com o entendimento de Caroly e Barcellini (2016) quando afirmam que o trabalho coletivo “é a maneira como os operadores e as operadoras irão mais ou menos cooperar de forma eficaz e eficiente em uma situação de trabalho” (p. 56).

Dentre os vários recursos que podem favorecer o trabalho coletivo, destaca-

se a sincronização operatória, ou seja, a coordenação entre os operadores da atividade coletiva que se concretiza na divisão das tarefas e na sua organização temporal. Essa coordenação nunca é completamente predeterminada (pela organização do trabalho), mas sim co-construída pelos parceiros, o que pressupõe a dimensão comunicacional. Tais características estão presentes na fala dos participantes quando destacam que, quanto maior é o tempo em que trabalham juntos, melhor conseguem desenvolver essa sintonia comunicacional, que ultrapassa a comunicação verbal.

Antes mesmo de chegar ao local do atendimento, a equipe requisitada já procura antecipar a situação com a qual vai se defrontar. Essa busca de antecipação está ancorada tanto na experiência prática quanto nos protocolos oficiais. É da articulação desses dois registros que se constrói cooperativamente o cenário a ser enfrentado e as atividades que virão na sequência. Além de otimizar o serviço, tal esforço reflete o engajamento e a confiança existente na equipe. Trata-se assim de entrar em sintonia e oferecer segurança para o atendimento a ser realizado. Essas buscas de antecipação se apresentam assim como a base sobre a qual as prescrições poderão ser ajustadas para abordar de forma adaptada à realidade. Tais situações estão ilustradas nas falas a seguir:

(...) a gente sai e já vai comentando: o que é que a gente tem que fazer. (...). Tem médico que quando ele sabe qual é o tipo de ocorrência, ele já vai dizendo: E6, a gente vai precisar disso e disso, já deixe pronto aí. (...). Então, é sincronizado. (...) para antecipar o que a gente tem que fazer. (...) e a gente faça o mais rápido possível. (C6). - Assim, a gente praticamente já tem o ritmo normal né, principalmente quando já tem vários anos de SAMU (...). (M6).

Diante disso, percebe-se que os espaços de deliberação no trabalho do SAMU beneficiam o serviço e principalmente os trabalhadores que, diante dos imprevistos, podem ajustar as prescrições e alcançar melhores resultados, com segurança e apoio de seus pares. Para Dejours (2012b), cooperar implica nos debates sobre as diferentes formas de se fazer determinado trabalho. Assim, os espaços de deliberação informais são lugar de “reajustamento, da sintonia fina, ou ainda de interpretações coletivas das ordens constitutivas da coordenação” (Dejours, 2012b, p. 85).

Segundo acentuam Backes (2012), Ferreira e colaboradores (2016), Oliveira (2014), Pinto e Zambroni-de-Souza (2015) e Rothebarth e colaboradores (2016), Sennett (2012) e Waldow (2014), a cooperação é sinônimo de qualidade nos resultados alcançados, mas também fonte de solidariedade e reciprocidade entre os trabalhadores, tal como confirmam as falas a seguir.

(...) Você tem que improvisar, em algumas situações. (...). Então, assim, a minha experiência eu passo pra ele em algumas coisas, tanto como ele passa pra mim. Então, a gente é em conjunto, para o serviço andar bem e ter sucesso na ocorrência né, que a prioridade é a vida do paciente, então a gente tá fechado. (C10)

Percebe-se nas falas que os trabalhadores mobilizam a partir dos imprevistos, suas inteligências inventivas em busca das soluções mais adequadas a partir dos contextos em que se encontram. Para Dejours (2012b), essa inteligência é que possibilita o imprevisto e a inventividade. Nesse sentido, esses improvisos são adotados com vistas a dar conta do trabalho real e de suas complexidades.

3.2.2 Fazer junto: cooperação e confiança

A categoria *Fazer junto* remete à questão da confiança entre os trabalhadores. O trabalhar envolve ajustar as prescrições à realidade e para que exista cooperação é importante que os trabalhadores se sintam seguros o suficiente para tornar visíveis ao coletivo de trabalho os seus saber-fazer, revelando seus truques, afastamentos e aproximações das prescrições, num clima de solidariedade, aprendizagem coletiva e mutualidade. Logo, a confiança precisa repousar na certeza de que o outro é capaz e adota uma postura ética.

Além disso, as modalidades horizontal e vertical da cooperação devem acontecer de forma articulada. Os pares devem encontrar condições para cooperar entre si e com a hierarquia, tendo em vista a singularidade do serviço e a vulnerabilidade em que transita. Portanto, no que se refere aos trabalhadores, não são exigidos vínculos de amizade entre as pessoas, pois o que importa é a confiança no trabalho do outro e na sua conduta ética de priorizar o sucesso das ações para além das diferenças individuais.

Logo, os trabalhadores podem cooperar mesmo que não exista uma relação de amizade, contanto que ofereçam qualidade ao trabalho realizado e inspirem confiança para participar do compartilhamento dos segredos do ofício. Dejours (2012b) denomina esse fenômeno de força pacificadora do trabalho, na medida em que as demandas do fazer solicitam que os trabalhadores estabeleçam ligações de cooperação com indivíduos com os quais não se tem relação de amizade. O autor destaca que “posso trabalhar com uma pessoa que não gosto pela única razão de reconhecer-lhe competências no registro do fazer. O que conta não é o amor, mas a estima e a confiança em relação ao respeito comum às regras do trabalho” (p. 96). Tal como o C1 destaca a seguir:

Acontece muitas vezes, essa questão como ela falou do santo não bate em algumas pessoas, (...), mas eu tenho onze anos no SAMU, a maioria do pessoal aqui não tem essa questão do santo não bater, porque quando tá na ocorrência todos passam a ser profissionais e passam a ter um só objetivo que é o paciente que tá ali necessitando do atendimento. (C1)

Ou seja, embora os vínculos afetivos auxiliem a cooperação, o trabalho possui um poder pacificador ao permitir que os indivíduos cooperem mesmo sem afinidades em particular, pois a cooperação, como aponta Dejours (2012b), depende principalmente do atendimento a certas exigências éticas.

Nos momentos de maior gravidade e complexidade, a cooperação surge como uma condição para o trabalho bem-feito, tanto por exigir mais dedicação dos trabalhadores à ocorrência, como pela necessidade dos trabalhadores de intensificar seus esforços físicos, cognitivos e afetivos, a fim de dar conta da demanda. Tais assertivas corroboram os achados de Backes, (2012), Backes e Azevedo, (2017), Cavanellas, (2014), Rothebarth e colaboradores (2016), Santos e colaboradores (2016) e Vegro e colaboradores (2016), que retratam em seus estudos a cooperação enquanto uma demanda essencial para a realização do trabalho em saúde, especialmente em situações de maior complexidade que exigem uma intensa mobilização das equipes, como podemos constatar nos relatos a seguir:

Por exemplo, uma parada cardíaca, onde todos atuam na ocorrência (...) a ausência ou a não atuação de um levará ao fracasso da ocorrência. Então todos são importantes de fato. (M1) – E até quando a gente está na USB, que pega coisa de USA, e aumenta o número de socorristas na ocorrência, e tudo parece que se torna mais fácil, né. (...). Sempre tem que ter esse entrosamento (...). (E1)

Observa-se, portanto, que nos momentos de cooperação, especialmente diante de casos mais graves, a hierarquia é amenizada, sendo a prioridade o atendimento ao paciente. Nessas situações os trabalhadores não vão atuar restritos exclusivamente às expectativas formais, mas buscando contribuir com as atividades dos demais membros do coletivo de trabalho, seja através de sugestões ou ações práticas, que considerem tanto o paciente quanto a segurança da equipe. É o que se observa nas falas a seguir:

Às vezes a gente está tendo uma visão e o condutor mais de fora vê também outra e termina que um diálogo né, ele diz isso aqui é melhor, dessa forma é melhor e a gente entra (...) em comunhão e termina dando certo. Então há sim essa conversa e esse diálogo. E tanto com o condutor como com o médico. (E2)

Aqui o trabalho é em equipe, (...), todo mundo já sabe mais ou menos o que já vai fazer. É bem sincronizado, (...) E nós nos complementamos. (E4)

Esses achados corroboram com Dejours (2012b), na medida em que o autor destaca que para o viver junto no trabalho, é imprescindível e prioritária a vontade de trabalhar e de “labutar em uma obra comum que mobiliza a formação de ligações entre os indivíduos” (p. 95), o que consiste na deontologia do fazer.

Tais características diferenciam esse serviço de outros serviços de saúde, a exemplo do que é oferecido nos hospitais. Enquanto o ambiente hospitalar dispõe, em geral, de mais recursos e possui uma divisão hierárquica mais rígida, as equipes tendem a ser fragmentadas, dificultando a cooperação e a solidariedade tanto horizontal quanto vertical (Backes, 2012; Backes & Azevedo, 2017; Cavanellas, 2014). Na ambulância, a necessidade de mobilização da inteligência inventiva e, portanto, do imprevisto é mais comum e necessário do que no hospital, e para isso a

relação de confiança é essencial, bem como a mobilização em torno do objetivo comum. Esse aspecto pode ser verificado nos depoimentos a seguir:

Quando você está na ambulância é diferente de você estar dentro de um hospital, onde você tem um recurso muito maior. Então, às vezes, dentro da ambulância você precisa improvisar, precisa usar a sua experiência para resolver uma situação (...). (M1)

A gente também não pode demorar muito no local. Tem que pegar o paciente, tem que fazer o máximo ali (...) e não conseguiu vai para o hospital, onde tem dez para ajudar. (C7). – E é um lugar fechado, que não tem população olhando (...). Eu acho que a cooperação aqui é melhor, porque aqui são dois, lá são vários. (...) com vários é mais difícil (...). Eu acho que aqui, eu e outra pessoa, querendo ou não, entre tapas e beijos, é mais fácil. (E7)

Os relatos aqui apresentados corroboram os estudos de Backes (2012) e Backes e Azevedo (2017), quando afirmam que se por um lado, enfrentar o trabalho real implica em se perceber vulnerável ao outro, por outro lado, essa relação de complementariedade contribui na estabilização do coletivo de trabalho. Segundo Dejours (2012b), o real do trabalho se deixa conhecer pelo sujeito por sua resistência aos procedimentos, aos saber-fazer, à técnica, ao conhecimento. Nesse sentido, as situações ordinárias de trabalho não podem ser solucionadas a partir da justaposição de experiências e inteligências singulares, mas sim, da coordenação dessas inteligências.

3.2.3 Experiência da prática

Esta categoria retrata a importância de compreender a cooperação a partir da perspectiva da atividade de trabalho. O saber-fazer e a experiência da prática se constroem a partir das demandas que emergem da situação real vivida pelos trabalhadores (Dejours, 2012a). Os sujeitos se encontram, então, em uma posição de confronto entre sua formação, os protocolos orientadores e a singularidade de cada atendimento. O coletivo de trabalho, por meio da cooperação, poderá oferecer o discernimento necessário para resolver os dilemas que surgem do confronto entre as exigências formais e aquelas da atividade, beneficiando-se com o acréscimo de novas competências, fortalecendo também os vínculos entre os indivíduos.

A experiência da prática que resulta da familiaridade dos trabalhadores com os dilemas do trabalho real, permite a realização das atividades de trabalho com mais naturalidade, precisão e confiança. O tempo de convívio com os colegas promove, por outro lado, a confiança no trabalho do outro e a criação de vínculos. As falas destacadas a seguir ilustram tais afirmações:

A gente na base tem um bom tempo de serviço. Então a gente já é automático (...), né parceira? (C4) – Realmente é muito bom trabalhar em equipe. (...) todo mundo se ajuda. (E.4)

Como se pode observar nas falas, a atividade de trabalho consiste em preencher as lacunas entre o prescrito e o real, enfrentando as variabilidades que surgem no decorrer das situações de trabalho, realizando aquilo que é possível e lidando com as frustrações do que não pôde ser feito (Dejours, 2012a). Diante disso, o coletivo de trabalho do SAMU possibilita a troca de conhecimentos, o desenvolvimento de competências e habilidades e a cooperação surge nesse contexto ampliando o sucesso da ação (Dejours, 2012b; Backes, 2012; Ferreira et al., 2016;

Oliveira, 2014; Waldow, 2014; Pinto & Zambroni-deSouza, 2015; Rothebarth et al., 2016).

Desse modo, os trabalhadores buscam, a caminho dos atendimentos, antecipar alguns cenários que podem encontrar e assim vão definindo suas ações, o máximo possível, a partir de um consenso, articulando e trocando conhecimentos que podem vir a ser úteis no processo de tomada de decisão.

Enquanto ele médico vai pensando na situação dos afazeres, das atribuições estritas médicas (...) eu vou pensando numa situação de como eu vou encontrar o paciente, quais são as prioridades, já vou separando qual o material (...). Enquanto isso, o condutor está preocupado com o trânsito (...). Obviamente a gente se completa (...). (E3)

A gente já vai no caminho imaginando a cinemática lá no trauma, imaginando tudo, a forma que o paciente/vítima pode estar lá. Aí vem a forma da abordagem. (...) a gente vai já discutindo o que é que vai ser feito pra essa ocorrência ter um sucesso. (C10)

A esse respeito, Dejours (2012b) ressalta que os diálogos, obtidos no coletivo por meio dos espaços de discussão formais e informais, contribuem para firmar os compromissos em torno dos acordos na atividade, o que implicará no desprendimento de cada trabalhador individualmente, em prol de fazer valer os compromissos assumidos no debate coletivo.

Outro dado a ser destacado é que, tal como Backes (2012) e Oliveira (2014) encontraram em seus estudos, a integração de novatos à dinâmica do SAMU provoca certa desestabilização na equipe, mas se mostra essencial para a formação dos trabalhadores recém-contratados. Nesse sentido, pode ser uma fonte de crescimento coletivo, visto que os trabalhadores precisam refletir sobre suas práticas para ensinar

aos novatos, bem como se deparam com novas possibilidades de atuação provocadas por quem teve um contato mais recente com a aprendizagem formal. Portanto, essa variabilidade é um estímulo para a aquisição de novas habilidades e competências para todos. Tais aspectos estão demonstrados no trecho a seguir:

Até que é um problema de certa forma quando entra um novato, por isso que o novato vai acompanhando sempre alguém antes. Eu já fui pra ocorrência que estava um condutor pegando (...) a gente vai explicando mais para ele ir entendendo. Já fui com o médico tomando conhecimento comigo. (...) realmente a gente precisa explicar mais. (M6)

Em suma, considerando as categorias apresentadas, pode-se dizer que os trabalhadores entrevistados demonstraram que a cooperação é um recurso essencial no seu trabalho, tornando-se problemático quando alguém da equipe se recusa a cooperar. Consideramos que a cooperação é parte fundamental da atividade no SAMU, pois reforça os vínculos entre as equipes, beneficiando a saúde física e mental dos trabalhadores e o serviço que oferecem à comunidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que foi abordado, foi possível verificar como a cooperação se concretiza no decorrer da atividade de trabalho das equipes do SAMU e os seus diversos significados para os trabalhadores envolvidos. Assim, o trabalhar junto é de fato uma atividade deôntica (Dejours, 2012b), por meio da qual são produzidas regras de trabalho que vão sustentar as decisões coletivas.

A cooperação surge como uma exigência da atividade, oferecendo ferramentas aos trabalhadores para que possam articular as diferentes atribuições de cada membro da equipe, gerenciar conflitos e disfuncionamentos, resultando em um

trabalho de qualidade. As deliberações coletivas são uma prática comum para esses trabalhadores, que encontram nesse recurso a confiança necessária para colocar em prática seus saberes elaborando conjuntamente regras de trabalho.

Outra especificidade do SAMU é que a cooperação vai além da equipe que tripula a ambulância, abarcando os trabalhadores que estão nas bases centrais, descentralizadas, nos hospitais, os bombeiros, policiais e até os próprios usuários. Portanto, é um trabalho bem distinto dos demais serviços de saúde e que exige mobilização e implicação entre todos os envolvidos no processo.

Nesse contexto, a cooperação acontece na relação entre os pares e entre estes e a hierarquia, não havendo um distanciamento pronunciado das funções ocupadas, especialmente quando diante das situações de trabalho. Constata-se, nesse sentido, a construção efetiva de um coletivo de trabalho, no qual os trabalhadores depositam uns nos outros a confiança no que se refere ao objetivo comum.

A comunicação de qualidade também aparece e ocupa uma posição central para a cooperação, pois é através dela que a confiança se estabelece e que os indivíduos podem construir juntos, novas possibilidades de atuação, reavaliar os protocolos, fazer ajustes, enfrentar as variabilidades, compartilhar suas experiências e seus saber-fazer.

A aprendizagem também se opera de forma coletiva, sendo gerada na ação e pela ação. Diante disso, pode-se dizer que a cooperação resulta no fortalecimento dos vínculos construídos entre os trabalhadores, beneficiando de forma objetiva e subjetiva a qualidade dos atendimentos.

Por fim, com os resultados apresentados, esperamos contribuir para a compreensão da cooperação no trabalho e seus benefícios para a organização de

trabalho, bem como oferecer maior visibilidade ao serviço prestado pelo SAMU, de tanta relevância social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Backes, J. C. (2012). *Paradoxos do trabalho em equipe em um CTI-pediátrico: entre procedimentos, sofrimento e o cuidado* (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Brasil.
- Backes, J. C., & Azevedo, C. S. (2017). Os paradoxos do trabalho em equipe em um Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico (CTI-Pediátrico): explorando as articulações psicossociais no trabalho em saúde. *Interface*, 21(60), 77-87. doi: 10.1590/1807-57622015.0875
- Barthe, B., & Queinnec, Y. (1999). Terminologie et perspectives d'analyse du travail collectif en ergonomie. *L'année psychologique*, 99(4), 663-686.
- Campos, G. W. S. (2007). O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 1865-1874. doi: 10.1590/S1413-81232007000700009.
- Caroly, S., & Barcellini, F. (2016). O desenvolvimento da atividade coletiva. In P. Falzon (Org.), *Ergonomia construtiva* (pp. 55-72). São Paulo: Blucher.
- Cavanellas, L. B. (2014). *Os desafios do cuidado em situações-limite: as dramáticas da atividade no trabalho humanitário e na emergência hospitalar* (Tese de Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Brasil.
- Conselho Federal de Enfermagem. (2011). *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. Retirado de http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3752011_6500.html
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: um estudo de psicopatologia do trabalho* (A. I. Paraguay & L. L. Ferreira, Trans.). São Paulo: Cortez – Oboré.
- Dejours, C. (1993). Coopération et construction de l'identité en situation de travail. *Futur Antérieur*, 16(2). Retirado de <http://www.multitudes.net/Cooperation-et-construction-de-l/>
- Dejours, C. (2007). *A banalização da injustiça social* (L. A. Monjardim, Trad.). Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Dejours, C. (2012a). *Trabalho Vivo I: Sexualidade e Trabalho* (F. Soudant, Trad.). Brasília: Paralelo 15.
- Dejours, C. (2012b). *Trabalho Vivo II: Trabalho e Emancipação* (F. Soudant, Trad.). Brasília: Paralelo 15.
- Dejours, C. (2015). *Le choix, souffrir au travail n'est pas une fatalité*. Montrouge: Bayard.
- Dejours, C. (2016). Organização do trabalho e saúde mental: quais são as responsabilidades do Manager? In K. B. Macêdo, J. G. Lima, A. R. D. Fleury, & C. M. S. Carneiro (Orgs.). *Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar* (pp. 317-331). Goiânia: PUC Goiás.
- Felix, Y. T. M. (2015). *Análise da atividade dos técnicos em enfermagem do SAMU* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.
- Ferreira, G. E., & Dall'Agnol, C. M., & Porto, A. R. (2016). Repercussões da proatividade no gerenciamento do cuidado: Percepções de enfermeiros. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20(3). doi 10.5935/1414-8145.20160057

Pinto, F. M., & Zambroni-de-Souza, P. C. (2015). A atividade de trabalho de motoristas de ambulância sob o ponto de vista ergológico. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 40(131), 49-58. doi <http://dx.doi.org/10.1590/0303-765700007611>

Portaria nº 737 (2001, 16 de maio). Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário oficial da União, nº 96, Brasília-DF. Retirado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html

Portaria nº 1.010 (2012, 21 de maio). Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília-DF. Retirado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html

Portaria nº 1.863 (2003, 29 de setembro). Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília-DF. Retirado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html

Portaria nº 1.864 (2003, 29 de setembro). Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. Brasília-DF. Retirado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html

Portaria nº 2.048 (2002, 5 de novembro). Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

Brasília-DF. Retirado de <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/Portaria-2048-2002-Regulamento-T%C3%A9cnico-dos-Sistemas-Estaduais-de-Urg%C3%Aancia.pdf>

Kergoat, D. (1996). *Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho*. In M. J. Lopes, D. Meyer, & V. Waldow (Orgs.), *Gênero e Saúde* (pp. 14-27). Porto Alegre: Artes Médicas.

Laville, C. A., & Dionne, J. (1999). *Construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Belo Horizonte: UFMQ.

Maggi, B. (2006). *Do agir organizacional: um ponto de vista sobre o trabalho, o bem-estar, a aprendizagem*. São Paulo: Blucher.

Marques, A. M. A. (2013). *Condições e Organização do Trabalho das Equipes do SAMU/RMF: riscos e agravos daqueles que trabalham contra o tempo* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Brasil.

Oliveira, A. P. (2014). *Percepções de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário sobre a integração de estagiários na equipe* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Rothebarth, A. P., Cesário, J. B., Lima, L. P. S., & Ribeiro, M. R. R. (2016). O trabalho em equipe na enfermagem: da cooperação ao conflito. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 07(02), 521-534. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5555895.pdf>

Sanchez, R. H., Rovaris, M., Moreira, M., & Grando, J. (2006). *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Manual publicado pelo Núcleo de Educação em Urgência (NEU) da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina*. Santa Catarina: NEU.

Retirado

de

samu.saude.sc.gov.br/arquivos/apostila_do_samu_santa_catarina.pdf

- Santos, J. L., Lima, M., Pestana, A., Colomé, I., & Erdmann, A. (2016) Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(1), 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.50178>
- Seminotti, E. P. (2013). “QRD À BASE SAMU”! *Etnografia de um serviço de urgência: O SAMU – João Pessoa/PB* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.
- Sennett, R. (2012). *Juntos: os rituais, os prazeres e a política da cooperação* (C. Marques, Trad.). Rio de Janeiro: Record.
- Verde, F. F., Bernardo, M. H., & Büll, S. (2013). Trabalho e precarização na saúde pública. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 3(1), 19-31. Retirado de <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1125/816>
- Vegro, T. C., Rocha, F. L. R., Camelo, S. H. H., & Garcia, A. B. (2016). Cultura organizacional de um hospital privado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), 1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.49776>
- Waldow, V. R. (2014). Cuidado Colaborativo em Instituições de Saúde: a enfermeira como integradora. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2(4), 1145-1152. doi: 10.1590/0104-07072014001840013
- Zarifian, P. (2009). *Le travail et la compétence: entre puissance et controle*. Paris: Presses Universitaires de France.

2º ARTIGO

CONDIÇÕES PARA A COOPERAÇÃO NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo analisar as condições que possibilitam a cooperação na atividade de trabalho desenvolvida no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O SAMU se apresenta como um serviço importante para a sociedade, tendo em vista que intervém diretamente na diminuição de mortes por acidentes ou adoecimentos que exigem atendimento imediato. Nesse serviço, a cooperação constitui um diferencial no sucesso das intervenções realizadas, razão pela qual tornou-se o foco do presente estudo. Utilizou-se como alicerce teórico para este estudo, a Psicodinâmica do Trabalho e a Ergonomia da Atividade. Trata-se de um estudo qualitativo, baseado em entrevistas coletivas, guiadas por um roteiro de questões. Estas entrevistas foram analisadas a partir da análise de conteúdo temática. Foram realizadas 10 entrevistas coletivas com 10 equipes do SAMU. Ao total, participaram do estudo XX trabalhadores. Pode-se concluir que a cooperação só é possível, de acordo com os relatos dos entrevistados, graças aos vínculos construídos entre os trabalhadores ao enfrentar juntos a realidade do trabalho e compartilhar suas singularidades em benefício da equipe e dos objetivos desejados.

Palavras-chave: Trabalho; Serviços Médicos de Emergência; Cooperação no trabalho.

ABSTRACT

This article aims to analyze the conditions that allow cooperation in the work activity developed in the Mobile Emergency Care Service (SAMU). SAMU presents itself as an important service for society, since it intervenes directly in reducing deaths due to accidents or illnesses that require immediate care. In this service, cooperation is a differential in the success of the interventions performed, which is why it became the focus of the present study. The theoretical foundation for this study was the Psychodynamics of Work and the Ergonomics of Activity. This is a qualitative study, based on press conferences, guided by a script of questions. These interviews were analyzed based on thematic content analysis. There were 10 press conferences with 10 SAMU teams. In total, XX workers participated in the study. It can be concluded that cooperation is only possible, according to the interviewees' reports, thanks to the bonds built between workers when facing the reality of work together and sharing their singularities for the benefit of the team and the desired objectives.

Keywords: Cooperation; SAMU; Job.

1. INTRODUÇÃO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) se caracteriza por levar a assistência pré-hospitalar para a população, em situações de urgência e emergência, oferecendo resgate e assistência especializada em casos de acidentes ou quadros clínicos que necessitem de assistência imediata, salvando muitas vidas e promovendo bem-estar social. Esse serviço é essencialmente coletivo, tendo em vista que sua dinâmica está diretamente relacionada ao funcionamento da rede que constitui o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) e também da articulação dos trabalhadores

que compõem as equipes das ambulâncias. Para tanto, contam com os profissionais que atuam: na base central, nos hospitais para onde os atendidos são encaminhados e em outros serviços, como polícia, corpo de bombeiros, entre outros que se apresentem como necessários diante das demandas de cada atendimento. Diante dessa complexidade de relações para o desenvolvimento da atividade, a cooperação emerge como um aspecto determinante para o SAMU, tanto interna quanto externamente (Felix, 2015; Dejours, 2011).

Apesar de se observar que, em se tratando do campo da saúde, muitas vezes as prescrições tendem a ser voltadas para as áreas específicas, contribuindo de alguma forma com a fragmentação do trabalho, identifica-se que, nos serviços de emergência, como o SAMU, as demandas da atividade levam os trabalhadores à necessidade e ao desejo de cooperar, particularmente quando a atividade é intensa e desgastante (Felix, 2015; Dejours, 2011). Partindo deste pressuposto, este artigo tem por objetivo analisar as condições que possibilitam o desenvolvimento da cooperação na atividade de trabalho no SAMU.

Para tanto, nos basearemos na discussão teórica sobre a cooperação presente na Ergonomia da Atividade e na Psicodinâmica do Trabalho. Sua estrutura, portanto, parte da apresentação de conceitos teóricos que nortearam todo o estudo, seguida de uma revisão de literatura acerca do trabalho no SAMU; e logo depois da descrição do método, discussão e análise dos dados.

1.1 A Dimensão coletiva do trabalho e a cooperação

Observando-se a realidade do trabalho na atualidade, identifica-se que, no âmbito organizacional, o grupo constitui um recurso de estabilidade, servindo de apoio aos seus integrantes, tanto para o enfrentamento de situações complexas do trabalho, quanto para dar suporte às questões pessoais dos seus integrantes. Nesse contexto, o trabalho cumpre um papel essencial, pois é através dele que a sociedade se estrutura, se desenvolve e evolui. Aqui reafirmamos a centralidade (subjéctiva) do trabalho, considerando que o trabalho é transformador para o ser humano, pois através dele o sujeito encontra meios de expressão subjéctiva, de aprimoramento de si, de interferência no contexto que o cerca e na própria vida. Portanto, através do trabalho as pessoas constroem sua existência e o mundo do qual fazem parte (Morin & Aubé, 2009; Dejours, 2012b).

No que se refere à dimensão coletiva do trabalho, as pessoas se reúnem em volta de um ou vários propósitos comuns, o que as leva a se relacionarem, cooperarem e oferecerem reciprocidade e solidariedade. Nesse sentido, o trabalhar vai além de executar ações previamente estabelecidas, pois dependerá do contexto e das relações construídas entre os trabalhadores. Por sua vez, é a partir do trabalho coletivo que se desenvolve a atividade coletiva o que envolve, por sua vez, uma sintonia entre os indivíduos no que se refere ao trabalho a realizar, e representa um importante aspecto para a saúde e para o desempenho dos trabalhadores (Leclerc, 1999; Dejours, 2012; Falzon, 2016).

Diante disso, é importante destacar que as organizações precisam oferecer espaços capacitantes e autonomia aos trabalhadores, para que sejam capazes de tomar decisões e agir em benefício dos objetivos determinados sem sacrificar sua

saúde e segurança. Desse modo torna-se possível gerenciar as variabilidades que surgem no confronto do trabalhador com o real da atividade e desenvolver, nesse processo, novas habilidades e competências (Athayde, 1996; Falzon, 2016; Caroly & Barcellini, 2016).

A atividade coletiva, portanto, representa um compromisso de natureza estratégica, onde o pensamento está voltado à resolução de problemas diversos, por meio da mobilização de uma inteligência astuciosa e multidimensional, que permite ao trabalhador gerenciar os tempos individuais, da produção e da sociedade. É atividade coletiva que também possibilita aos trabalhadores encontrar o equilíbrio entre os objetivos individuais e coletivos com os objetivos da organização (Athayde, 1996; Falzon, 2016).

De acordo com Dejours (2012), a construção do coletivo de trabalho está baseada na cooperação. Além disso, este coletivo está ancorado no estado potencial de cada trabalhador, na mobilização de sua inteligência inventiva, nas suas habilidades, engenhosidades e na superação das diferenças individuais tendo em vista uma dinâmica coletiva. Dessa maneira, enquanto o coletivo é pensado principalmente como um recurso para a saúde, o trabalho coletivo se volta a eficácia das ações coletivas (Caroly & Barcellini, 2016).

A cooperação exige que as pessoas desenvolvam e exerçam a capacidade de entender e de acolher o outro para assim agir juntos. Entretanto, esse é um processo delicado, que traz consigo ambiguidades e limitações, podendo ser muitas vezes incompatível com o mundo do trabalho atual, que se baseia na competição e na desarticulação da solidariedade entre os trabalhadores (Dejours, 2012).

Dos recursos sociocognitivos que beneficiam o trabalho coletivo, pode-se dizer que a *Sincronização Operatória* é um recurso essencial, pois permite que na divisão das tarefas, os trabalhadores coordenem suas atribuições para que funcionem de forma complementar e fluida. Favorece ainda que os trabalhadores possam se comunicar de maneira eficaz tanto verbalmente, como através de gestos para que possam lidar com o real da atividade, sem se ater exclusivamente as prescrições, mas encontrando novos modos de fazer, desenvolvendo competências e habilidades e, sobretudo, chegando aos melhores resultados, preservando ainda a saúde e a segurança dos trabalhadores (Caroly & Barcellini, 2016).

Há ainda a *sincronização cognitiva*, onde conhecimentos comuns são construídos a partir de experiências vividas coletivamente; mantidos e desenvolvidos; esses conhecimentos oferecem aos trabalhadores a possibilidade de gerenciar a complementariedade de suas atividades individuais. Esses conhecimentos são divididos por Caroly e Barcellini (2016) em dois tipos principais para o trabalho em equipe, são eles a construção de um *Referencial Operativo Comum* (ROC) e a *Consciência da Situação*.

No que se refere ao ROC, os trabalhadores vão juntos elaborar e transformar em conhecimentos duradouros, regras técnicas, instrumentos, procedimentos e representações funcionais sobre a atividade, que servirão de guia e regulação da atividade coletiva, assim como serão capazes de dar conta dos disfuncionamentos e dos riscos na atividade (Caroly & Barcellini, 2016).

Já a *Consciência da Situação* ou *Awareness*, refere-se ao estado do processo, ou seja, o andamento e estado atual da tarefa na qual todos os trabalhadores estão engajados e a consciência da contribuição de cada um para a realização tarefa. Ela é

construída pelo coletivo no qual os indivíduos tornam visíveis uns aos outros seus modos individuais de trabalhar e suas condutas, seu modo de seguir e se afastar das regras, em uma relação de troca e reciprocidade. Essa consciência se baseia, em desenvolver a capacidade de captar durante a realização da atividade em cooperação, as práticas utilizadas por cada integrante da equipe no enfrentamento das urgências e riscos de sua atividade individual, de modo que possam regular suas ações em função dos demais (Dejours, 2012; Caroly & Barcellini, 2016).

O reconhecimento tem também um importante papel nesse processo de favorecimento da cooperação, pois é dele que se alimenta a mobilização subjetiva. Esse reconhecimento é baseado em julgamento *de beleza*, oferecido pelos pares, e *de utilidade*, proferido por gestores e clientes, ambos voltados ao trabalho realizado e a pessoa em si. O reconhecimento traz sentido ao sofrimento vivido no confronto com as resistências do real do trabalho, transitando do sofrimento ao prazer (Dejours, 2012).

Nesta perspectiva, é importante, para a cooperação, que os indivíduos conheçam e compreendam o modo de trabalho de cada um, o que exige confiança recíproca. A confiança na lealdade dos colegas e da chefia, nas ordens técnica, psicológica e ética. Ao dar visibilidade aos colegas do seu saber-fazer, o trabalhador se torna vulnerável ao outro, expondo toda a sua engenhosidade, falhas, imperícias e distanciamento das regras, abrindo-se à possibilidade de que esse conhecimento seja usado para prejudicá-lo (Dejours, 2012).

Uma vez atendidos os critérios de visibilidade do *modus operandi* e éticos de confiança, poderão ser criados novos modos operatórios pelo coletivo. Para tanto, serão necessários debates que discriminem aquilo que o coletivo acredita ser útil à

cooperação (Dejours, 2012). Frente ao que foi dito, pode-se dizer que trabalhar junto é uma atividade deôntica, ou seja, uma atividade de deliberação, pois as regras de trabalho são construídas em acordos normativos através do *consenso ou da arbitragem*, promovendo estabilização no trabalho coletivo e orientações comuns a todos. Quando as regras de trabalho se estabilizam e passam a ser transmitidas aos novos integrantes do coletivo, se tornam regras de ofício (Dejours, 2012).

Essas regras abrangem o real do trabalho e o viver junto. Assim, a convivência é inseparável da cooperação, pois os espaços formais e informais dão continuidade um ao outro. Nos espaços formais encontram-se as ordens oficiais e as prescrições; nos informais, são efetuados os reajustes, caracterizando-se enquanto espaço de sintonia fina, onde o prescrito será interpretado coletivamente (Dejours, 2012).

Logo, para avaliar o trabalho coletivo, é preciso considerar a importância dos espaços de liberdade para deliberar, agir, reagir e conviver. É essencial analisar a experiência do trabalho em sua face invisível, através da observação dos espaços de deliberação coletiva, a forma como os trabalhadores acolhem o que cada membro do coletivo tem a dizer e oferecer, bem como o respeito aos acordos e arbitragens. Então, em uma condição saudável, a cooperação depende da mobilização subjetiva de cada agente do coletivo de trabalho, que vai construir, ajustar e gerenciar a atividade de trabalho e do reconhecimento (Dejours, 2012).

1.2 A Cooperação em situações de urgência e emergência

Em pesquisa bibliográfica feita nas plataformas SciELO; PePSIC; LILACS e Periódicos CAPES, buscando-se pelas palavras chaves Cooperação, Saúde, Trabalho e Coletivos de Trabalho, encontrou-se um universo de 1.690 estudos, dos quais restaram apenas 15 considerando os critérios de inclusão/exclusão respeitando a temática tratada no presente estudo. Os estudos empíricos encontrados sobre cooperação em situações de urgência e emergência foram realizados principalmente no ambiente hospitalar (Backes & Azevedo, 2017; Rothebarth, Cesário, Lima, & Ribeiro, 2016; Ferreira, Dall’Agnol, & Porto, 2016; Santos, Lima, Pestana, Colomé, & Erdmann, 2016; Vegro, Rocha, Camelo, & Garcia, 2016; Oliveira, 2014; Waldow, 2014; Verde, Bernardo & Büll, 2013; Backes, 2012). Encontramos também um estudo com condutores de ambulâncias (Pinto & Zambroni-de-Souza, 2015) e outro comparando o trabalho dos médicos sem fronteiras com o trabalho no hospital (Cavanellas, 2014). Apesar de termos encontrado estudos importantes na área da saúde discutindo cooperação, observa-se que a maioria deles se situa no âmbito hospitalar e não encontramos estudos que abordassem o SAMU propriamente.

O ambiente hospitalar possui uma infraestrutura bem distinta da que pode oferecer um serviço de urgência e emergência como o SAMU. Além do mais verifica-se naquele um maior grau de especialização e fragmentação da equipe. Backes (2012) e Backes e Azevedo (2017) identificaram em seus achados que, devido a organização do trabalho no hospital, as equipes se organizam em suas respectivas categorias profissionais, a exemplo das reuniões da equipe médica que corriqueiramente excluem a enfermagem e apenas pontualmente admitem a participação de algum outro profissional.

Entretanto, nos momentos de urgência, os coletivos se mobilizam, cooperam, realizando ajustes, fazendo acordos, articulando suas ações para oferecer a melhor e mais eficaz assistência aos pacientes. Nesse caso, ainda que o trabalho em equipe possua sua complexidade e contradições, o objetivo comum exige cooperação, provocando nos profissionais o desejo de cooperar e a necessidade de ajustar as prescrições contribuindo ativamente para a realização e transformação da atividade (Backes & Azevedo, 2017).

As situações-limite (países em conflito, acidentes, tragédias naturais etc.) e de urgência e emergência hospitalar, impulsionam as equipes a superar suas diferenças individuais para a realização do trabalho. Entretanto, Cavanellas (2014) observou que, em virtude da natureza das situações-limite, há uma maior proximidade entre a equipe, o que favorece a criação de laços afetivos. Isso ocorre porque nesses espaços tanto a equipe quanto os recursos disponíveis são limitados, fazendo com que os riscos sejam significativamente maiores e mais graves para a equipe.

No hospital o modelo de hierarquização das relações de poder, exerce maior controle sobre os indivíduos, redundando em certa rigidez ao trabalho. Mesmo assim, os trabalhadores apresentam valores e práticas organizacionais permeados pela cooperação e pelo objetivo comum de atingir qualidade no serviço e o bem-estar dos pacientes (Vegro, Rocha, Camelo & Garcia, 2016).

Fora do ambiente hospitalar, as equipes dependem ainda mais do auxílio de cada membro do coletivo para superar as limitações físicas e estruturais em benefício de todos. O trabalho precisa acontecer de forma articulada e harmônica, o mais possível. Para tanto são imperativos o diálogo e uma boa relação entre a equipe e os usuários. Nesse esforço coletivo, os indivíduos conseguem desenvolver novas

competências, encontrar solidariedade entre os colegas e promover o bem comum da equipe e dos pacientes (Pinto & Zambroni-de-Souza, 2015).

Diante disso, compreende-se que os profissionais precisam constantemente, em sua rotina de trabalho, mobilizar suas inteligências, superar suas diferenças e enfrentar os imprevistos de modo criativo e articulado. As equipes multidisciplinares, especialmente as que fazem atendimentos fora do ambiente hospitalar, precisam estar abertas para acolher o outro em suas questões e necessidades, não apenas no que diz respeito aos pacientes e seus familiares, mas também seus colegas de trabalho.

2. MÉTODO

O presente artigo teve o objetivo de analisar as condições que possibilitam a cooperação na atividade de trabalho desenvolvida no SAMU. Tendo maior visibilidade do contexto em que esses trabalhadores atuam, podemos dimensionar as implicações subjetivas e objetivas da cooperação em suas ações diárias e nos resultados do serviço prestado.

2.1 Participantes

Os participantes foram selecionados por conveniência e de acordo com a disponibilidade para participar voluntariamente da pesquisa. Foram realizadas cinco visitas para a realização das entrevistas que abrangeu os trabalhadores que tripulam as unidades móveis (USB e USA). Foram excluídos da pesquisa: aposentados, inativos ou afastados durante o processo de coleta, os que ocupavam outras funções e os que não aceitaram participar.

No total, aceitaram fazer parte da pesquisa 24 participantes, número que representa 10 equipes móveis do SAMU, constituindo-se seis equipes das Unidades de Saúde Básica (compostas por um(a) enfermeiro(a) e um condutor) e quatro das Unidades de Saúde Avançada (compostas por um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a) e um condutor).

2.2 Instrumentos

Para fins desta pesquisa foram utilizados como instrumentos o questionário sociodemográfico e o roteiro de entrevista. O primeiro foi entregue a cada participante para a coleta de informações como sexo, idade, escolaridade, entre outros, para caracterização da população investigada. Já o roteiro, foi elaborado um guia orientador para as entrevistas, com base nos dados encontrados na pesquisa de Felix (2015) tendo como principais temas: o que pensam os trabalhadores acerca da cooperação em seu trabalho no SAMU; em que situações percebiam como mais ou menos necessária a cooperação; o que favorecia e o que desfavorecia a cooperação no trabalho; e, por fim, o que distingue o SAMU dos demais serviços de saúde. No presente artigo, tratamos dos materiais que emergiram a partir da última questão do roteiro.

2.3 Procedimentos de coleta de dados e cuidados éticos

Inicialmente o projeto foi submetido a Plataforma Brasil e aprovado (CAAE: 57440516.5.0000.5188). Após esta aprovação, foram iniciadas as entrevistas. Todas as entrevistas foram realizadas em uma sala reservada com cada equipe. O

primeiro contato foi intermediado pela enfermeira do dia e os demais foram conseguidos com as próprias equipes que ao final indicavam a que poderia ser a próxima.

No ato das entrevistas era apresentada a proposta da pesquisa e solicitada a participação na pesquisa, apresentando-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a ser lido e assinado. Só então iniciávamos a entrevista propriamente dita, com as questões disparadoras do diálogo.

As perguntas constantes no roteiro foram lidas para os entrevistados que responderam livremente e de forma coletiva, com intervenções da pesquisadora com o objetivo de manter o foco e aprofundar questões importantes que surgiram ao longo das falas.

Desse modo, no processo de diálogo que se constituiu nas entrevistas, foi possível observar a dinâmica de cada equipe, as relações de reciprocidade e confiança ao tratar de suas percepções sobre o trabalho e a organização; a forma como coletivamente compreendem a cooperação e como ela aflora nos momentos de reflexão e fala. Ao final de cada entrevista, foi solicitado aos participantes que apontassem algum aspecto que deixou de ser abordado e que para eles era importante, após o que encerrava-se a entrevista.

2.4 Análise dos dados

Para análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo temática que foi escolhida por adequar-se ao nosso objeto de estudo, pois permite compreender e

refletir o tema da cooperação por meio da fala do outro, seus símbolos, emoções e significados.

A opção metodológica de nosso estudo foi pela análise de conteúdo temática na perspectiva de Laville e Dionne (1999). Esta trabalha a partir do processo de decomposição dos dados e sua recomposição, com o objetivo de compreender os significados dos conteúdos elaborados, com base na identificação dos núcleos de sentido, de modo a possibilitar a análise do material da pesquisa. Desse modo, os recortes foram orientadores para agrupar os elementos, as interpretações e as conclusões do estudo.

Diante disso, o conteúdo aqui tratado tem como base a percepção das equipes quanto ao papel da cooperação na sua atividade de trabalho. Tais dados foram discutidos a partir da confrontação do que foi coletado na pesquisa de campo com o aporte teórico orientador do estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização da amostra

Foram entrevistados vinte e quatro participantes, sendo seis do sexo feminino e dezoito do sexo masculino. Quanto a idade, a maioria se situa entre vinte e cinco a trinta e nove anos de idade. Em relação ao tempo de serviço, verificou-se que os profissionais entrevistados possuem acima de um ano de experiência no serviço.

No que se refere aos médicos, foram entrevistados quatro destes profissionais, integrantes das equipes participantes do estudo. A renda pessoal mensal dos médicos variou entre dez mil a vinte mil reais, sendo que no SAMU recebem por plantão

oitocentos e cinquenta reais durante a semana (de segunda a quinta) e novecentos e trinta reais no final de semana (de sexta a domingo). Vale salientar que essa diferença de valores pagos por plantão só existe para os médicos e está de acordo com a prática local onde a pesquisa foi realizada.

Quanto a enfermagem, foram entrevistados(as) dez trabalhadores, 6 mulheres e 4 homens. A renda pessoal mensal variou de dois mil a oito mil reais, sendo que no SAMU recebem por plantão cento e noventa reais. Entre os Condutores Socorristas, foram entrevistados dez profissionais, todos do sexo masculino. Quanto a renda pessoal mensal, os condutores recebem entre mil, duzentos e oitenta reais a três mil reais. No SAMU os condutores socorristas recebem por plantão cem reais, mesmo valor pago aos técnicos em enfermagem.

Constata-se a predominância do sexo masculino entre os entrevistados, especialmente entre os médicos e condutores, enquanto que as seis mulheres entrevistadas são enfermeiras o que, de acordo com Molinier (2013), tem a ver com o desenvolvimento histórico do trabalho da enfermagem que foi essencialmente prescrito por homens (médicos e administradores) e realizado por mulheres que tradicionalmente possuem um papel cultural associado aos cuidados e ao alívio do sofrimento. Portanto, a divisão sexual do trabalho, no contexto da saúde, destina à mulher o papel de auxiliar o médico (responsável por definir e orientar o tratamento) e cuidar dos pacientes seguindo as prescrições médicas, evidenciando assim uma questão de gênero (Kergoat, 1996; Molinier, 2013; Felix, 2015).

Outro aspecto a ser destacado, se refere a desvalorização profissional refletida nas diferenças salariais e na falta de garantias trabalhistas básicas (férias, hora extra, etc.), que colocam os trabalhadores em uma posição de fragilidade,

insegurança e desamparo. A maioria possui como vínculo empregatício um contrato de validade anual que pode ser renovado ou não. Tais condições representam um grave problema para os trabalhadores que enfrentam em sua rotina de trabalho situações adversas e sem a cobertura necessária (Campos, 2007).

Apesar dessas diferenças, observou-se que as equipes se apresentavam articuladas e harmoniosas, em muitos momentos respondendo aos questionamentos de modo a completar as falas uns dos outros, trocando olhares e gestos que demonstravam familiaridade, intimidade e confiança. Não demonstraram, no convívio entre eles distanciamento ou rigidez, apesar de reconhecerem as diferenças hierárquicas. Ressaltaram sempre a importância que cada um possui para o andamento e qualidade do serviço. Nesse sentido, os participantes foram convidados a refletir e retratar os momentos vividos na realização de suas atividades, nos quais a cooperação se mostrava mais necessária, se havia algum momento em que era dispensável e o que consideravam favorável e desfavorável para que cooperação aconteça, resultando nas categorias a seguir.

3.2 A Cooperação e o Trabalho real

Como em outros serviços de saúde, no SAMU a cooperação mostra-se necessária em quase todos os momentos, mas especialmente nas situações de crise ou situações-limite, corroborando os estudos de Cavanellas (2014), Oliveira (2014), Ferreira et al. (2016), Vegro et al. (2016) Santos et al. (2016), Rothebarth (2016) e Backes e Azevedo (2017), que apresentam ainda, a cooperação, enquanto uma solução aos entraves que poderiam interferir no trabalho da equipe. Assim cooperar

leva os indivíduos à superação das dificuldades e à realização de um trabalho com qualidade.

Então, quanto maior a complexidade de um atendimento, mais as ações da equipe precisarão ter agilidade, precisão e fluidez. Além disso, a hierarquia e os protocolos precisam ser flexibilizados para atender as demandas da situação real, que pressupõe também que todos estejam mobilizados em torno do objetivo comum. Nessa direção, compreende-se que as situações de alta complexidade e com maiores riscos, impulsionam os trabalhadores à cooperar. Como observa-se nos relatos abaixo:

“(...) ocorrências com múltiplas vítimas. Esse realmente, é indiscutível né. Não só no SAMU, mas até o próprio hospital tem que se preparar para receber (...)” (M.6)

“O primeiro (...) que chegar no local, (...) tem que visualizar como é que está a cena e tomar uma atitude de saber separar aquelas vítimas (...) distribuir na classificação de risco (...) quando aquele médico chegar ele passa a ser a pessoa com autoridade competente naquela área.” (C.6)

“Grave. Paciente clínico grave.” (E.7)

“Numa parada, tem que ser tudo sincronizado. (...). É um esforço físico maior do que três pessoas podem aguentar.” (M.6) – “No máximo dois minutos.” (C.6) – “Passou disso aí, a gente sabe que a qualidade das compressões vai caindo. Então o ideal é que a cada dois minutos haja o revezamento entre a equipe. (...)” (E.6)

Então, como visto acima, convidados a refletir sobre os momentos que necessitam mais da cooperação, os participantes da pesquisa destacaram as

ocorrências com múltiplas vítimas e os casos de maior gravidade, com destaque para as paradas cardiorrespiratórias, por exigir mais esforço físico e psíquico dos profissionais, que vão precisar se revezar para realizar a massagem cardíaca, simultaneamente entrar em contato com a regulação médica e realizar todas as intervenções necessárias até a entrega do paciente ao hospital.

A sincronia relatada na fala acima de E.6 remete ao que Caroly e Barcellini (2016) chamam de *Consciência da Situação* ou *Awareness*, pois os profissionais demonstram estar conscientes do estado do processo, do papel e da contribuição de cada indivíduo durante a ação. Nesse sentido, é preciso dar visibilidade aos colegas sobre as condutas de cada um, para que todos possam regular suas ações em função uns dos outros (Dejours, 2012).

“(…), entre a vida e a morte, (...) um minuto pode fazer a diferença entre o sucesso ou insucesso (...) se não houver ali um entrosamento da equipe, pode diminuir bastante a chance (...)” (M.1) – “(...) aí cada um sabe pro lado que corre.” (E.1)

“Eu acho que o que mais a cooperação influencia são as paradas cardiorrespiratórias, as PCEs, porque cada um tem que trabalhar de um jeito, antecipar os movimentos, cada um sabe sua parte, mas cada um né trabalhando em equipe. Eu acho que salta mais aos olhos é o que? Nas PCEs basicamente seria o mais crítico, até porque é a vida do paciente que está em jogo ali né.” (M.3)

É importante destacar ainda que esse estado de consciência não se limita a equipe do SAMU, pois em casos complexos é necessário que se articulem com mais equipes, inclusive de outros serviços, para dar conta das múltiplas demandas. Nesse

caso, os profissionais precisam se auto-regular para que consigam sincronizar suas ações e respeitar os espaços uns dos outros, tal como encontrou em seus estudos Rothebarth et al. (2016). É importante também que, em alguns casos, alguém possa liderar a operação, não para impor ou distribuir tarefas, mas em busca de auxiliar a organização da ação para que as equipes possam atuar integradamente. Cada uma tem suas atribuições específicas, mas dando continuidade as atividades uns dos outros. Tais aspectos podem ser observados na fala abaixo:

“(...) todas equipes tem que (...) conversar. (...). entre nós três é uma coisa simples, mas conversar entre duas USAs, três básicas, bombeiro é um negócio que demanda um esforço maior. E o normal é um ficar fora disso para comandar. Porque quando é algo com muita gente tem que ter um comandando. E esse comando é definido lá na hora, e às vezes até espontaneamente né. A pessoa chega, vê que está um desastre e qualquer um, pode ser o médico, pode ser o enfermeiro, pode ser o condutor, tem que tomar a liderança.” (M.6)

No entanto, apesar de em determinadas situações esta cooperação ser mais convocada, os trabalhadores apresentam um discurso comum de que a cooperação está presente em todas as circunstâncias. Segundo eles, a cooperação acontece da chegada ao plantão até o seu final e entre todos os profissionais em atividade, desde os que ficam na base central, passando pelas equipes móveis, até a entrega do paciente a equipe do hospital.

“(...) cooperação precisa para tudo. Independente da ocorrência, (...)” (E.4)
– “Quando a gente chega no trabalho (...) automaticamente a gente já está ajudando um ao outro (...). Quando a gente chega lá, entra os dois juntos, sai

os dois juntos. Nunca se separa os dois.” (C.4) – “É difícil (...) não ter cooperação.” (E.4)

“Sempre tem cooperação, nem que seja mínima (...).” (E.7) – “Desde a primeira ligação lá do TARM, até o atendimento de rua, existe a cooperação. (...) tem que haver cooperação de todo mundo.” (M.5)

A realização da atividade no SAMU pressupõe a cooperação, que se expressa por meio de ações coordenadas; da busca de harmonização das diferenças; da tomada de decisões coletivas; da comunicação verbal e não verbal; da solidariedade; da mobilização subjetiva; e principalmente, da vontade dos trabalhadores em querer cooperar.

3.3 Condições que favorecem a Cooperação

A cooperação exige certas condições para existir e se manter. Segundo os entrevistados, é possível evidenciar que as situações complexas e de maior gravidade, são as que tornam mais necessária e visível a cooperação, como foi discutido na categoria anterior. Isso acontece porque exigem do trabalhador mobilização subjetiva, confiança recíproca quanto a competência técnica e ética do outro e o desejo de cooperar para obter os melhores resultados. Atende-se assim os critérios propostos por Dejours (2012), Caroly e Barcellini (2016), para que a cooperação aconteça. Assim, a presente categoria se divide em três subcategorias, descritas a seguir.

3.3.1 A Confiança

A confiança, de acordo com (Dejours, 2012), é construída com base no

conhecimento dos valores que regulam a conduta do outro , bem como na coerência entre o que se diz e o que se pratica. A partir disso, os trabalhadores destacaram algumas situações que favorecem a cooperação. A questão da comunicação mereceu um destaque particular pelo benefício que traz às ações realizadas e às relações interpessoais. É por meio dela que os trabalhadores se afinam à medida em que constroem relações de amizade, união e cumplicidade no coletivo. Portanto, para esses profissionais as trocas durante a atividade de trabalho, assim como as relações afetivas e de amizade, favorecem a cooperação e a qualidade dos plantões. Esses aspectos também foram encontrados pelos autores Cavanellas (2014), Oliveira (2014) e Santos et al. (2016). As falas a seguir ilustram tais achados:

“Saber dividir as coisas.” (C.9) – “Acho que o coleguismo.” (E.9) – “Ter vontade de ajudar.” (C.9) – “(...) A gente no dia a dia tem amizade com outro. Favorece (...).” (E.9) – “(...) o diálogo assim é muito importante entre os dois na hora de qualquer situação (...). Mais 12 horas de plantão né? (E.9). Um conversando com o outro, (...). Um tenta ajudar o outro da maneira que for possível (...) E também, nosso trabalho (...).” (C.9)

Portanto, de acordo com os entrevistados é necessário que exista uma relação de troca para que a cooperação aconteça, visto que seria impossível realizar esse tipo de trabalho sem as contribuições de cada membro da equipe. Então, constata-se que há uma mobilização dos indivíduos em torno das tarefas a serem cumpridas e uma comunicação efetiva que facilita a sincronia da equipe, permitindo que os trabalhadores regulem suas atividades em função uns dos outros (Caroly & Barcellini, 2016). Desse modo, as relações de trabalho e afetivas, baseadas na comunicação, na confiança e na interdependência, destacam-se como condições essenciais que

favorecem a cooperação no trabalho no SAMU, o que se verifica na qualidade dos plantões e das ações realizadas.

“(...) você sabe que a pessoa vai cooperar com você. Vai fluir outros assuntos também, não assunto só do trabalho (...).” (E.7) – “Passa mais tempo no trabalho bem dizer do que em casa.” – (C.7) – “(...) Então, a gente também fala dos nossos problemas. (...).” (E.7).

Esses aspectos também incluem a coordenação entre os profissionais que ficam na base central, na regulação, e que tem o papel de acolher os trabalhadores, intermediar conflitos que possam surgir e contribuir para restaurar a cooperação e a harmonia no coletivo de trabalho.

“(...) compreensão, uma boa vivência com a coordenação (...). Até porque é trabalho e a gente passa muito tempo junto, e (...) qualquer problema ou qualquer dúvida que a gente tiver, (...), a gente tenta o máximo possível ou falar com a supervisão, que eles são super acessíveis.” (E.8) – “(...) Às vezes a gente conversa. Quando, tipo assim, o serviço não está andando. Aí (E8), o que é que está acontecendo? Porque você não é dessa forma (...).” (C.8) – “A gente conhece, se conhece muito. (...) Porque como a gente convive muito.” (E.8) – “São as escalas, se batem mais as escalas. Então, tem uns que a gente se identifica mais. Então, (...) quando tem alguma coisa diferente aí a gente conversa um com o outro (...), gosto tanto do serviço que quando chego aqui Ave Maria. Acho que meus estresses vão embora.” (E.8)

A cooperação depende da sintonia fina entre os trabalhadores, para que sejam capazes de perceber a situação (*Awareness*) e de antecipar os movimentos uns dos outros. Isso só é possível através da confiança no trabalho, pois estar

familiarizado com as práticas dos colegas permite que o trabalhador regule suas próprias ações em função do coletivo, tornando o atendimento harmonioso (Caroly & Barcellini, 2016). Além disso, de acordo com os entrevistados, os profissionais do SAMU precisam estar bem emocionalmente e ter o apoio dos outros é essencial para isso. O que pode ser identificado nas falas de M.3 e E.3 a seguir:

“(...) as paradas cardiorrespiratórias (...) cada um tem que trabalhar de um jeito, antecipar os movimentos, cada um sabe sua parte, mas (...) trabalhando em equipe. (M.3) – “Quanto mais complexa a ocorrência, quanto mais difícil (...) mais grave o paciente se encontra, maior tem que ser o entrosamento e a cooperação da equipe.” (E.3) – “Se houver qualquer desinteligência aí já atrapalha tudo. Então as pessoas que trabalham pelo pré-hospitalar tem um perfil psicológico preparado para isso, porque não é a mesma coisa de hospital entendeu? O estresse é bem maior, a vulnerabilidade também é bem maior, a valência social é bem maior, ou seja, o povo observando a gente trabalhar (...).” (M.3)

“Quanto maior a gravidade, a cooperação se torna mais importante. Há necessidade que todos se juntem.” (M.5)

Logo, como afirma Dejours (2012) a confiança na lealdade dos colegas permite que o trabalho seja realizado, pois oferece aos indivíduos a liberdade necessária para colocar em prática sua engenhosidade, contornando os imprevistos de maneira ética, em busca de alcançar juntos os melhores resultados. Nesse sentido, pode-se dizer que as situações de maior complexidade, possuem gatilhos importantes para que a cooperação aconteça. Nelas as condições para cooperar se tornam parte natural do processo de trabalho.

3.3.2 O Saber-fazer

Nesta categoria, serão abordadas as questões relativas à formação teórica e técnica; experiência conquistada ao longo de anos de trabalho e o tempo de convivência no trabalho (que favorece a construção da confiança no trabalho). Esses elementos se constituem como um ingrediente importante para a cooperação no trabalho. É preciso considerar que as experiências coletivas fortalecem as relações interpessoais, permitem que os profissionais se desenvolvam e aprendam coisas novas ao trabalhar e conviver. Além disso, observa-se que há uma relação de prazer na realização do trabalho e que também vai se refletir nas relações interpessoais. Como demonstra a fala de M.3:

“(...) Quanto mais tempo de serviço a gente tem junto, melhor. (...), tempo de entrosamento. (...), a própria portaria 2048 exige cooperação (...). E é claro, desenvolvendo amizade, (...), e com a amizade vem o entrosamento (...). Esse trabalho é junto né. Todo mundo, todo dia, tá ali.” (M.3)

Outro aspecto importante para a cooperação é a capacidade de agir com autonomia durante as ações, tornando o trabalho mais eficiente e ágil. O serviço do SAMU, ao atuar em situações críticas, coloca o trabalhador diante de muitos imprevistos, exigindo que sejam inventivos no enfrentamento do real. Desse modo, os indivíduos precisam se sentir integrados e confiantes em relação às situações de trabalho. Isso depende necessariamente da relação entre os companheiros de trabalho e a segurança que encontram uns nos outros. É o que demonstram os estudos de Pinto e Zambroni-de-Souza (2015), Rothebarth et al. (2016), Ferreira et al. (2016) e Cavanellas (2014). E pode ser identificado abaixo:

“Ser prático, dinâmico, eficiente, rápido.” (M.5) – “(...) desempenho no volante (...) e na chegada no local também, no trânsito. Isso também influi, contribui muito (...).” (C.5) – “Proteger acima de tudo né.” (E.5) – “Acima de tudo proteger o próximo né?! Proteger a equipe. (...). Não adianta com desespero (...) e não chegar ao local (...) Acontece aqui e acolá uma ambulância colidir e não chegar ao local (...).” (C.5)

“Na maioria das vezes, a gente divide a ocorrência em etapas (...) já vai discutindo e planejando. O condutor já sabe que além de posicionar a ambulância no local correto, fica responsável, na maioria das vezes, por levar o auxílio de oxigênio (...) não pode esquecer absolutamente nada, nesse momento (...) não pode existir falha (...).” (E.6) “Tudo isso a gente analisa durante a saída daqui a chegada lá no local (...) já vai planejando o que é que a gente vai fazer.” (C.6)

Ainda de acordo com os entrevistados, o conhecimento teórico também é muito importante para o trabalho em equipe. Tanto em relação as formações anteriores a entrada no SAMU, como também destacam a necessidade de se manter estudando, em capacitações e constante desenvolvimento. Dessa forma, podem realizar suas atividades do modo mais integrado possível e apoiando as atividades uns dos outros. Fazendo do conhecimento um suporte para agir coletivamente e não como uma restrição inflexível dentro das atribuições individuais.

“Do ponto de vista do SAMU, tem os cursos de capacitação, (...), mas falando da equipe em si, eu acho que é importante é não restringir certas funções a só o enfermeiro, a só o condutor ou só o médico. (...), na minha opinião é todo mundo ajudar como pode, (...). se tiver isso aí a cooperação

realmente existe.” (M.1) – “(...). Aqui o que é pra um, é pra todos. (...) não posso fazer meu papel se não tenho ele do lado (...), um depende do outro (...).” (E.1)

(...) quando a equipe é sincronizada e como já tem muita gente de muitos anos de serviço, (...), a gente já vai se organizando e sai naturalmente.” (E.2) – “(...) aqui é uma equipe, ninguém trabalha sozinho, é sempre um depende do outro (...).” (C.2) – “Sem cooperação não tem equipe né. (...).” (E.2)

Tais relatos demonstram que o trabalhar de forma coletiva, assim como descreve Dejours (2012), significa estar voltado para enfrentar o real através da cooperação e, desse modo, preencher as lacunas da prescrição (Cavanellas, 2014; Waldow, 2014; Oliveira, 2014; Santos et al., 2016; Rothebarth, 2016; Vegro, 2016; Ferreira et al., 2016; Backes & Azevedo, 2017). Cooperar representa, portanto, uma estratégia de mobilização coletiva que permite aos trabalhadores intervir com autonomia, adaptando as prescrições ao real do trabalho tendo em vista um trabalho de qualidade.

3.3.3 Trabalho coletivo

O objetivo comum é pressuposto da cooperação, pois é em torno dele que os trabalhadores se mobilizam para atuarem juntos, ainda que não exista uma relação de amizade entre as pessoas (Backes, 2012; Santos et al, 2016; Rothebarth et al., 2016; Backes & Azevedo, 2017). Isso ocorre porque, como aponta Dejours (2012), o trabalho tem um poder pacificador e a confiança na qualidade do trabalho do outro e no comportamento ético, permitem que a cooperação aconteça.

“Uma coisa que é fantástica aqui é o seguinte, (...), quando aquelas duas pessoas, mesmo que elas não se entendam bem pessoalmente (...) quando tá dentro do serviço, dentro da viatura, ali esquecem tudo e eles tem a consciência de que ali você tem que ser profissional, ali você é enfermeira e eu sou o condutor e não é C.2, não é E.2, (...).” (C.2)

É importante destacar que a cooperação no SAMU vai além daqueles que estão nas ambulâncias. Ela inclui a Central de Regulação, os condutores das motolâncias, os profissionais que vão recepcioná-los nos hospitais, entre outros. Bem como nesse contexto a hierarquia não possui o papel central que observamos em outros contextos, visto que a fluidez e agilidade no serviço são determinantes para o sucesso da ação, e não podem acontecer se a liberdade de agir dos indivíduos ficar presa as ordens dos superiores. No momento do atendimento, é importante que cada um esteja consciente de seu papel e do de seus companheiros e possa agir com liberdade, autonomia, confiança, apoio mutuo, zelo e reciprocidade.

“A Cooperação da regulação médica. (...), também da família quando a gente chega lá, como é que a família nos aborda, (...). Então é uma cadeia. (...). A cooperação entre a equipe, (...). Cada um se ajuda (...) a regulação médica é muito importante, (...) Se não a gente não sabe o que fazer. Já chegou ao ponto de dizer (...) é uma dor de cabeça, quando a chega lá é um AVC. (...). Tenho que ligar para USA. (...). Se a regulação falha, realmente a gente chega lá no paciente e não tem muito o que fazer.” (E.4)

O viver junto pode beneficiar a cooperação, tornando a relação hierárquica não tão determinante para o acontecer do trabalho, como se verifica em outras situações profissionais. Isso não significa, entretanto, que ela seja desnecessária, mas

se trata nesse caso de um outro modo de exercer a hierarquia (Oliveira, 2014; Waldow, 2014). Como descreve Dejours (2012), não é possível separar a cooperação da convivência, pois os espaços formais e informais acontecem entrelaçados, dando continuidade um ao outro e é justamente na informalidade que se constrói o que o autor chama de sintonia fina. Nos relatos abaixo encontramos exemplos disso.:

“(…), falando pontualmente do SAMU, o trabalho tem que (…) ser feito em cooperação.” (E.6) – “(…), para você retirar um paciente de um lado da cama (…) botar na nossa maca, tem que ter ajuda. Às vezes os três não dá conta e pede auxílio ao pessoal da família (…)” (C.6) – “É um serviço diferenciado. (…), o condutor ele faz além das suas atribuições, o enfermeiro, o médico (...). O médico do SAMU é diferente (...) do médico do hospital. Aqui (...) tem que colocar a mão na massa, (...) fazer força, (...) pegar maca, (...) pegar prancha (...)” (E.6) – “Eu acho que o fato de todos estarem juntos né, (...). O refeitório é o mesmo para todo mundo, enquanto a gente está sem ocorrência, permanecemos unidos. (...). Então assim, durante uma ocorrência por mais que um ou outro esqueça de fazer alguma coisa, mas você já ajuda, também por já ser um amigo né” (M.6).

Diante disso, é possível compreender que, apesar das características atuais do mundo do trabalho apresentarem um poder desarticulador em relação aos coletivos de trabalho (tem que ter uma citação aqui), os profissionais do SAMU encontram no seu trabalho liberdade para agir, deliberar e conviver. Os laços de amizade que ultrapassam os espaços do trabalho, refletem-se na qualidade do serviço no que diz respeito ao paciente e bem-estar para os trabalhadores (Dejours, 2012).

3.4 Condições que desfavorecem a Cooperação

A cooperação no SAMU é uma demanda da atividade de trabalho e constitui, portanto, uma condição para o sucesso dos atendimentos. Entretanto, é importante considerar os aspectos que a desfavorecem para que possam ser enfrentados a fim de preservá-la. É importante compreender também que, embora os entrevistados apontem situações que consideram desfavorecer a cooperação, ressaltam que não percebem a cooperação ser eliminada. Mesmo que um determinado fato desarticule a cooperação entre a equipe em um dado momento, eles encontram meios de restaurá-la.

Nesse sentido, as questões apontadas pelos profissionais se voltam essencialmente ao mau uso do serviço por parte da população; a falta de colaboração dos usuários durante os atendimentos; problemas pontuais de relacionamento; falta de autocontrole de uma das partes durante o atendimento e aspectos relacionados às condições de trabalho. Diante disso, essa categoria se organiza em duas subcategorias abordadas a seguir.

3.4.1. Os desgastes e os riscos no trabalho

O serviço no SAMU possui diversas fontes de desgaste para os profissionais, tanto físicos, como mentais. Os profissionais entrevistados apontam que uma das ocorrências geradora de desgaste e que prejudica a harmonia da equipe é o mau uso do serviço por parte da população que, como demonstrou Felix (2015), resulta em sofrimento no trabalho. Esse mau uso ocorre muitas vezes por falta de conhecimento ou má-fé (no caso dos trotes) do usuários, que ligam para a regulação dando

informações incorretas para que uma ambulância vá até um determinado local e quando a equipe chega no destino indicado, depara-se, por exemplo, com desentendimentos familiares, problemas que não são afetos ao SAMU ou descobrem que se tratava de um trote. Tais episódios são ilustrados nos relatos a seguir:

“(...) o estresse está sempre presente com a gente, (...) desarmoniza a equipe, não o estresse da convivência entre o condutor e o enfermeiro, mas assim às vezes da própria ocorrência, do solicitante. (...) a gente foi pra uma solicitação, (...) medicou no local e a médica deu atendimento no local, só que a família, principalmente o filho, não aceitou essa situação, (...) se exaltou demais, (...), começou a agredir a equipe verbalmente, (...), não deixou a gente sair de dentro da casa (...). Então a gente teve que solicitar a PM no local, (...) o estresse desarmonizou tudo, (...) não teve cooperação (...) da parte da família, (...)” (E.2) – “(...) a gente tá ali pra ajudar, nem sempre é da forma que a família quer, (...) às vezes que quer que a gente interne o parente, (...), o SAMU não tem nem hospital (...), a gente trabalha com vagas em hospitais públicos, em algumas vezes até privados, (...) aí a colaboração da família (...) é muito importante pra o serviço e o que nos compromete muito (...) é a não colaboração dos familiares.” (C.2)

Os riscos enfrentados ao trabalhar na rua também podem prejudicar a cooperação, visto que exigem que os profissionais estejam atentos à violência, aos riscos de acidentes, de contaminação, entre outros. Tudo isso afeta os indivíduos, que realizam esforços para neutralizar esses riscos, mas não conseguem controlar inteiramente a situação devido à própria natureza desses riscos (Cavanellas, 2014; Pinto & Zambroni-de-Souza, 2015). Assim, os trabalhadores buscam cooperar para

lidar com essas situações, porém demonstram, muitas vezes, dificuldade em cooperar sob circunstâncias tão adversas.

Os problemas nos relacionamentos interpessoais também podem afetar a cooperação. Embora busquem preveni-los, quando acontecem, os indivíduos se sentem menos confiantes para agir e há um desconforto emocional na equipe. Entretanto, é importante destacar que os trabalhadores fazem todos os esforços para que nada disso resulte em prejuízos para o serviço prestado à população, assim como encontraram em seus estudos os autores Oliveira (2014), Santos et al. (2016) e Vegro et al (2016). Os relatos a seguir demonstram tais afirmativas:

“São casos isolados, quando uns colegas assim por pensamentos ou opiniões contrárias é que muitas vezes dificulta essa questão do diálogo e às vezes (...)” (E.9) – “Às vezes têm um desentendimento e tal (...). Mas é normal, nós somos seres humanos né (...)” (C.9)

“Desfavorece? É, muitas vezes, assim, a falta de compreensão. (...), tem algumas pessoas que realmente, (...), não sabem é conviver em equipe. Na verdade, a gente sabe que em todos os locais existe (...) e são esses casos que a gente tem que ter um jogo de cintura né? Evitar bater de frente. (...), se não o serviço não vai pra frente (...)” (E.8) – “(...), se você não tiver de cabeça boa, você e o seu companheiro de trabalho, o serviço não anda, termina sendo um plantão chato. (...) se você não for mesmo um companheiro de trabalho, o serviço não anda (...)” (C.8).

“Fica complicado de responder, mas acho que a melhor forma é colocar o profissionalismo acima de tudo né. As diferenças têm que ficar da ambulância para fora. Da ambulância para dentro a gente tem que tentar atingir nosso

objetivo que é salvar vidas.” (E.6) – “Eu não tenho nenhum tipo de discriminação de A ou B não, mas se existir na hora eu vou esquecer isso e priorizar o trabalho que tem que fazer.” (C.6)

Diante dos relatos acima pode-se observar que as dificuldades para cooperar partem mais de situações relacionadas a condições de trabalho, infraestrutura, questões burocráticas e estruturais do que de aspectos relacionados ao relacionamento entre a equipe do SAMU, ainda que possa acontecer alguma dificuldade nas relações interpessoais, elas não são expressas com a mesma intensidade que as demais questões, como um problema para a cooperação. Não obstante, há um esforço constante por parte de cada um para superar essas dificuldades, zelar pelo serviço e cooperar para alcançar os melhores resultados.

3.4.2 Condições de trabalho

As condições organizacionais são também apontadas como aspectos que desfavorecem a cooperação no trabalho. A precariedade do serviço, falta de insumos, de equipamentos, de fardamento (que tem a função de proteger os profissionais de contaminações), falta de pessoal, precariedade nos hospitais, entre outros, são alguns dos aspectos apontados pelos entrevistados como prejudiciais à cooperação e ao resultado final dos atendimentos.

O trabalho realizado nesse serviço, como foi possível constatar até aqui, é extremamente desgastante. A equipe enfrenta ocorrências com um número reduzido de profissionais o que, para alguns procedimentos, se mostra insuficiente. Quando o SAMU foi implantado as equipes eram compostas pelos técnicos e

condutores e, no caso das USAs, acrescentava-se o médico. Entretanto, o Conselho de Enfermagem, através da Resolução nº 375/2011, determinou que os técnicos não poderiam mais exercer suas atividades sem a supervisão do enfermeiro. Assim, o SAMU contratou enfermeiros para compor as equipes, aumentando o contingente desses profissionais. Mas por razões internas, a administração demitiu os técnicos em enfermagem do SAMU, reduzindo novamente a equipe e gerando sobrecarga de trabalho para os profissionais remanescentes.

“(…) Aí já tem as dificuldades enormes que existe no serviço né, (…). A precariedade é muito maior, (…), mas a gente, entre trancos e barrancos, (…) vai fazendo o possível e o impossível para que o serviço continue andando da melhor forma (…) aí subtraíram o técnico da viatura, aí hoje em dia somos nós dois, numa parada pra dois, numa PCR pra dois é horrível, é horrível (…) no início as básicas era o condutor e o técnico de enfermagem, não tinha a figura do enfermeiro na básica (…). Mas a pessoa se acostuma com coisa boa, aí quando veio o enfermeiro (…) foi uma maravilha, (…). Quando deu certo, que todo mundo estava gostando, (…) aí “tira o técnico”. (…).” (C.2)

“(…) logicamente dois profissionais de enfermagem, três, quanto mais gente para atuar numa situação, melhor. E eu tendo um profissional de enfermagem que me auxilie (…) é bem mais proveitoso. Não só pra mim, (…), mas pra o paciente em si. A assistência isso (…) é bem diferenciada.” (E.9) – “Acho que o nome equipe pesa mais do que dupla né. (…), com certeza, com os três seria melhor.” (C.9) – “É porque é aquela coisa hoje em dia (…) eu sou o enfermeiro, mas eu faço o serviço dos dois né. (…) Todos

se ajudavam. Lógico, é uma soma de ajuda, (...).” (E.9) – “(...) a gente chega numa ocorrência, por exemplo, eu e E9, (...) os dois têm que ir pra vítima, mas se tivesse um técnico de enfermagem ia os dois pra vítima e eu ficava na questão do trânsito, da sinalização pra não haver acidente com a equipe, (...). E imediatamente, eu podia tá ajudando também, pegar o paciente, pegar a maca, pegar a prancha, (...) Com só duas pessoas realmente pesa o serviço.” (C.9)

As condições do trabalho somadas ao número reduzido das equipes, produz uma sobrecarga de trabalho e um aumento dos fatores desgastantes, pois se torna necessário que os trabalhadores enfrentem as insuficiências da organização do trabalho, buscando atender a demanda com o máximo de agilidade e qualidade, sem que o paciente sinta o impacto dessas questões durante o atendimento. Dependendo da situação, isso pode se tornar inviável de respeitar.

O fardamento em falta é outra questão recorrente e que traz problemas para os trabalhadores, visto que se trata de um item de segurança e de uso obrigatório, mas que a administração pública tem tratado com descaso, colocando os trabalhadores em risco e provocando um sentimento de desvalorização. Mesmo assim os trabalhadores buscam suprir essa falta ou comprando o próprio fardamento ou utilizando os antigos ao máximo.

Nesse sentido, a cooperação não é apenas um recurso para realizar o trabalho, mas também para fortalecer o coletivo frente as resistências do real de trabalho e de suas variabilidades. Assim, embora os profissionais apontem essas situações como interferências na cooperação entre a equipe, deixam claro que o trabalho acontece mesmo diante de tantas adversidades, porém com sofrimento físico

e psíquico. Tal como encontraram em seus estudos Backes (2012), Oliveira, (2014), Vegro, 2016, Santos et al. (2016) e Rothebarth (2016).

“(…), muita gente acha essa farda bonita do SAMU, a farda não é questão de ser bonita, essa farda nossa é EPI, equipamento de proteção individual, e (...) a gente tá há mais de cinco anos sem receber o EPI, mais de cinco anos sem receber um fardamento (...) a gente não acha confortável estar nesse sol quente, as viaturas sem ar-condicionado, mas a gente trabalha com esse macacão, com as viaturas sem ar-condicionado, mas porque, porque o macacão é necessário (...) para proteção nossa. E eu acho que deveria haver um empenho maior da coordenação, juntamente (...) a administração do município, para aquisição disso aí (...).” (C.2)

As ambulâncias trazem problemas essenciais, como por exemplo, o fato de não ter ar-condicionado, não ter manutenção adequada e reposição de equipamentos. Todos esses aspectos interferem diretamente na qualidade do serviço, na segurança de todos os envolvidos nas operações, no funcionamento e consequentemente na cooperação entre os trabalhadores (Pinto & Zambroni-de-Souza, 2015). Como ilustrado a seguir.

“Isso. Ambiente, as viaturas que não têm ar-condicionado, essas coisas. É isso que realmente dificulta um pouco.” (E.4) – “Outras que traz um certo cuidado. No caso, eu sou o condutor. Eu não posso pegar minha viatura hoje e andar acima de oitenta quilômetros. (...) Porque eu tenho uma viatura que o pneu dianteiro dele está liso. (...) não pode arriscar a minha vida nem a dela”. (C.4) – “Nem por isso a gente para né?” (E.4)

“Médico há seis anos, cinco anos sem reajuste. Salários, péssima alimentação. Como ela disse roupa, equipamento, ambulância. Vários equipamentos quebrados, nunca consertaram.” (M.5) – “Vivemos no improviso.” (E.5) – “As viaturas velhas, tudo quebrada.” (M.5) - “(...) a gente em tempo de se acidentar.” (E.5) - “(...) Você acredita que uma viatura saiu daqui sem freio no caminho, sabia disso?” (M.5) – “(...) foi semana passada, eu estava na viatura, travou.” (E.5) – “Você acredita que uma capotou uma vez porque o pneu estourou. Capotou e várias pessoas se machucaram. Pneu liso, careca.” (M.5) - “E semana passada a viatura travou. A direção desligou e travou. Eu fiquei entre um caminhão e um ônibus.” (E.5) – “É, deixa quieto. (...) Nada. Eles num já falaram aí. (...). Já aconteceu com alguns companheiros. Comigo não.” (C.5) – “Por enquanto não né C5?” (M.5) – “É, por enquanto não. (...) Mas foi normal. Só por conta da embreagem que danificou, mas a gente conseguiu contornar a história lá no local. A população empurrou para o carro sair, dar andamento, e a gente veio trazendo no tempo, passando a marcha no tempo. (...) Veio para cá para base, pediu o apoio de outra ambulância. Ai a ambulância foi lá, pegou o paciente e ai retornou pra base.” (C.5)

Percebe-se, através dos relatos dos entrevistados, que as más condições de trabalho já foram incorporadas à rotina e as consequências para o serviço são graves para a população e para os próprios trabalhadores que tem que conviver com riscos graves. Os profissionais não se sentem valorizados, respeitados e nem mesmo se sentem seguros para questionar a administração por medo de perder o emprego. Além

disso, devido as questões salariais muitos se sobrecarregam assumindo outros trabalhos para complementar a renda, como Waldow (2014).

E7: “Desfavorece a cooperação. (...). A viatura com duas pessoas é defasada, porque se fosse três com certeza era melhor.” (E.7) – “A manutenção. Você que está trabalhando nesse sol quente. (...) Sem ar condicionado, sem um mínimo de conforto que tem que ter pro trabalho andar, pra um bom andamento do serviço.” (C.7) – “Fardamento.” (E.7) – “Você já vem, já chega nesse sol, (...), cansaço do dia a dia, cansaço do plantão anterior. Saber que você vai trabalhar ainda a noite, aí dobra o plantão, vai pra um hospital entendeu?” (C.7) – “Fardamento, material, às vezes, pra se trabalhar.” (E.7)

“Alimentação. Se a gente não está bem alimentado, a gente não trabalha direito. A gente não tem repouso adequado, nem tem alimentação adequada, a gente não tem vestes. Eu tenho ainda uma roupa de oito anos atrás, não tem sapato, não tem nada. E as viaturas sucateadas. Equipamento, falta medicamento. A gente trabalha em outros locais, colegas que as vezes cedem uma medicação ou outro para ver se funciona o serviço.” (E.5) – “Recursos, salários baixos. (...) Falta de reajuste salarial.” (M.5) – “Oito anos que não tem reajuste para os profissionais da enfermagem. Oito anos sem reajuste.” (E.5)

A falta de reconhecimento também aparece como um dos fatores que afetam a cooperação. O reconhecimento confere sentido ao sofrimento que os profissionais enfrentam ao confrontarem as resistências do real do trabalho e permite que os trabalhadores encontrem prazer no trabalho (Dejours, 2012). Nesse ponto, os

entrevistados apontaram que as condições precárias de trabalho fazem com que os profissionais se sintam desvalorizados, desamparados e sem reconhecimento por parte da administração. O que corrobora os estudos de Waldow (2014) e Oliveira (2014).

Tais aspectos podem ser observados a seguir:

“(...) quando você profissional não se sente, (...) acolhido ou quando seu ambiente de estar não é um ambiente bom. Por exemplo, o repouso não é um lugar adequado para se descansar, (...) para a equipe voltando de uma situação de risco, (...) extremamente estressante (...). Então assim, todas as vezes que nós profissionais (...) não se sente (...) valorizado ou reconhecido, isso é um fator que, não é que ele vá atrapalhar no companheirismo da equipe, mas é um fator desencadeante de estresse a mais. (...), a gente trabalha além de tudo num ambiente desfavorável. Os nossos recursos são limitados àquela ambulância. (...)” (E.3) – “(...) Principalmente lá fora, em termo assim de segurança pra gente. Cê sabe que a gente trabalha com arma de fogo, com arma branca e nem todas as situações (...) temos apoio lá fora. (...) e a gente fica desprotegido.” (C.3)

Em suma, observa-se que a cooperação no trabalho do SAMU acontece apesar das dificuldades estruturais e sociais. Entretanto, a longo prazo essas condições podem afetar ainda mais a qualidade do trabalho e o bem-estar dos trabalhadores, chegando ao ponto de inviabilizar o serviço.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os aspectos abordados, foi possível verificar como a cooperação se realiza na atividade de trabalho das equipes do SAMU, enquanto uma exigência para o funcionamento do serviço. Observou-se ainda que o trabalhar junto se configura de fato uma atividade deôntica (Dejours, 2012), por meio da qual os trabalhadores vão planejar, deliberar e agir de acordo com seus acordos coletivos e com as relações que se constituem no convívio diário.

A atividade demanda a cooperação de tal modo que os trabalhadores possam combinar suas atribuições individuais e tornar o atendimento harmonioso, enfrentando os desfuncionamentos e gerenciando conflitos. Essa cooperação não se reduz as ações na rua, mas permeiam todo o serviço. Em função disso os trabalhadores, sempre que possível, analisam o que foi feito e deliberam sobre o que deve ser feito, construindo coletivamente o serviço a ser oferecido pelo SAMU e as regras de trabalho.

Além disso, foi possível observar que as condições para cooperar, tal como apontam Dejours (2012) aparecem nos discursos analisados. Verificou-se que os trabalhadores possuem clareza do quanto essas condições são importantes para que a cooperação aconteça. A consciência da situação (*awareness*), confiança, a comunicação, o saber-fazer, o viver junto, as decisões coletivas, a união e o compromisso ético figuram entre as condições apontadas para a existência da cooperação (Caroly & Barcellini, 2016).

Por sua vez, verificou-se que a categoria relativa ao que desfavorece a cooperação, demonstra que os aspectos externos às equipes são o que de fato

interferem na cooperação no trabalho. Como exemplos podemos destacar os desgastes físicos e cognitivos, os riscos de trabalhar nas ruas expostos à violência, acidentes e demais condições adversas. Além disso, tem-se as condições de trabalho, que se entrelaçam também a questões políticas e sociais.

É importante destacar que a cooperação não acontece apenas na equipe que tripula a ambulância, mas inclui os profissionais que estão na base central, nas bases descentralizadas, nos hospitais que vão recepcionar as equipes com os pacientes, os policiais que contribuem para a segurança das equipes e os próprios usuários. O SAMU diferencia-se, portanto, dos demais serviços de saúde. Há também uma relação de maior proximidade entre os profissionais, tornando as relações hierárquicas mais flexíveis.

Outro aspecto a ser destacado é a necessidade de mudanças importantes na organização de trabalho, combatendo a precariedade do serviço, oferecendo melhores condições aos trabalhadores, sejam estruturais ou salariais. Tudo isso para que a cooperação seja fortalecida e preservada, bem como as relações interpessoais e consequentemente a qualidade do serviço. Por fim, com os resultados apresentados, esperamos contribuir para a percepção da cooperação na atividade de trabalho, assim como seus benefícios para a organização de trabalho e para a sociedade. Procuramos, na medida do possível, dar visibilidade ao serviço prestado pelo SAMU, que é essencial para a saúde pública.

5. REFERÊNCIAS

- Athayde, M. R. C. (1996). *Gestão de coletivos de trabalho e modernidade: questões para a engenharia de produção* (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Backes, J. C. (2012). *Paradoxos do trabalho em equipe em um CTI-pediátrico: entre procedimentos, sofrimento e o cuidado* (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Brasil.
- Backes, J. C., & Azevedo, C. S. (2017). Os paradoxos do trabalho em equipe em um Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico (CTI-Pediátrico): explorando as articulações psicossociais no trabalho em saúde. *Interface*, 21(60), 77-87. doi: 10.1590/1807-57622015.0875
- Campos, G. W. S. (2007). O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 1865-1874. doi: 10.1590/S1413-81232007000700009.
- Caroly, S., & Barcellini, F. (2016). O desenvolvimento da atividade coletiva. In P. Falzon (Org.), *Ergonomia construtiva* (pp. 55-72). São Paulo: Blucher.
- Cavanellas, L. B. (2014). *Os desafios do cuidado em situações-limite: as dramáticas da atividade no trabalho humanitário e na emergência hospitalar* (Tese de Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Brasil.
- Conselho Federal de Enfermagem. (2011). *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. Retirado de http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3752011_6500.html

- Dejours, C. (2011). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Lancman, S. & Sznelwar, L. I. (Orgs.). Brasília: Fiocruz/Paralelo 15.
- Dejours, C. (2012). *Trabalho Vivo II: Trabalho e Emancipação*. Tradução Franck Soudant. Brasília: Paralelo 15.
- Falzon, P. (2016). *Por uma ergonomia construtiva*. In: Falzon, P. (Org.). *Ergonomia construtiva*. São Paulo: Blucher, 2016. p. 55-72.
- Felix, Y. T. M. (2015). *Análise da atividade dos técnicos em enfermagem do SAMU* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.
- Ferreira, G. E., & Dall'Agnol, C. M., & Porto, A. R. (2016). Repercussões da proatividade no gerenciamento do cuidado: Percepções de enfermeiros. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20(3). doi 10.5935/1414-8145.20160057
- Kergoat, D. (1996). *Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho*. In M. J. Lopes, D. Meyer, & V. Waldow (Orgs.), *Gênero e Saúde* (pp. 14-27). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laville, C. A., & Dionne, J. (1999). *Construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Belo Horizonte: UFMQ.
- Leclerc, C. (1999). *Comprendre et construire les groupes*. Québec: Prés de L'Université.
- Molinier, P. (2013). *O trabalho e a psique: Uma introdução à psicodinâmica do trabalho*. Tradução Franck Soudant. Brasília: Paralelo 15.
- Morin, E. M. & Aubé, C. (2009). *Psicologia e Gestão*. Tradução de Maria Helena C. V. Trylinski. (tradução). São Paulo: Atlas.
- Oliveira, A. P. (2014). *Percepções de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário sobre a integração de estagiários na equipe* (Dissertação de

- Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Pinto, F. M., & Zambroni-de-Souza, P. C. (2015). A atividade de trabalho de motoristas de ambulância sob o ponto de vista ergológico. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 40(131), 49-58. doi: 10.1590/0303-765700007611
- Rothebarth, A. P., Cesário, J. B., Lima, L. P. S., & Ribeiro, M. R. R. (2016). O trabalho em equipe na enfermagem: da cooperação ao conflito. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 07(02), 521-534. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5555895.pdf>
- Santos, J. L., Lima, M., Pestana, A., Colomé, I., & Erdmann, A. (2016) Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 37(1), 1-7. doi: <http://dx.doi.Org/10.1590/1983-1447.2016.01.50178>
- Verde, F. F., Bernardo, M. H., & Büll, S. (2013). Trabalho e precarização na saúde pública. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 3(1), 19-31. Retirado de <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1125/816>
- Vegro, T. C., Rocha, F. L. R., Camelo, S. H. H., & Garcia, A. B. (2016). Cultura organizacional de um hospital privado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), 1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.49776>
- Waldow, V. R. (2014). Cuidado Colaborativo em Instituições de Saúde: a enfermeira como integradora. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2(4), 1145-1152. doi: 10.1590/0104-07072014001840013
- Zarifian, P. (2003). *O modelo de competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas*. (Heneault, E. R. R. Trad). São Paulo: Senac.
- Zarifian, P. (2009). *Le travail et la compétence: entre puissance et controle*. Paris: Presses Universitaires de France.

3º ARTIGO

AS ESPECIFICAÇÕES DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

RESUMO

O presente artigo teve por objetivo delinear o perfil da cooperação no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), considerando os relatos dos profissionais entrevistados sobre suas experiências em outros serviços de saúde. Especialmente no que se refere à serviços essenciais de saúde e que atendem urgências e emergências. Tomando como base teórica a Psicodinâmica do Trabalho e estudos empíricos publicados sobre a cooperação no SAMU, o estudo consistiu na realização de entrevistas coletivas com vinte e quatro trabalhadores do SAMU. Os dados foram analisados através da Análise de Conteúdo Temática e confrontados com o aporte teórico e outros estudos empíricos sobre a temática. Nossos resultados evidenciaram que a cooperação no SAMU é distinta dos demais serviços de saúde, visto que trabalhar de forma coordenada é determinante para alcançar os objetivos do serviço. Além disso, os vínculos entre os trabalhadores; a hierárquica atenuada pelas situações de urgência; a equipe reduzida, onde cada integrante da equipe é determinante para o sucesso das ações, são aspectos que fortalecem e exigem a cooperação. Portanto, a cooperação constitui uma prática peculiar no SAMU, no sentido de ocupar uma função de enfrentamento das situações de urgência e emergência, bem como das dificuldades que se apresentam no percurso do serviço.

Palavras-chave: Cooperação, SAMU, Equipe de saúde, Urgência e Emergência.

ABSTRACT

This article aimed to outline the profile of cooperation in the Mobile Emergency Care Service (SAMU), considering the reports of professionals interviewed about their experiences in other health services. Especially with regard to essential health services that address urgencies and emergencies. Taking as theoretical basis the Psychodynamics of Work and empirical studies selected from a literature review. The study consisted of conducting collective interviews with twenty-four SAMU workers. Data were analyzed through Thematic Content Analysis and the results showed that cooperation in SAMU is distinct from other health services, since working in a coordinated manner is crucial to achieve the service's objectives. In addition, the bonds between workers; the hierarchy attenuated by emergency situations; the reduced team, where each team member is decisive for the success of the actions; These are aspects that strengthen and require cooperation. Therefore, cooperation is a peculiar practice in SAMU, in the sense of occupying a function of coping with urgent and emergency situations, as well as the difficulties that arise in the course of the service.

Keywords: Cooperation, SAMU, Health Team, Urgency and Emergency.

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo buscou compreender o que caracteriza o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) diferenciando-o de outros serviços a partir dos relatos dos entrevistados que possuem a experiência do SAMU e do trabalho em outros serviços de saúde, especialmente o serviço hospitalar, bem como levando em consideração estudos empíricos por nós identificados durante a revisão de literatura e que serão tratados ao longo do presente artigo. Essa confrontação permite delinear o

perfil SAMU, um serviço de suma relevância à sociedade brasileira. A pesquisa procurou captar a perspectiva dos profissionais que tripulam as ambulâncias no tocante a essa questão e desenvolveu-se em uma capital do nordeste brasileiro. Quanto as abordagens teóricas que deram suporte à análise das entrevistas realizadas, destacamos a Psicodinâmica do trabalho e a Ergonomia da atividade.

O tema tratado nesse artigo é resultado do trabalho de tese de doutorado da primeira autora, que buscou, com esse estudo, dar continuidade à sua pesquisa de mestrado, na qual analisou o trabalho dos técnicos em enfermagem do SAMU. Este estudo mostrou a singularidade do trabalho dos profissionais do SAMU, bem como a importância da cooperação para que sejam bem sucedidos em suas ações de trabalho e, principalmente, o valor que tal serviço possui para a sociedade e toda a rede de assistência à saúde no Brasil.

No processo de construção da pesquisa de doutorado foi realizada também uma revisão de literatura sobre a cooperação no trabalho em situações de urgência e emergências, por meio das bases de dados: SciELO; PePSIC; LILACS e Periódicos CAPES. Após uma cuidadosa seleção, considerando o conteúdo dos artigos, chegou-se ao número de 10 trabalhos que foram escolhidos e analisados por se tratarem de uma importante contribuição para esse estudo.

Esses trabalhos contemplam análises da cooperação nos serviços de saúde de urgência e emergência. Abordam, portanto, equipes multiprofissionais; equipes de enfermagem; condutores de ambulâncias; em contextos hospitalares; em situações de crise enfrentadas pelos médicos sem fronteiras e em ambulâncias (Backes, 2012; Cavanellas, 2014; Oliveira, 2014; Waldow, 2014; Pinto & Zambroni-de-Souza, 2015; Ferreira, Dall’Agnol, & Porto, 2016; Vegro, Rocha, Camelo, & Garcia, 2016; Santos,

Lima, Pestana, Colomé, & Erdmann, 2016; Rothebarth, Cesário, Lima, & Ribeiro, 2016; Backes & Azevedo, 2017).

No que se refere a estrutura, este artigo se divide da seguinte maneira: a princípio, fazemos uma breve contextualização do SAMU e da sua posição no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. E em seguida, apresentamos nossas referências teóricas, com ênfase na discussão sobre a cooperação; e, por último, exploramos as diferenças apontadas pelos entrevistados entre o SAMU e outros serviços de saúde. Na continuidade, apresentamos o método, os resultados, a discussão e as considerações finais.

1.1 O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Nesse ponto, ao tratarmos do SAMU, propomos aqui registrar algumas de suas facetas em busca de desvendar, tanto quanto possível, os aspectos que tornam este um serviço singular e fundamental para a sociedade. Considerando que o enredo do trabalho é construído por muitos atores, o trabalho do SAMU, em sua complexidade e constante transformação, não beneficia apenas a sociedade ou a saúde pública, mas também o desenvolvimento individual e coletivo de seus trabalhadores. É no enfrentamento dos desafios cotidianos e no esforço de atendimento de demandas variadas e imprevistos que os protocolos nem sempre antecipam, que emergem as questões sociais e as limitações estruturais.

O SAMU foi concebido sob a influência da Assistência Pré-Hospitalar (APH) francesa e do modelo da cidade de Nova York (EUA). No Brasil é uma das portas de entrada para o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) e sua missão é levar a assistência emergencial à população, reduzindo o tempo de espera e aumentando a

expectativa de vida dos usuários, atendendo a casos clínicos e de trauma; em residências, estabelecimentos públicos/privados, em estradas, rodovias, nos centros urbanos e em localidades rurais. O SAMU foi implementado em 2001, através da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência, que regulamentou o serviço por meio da Portaria GM/MS nº 737 do Ministério da Saúde. Em 2003, com a Política Nacional de Atenção às Urgências, foram publicadas as Portarias 1.863 e 1.864, que regulamentam a implantação do SAMU-192, as Centrais de Regulação e os Núcleos de Educação em Urgência (Marques, 2013; Felix, 2015).

Entretanto, na capital do nordeste onde foi realizado o presente estudo, o SAMU só foi instalado em 2004, contando naquela época com 15 ambulâncias, sendo 12 Unidades de Suporte Básico (USB) e 3 Unidades de Suporte Avançado (USA). Inicialmente, o SAMU compartilhava sua base com o Corpo de Bombeiros que originariamente realizava, juntamente com a Polícia Rodoviária Federal, o trabalho do SAMU a partir do Projeto de Resgate. Tal circunstância foi marcante na implementação do serviço, que contou com a experiência e o suporte dos bombeiros. Posteriormente conquistou sua própria base central. Atualmente, a organização estrutural e técnica do SAMU é constituída por uma base central, que abriga a Central de Regulação, espaços administrativos, locais para repouso, refeitório, garagens, farmácia, ambiente para equipamentos diversos, entre outros; e as bases descentralizadas, instaladas em locais estratégicos para agilizar os atendimentos, que podem contar com um local de repouso ou podem ser em espaços públicos. Sua equipe é composta por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, condutores, farmacêuticos, atendentes, operadores de rádio e profissionais administrativos em geral (Seminotti, 2013; Felix, 2015).

No que se refere a natureza dos atendimentos do SAMU, destacamos o transporte inter-hospitalar, o resgate e atendimento das vítimas de acidentes de trânsito, afogamentos, choques elétricos, ferimentos por armas, intoxicações, quedas, parada cardiorrespiratória, traumatismos, Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), crises convulsivas, crises diabéticas, casos clínicos, pediátricos, cirúrgicos, ginecológicos, obstétricos e de saúde mental. Logo, o objetivo final do SAMU é oferecer o Atendimento Pré-Hospitalar (Portaria 737, 2001; Portaria 2.048, 2002; Seminotti, 2013; Marques, 2013; Felix, 2015) com rapidez e segurança.

O que dispara o processo de trabalho no SAMU é uma ligação telefônica para o número 192, que corresponde a Central de Regulação Médica. O primeiro contato do usuário será com o Técnico Auxiliar de Regulação (TARM) que, após uma triagem, passará o chamado para o Médico Regulador que, por sua vez, fará uma segunda triagem, orientando os usuários e buscando compreender qual é a necessidade real. Em seguida, define se será necessário ou não o envio de uma ambulância. Em sendo necessário, também definirá o tipo de unidade de suporte conforme a gravidade do caso, podendo ser uma Unidade de Suporte Básica ou uma Unidade de Transporte Avançada (para casos mais graves). O médico pode também encaminhar o usuário a um serviço de saúde apropriado e auxiliá-lo na realização de algumas práticas de primeiros socorros (Portaria 737, 2001; Portaria 2.048, 2002; Seminotti, 2013; Marques, 2013; Felix, 2015).

No caso do envio de uma unidade móvel, adotam-se os seguintes procedimentos: quando se trata de uma unidade básica, o médico regulador fornecerá orientações à equipe que está na rua, enquanto que nas unidades avançadas, sua intervenção é menor, pois nestas o médico compõe a equipe da unidade móvel. Em

ambos os casos, o médico regulador, com o auxílio do Rádio Operador, busca o hospital para onde encaminhará a ambulância e alerta a equipe do hospital para a chegada do SAMU. Enfim, encaminha a unidade móvel para o local apropriado que, por sua vez, dará sequência ao atendimento (Portaria 737, 2001; Portaria 2.048, 2002; Seminotti, 2013; Marques, 2013; Felix, 2015).

Outra característica do SAMU é que seus equipamentos e unidades móveis são adequados a cada região atendida. Desse modo, os meios de transporte variam entre ambulâncias/viaturas com os equipamentos apropriados, motolâncias, helicópteros, embarcações, veículos de intervenção rápida, entre outros. Quando a equipe for designada para atendimentos mais graves, será composta por um médico, um enfermeiro e ou um técnico em enfermagem e um condutor.

As motolâncias seguem em dupla, para os casos de maior gravidade, com profissionais da enfermagem, em busca de chegar o mais rápido possível ao local do acidente e adiantar o atendimento (Portaria nº 1.010, 2012). Essas equipes nunca são rigidamente definidas, sendo organizadas por escalas por órgão responsável no SAMU. Desse modo, o entrosamento entre os profissionais se torna ainda maior, pois todos, em algum momento, vão trabalhar juntos (Portaria 737, 2001; Portaria 2.048, 2002; Seminotti, 2013; Marques, 2013; Felix, 2015).

Com relação ao enfermeiro, nem sempre obrigatório nas equipes móveis do SAMU. Com a Resolução nº 375/2011 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) de 2015, ficou estabelecida a obrigatoriedade da presença do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar, tendo em vista que o técnico em enfermagem não pode atuar sem supervisão. Diante disso, a configuração das equipes incluiu a/o enfermeira/o nas equipes móveis, aumentando assim o número de

tripulantes e, conseqüentemente, diminuindo a carga de trabalho. Desse modo, a USB passou a ser tripulada por um técnico em enfermagem, um condutor socorrista e um enfermeiro; a USA, por sua vez, passou a ser tripulada por um médico, um enfermeiro e um condutor socorrista e, em algumas circunstâncias, um técnico em enfermagem na ambulância ou na motolância, considerando que são direcionadas aos casos de maior gravidade.

Sobre os atendimentos prestados, as equipes vão, no primeiro momento, avaliar o estado do paciente, buscando fazer um diagnóstico inicial, informando-o em seguida ao médico regulador através do 192. Utilizar o 192 aparece como limitação para os profissionais, que defendem a criação de uma linha exclusiva que permita maior agilidade na comunicação entre a equipe e o médico regulador. Este último, por sua vez, direciona o atendimento, prescrevendo os medicamentos e as ações que devem ser realizadas. Com as informações da equipe, será indicado o serviço de saúde para onde o paciente deve ser levado. Compete a equipe buscar manter a estabilidade do quadro do paciente durante o transporte até a entrega do paciente à equipe do hospital indicado e dar o atendimento por encerrado. No caso das USA, os procedimentos são semelhantes. Entretanto, há maior autonomia quanto as intervenções devido à presença do médico. Mesmo nesses casos, o médico regulador ainda precisará indicar à equipe a final instituição de saúde que receberá o paciente (Sanchez, Rovaris, Moreira, & Grando, 2006; Felix, 2015).

Em síntese, pode-se dizer que o SAMU está voltado ao atendimento da população/usuários e funciona em uma constante interdependência entre as equipes da rua, a central de regulação e as equipes dos hospitais, inclusive com outros serviços: como bombeiros, quando em situações com risco de incêndio, ou, no caso de um

resgate que necessite de equipamentos que o SAMU não possui; e policiais, quando em situações de violência e risco de morte para os envolvidos. Desse modo, a rede de assistência composta pelo SUS, conecta o SAMU a sociedade, a todos os serviços públicos de saúde e segurança, fazendo dele uma de suas principais portas de entrada.

1.2 A Cooperação e os serviços de urgência e emergência

Os serviços de saúde evidenciam a necessidade da cooperação, especialmente em situações de crise, urgência e emergência. Quando se compartilha um projeto a realizar e quanto maior a complexidade do que deve ser feito, maior a necessidade de cooperar para atingir os resultados desejados. Frente a isso, a cooperação pode ser imposta ou pode acontecer espontaneamente, pois possui uma finalidade, que se trata do objetivo da tarefa coletiva (Barthe & Queinnec, 1999).

Entretanto, a cooperação não se limita a uma única função, mas se adapta ao que demanda cada situação. Tendo em vista a necessidade de adaptação, o coletivo de trabalho é também um espaço de desenvolvimento, de aprendizagem, de construção e consolidação do trabalho em equipe, pois toda situação, desde a inserção de novos membros ao grupo até as variabilidades que acompanham cada ocorrência produzem novos aprendizados e o desenvolvimento de habilidades físicas, intelectuais e técnicas (Barthe & Queinnec, 1999; Backes, 2012; Oliveira, 2014; Ferreira, Dall’Agnol & Porto, 2016).

Além disso, os trabalhadores se percebem necessários à equipe e mobilizam seus esforços para cumprir a missão que é, nesse contexto, de todos. Nesse ponto, é importante destacar a necessidade de um comportamento proativo no gerenciamento

do cuidado, tendo em vista a necessidade de otimizar o serviço. Desse modo, todos os trabalhadores implicados na situação, são envolvidos na tomada de decisão e na construção dos espaços onde cada um possa oferecer suas contribuições pessoais, seu saber-fazer em prol dos resultados desejados pelo coletivo (Barthe & Queinnec, 1999; Backes, 2012; Oliveira, 2014; Ferreira, Dall'Agnol & Porto, 2016).

A cooperação pode ser encontrada já na divisão de tarefas e no modo como elas se entrelaçam, não apenas respondendo ao que está prescrito, mas também atendendo as mudanças ambientais, as novas demandas do trabalho, que pressupõem enfrentar os imprevistos/disfuncionamentos em um esforço coletivo para preencher as lacunas deixadas pelas prescrições. Impulsionando os trabalhadores a conhecer as funções uns dos outros, as potencialidades de cada um e a postura ética que proporciona a confiança no trabalho. Com esse conhecimento uns dos outros, torna-se possível realizar intervenções coordenadas, em sincronia e harmonia. A coordenação diária é imprescindível, bem como a construção e o respeito aos acordos coletivos de trabalho, para que a cooperação aconteça (Guérin; Laville; Daniellou; Duraffourg; & Kerguelen, 2001; Barthe & Queinnec, 1999; Backes, 2012; Oliveira, 2014; Ferreira, Dall'Agnol & Porto, 2016).

Em vista disso, é possível compreender a cooperação como o resultado dos esforços dos trabalhadores com a finalidade de realizar suas atividades e alcançar os resultados com qualidade, eficiência, preservando a saúde mental e física. Por essa razão, embora a organização de trabalho preveja relações hierárquicas e divisão de tarefas, os trabalhadores se articulam e agem de modo tal que as diferenças hierárquicas e salariais se diluem parcialmente no agora da atividade de trabalho,

favorecendo a confiança, partilha, trocas e solidariedade (Schwartz, 2010; Backes, 2012; Oliveira, 2014; Ferreira, Dall’Agnol & Porto, 2016).

As equipes multidisciplinares, em alguns contextos, ainda parecem desencontradas de seu propósito diante das tradições engessadas dos espaços de saúde, especialmente nos hospitais que trazem uma bagagem multifacetada e até contraditória. Ainda assim, o trabalho em equipe tem bons resultados, pois as limitações institucionais e individuais são enfrentadas coletivamente. Entretanto, a fragmentação do trabalho e o distanciamento hierárquico, fazem com que cada categoria profissional se mantenha entre seus pares, o que caminha na contra-mão da cooperação. Buscando a contribuição uns dos outros, essencialmente em momentos graves, (Pinto & Zambroni-de-Souza, 2015; Santos, Lima, Pestana, Colomé & Erdmann, 2016; Vegro, Rocha, Camelo & Garcia, 2016) é possível enxergar os benefícios da cooperação.

Nesse caso, embora não esteja restrita a tais situações, a cooperação é mais convocada nas situações de urgência, quando toda a equipe se mobiliza, fazendo ajustes e acordos para articularem suas tarefas em benefício do paciente, bem como para suprir as lacunas das prescrições, afastando-se e aproximando-se dos protocolos em busca de criar meios de atender as especificidades de cada caso. Agindo juntos, controlando ativamente e preventivamente as variabilidades, auto-regulando-se e oferecendo suporte técnico e emocional recíproco (Backes, 2012; Waldow, 2014; Pinto & Zambroni-de-Souza, 2015; Rothebarth, Cesário, Lima & Ribeiro, 2016; Backes & Azevedo, 2017) caminha-se na direção da cooperação e, portanto, de resultados mais confiáveis.

Diante disso, pode-se supor que nos espaços de saúde nos quais as situações são mais complexas e urgentes, existe pouco margem para hesitar ou até seguir estritamente os ritos dos protocolos, pois a agilidade e a eficiência se mostram mais úteis para alcançar o objetivo primordial: é o salvar vidas. Tal aspecto é demonstrado por Cavanellas (2014), em seu estudo com os médicos sem fronteiras e com profissionais no setor de emergência de um hospital público. Ao enfrentar situações-limite ou de extrema-urgência, torna-se uma exigência cooperar, encontrar soluções criativas para suprir as necessidades da situação, superar as diferenças individuais e, conseqüentemente, deixar a hierarquia em posição secundária. Portanto, o trabalhador que enfrenta as urgências e emergências, atua em cima de subversões, não pelo prazer em transgredir, mas pela necessidade real do trabalho, de dar o encaminhamento mais pertinente às situações enfrentadas (Backes, 2012; Waldow, 2014; Pinto & Zambroni-de-Souza, 2015; Rothebarth, Cesário, Lima & Ribeiro, 2016; Backes & Azevedo, 2017; Oliveira, 2014; Ferreira, Dall’Agnol & Porto, 2016).

Em síntese, a união entre os trabalhadores é uma ferramenta importante, não apenas para cumprir o objetivo da tarefa de trabalho, mas para o desenvolvimento pessoal e coletivo de todos os profissionais envolvidos. Esses profissionais, em sua rotina de trabalho, ao mobilizar as inteligências individuais e contribuir com suas habilidades, demonstram que os serviços de saúde não podem ser realizados, com qualidade e êxito, de maneira solitária ou desarticulada. E ainda que seja possível encontrar contradições e confronto entre as práticas reais e as tradições desse contexto, a cooperação é antes de tudo um processo que exige civilidade, respeito, solidariedade e reciprocidade, não sendo um estado definitivo, posto que emerge da realidade do trabalho (Leclerc; 1999; Sennett, 2012; Dejours, 2012).

1.3 A dimensão coletiva do trabalho e a cooperação

Trabalhar inclui a atividade, as condições de trabalho e os resultados da atividade. É, ao mesmo tempo, um território de contradições, multifacetado, que vai sendo reinventado ao longo do tempo e que reúne propósitos diversos, individuais e coletivos, em função de uma obra em comum. Dito isso, a dimensão coletiva do trabalho, significa justamente essa união de pessoas em volta de um ou de vários objetivos, que se relacionam e constroem vínculos de interdependência. Esses vínculos são construídos na proporção em que as ações da equipe do SAMU estão entrelaçadas, mas também nas experiências que vivem juntas, na solidariedade que compartilham e na reciprocidade. Diante disso, para a organização de trabalho, o coletivo funciona como um recurso de estabilidade organizacional ao disponibilizar para os trabalhadores um espaço seguro de trocas, de confiança e de apoio para cumprir as demandas do trabalho e pessoais (Leclerc, 1999; Morin & Aubé, 2009).

No sentido de se aproximar da dimensão coletiva de trabalho, a Ergonomia vai se interessar pelos diferentes modos de comunicação que circulam entre os trabalhadores, ou seja, como acontece a troca de informação e como é construído um referencial comum, com regras criadas pelos próprios trabalhadores, ajustes entre o trabalho prescrito e o trabalho real, dimensões presentes na vida cotidiana independente da autorização da organização (Lochouarn, 1983; Vidal, 1985; Daniellou, 1986; Leplat, 1991; Terssac, 1992; Athayde, 1996).

Entretanto, a atividade coletiva não pode ser imposta pela organização, ou seja, ainda que uma tarefa seja prescrita como coletiva, o grupo, de acordo com a situação em que se encontra e sua vontade, poderá redefinir a tarefa e transformá-la em individual. Portanto, a atividade é coletiva quando, estando no mesmo espaço ou

não, há uma intervenção coordenada de várias pessoas, com tarefas interdependentes e atuando sobre um mesmo objeto e com relações intermediadas por normas, prescrições (Leplat, 1992; Athayde, 1996; Leclerc, 1999).

Caroly e Barcellini (2016) propõem o conceito de atividade coletiva por abranger o coletivo de trabalho (que afeta a saúde e o desempenho dos indivíduos) e o trabalho coletivo (ação coletiva dos trabalhadores). Consequentemente, a atividade coletiva manobra as relações de trabalho e dá sentido ao que é feito; afetando a saúde dos trabalhadores, a aprendizagem, o desenvolvimento de suas competências e a qualidade do que é produzido (Cru, 1988).

Cada trabalhador pode fazer parte de múltiplos coletivos de trabalho, compartilhando o mesmo espaço (ou não), com atividades que podem ser iguais ou interdependentes e funciona em torno de variações quanto as demandas do trabalho. Nesse contexto, os trabalhadores vão atuar de modo a compensar as dificuldades uns dos outros, harmonizando habilidades e competências; garantindo a segurança e saúde dos trabalhadores, bem como o equilíbrio do sistema de produção (Daniellou, Simard & Boissières, 2010).

Além das normas prescritas da organização do trabalho, os trabalhadores também são regidos por regras elaboradas pelo próprio coletivo de trabalho. Tais regras são essenciais para a coesão do coletivo visto que servem de orientação para as ações dos trabalhadores e para que se ajustem reciprocamente. Essas regras podem ser chamadas de regras de ofício, pois tem origem no conhecimento adquirido pelos operadores ao enfrentar a realidade do ambiente de trabalho, dos instrumentos, dos modos de fazer e das variabilidades, aspectos que a gerência conhece parcialmente.

Esses regras são essenciais para a cultura de segurança da organização de trabalho (Cru, 1988; Daniellou, Simard, & Boissières, 2010; Molinier, 2013).

Considerando a perspectiva da Psicodinâmica do trabalho, é importante compreender que trabalhar depende essencialmente dos indivíduos que, diante da insuficiência das prescrições, recorre aos recursos individuais e coletivos para suprir as necessidades reais. Desse modo e de forma contínua, os trabalhadores superam de forma coletiva as resistências do real do trabalho. Além disso, o trabalho constitui uma relação social entre as pessoas, que organiza e provoca o desenvolvimento da sociedade, influenciando a saúde mental e física dos indivíduos (Dejours, 2012a).

Nesse sentido, a cooperação é concebida em benefício da saúde do coletivo de trabalho, por oferecer aos sujeitos recursos para enfrentar as demandas do trabalho, firmando relações de solidariedade e reciprocidade, o que, por sua vez, configura um coletivo de trabalho. Portanto, a divisão social e técnica do trabalho, a coordenação das tarefas e das inteligências é necessária para que o trabalho coletivo aconteça. Nesse caso, pode-se considerar que, quanto ao contexto de trabalho, a coordenação está para as prescrições, como a cooperação está para o trabalho real. Ainda assim, a cooperação não pode acontecer sem que o coletivo deseje, construa laços, compartilhe experiências e consolide tais aspectos em suas vivências (Dejours, 1993; Dejours, 2012b; Molinier, 2013).

Diante disso, podem-se considerar quatro formas de regras que dão suporte à cooperação no trabalho. São elas: (1) *as regras sociais* que orientam as relações interpessoais e sustentam as regras de equidade, educação, civilidade e do saber viver; (2) *as regras técnicas* relacionadas a execução da atividade e práticas quanto ao tempo, a observação e ao planejamento do trabalho; (3) *as regras languageiras* que se

referem a intercompreensão, ao vocabulário especializado compartilhado pelo coletivo e que se mostra incompreensível para aqueles que não fazem parte do contexto; e (4) *as regras éticas* baseadas na sabedoria da prática, construídas na deliberação, considerando os valores e as normas do coletivo que o sustenta. Essas regras vão ainda contribuir para que os coletivos de trabalho construam uma identidade (Molinier, 2013).

Então, cada contexto que envolve o processo de trabalho, exigirá que os trabalhadores atuem de acordo com as suas especificidades, permitindo aos coletivos que se manifestem de diversas maneiras. O coletivo de trabalho constitui assim um recurso para a saúde dos trabalhadores, para o desempenho individual e coletivo e para o alcance dos resultados. É sob a base de um Referencial Operativo Comum que os trabalhadores encontram um repertório de condutas para entrar em sincronia, conectando-se às situações enfrentadas e conscientes das ações uns dos outros (Caroly & Barcellini, 2016).

De acordo com Guérin et al. (2001), é possível verificar as expressões do trabalho coletivo. Uma delas é a cooperação explícita, quando os trabalhadores se encontram em volta da mesma tarefa e vão se ajustando no decorrer das ações ou então quando atuando em um mesmo espaço, podem se voltar a uma intercorrência e em seguida voltarem aos seus lugares. Há também como verificar o trabalho coletivo através do trabalho realizado e seus resultados, como no caso da linha de produção. Também é possível enxergar o coletivo nas pessoas que exercem uma função de regulação estrutural, como no caso dos gerentes (ou outros trabalhadores) que organizam o trabalho dos demais. Nesse sentido, as dimensões coletivas do trabalho se mostram vinculadas a coordenação quando os profissionais consideram uns aos

outros apesar de seus diferentes objetivos. A co-ação existe quando as atividades convergem em algum ponto do processo de trabalho e a colaboração quando os trabalhadores vão se unir para enfrentar uma situação específica e momentânea (Guérin et al., 2001).

O trabalho coletivo é influenciado pela noção que os trabalhadores têm de como se organiza o trabalho, ou seja, quais processos estão submetidos, o que estão produzindo e que objetivos compartilham. Nesse processo, a comunicação é muito importante por contribuir para o desenvolvimento e manutenção do coletivo, ao permitir a transmissão de informações relacionadas ao trabalho. Essa comunicação também vai permitir que interpretem o que estão vivendo, realizem ajustes quando necessário ou outras ações que possam dar conta da situação, regulando suas ações para enfrentar os imprevistos e os riscos, reduzindo assim a possibilidade do acidente de trabalho ao mesmo em que assegura a qualidade do que está sendo produzido (Guérin et al., 2001; Caroly & Barcellini, 2016).

No que se refere a cooperação, esta pode ser imposta ou espontânea, sendo importante a existência de um objetivo comum. Entretanto, quando imposta, as relações não costumam ser tão saudáveis e duráveis quanto no contexto em que a cooperação resulta da vontade dos trabalhadores. De acordo com Schmidt (1991, 1994 apud Barthe & Queinnec, 1999) a cooperação possui diversas funções tendo em vista alcançar os objetivos desejados. A função de *amplificação* remete ao desenvolvimento de habilidades físicas e/ou intelectuais; a de *diversificação* refere-se a reunião de distintas especialidades e técnicas; a de *enfrentamento* está relacionada a confiabilidade humana; e a de *confronto* quando, em face de uma tomada de decisão, considera-se o problema em sua globalidade e os diferentes pontos de vista dos

trabalhadores envolvidos na situação. Então, a cooperação vai se manifestar na divisão de tarefas, no modo como elas se integram e se reorganizam diante das necessidades do real do trabalho, na perspectiva de realizar intervenções coordenadas, sincronizadas e harmoniosas (Barthe & Queinnec, 1999).

Para o entrelaçamento dos trabalhadores é essencial a coordenação diária e a construção de acordos (explícitos ou implícitos) no coletivo de trabalho, bem como a compreensão sobre os objetivos e as restrições de cada profissão para que possam cooperar e encontrar soluções adaptadas. Diante disso, a negociação coletiva é, também, uma das manifestações do trabalho coletivo visto que dificilmente um trabalhador atua sozinho. Ainda que o contato não seja presencial, poderá haver hierarquia, colegas, “colaboradores”, fornecedores, prestadores de serviço etc (Guérin et al., 2001; Barthe & Queinnec, 1999; Caroly & Barcellini, 2016).

O coletivo surge na ação, na experiência coletiva adquirida nas situações de trabalho; é intrínseco à atividade de trabalho, sendo, inclusive, um espaço de inovação, apoio e um recurso de preservação da saúde e segurança no trabalho. Desenvolve, ainda, o aprendizado, contribui para elaborar um sentido para o trabalho e oferece as condições necessárias para o engajamento físico e subjetivo do trabalhador em sua atividade (Guérin et al., 2001; Barthe & Queinnec, 1999; Caroly & Barcellini, 2016).

Pode-se considerar que o coletivo de trabalho e o trabalho coletivo constituem a atividade coletiva, que abrange tudo que se refere ao funcionamento do coletivo, ou seja, a união de atividades individuais, o enfrentar junto as situações que se apresentam diariamente, o conhecimento recíproco e o reconhecimento das competências individuais. Como resultado, temos o fortalecimento da confiança, o

estabelecimento de um espaço seguro de debate e consequentemente, uma organização de *trabalho capacitante* (Caroly & Barcellini, 2016).

Por último, a cooperação pode ser considerada eficaz quando abrange todo o coletivo, ou seja, mesmo em uma situação onde a hierarquia esteja presente, todos se sentem conectados e importantes para o trabalho. A cooperação pode ser estimulada através das experiências em comum e as trocas no campo da informalidade, onde as pessoas vão criando laços. Ou seja, os trabalhadores agem ativos no processo, vivendo as situações de forma prática, imediata, com liberdade para agir e construir vínculos com aqueles que estão à sua volta (Alter, 2007; Sennett, 2012).

2. MÉTODO

2.1 Locus da pesquisa

A coleta de dados foi realizada na base central do SAMU de uma capital do Nordeste brasileiro. Nessa cidade existem 24 bases, 64 municípios a serem atendidos e uma Central de Regulação que atende 1.800.000 mil habitantes (Felix, 2015). Na base central, existem quatro USAs, duas USBs e uma equipe de motolâncias. As demais viaturas ficam distribuídas nas bases descentralizadas.

2.2 Participantes

A amostra foi por conveniência, não probabilística e voluntária, de acordo com a disponibilidade dos indivíduos. Foram entrevistados 24 trabalhadores distribuídos em 10 equipes do SAMU. Dessas equipes, 6 tripulam as Unidades de Suporte Básicas (USB) e 4 as Unidades de Suporte Avançadas (USAs). As USBs são compostas por um(a) enfermeiro(a) e um condutor e as USAs por um(a)

enfermeiro(a), um condutor e um(a) médico(a). É importante ressaltar que os procedimentos metodológicos do presente artigo não seguem estritamente a metodologia proposta por Dejours, razão pela qual a Psicodinâmica do Trabalho foi utilizada como base teórica, especialmente a sua elaboração relativa ao tema cooperação.

Os profissionais entrevistados, tanto os que ficam na base central quanto os que tripulam as unidades móveis, se identificam como participantes de uma única equipe, porém para fins da organização do trabalho, as escalas são construídas mensalmente pela hierarquia, que distribuem os trabalhadores em grupos menores. Para os objetivos dessa investigação, optou-se por entrevistar coletivamente as equipes das unidades móveis (USB e USA) com base na organização das escalas de trabalho.

Foram excluídos os aposentados, inativos ou afastados por motivos diversos, além dos que ocupavam outras funções e os que não aceitaram participar da pesquisa. A entrevista coletiva mostrou-se pertinente neste estudo por ter permitido observar a dinâmica de cada equipe durante as entrevistas, gerando um material importante para a interpretação posterior dos dados. Foi também possível perceber, por essa via metodológica, as demonstrações de afeto, de cuidado entre os participantes, as trocas de olhares e a forma integrada como respondiam aos questionamentos, em muitos momentos complementando a linha de pensamento uns dos outros. Nesse caso, a entrevista coletiva proporcionou uma maior aproximação com o modo como trabalham na rua, já que não foi possível, por contrariar as regras do SAMU, realizar observações *in loco*.

2.3 Instrumentos

Para realização das entrevistas foram utilizados os seguintes instrumentos:

- *Questionário sociodemográfico*: com o objetivo de coletar informações como sexo, idade, escolaridade, com o objetivo de caracterização da população investigada;

- *Roteiro de entrevista semiestruturado*: elaborado a partir de dados produzidos pela pesquisa de Felix (2015), com o intuito de investigar diferentes ângulos da cooperação na atividade de trabalho das equipes. Esse tipo de entrevista foi escolhido por permitir uma maior aproximação às vivências subjetivas dos participantes da pesquisa. Consideramos que a fala possui o poder de organizar o pensamento, provocar reflexões acerca da atividade e reelaborar as experiências, tornando visível o que não se pode alcançar através unicamente da observação do processo de trabalho (Dejours, 1992).

As temáticas abordadas no roteiro foram: o que pensam acerca da cooperação em seu trabalho no SAMU; em que situações percebiam como mais ou menos necessária a cooperação; o que favorecia e o que desfavorecia a cooperação no trabalho; e, por fim, o que diferencia o SAMU dos demais serviços de saúde. No presente artigo, tratamos especificamente dos materiais que emergiram a partir da última questão do roteiro.

2.4 Procedimentos

Na primeira etapa, o projeto dessa pesquisa foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa localizado na cidade onde o estudo foi realizado. Em seguida, foi feito o contato com administração do SAMU para apresentar a proposta e

organizar a realização das entrevistas. Ao final de cada entrevista, os próprios trabalhadores indicavam outras equipes a serem entrevistadas. No total foram realizadas dez entrevistas coletivas, tendo participado de cada entrevista dois a três trabalhadores, contabilizando 24 participantes.

Todas as entrevistas foram realizadas em uma sala reservada para essa finalidade na própria base central. Inicialmente era apresentada a proposta da pesquisa e em seguida solicitava-se a participação dos trabalhadores, apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo uma cópia destinada ao participante e outra a pesquisadora (a primeira autora desse estudo conduziu as entrevistas). Após a assinatura do TCLE, cada um dos participantes recebia e preenchia um questionário sociodemográfico e, em seguida, tinha início propriamente a entrevista coletiva.

Inicialmente foram apresentados trechos de falas de técnicos em enfermagem do SAMU retirados da pesquisa de Felix (2015), que ilustravam situações de cooperação no trabalho das equipes móveis do SAMU e, a partir delas, os trabalhadores eram convidados a refletir, discutir e se posicionarem frente aos questionamentos sobre a cooperação no trabalho. Assim, diante de cada questionamento, os entrevistados comentaram livremente, com intervenções pontuais da pesquisadora, no sentido de não desviar o foco e ampliar para questões oportunas que surgissem ao longo das entrevistas. As entrevistas buscaram provocar reflexões e discussões acerca da cooperação. Por se tratar de um roteiro semiestruturado, houve abertura para a incorporação de outras temáticas relacionadas à questão da cooperação, surgidas durante as discussões.

2.5 Análise de conteúdo temática

Para tratar e interpretar os dados resultantes das entrevistas, recorreremos à análise de conteúdo temática, proposta por Laville e Dionne (1999), o que possibilitou uma interpretação sistemática dos discursos, uma vez que as estruturas e os elementos do conteúdo são decompostos, permitindo distinguir as suas características e encontrar os seus significados. Os conteúdos são agrupados de acordo com os temas encontrados, ou seja, os trechos das entrevistas são organizados de acordo com as suas similaridades, para compor os *núcleos de sentido*. Portanto, os critérios para definição das categorias foram a presença dos temas e a sua relevância para a compreensão do objetivo desse estudo.

Na sessão em que os resultados da pesquisa estão relatados e discutidos, as falas dos participantes aparecerão tanto individualmente, quanto inseridas em um diálogo coletivo, tendo em vista que as entrevistas foram realizadas em equipe. Nesse sentido, em cada trecho do diálogo, será indicado um número entre parênteses que identifica o participante da pesquisa, respeitando os aspectos éticos que protegem a identidade dos participantes, e a inicial que representa sua categoria profissional, ou seja, M (médico), E (enfermeiro) e C (condutor).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este tópico traz inicialmente uma apresentação dos participantes da pesquisa e em seguida a discussão das categorias temáticas que encontramos a partir da análise dos dados, são elas: O perfil da cooperação; Liberdade para agir; Habilidades para cooperar; Limitações à cooperação.

3.1 Caracterização dos participantes

Participaram dessa pesquisa 24 pessoas, sendo 6 mulheres e 18 homens. A maioria (16 participantes) tinha entre 20 e 39 anos. Quanto à distribuição das funções nas equipes, 10 eram condutores, 10 eram enfermeiras(os) e quatro eram médicos. Em relação ao tempo de serviço, entre os médicos, o mínimo de tempo de trabalho no SAMU foi de três anos, já no caso das enfermeiras(os), o tempo de trabalho variou entre um a quatro anos e os condutores, entre um a cinco anos.

No que se refere aos médicos, 43 eram atuantes no período da pesquisa, sendo 23 homens e 20 mulheres. Desse total, 40 médicos são contratados e apenas três são concursados. Os contratos são anuais e podem ou não ser renovados. O processo seletivo se baseia na análise de currículos, enquanto que, no caso dos concursados, a inserção no serviço se deu através de concurso público, nesse caso havendo estabilidade no emprego. Os servidores concursados na cidade investigada chegaram ao SAMU transferidos de outros setores da administração pública, após o cumprimento do estágio probatório.

Entretanto, todos os médicos (contratados e concursados) durante o período da pesquisa, recebiam por plantão R\$ 850,00 de segunda a quinta-feira e R\$ 930,00 de sexta a domingo. O valor diferenciado nos finais de semana e feriados, é uma prática comum nos serviços de saúde da região a fim de atrair os médicos para trabalhar em dias que seriam de folga, segundo relatos dos entrevistados. São valores elevados para a realidade onde a pesquisa foi desenvolvida, considerando-se que eles recebem por um plantão de 12 horas o equivalente a quase o valor do salário-mínimo mensal brasileiro. A cada turno permanecem oito médicos de plantão. No momento das entrevistas, dois médicos estavam afastados por motivo de saúde.

No que diz respeito às (os) enfermeiras(os), foram entrevistadas(os) 10 de um total de 62, sendo 36 mulheres e 26 homens. Desse total, 55 enfermeiros são contratados e apenas 7 são concursados. Recebem por plantão o valor de R\$ 190,00. É importante salientar que os concursados podem realizar até dez plantões, enquanto os contratados podem chegar a quinze plantões. Em cada turno permanecem 11 enfermeiros de plantão. Não havia ninguém afastado no momento da pesquisa.

Em relação aos condutores socorristas, 10 foram entrevistados em um total de 55 condutores, sendo todos do sexo masculino. Dentre estes, 52 são contratados e 3 são concursados. Desse modo, é possível concluir (tal como nas categorias anteriores) que a maioria não possui estabilidade empregatícia e tão pouco os mesmos direitos legais daqueles que são concursados. Quanto aos valores, todos recebiam R\$ 100,00 reais por plantão. Os concursados, por sua vez, podem tirar até 13 plantões e os contratados até 15 plantões. Permanecem em cada turno 11 condutores de plantão. No momento das entrevistas, não havia nenhum profissional afastado.

É possível observar uma predominância do sexo masculino tanto no grupo entrevistado quanto na população, principalmente entre os médicos e condutores, tendo em vista que as 6 mulheres entrevistadas são enfermeiras. É relevante ressaltar que na enfermagem há uma predominância feminina, o que pode estar relacionado ao papel cultural associado à mulher, que em trabalhos relacionados a saúde costuma ficar encarregada do cuidado e da promoção de alívio ao sofrimento (Kergoat, 1996; Felix, 2015).

Diante das diferenças expressivas quanto a salários e estabilidade contratual, torna-se evidente a desvalorização profissional e a falta de garantias trabalhistas básicas, que colocam esses profissionais, principalmente os regidos por contrato, em

uma posição de grande vulnerabilidade. Essa situação reforça o estudo de Verde, Bernardo e Büll (2013) que constatou que os profissionais de saúde, em muitos contextos, estão submetidos a vínculos frágeis de contratação.

Nesse caso, os trabalhadores regidos por contratos não possuem qualquer renda fixa vinda do SAMU que permita um afastamento remunerado do trabalho, pois só recebem de acordo com os dias trabalhados. Além disso, diante da fragilidade do contrato assinado, precisam lidar com a possibilidade de serem demitidos sem nenhum preparo prévio ou direitos trabalhistas que os ampare nesse sentido. Então, esses profissionais se submetem a situações de risco, bem como muitos deles ficam sobrecarregados por possuírem múltiplos vínculos empregatícios, similares ao do SAMU e que complementam a renda, porém compromete a saúde desses indivíduos (Felix, 2015).

A partir da análise das falas dos participantes no presente estudo, foi possível verificar que as diferenças de gênero e vínculos empregatícios, não apresentam implicações negativas nas relações de cooperação no SAMU, pois a cooperação surge em função da necessidade de superar as deficiências do serviço que resultam da precarização.

3.2 O que distingue o SAMU dos outros serviços de saúde?

Esta sessão apresenta as categorias identificadas a partir da análise de conteúdo, dialogando com nosso aporte teórico. Procura-se delinear o perfil do SAMU e de suas características, que o distingue dos demais serviços de saúde.

3.2.1 A natureza da cooperação no SAMU

No SAMU, onde foi realizado esse estudo, os profissionais são selecionados e contratados com base em análise curricular. O treinamento, por sua vez, está muito mais ligado à adaptação na função, ao ritmo de trabalho, à equipe, do que simplesmente aprender o que devem fazer, de modo que só conseguem aprender como atuar nesse serviço efetivamente na prática, no enfrentamento do real do trabalho. Entretanto, para serem contratados, esses profissionais investem bastante em especializações, cursos preparatórios, além de trabalhar no contexto de urgência e emergência em outros serviços de saúde. Sendo assim, chegam ao SAMU com diversas experiências, o que oferece a eles diferentes perspectivas sobre a cooperação no trabalho (Felix, 2015).

Nesse caso, o modo como percebem a cooperação nos diferentes espaços de trabalho que ocupam ou já ocuparam mostra diferenças significativas, que expõem a natureza da cooperação no SAMU e como, através dela, o coletivo se organiza e a atividade de trabalho acontece. Um dos contextos mais referidos pelos participantes do estudo foi o hospitalar. Neste existem muitos profissionais em atividade assim como mais recursos à disposição em termos de infraestrutura e insumos. No SAMU, ao contrário, o fator imprevisto, que é parte da rotina diária, aliado a limitação de recursos tornam a cooperação um ingrediente importante, senão crucial, para o sucesso das intervenções realizadas. No caso dos hospitais constatamos um fenômeno já identificado por Myers (2015), segundo o qual quanto mais pessoas responsáveis por alguém ou algo, menor a pressão sentida e menor a tomada de atitude resolutiva.

No caso do SAMU a cooperação se torna mais intensa e imprescindível devido as limitações de uma assistência de urgência exercida na rua, na ambulância, o que exige dos membros da equipe grande entrega e muita sincronia. Também é

importante ressaltar que a autonomia que a equipe da USA alcança com a presença do médico representa menor dependência do médico da Central de Regulação.

Os protocolos são, na medida do possível, seguidos à risca, mas a abertura para a situação que está sendo enfrentada é chave para esses trabalhadores, que procuram encontrar uma resposta adaptada à situação, considerando as particularidades de cada caso como nos estudos de Backes, (2012); Waldow, (2014); Pinto & Zambroni-de-Souza, (2015); Rothebarth et al. (2016); Backes e Azevedo, 2017. Os relatos a seguir ilustram o que foi dito:

No hospital acontece a cooperação, (...) chama fulano para ajudar (...) quando você tá na rua não tem isso. Tem que resolver, tem que saber resolver. (...) a gente vai decidindo o procedimento que tem que ser feito para aquele paciente. (...). É tudo sentido na hora. Não existe um esquema. (...). Tem um protocolo para reconhecer as vítimas graves, separar as áreas para identificar, mas é meio que na hora (...) o médico que está em intervenção tem autonomia para atuar, (...). (M1).

Um conceito que também pode ser mobilizado para explicar o cenário encontrado no hospital é o de vadiagem social, discutido por Myers (2015) Tal conceito se refere ao comportamento coletivo onde os indivíduos vão realizar suas atividades com o mínimo esforço por se encontrarem em um coletivo onde as responsabilidades estão diluídas entre todos. Isso pode explicar a razão pela qual em um hospital, onde existem muitos profissionais disponíveis, o empenho e a cooperação podem ser menores. Ou seja, os deveres para com aqueles pacientes estão nas mãos de muitos, diferente de quando a equipe é restrita. Quanto menor a equipe, menos identifica-se a vadiagem social, pois as avaliações e julgamentos estão muito

mais direcionados. O paciente não está normalmente estabilizado e existem muitos olhares sobre a equipe, que é levada, também por essa razão, a se empenhar com afinco nas intervenções realizadas.

Outra característica que diferencia o SAMU é a exposição enfrentada pelos trabalhadores, não apenas aos riscos inerentes ao trabalho (como andar em alta velocidade, sob qualquer condição ambiental, enfrentar contextos de violência etc.), mas também aos olhares das pessoas que estão em volta, observando, registrando, julgando e difundindo imagens que podem muitas vezes ser deturpadas. Há, ainda, a intervenção de pessoas que não possuem preparo especializado para lidar com as ocorrências, podendo trazer mais prejuízos ao serviço e especialmente ao usuário que está necessitando da assistência adequada. Tais aspectos corroboram os estudos de Felix (2015). Tais condições podem interferir na atuação dos profissionais, o que torna a cooperação ainda mais importante considerando que representa uma fonte de apoio para esses indivíduos. Além disso, encontram prazer no trabalho, o que os motiva a continuar trabalhando, mesmo que as condições objetivas como salário sejam desanimadoras (Dejours, 2012b; Sennett, 2012; Barthe & Queinnec, 1999; Backes, 2012; Oliveira, 2014; Ferreira, Dall’Agnol & Porto, 2016). Como demonstra a fala abaixo:

(...), na rua é diferente, (...) tem muito médico que não é médico, se acha médico, (...) E tem muita gente que dá aula de APH e nos leva como exemplo, (...) acha que a gente tá fazendo um serviço bem-feito, (...) como também (...), olha como o SAMU tá trabalhando errado, aí mostra a imagem lá (...) *“Não aprendam com o SAMU”* (...) somos seres humanos (...) às vezes faz errado pensando tá fazendo o certo e tentando fazer o certo. (...), a

gente quando entrou aqui (...) com um único intuito que é de ajudar o próximo. Obviamente que a gente tem nosso salário, (...) família e (...) obrigações (...), se a gente não gostasse do que nós fazemos aqui muitos tinham deixado (...). (C2).

Então, embora no hospital existam mais recursos humanos e estruturais, bem como segurança em diversos níveis, no SAMU, a cooperação é uma exigência da atividade, mas também é o único modo de funcionamento do serviço. Adaptar-se à escassez, inclui fazer o melhor uso dos recursos disponíveis e das competências de cada componente da equipe, para alcançar o sucesso das ações e, nesse aspecto, a cooperação é imprescindível. Além disso, é preciso atuar em parceria, protegendo-se, ensinando, trocando, corrigindo e contribuindo para o benefício das operações, mas principalmente para o desenvolvimento coletivo (Barthe & Queinnec, 1999; Backes, 2012; Oliveira, 2014; Ferreira, Dall’Agnol & Porto, 2016).

(...), querendo ou não num ambiente hospitalar você tem mais pessoas do que numa viatura de suporte básico (...). Eu acho que por aqui sermos dois, (...), querendo ou não a gente tem mais cooperação, (...) (E2). - (...) no SAMU, a gente sempre procura trabalhar numa maior harmonia e sincronizado. (...), mesmo que um faça uma coisa e o outro veja que não tá fazendo certo, a pessoa tenta corrigir lá e depois tenta se conversar e entrar num acordo, (...), a gente fala baixinho, *“olha se tu fizer assim”*, (...), pra não tá chamando atenção do outro (...) no meio do povo, aí é por isso que a gente interage bem (...) (C2). - Ou até mesmo depois de uma ocorrência, a gente *“oh isso daqui a gente podia ter feito assim, será que assim não teria sido melhor?”* (E2).

E uma coisa que a gente sempre faz aqui, inclusive doutor M3 é uma das pessoas que mais faz, é fazer o feedback. Ao final de cada ocorrência, a gente vem fazendo e falando o que foi bom ou que poderia ter sido melhor. (...) a gente aprende com as ocorrências também, a gente vem discutindo, e eu acho que é isso que forma esse espírito de equipe, essa cooperação entre a gente, entendeu? (E3).

Outro aspecto interessante, quanto as particularidades do SAMU, é a extensão que a cooperação alcança, pois não se restringe à equipe da ambulância. Há também aqueles que estão na base central, os que aguardam para receber as equipes nos hospitais, a comunidade e os profissionais de outros serviços, como é o caso da polícia militar e do corpo de bombeiros. No caso dos bombeiros, é importante registrar que eles participaram da implementação do SAMU, cuja atividade se assemelha, em muitas situações, a atividade dos bombeiros. Uma atuação conjunta, da equipe do SAMU e dos bombeiros, torna possível uma operação sincronizada, como se fosse uma só equipe (Guérin et al., 2001; Barthe & Queinnec, 1999; Backes, 2012; Oliveira, 2014; Felix, 2015; Ferreira, Dall'Agnol & Porto, 2016). Tais considerações podem ser ilustradas no depoimento a seguir:

(...) um pessoal que (...) também trabalha no atendimento que é o pessoal do bombeiro, a gente tem que se adaptar também, eles lá chegam a ser normalmente são 3 às vezes chega a ser até 4 numa AR de bombeiro (...), tem que trabalhar sincronizado, o SAMU com o bombeiro (...) (C2). - E também quando é uma USA eles respeitam mais a hierarquia do médico né, mas sempre a gente na nossa situação como saúde e eles como bombeiros (...) sempre há uma conversa com o líder deles como com o da gente pra

saber como vai ser prosseguida aquela ocorrência (...), a gente se adapta (E2).

Alguns entrevistados compreendem que cooperar, ainda que prescrita nos protocolos e normas organizacionais, está relacionada mais a vontade dos indivíduos do que a obrigatoriedade. Em um hospital, por exemplo, onde há tempo, recursos humanos e estruturais, os prontuários não apenas servem de registro do atendimento realizado, mas também como forma de comunicação entre os profissionais da equipe que se revezam em plantões para tratar dos mesmos pacientes. A cooperação aparece, então, relacionada a assistência forçada e vinculada aos registros documentais que obrigam os profissionais a atender as solicitações uns dos outros, o que faz com que alguns entrevistados não considerarem esse tipo de relação uma cooperação. Não obstante, Dejourns (2012b), entende que a cooperação pode ser alcançada por duas vias principais: a primeira seria pela *liberdade da vontade* e a segunda pela via do *medo e da ameaça*. A fala abaixo ilustra esse processo:

(...) É como doutor M3 disse. (...), no hospital, (...) por mais que você tenha mais recurso, você não conta com a cooperação, mas por exemplo, você é clínico geral e pegou um paciente que apresentou um ataque, arritmia e você tem um cardiologista no plantão, você vai solicitar o parecer do cardiologista. Então, obrigatoriamente ele vai ter que cooperar contigo, porque você está solicitando via prontuário. (...) Aqui somos nós por nós mesmos. Então o médico tem que entender de tudo e ser tudo. (...) e vai ter que ter uma equipe que, além de compreender, auxilie. (...), não é que a gente coopera porque eu sou bonzinho. Na verdade, para formar uma equipe é necessário cooperar (...) (E3).

Embora, em um primeiro momento, a gestão pelo medo se mostre eficiente para gerar cooperação, esta não se desenvolve do mesmo modo que a cooperação espontânea. Na realidade, de acordo com Dejours (2012b), o caminho do medo explora a fonte dos saber-fazer e das competências coletivas, mas tende com o tempo a se esvaír. A *cooperação reduzida*, tal como aparece nos relatos dos entrevistados no comparativo SAMU e hospital, se baseia nas compatibilidades entre as habilidades, funções e obrigações de cada componente da equipe.

Dessa maneira, a divisão de tarefas privilegia o ajuste da atividade aos objetos técnicos, que dependem essencialmente do indivíduo. Essa configuração afeta a comunicação entre os trabalhadores, que pode se tornar restrita, no caso do hospital, aos prontuários, os quais se tornam, nesse sentido, mais uma ferramenta de autopreservação do que de troca, na medida em que cada profissional constrói registros das suas ações individuais ao acesso de todos, bem como fazem solicitações uns aos outros, tornando possível a identificação dos responsáveis por possíveis erros ou intercorrências. Sendo assim, cada um vai se protegendo da responsabilidade, repassando-a adiante o que, por sua vez, reforça o medo dos trabalhadores diante da possibilidade de não dar conta de tudo que lhe foi atribuído (Guérin et al., 2001; Barthe & Queinnec, 1999; Backes, 2012; Dejours, 2012b; Oliveira, 2014; Ferreira, Dall'Agnol & Porto, 2016).

Desse modo, instala-se uma situação de fragilidade e superficialidade das relações humanas, onde as pessoas vão se tornando mais vulneráveis à patologia da solidão. Aqui temos um ponto de diferença em relação ao SAMU, pois a cooperação se manifesta no enfrentamento cotidiano das ocorrências, num *tête-à-tête* que passa mais pela linguagem (verbal, não verbal) e pelas ações sincronizadas, do que pelos

registros escritos (embora eles também sejam importantes e necessários). A cooperação reduzida mascara as disfunções e limita o trabalhador, que segue mobilizado pelo medo (Dejours, 1993; Dejours, 2012b; Molinier, 2013).

(...) nos outros lugares as pessoas são mais individualistas (...), ficam assim pelos seus status (...). Aqui eu sou enfermeira como todas (...) enfermeira de USA, enfermeira de básica. (...) é tudo enfermeira (E4). - Ganha a mesma coisa (C4). - (...). Exemplo, um PSF, o técnico de enfermagem faz o que é destinado ao técnico (...), a enfermeira o que é da enfermeira. (...). Aqui não, a gente se ajuda. (...) Eu já dirigi uma ambulância pro SAMU (...). (E4). - (...) Fui para uma ocorrência um dia (...) fui levantar a maca e travou a coluna. Quem fez todo o procedimento que era para eu ter feito foi o médico, (...) (C4).

A diferença eu vou te dizer agora. (...). Em outros serviços, em hospitais, os médicos são tratados como rei (...) não se misturam com o pessoal, condutor, nem enfermeiro, pessoal de recepção. E aqui não, aqui a gente é uma equipe só (...) e vai pra casa deles. Intimidade mesmo (...) (E10).

Além disso, os profissionais relatam que se torna mais fácil mobilizar uma equipe menor, onde cada membro é importante para o benefício das ações, permitindo, inclusive, que sejam superadas as diferenças com maior rapidez, especialmente considerando a tensão que antecede e que permeia o andamento de cada ação. Mesmo quando precisam se unir a outras equipes, compreendem que a situação pré-hospitalar de urgência mobiliza as pessoas em torno do objetivo comum, provoca nos profissionais a empatia e a necessidade de cooperar uns com os outros (Guérin et al., 2001; Dejours, 2012b; Sennett, 2012; Molinier, 2013).

(...), trabalha muito com situações críticas na questão pré-hospitalar, (...) a gente vai na hora da agonia, (...) presta o primeiro atendimento e levamos pra referência (...) isso faz com que a gente aumente essa cooperação entre colegas, (...) (E9).

(...) no hospital é diferente que você tem uma equipe multiprofissional (...) pode protelar o atendimento, (...). Na rua não, tem que ser feito. Se não fizer perde o paciente, então tem que ter cooperação maior. (...) dentro do hospital, o paciente (...) já tá estabilizado (...) (M5).

(...) a proximidade entre enfermeiro e condutor é mais próximo do que, por exemplo, uma enfermeira em PSF com sua equipe. (...), PSF é um caso (...) que a gente pode resolver depois (...) é mais fácil uma união entre nós dois do que uma união com (...) uma quantidade maior (...) (E8).

Diante dos relatos acima, consegue-se compreender que os serviços de saúde são complementares e possuem cada um sua relevância social. Entretanto, a natureza das funções afeta o modo como a cooperação acontece e define o desenvolvimento do trabalho, bem como as relações interpessoais que se constituem no âmbito do trabalho e até pessoal. Concordando com os estudos de Alter (2007) e Sennett (2012), onde a cooperação é constituída e estimulada nas vivências compartilhadas, nas experiências vividas coletivamente, tanto no contexto formal de trabalho, quanto no informal. Portanto, a qualidade da cooperação não depende exclusivamente das normas organizacionais ou exigências formais existentes nas prescrições, mas das condições encontradas pelos trabalhadores para desenvolver os vínculos necessários à cooperação

3.2.2 Liberdade para agir

A cooperação, ao se desenvolver na equipe, provoca nos trabalhadores um certo tipo de conexão, onde todos possuem uma contribuição a dar, sem os constrangimentos de uma hierarquia rígida e limitante. Esse movimento de construção da cooperação, envolve também os espaços de informalidade, nos quais os vínculos criados entre as pessoas que constituem a equipe se fortalecem: vínculos de confiança, de solidariedade, de reciprocidade, de empatia, respeito e até de amizade. Os trabalhadores, então, se sentem livres para agir, tomando decisões, criando, intervindo, quando necessário, nos limites de cada formação, nas atividades uns dos outros, contribuindo com suas habilidades, criatividade, experiência e proatividade para o melhor desempenho da equipe (Alter, 2007; Sennett, 2012; Dejours, 2012b).

A compreensão do quanto o SAMU é essencial para a saúde pública e seu impacto na queda do número de mortes no país é um reflexo dessa cooperação que constatamos, apesar da fragilidade contratual que marca esse como outros serviços de saúde. O reconhecimento e a valorização do trabalho pela sociedade do realizado pelo SAMU , motiva os trabalhadores a perseguirem o objetivo de prestar a melhor assistência possível. A cooperação, por um lado, procura suprir as limitações estruturais, instrumentais e de recursos humanos (não sem custo para os trabalhadores), como também serve para preencher as lacunas deixadas pelas prescrições e manuais de APH, mas além disso refletem um desejo de oferecer apoio e solidariedade (Guérin et al., 2001; Caroly & Barcellini, 2016). Como refletem nos diálogos a seguir:

(...) Aqui, o SAMU (...) é um dos melhores do Brasil (E10). - (...) A gente desfilava no 7 de setembro (...) O povo aplaudia o SAMU. (...) A gente

chegava numa ocorrência era todo mundo: *É o SAMU que chegou*. Em hospital, a gente chegava lá respeitadíssimo. (...). Nosso serviço ele é importante demais (...) (C10).

(...), a gente está buscando um único objetivo que é salvar vidas, (...). Então essa cooperação (...) surge espontaneamente, mas é obrigatório ter essa cooperação. Se não tiver, a ocorrência não sai, (...) (E3).

(...), eu acho aqui a gente se sente mais à vontade (E4). - Tem mais liberdade (C4). - (...) tem médicos que quando a gente tá em USA, (...) eles te escutam, (...). Tudo mundo se respeita, independente das diferenças. (...) (E4).

O SAMU possui a sua forma de organização do trabalho, tem hierarquia, postos de trabalho, cargos, atribuições, gerência, diretrizes, protocolos, normas a respeitar, enfim tudo o que requer uma organização, mas que não sobressai como em outros serviços de saúde. Nesse caso, os trabalhadores são organizados, existe a divisão técnica e hierárquica do trabalho, mas não eliminam os acordos explícitos e implícitos realizados pelo coletivo face aos desafios de seu dia-a-dia de trabalho, muito menos retira dos indivíduos a liberdade para agir em benefício de todos (Dejours, 2012b; Sennett, 2012; Guérin et al., 2001; Barthe & Queinnec, 1999; Caroly & Barcellini, 2016).

(...), teoricamente, quando a gente entra numa viatura avançada, por exemplo, quem é o cabeça da ocorrência, (...) é o médico. Quando a gente entra numa básica, (...) é o enfermeiro (...). Eu acho que os dois, estamos entrosados para fazer um trabalho bom para o paciente, entendeu? Eu não sou a líder (...) (E7).

(...) A amizade que cria entre os profissionais, tanto o médico, o enfermeiro, o condutor. (...) a gente trata pelo nome e num tem bronca nenhuma (...) nos hospitais (...), se você num chamar ele de doutor é repreendido na hora. (...) (C6). - Às vezes até apelido (M6). - (...) Acho que é o que M6 acabou de falar (...) a gente passa muito tempo, convive muito junto, as refeições, é feita juntos. (...) (E6).

Considerando tais depoimentos, é possível perceber a cooperação enquanto o resultado do esforço coletivo dos trabalhadores tanto para alcançar os objetivos predeterminados, como para preservar a saúde mental e física dos indivíduos, justificando ainda, a maneira como os profissionais percebem a organização de trabalho e a divisão do trabalho. Os trabalhadores conseguem, então, se articular, neutralizando as diferenças hierárquicas e salariais, desenvolvendo a confiança e a solidariedade entre as equipes (Schwartz, 2010; Backes, 2012; Oliveira, 2014; Ferreira, Dall’Agnol & Porto, 2016).

3.2.3 Habilidades para cooperar

De acordo com Dejours (2012b), o trabalho acontece entre as prescrições e a realidade. A cooperação, como vista até o presente tópico, permeia esse espaço, funcionando como uma estratégia de mobilização coletiva, que agrega a intervenção insubstituível de cada trabalhador em todo o processo do trabalho. Para tanto, a cooperação precisa estar baseada em um conjunto de compromissos estabelecidos entre os estilos e preferências individuais de atuação de cada trabalhador frente ao real do trabalho e as lacunas das prescrições. Pode-se afirmar, então, que a cooperação

depende de algumas condições para acontecer, mas também da habilidade e da vontade dos trabalhadores em cooperar.

Entre essas exigências da cooperação, encontramos a confiança, a solidariedade e a reciprocidade, aspectos que decorrem dos vínculos afetivos desenvolvidos entre os trabalhadores no exercício da atividade. Essa confiança, normalmente possui uma face afetiva, mas também ética e técnica. Os aspectos éticos e técnicos são de tal modo importantes para a cooperação, que esta pode existir mesmo onde não se tenha vínculos de amizade.

Diante disso, algumas características são apontadas pelos profissionais do SAMU como essenciais para a existência da cooperação no trabalho. Uma delas é a habilidade de fazer bons diagnósticos, que só é possível com um bom repertório e experiência prática. Tal aspecto é importante, porque na rua, com recursos limitados, fazer um bom diagnóstico direciona todo o atendimento para o caminho correto e aumenta a possibilidade de sucesso na ação, o que pode ser um diferencial na vida de quem está sendo atendido, bem como um modo de agilizar o trabalho da equipe. Esse aspecto pode ser observado no relato seguinte:

(...) Você está dentro de uma ambulância, onde você não tem o que muito hospital oferece. Os recursos humanos são limitados. (...) tem que se virar para resolver aquela situação. (...). É diferente de você estar num hospital, (...) uma equipe grande, (...) tem exame de imagem (...) laboratório. (...) no SAMU você tem que conhecer bem a clínica médica, saber examinar um paciente, identificar uma situação de risco e atuar pontualmente naquele momento, (...) (M1).

Outra habilidade importante apontada pelos entrevistados é o autocontrole, visto que o serviço vai atuar sempre em situações de tensão, com pessoas em

sofrimento físico e emocional, buscando alívio imediato. Os profissionais do SAMU precisam demonstrar autocontrole para enfrentar as situações e suas adversidades, tanto para oferecer o melhor aos usuários, quanto para proteger a equipe e a si mesmos dos riscos próprios do trabalho. Consideram ainda que o autocontrole afeta a qualidade dos resultados alcançados, visto que permite a fluidez nas ações, a criatividade e a capacidade de encontrar boas soluções com as condições que se apresentam (Felix, 2015). Esse aspecto pode ser observado no relato seguinte:

(...) Não é todo mundo que chega aqui e vai trabalhar não. Tem que ter o perfil e tem que gostar também, (...). Aqui você encontra de tudo no meio da rua. Já chega assim até de o pessoal querer bater na gente porque não salvou aquela vida, mas a gente tem que ter o autocontrole ali na hora, se fazer, e o resto a gente vai levando devagarzinho (C3).

A importância das relações interpessoais também aparece nas falas dos entrevistados. Saber se relacionar está vinculado ao autocontrole, pois saber conviver com as diferenças, superar as limitações individuais em benefício da equipe e do que precisa ser feito, apresenta-se como algo valioso para o desenvolvimento do serviço. Tais aspectos também são encontrados nos estudos de Santos et al. (2016) e de Cavanellas, (2014). E podemos constatar no seguinte relato:

A habilidade de adaptar-se é, portanto, muito importante para esse trabalho, principalmente considerando a natureza imprevisível do trabalho e a amplitude de possibilidades que os aguarda a cada chamado. Então, adaptar-se no coletivo, às situações, às inovações, ajustando-se a realidade vivida e até a outras equipes de outros serviços de saúde e segurança pública. Tal aspecto encontra-se presente no depoimento a seguir de C2:

(...), até mesmo quando a gente chega, um pessoal que não trabalha conosco, (...), a gente tem que se adaptar também, (...) tem que trabalhar sincronizado (...) (C2).

3.2.4 Limitações à cooperação

Quanto as limitações apontadas pelas equipes que afetam a cooperação, estas estão mais relacionadas a aspectos estruturais, sociais e econômicos. Como por exemplo, o mau uso do serviço por parte dos usuários, que ligam solicitando o serviço sem a real necessidade, assim como as limitações quanto aos recursos instrumentais e humanos, tendo em vista que faltam equipamentos, insumos e a equipe está reduzida, principalmente considerando que os técnicos em enfermagem foram demitidos o que gerou sobrecarga de trabalho para os demais. Quando se trata da Unidade de Saúde Básica que é constituída pelo condutor e um(a) enfermeiro(a), a situação é mais complicada porque são mais dependentes dos médicos que estão na central de regulação, diferentemente das ambulâncias que já levam um médico na equipe (Backes, 2012; Waldow, 2014; Felix, 2015; Pinto & Zambroni-de-Souza, 2015; Rothebarth, Cesário, Lima & Ribeiro, 2016; Backes & Azevedo, 2017).

Essa semana ligaram: *olhe foi uma queda!* Uma queda da própria altura, mas não. A mulher infartou (...) (E1). - (...) Tirando toda dificuldade que a gente encontra (...). As pessoas não colaboram e só sabem que tá lá na angústia, (...) precisando de um atendimento. (...), dez minutos que é um tempo de resposta que a gente tem (...), pra quem tá lá se torna uma eternidade. (...), e muitos motoristas ainda botam o dedindo para fora e fazem assim (gesto negativo) pra equipe quando tá pedindo passagem. Não sabe ele que pode até ser alguém dele que tá ali na frente precisando (...) (C1).

(...) Você tá dentro de uma ambulância, (...) não tem o que muito hospital oferece. Os recursos humanos são limitados. Você vai ter no máximo três funcionários (...) com isso aí, você tem que se virar para resolver aquela situação (...) (M1).

Como aponta o estudo de Felix (2015), o SAMU havia incorporado, graças a uma norma do Conselho Federal de Enfermagem, os enfermeiros às equipes do SAMU. Sendo assim, as equipes passaram a ser compostas por três integrantes nas USBs e quatro nas USAs. Apesar de haver alguns atritos iniciais pela mudança na configuração da equipe, os pontos positivos superavam qualquer dificuldade e os trabalhadores foram se ajustando a nova condição. Entretanto, no ano seguinte voltaram a ter uma diminuição na equipe, com a demissão dos técnicos em enfermagem. Tal mudança gerou uma sobrecarga de trabalho, algo muito delicado nesse contexto, não apenas pelas consequências negativas para os resultados do serviço em si, mas principalmente para o bem-estar dos profissionais que, em muitos momentos se percebem desamparados e insuficientes nas situações. Tal aspecto pode ser constatado nos relatos abaixo:

(...) na resolução diz que o técnico só pode trabalhar se for supervisionado por um enfermeiro. Sendo que como tem o enfermeiro, para quê o técnico? *Então vamos enxugar.* (...), e aí já dificulta mais, porque só dois numa parada (E1). - Quando a gente pega a noite, (...), tem canto que tem a população para ajudar, mas tem locais que não tem, que é só a equipe para pegar um paciente acidentado para botar numa prancha, ir pra maca. É desgastante (...) agora (...) voltou a estaca zero de antigamente. Antes era condutor e enfermeiro e técnico (...). (C1).

Como se não bastasse a diminuição da equipe, enfrentar os riscos inerentes a esse serviço também é um aspecto que traz dificuldades à cooperação, atento no que diz respeito a violência social, como também a dificuldade em obter ajuda para tentar suprir a diminuição da equipe de socorro, e realizar o atendimento de modo adequado e seguro para todos, como relata E1:

De madrugada. A gente pega paciente alcoolizado, que dá trabalho, que fica chutando, desorientado. É novela. A PM não tá nem ai. Às vezes vai. Quando a gente chega a PM tá lá, às vezes não tá nem la. A gente pede para acionar, ai demora, mas (...). Acho que quando eles chegam a gente já tem desenrolado (E1).

Essa exposição causa muito desgaste à equipe, estresse e para eles é um aspecto que dificulta a cooperação em seu trabalho. Entretanto, se observado com cuidado, percebe-se que, como encontrado no estudo de Cavanellas (2014) e de Santos et al. (2016), a cooperação e o apoio mútuo da equipe é o que de fato mantém os trabalhadores coesos e resistentes, frente às dificuldades por eles relatadas. Nesses casos, diante das situações de risco, buscam se reorganizar e adotar diferentes estratégias para preservar a equipe e quem está sendo atendido. Tal aspecto pode ser constatado nos diálogos abaixo:

(...), na rua tem muito médico que não é médico, se acha médico, tem muito câmera de TV, que hoje todo celular é uma câmera né isso? (...) isso também atrapalha um bocado. (...) falta de apoio da parte administrativa, mas a gente gosta do que faz, (...) vai levando e vendo o que pode ser feito e espero que melhore mais na frente (C2).

Exposição. Aqui a gente é muito expostos na rua. A gente é muito julgado na rua. Onde a gente chega, (...) todo mundo tá com uma câmera (E7). - (...). O

peçoal do hospital já pega o paciente tranquilo. (...). Num vem a aquela carga da confusão (...) a gente já sai com a cabeça fervilhando de briga, discussão, peçoal gritando (C7).

(...). O fato de você trabalhar com pouca gente, com pouco recurso e exposto, isso é o que diferencia dos cantos. (...), no hospital sempre tem toda uma estrutura, (...) segurança. (...). posto policial do lado de fora, tem psicólogo, tem farmacêutico, (...). E para fazer um procedimento dentro de uma viatura dessa é complicado, é apertado. Se você se estressar, ai desanda tudo. Ainda tem a pressão popular (...). Olhe, já houve casos de agressão (...). Então é um serviço que não deixa de ser perigoso (...) (M3).

Os entrevistados relatam também a falta de reconhecimento por parte dos colegas dos outros serviços de saúde, pois muitas vezes são hostilizados e julgados pelos profissionais nos hospitais que vão receber o paciente, não compreendendo em muitos casos as escolhas da equipe do SAMU quanto aos procedimentos que foram realizados e julgando de modo equivocado e injusto. Aspectos também encontrados no estudo de Felix (2015) e que podem ser verificados abaixo nas falas destacadas:

Em suma, observa-se que a cooperação, mesmo diante de muitas adversidades, não deixa de prevalecer no trabalho do SAMU, sendo central para o serviço e na maioria das vezes um recurso essencial para a manutenção da saúde psíquica e física dos trabalhadores. Que encontram no coletivo de trabalho uma base de sustentação e de motivação no trabalho e diante das problemáticas que vivem juntos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo buscou caracterizar o SAMU a partir da confrontação, realizada pelos próprios participantes da pesquisa, com o serviço de saúde hospitalar. Por meio dessa confrontação, foi possível acessar o modo como o SAMU atua, as limitações que sofre, tanto de recursos humanos e materiais, e as razões pelas quais a cooperação se mostra determinante no sucesso das intervenções realizadas. Ou coopera ou o trabalho não anda, dizem os próprios entrevistados. A necessidade de estabilizar o mais rapidamente possível as pessoas atendidas faz com que os esforços se dirijam para esse alvo e, nesse sentido, as diferenças hierárquicas e profissionais são atenuadas em função desse objetivo. Há no SAMU um ambiente menos fragmentado comparativamente aos hospitais, que exige comunicação, entrosamento, sincronização cognitiva e operatória. Enquanto limitações, ficou evidente que a demissão de todos os técnicos de enfermagem dificultou enormemente a prestação de um serviço de qualidade, sobrecarregando as equipes remanescentes. Esse artigo procurou colocar em evidência o processo de trabalho, fortemente sustentando na cooperação, e as condições para que essa cooperação aconteça. Bem como, contribuir para o desenvolvimento da temática referente ao SAMU e seu importante papel para a sociedade e para a saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alter, Norbert. (2007). Capítulo 12 - A dádiva e o egoísmo como fundamento da cooperação entre pares. In Chanlat, J. F.; Fachin, R.; & Fischer, T. (Orgs).

Análise das organizações: perspectivas latinas: volume 2 - poder, cultura, subjetividade e vida simbólica. Porto Alegre: Editora da UFRGS.

Athayde, M. R. C. (1996). *Gestão de coletivos de trabalho e modernidade: questões para a engenharia de produção* (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Backes, J. C. (2012). *Paradoxos do trabalho em equipe em um CTI-pediátrico: entre procedimentos, sofrimento e o cuidado* (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Brasil.

Backes, J. C., & Azevedo, C. S. (2017). Os paradoxos do trabalho em equipe em um Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico (CTI-Pediátrico): explorando as articulações psicossociais no trabalho em saúde. *Interface*, 21(60), 77-87. doi: 10.1590/1807-57622015.0875

Barthe, B., & Queinnec, Y. (1999). Terminologie et perspectives d'analyse du travail collectif en ergonomie. *L'année psychologique*. 99(4), 663-686. Recuperado de: https://www.persee.fr/doc/psy_0003-5033_1999_num_99_4_28501

Caroly, S., & Barcellini, F. (2016). O desenvolvimento da atividade coletiva. In P. Falzon (Org.), *Ergonomia construtiva* (pp. 55-72). São Paulo: Blucher.

Cavanellas, L. B. (2014). *Os desafios do cuidado em situações-limite: as dramáticas da atividade no trabalho humanitário e na emergência hospitalar* (Tese de Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Brasil.

Conselho Federal de Enfermagem. (2011). *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. Retirado de

http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-3752011_6500.html

Cru, D. Les règles du métier. In: Dejours, C. (Org.). *Plaisir et souffrance dans le travail*. Paris: l'Aocip/CNRS, 1988. p. 29-51.

Daniellou, F. (1986). *L'opérateur, la vanne, l'écran: l'ergonomie des salles de contrôle*. Colection Outils et Méthodes. Montrouge: ANACT.

Daniellou, F.; Simard, M. E.; Boissières, I. (2010). *Fatores humanos e organizacionais da segurança industrial: um estado da arte*. Toulouse: FONCSI. Coleção Les Cahiers de la sécurité industrielle, n. 2013-07.

Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: um estudo de psicopatologia do trabalho* (A. I. Paraguay & L. L. Ferreira, Trans.). São Paulo: Cortez – Oboré.

Dejours, C. (1993). Coopération et construction de l'identité en situation de travail. *Futur Antérieur*, 16(2). Retirado de <http://www.multitudes.net/Cooperation-et-construction-de-l/>

Dejours, C. (2012a). *Trabalho Vivo I: Sexualidade e Trabalho* (F. Soudant, Trad). Brasília: Paralelo 15.

Dejours, C. (2012b). *Trabalho Vivo II: Trabalho e Emancipação* (F. Soudant, Trad). Brasília: Paralelo 15.

Felix, Y. T. M. (2015). *Análise da atividade dos técnicos em enfermagem do SAMU* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.

Ferreira, G. E., & Dall'Agnol, C. M., & Porto, A. R. (2016). Repercussões da proatividade no gerenciamento do cuidado: Percepções de enfermeiros. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20(3). doi 10.5935/1414-8145.20160057

Guérin, F.; Laville, A.; Daniellou, F.; Duraffourg, J. & Kerguelen, A. (2001). *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia* (G. M. J.

- Ingratta & M. Maffei, Trads). São Paulo: Blücher.
- Kergoat, D. (1996). *Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho*. In M. J. Lopes, D. Meyer, & V. Waldow (Orgs.), *Gênero e Saúde* (pp. 14-27). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laville, C. A., & Dionne, J. (1999). *Construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Belo Horizonte: UFMQ.
- Leclerc, C. (1999). *Comprendre et construire les groupes*. Québec: Prés de L'Université.
- Leplat, J. (1991); *Compétence et ergonomie*. In R. Amalberti, M. Montomollin & J. Theureau (Orgs.). *Modèles en analyse du travail* (pp. 263-278). Bruxelles: Mardaga.
- Leclerc, C. (1999). *Comprendre et construire les groupes*. Québec: Prés de L'Université.
- Marques, A. M. A. (2013). *Condições e Organização do Trabalho das Equipes do SAMU/RMF: riscos e agravos daqueles que trabalham contra o tempo* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Brasil.
- Molinier, P. (2013). *O trabalho e a psique: Uma introdução à psicodinâmica do trabalho*. Tradução Franck Soudant. Brasília: Paralelo 15.
- Morin, E. M. & Aubé, C. (2009). *Psicologia e Gestão*. Tradução de Maria Helena C. V. Trylinski. (tradução). São Paulo: Atlas.
- Myers, D. G. (2014). *Psicologia Social*. McGraw-Hill: Porto Alegre.
- Oliveira, A. P. (2014). *Percepções de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário sobre a integração de estagiários na equipe* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

- Pinto, F. M., & Zambroni-de-Souza, P. C. (2015). A atividade de trabalho de motoristas de ambulância sob o ponto de vista ergológico. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 40(131), 49-58. doi: 10.1590/0303-765700007611
- Portaria nº 737 (2001, 16 de maio). Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário oficial da União, nº 96, Brasília-DF. Retirado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html
- Portaria nº 2.048 (2002, 5 de novembro). Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília-DF. Retirado de <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/Portaria-2048-2002-Regulamento-T%C3%A9cnico-dos-Sistemas-Estaduais-de-Urg%C3%Aancia.pdf>
- Rothebarth, A. P., Cesário, J. B., Lima, L. P. S., & Ribeiro, M. R. R. (2016). O trabalho em equipe na enfermagem: da cooperação ao conflito. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 07(02), 521-534. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5555895.pdf>
- Sanchez, R. H., Rovaris, M., Moreira, M., & Grando, J. (2006). *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Manual publicado pelo Núcleo de Educação em Urgência (NEU) da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina*. Santa Catarina: NEU. Retirado de samu.saude.sc.gov.br/arquivos/apostila_do_samu_santa_catarina.pdf
- Santos, J. L., Lima, M., Pestana, A., Colomé, I., & Erdmann, A. (2016) Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 37(1), 1-7. doi: <http://dx.doi.Org/10.1590/1983-1447.2016.01.50178>

- Seminotti, E. P. (2013). “QRD À BASE SAMU”! *Etnografia de um serviço de urgência: O SAMU – João Pessoa/PB* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.
- Sennett, R. (2012). *Juntos: os rituais, os prazeres e a política da cooperação* (C. Marques, Trad.). Rio de Janeiro: Record.
- Schwartz, Y. A dimensão coletiva do trabalho: as ‘ECRP’. In: Schwartz, Y.; Durrive, L. (Org.). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Tradução de Jussara Brito et al. Niterói: EdUFF, 2010a. p. 149-164.
- Terssac, G. (1992). *Autonomie dans le travail*. Paris: Presses Universitaires de France. (Sociologie d’aujourd’hui).
- Verde, F. F., Bernardo, M. H., & Büll, S. (2013). Trabalho e precarização na saúde pública. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 3(1), 19-31. Retirado de <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1125/816>
- Vegro, T. C., Rocha, F. L. R., Camelo, S. H. H., & Garcia, A. B. (2016). Cultura organizacional de um hospital privado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), 1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.49776>
- Vidal, M. (1985). *La variabilité du travail sur les chantiers en France et Brésil: origines et modalités de la dimension gestionnaire du travail ouvrier*. (Tese). Paris: CNAM.
- Waldow, V. R. (2014). Cuidado Colaborativo em Instituições de Saúde: a enfermeira como integradora. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2(4), 1145-1152. doi: 10.1590/0104-07072014001840013

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a proposta dessa tese, de explorar a questão da cooperação no SAMU, entendendo-a como crucial do ponto de vista da produtividade e da qualidade no trabalho, mas igualmente da saúde e segurança no trabalho, foi possível compreender como se manifesta essa cooperação no percurso da atividade de trabalho das equipes, sua importância para o coletivo de trabalho, para o serviço em geral e para a população, bem como os seus diversos significados para os trabalhadores envolvidos no processo.

A cooperação no SAMU não se reduz as ações na rua, mas permeiam todo o serviço. Em função disso, os trabalhadores, sempre que possível, analisam o que foi feito e deliberam sobre o que deve ser feito, construindo coletivamente o serviço que oferecem a população e fazendo os ajustes necessários nos protocolos de atendimento. Nesse sentido, identificamos que o trabalhar juntos favorece, como descreve Dejourns (2012b), uma atividade deôntica, através da qual as regras de trabalho são construídas e oferecem sustentação às decisões coletivas.

A atividade de trabalho demanda a cooperação, de tal modo que os trabalhadores possam combinar suas tarefas individuais, auto-regular suas ações em função uns dos outros, gerenciar conflitos e as variabilidades do trabalho, o que se reflete em atuações sincronizadas e na qualidade alcançada pelas equipes. Nesse processo, as deliberações coletivas são uma prática comum para esses trabalhadores, que encontram nesse recurso a confiança necessária para colocar em prática seus saberes.

Outra característica do SAMU é que a cooperação não se restringe a equipe, mas abrange os trabalhadores de outros serviços, a exemplo dos que estão nos

hospitais, dos bombeiros, dos policiais rodoviários, dos policiais militares e até dos próprios usuários. Portanto, é um trabalho bem distinto dos demais serviços de saúde e exige mobilização e implicação entre todos os envolvidos no processo.

Além disso, foi possível observar, nos discursos analisados, as condições necessárias para cooperar, tal como apontadas por Dejours (2012). Verificou-se que os trabalhadores possuem clareza do quanto essas condições são importantes para que a cooperação aconteça. A consciência da situação (*awareness*), a confiança, a comunicação, o saber-fazer, o viver junto, as decisões coletivas, a união e o compromisso ético figuram entre as condições apontadas para a existência da cooperação (Caroly & Barcellini, 2016).

Por sua vez, verificou-se que a categoria temática que aborda as condições que desfavorecem a cooperação, demonstra que os aspectos externos às equipes são o que de fato interferem mais intensamente na cooperação no trabalho. Como exemplos podemos destacar o desgaste físico e cognitivo, proveniente, inclusive, do enxugamento de quadros (técnicos de enfermagem), os riscos de trabalhar nas ruas expostos à violência, acidentes e demais condições adversas. Além disso, tem-se as condições de trabalho, que se entrelaçam também com questões políticas e sociais, a exemplo da questão salarial, da fragilidade dos contratos de trabalho, do dimensionamento inadequado do quadro de pessoal, que implica em sobrecarga para as equipes. Isso não significa que a cooperação deixe de acontecer, mas que existem situações que afetam negativamente o trabalho coletivo, no sentido de que poderia ser realizado com um zelo maior, caso as condições fossem outras,

A cooperação se desenvolve entre os profissionais pela via da vontade, mas também pela necessidade que sentem diante dos desafios do real do trabalho. Os participantes da pesquisa, ao refletirem sobre suas funções no SAMU e em outros

espaços de saúde, observaram que, em uma equipe menor e em um contexto mais limitado, a cooperação acaba se tornando mais intensa e perceptível. O senso de responsabilidade dos profissionais com o seu trabalho e com os usuários leva a cooperação a constituir uma prioridade, sob o risco do trabalho não ter seus objetivos alcançados. Portanto, a cooperação é também um dos principais meios que mobiliza o SAMU em torno de seus objetivos (Leplat, 1992; Athayde, 1996; Leclerc, 1999; Dejours, 2012a).

Outro aspecto importante, destacado pelos entrevistados, refere-se a habilidade que os profissionais devem possuir no sentido de realizar bons diagnósticos, de tal modo que os procedimentos caminhem mais rápido tendo em vista o contexto de urgência e emergência. Diferente dos demais serviços, onde há possibilidades de exames com o uso de tecnologias, no SAMU, os profissionais são empurrados para desenvolverem suas capacidades diagnósticas e de intervenção em situações variadas.

Além disso, os entrevistados avaliaram que, quanto maior a quantidade de profissionais responsáveis pelos casos, a exemplo do contexto hospitalar, mais esta responsabilidade se dilui na equipe, de tal modo que os profissionais não se sentem particularmente implicados, como no caso do SAMU, onde cada membro da equipe sente que é absolutamente necessário.

Há também uma relação de maior proximidade entre os profissionais, tornando as relações hierárquicas mais horizontais e flexíveis. Nesse contexto, a cooperação acontece na relação entre os pares e entre estes e a hierarquia, não havendo um distanciamento pronunciado das funções ocupadas, especialmente quando diante das situações de trabalho. Constata-se, nesse sentido, a construção efetiva de um coletivo de trabalho, no qual os trabalhadores depositam uns nos outros

a confiança no que se refere ao objetivo comum.

A comunicação de qualidade também aparece e ocupa uma posição central para a cooperação, pois é através dela que a confiança se estabelece e que os indivíduos constroem juntos, novas possibilidades de atuação, ao reavaliar os protocolos, realizar ajustes, enfrentar as variabilidades, compartilhar suas experiências e seus saber-fazer. A aprendizagem também se opera de forma coletiva, sendo gerada na ação e pela ação. Diante disso, pode-se dizer que a cooperação resulta no fortalecimento dos vínculos construídos entre os trabalhadores, beneficiando de forma objetiva e subjetiva a qualidade dos atendimentos.

Outro aspecto a ser destacado é a necessidade de mudanças importantes na organização de trabalho, combatendo a precariedade do serviço, oferecendo melhores condições aos trabalhadores, sejam estruturais ou salariais. Tudo isso para que a cooperação seja fortalecida e preservada, bem como as relações interpessoais e consequentemente a qualidade do serviço. Por fim, com os resultados apresentados, esperamos contribuir para compreensão da cooperação no trabalho, bem como seus benefícios para os trabalhadores e para a organização de trabalho, assim como para a sociedade. Procuramos, na medida do possível, dar visibilidade ao serviço prestado pelo SAMU, que é essencial para a saúde pública.

Não obstante, algumas limitações podem ser apontadas. A impossibilidade de acompanhar as equipes retirou uma fonte importante de informações no tocante ao processo de trabalho que mobiliza a cooperação, aos debates travados entre os trabalhadores durante os trajetos para construir uma intervenção e para avaliá-la, os erros e acertos de cada ocorrência. Nesse sentido, pode-se pensar alternativas, considerando os limites éticos, que possam suprir essa impossibilidade de acompanhar as equipes no exercício de sua atividade de trabalho.

Igualmente, é preciso explorar mais profundamente as implicações do tipo de contrato de trabalho em vigor no SAMU, das condições salariais, da política de enxugamento de pessoal, da insuficiência estrutural, tanto no que se refere as ambulâncias (manutenção, renovação da frota), quanto aos recursos necessários à realização de um trabalho bem feito (equipamentos, medicamentos etc). Por outro lado, a relação, sempre conflituosa, com os hospitais que, em muitos casos, seguram as macas pela insuficiência de leitos hospitalares, emperrando o processo de trabalho no SAMU, precisa ser melhor investigada. Ouvir os dois lados seria um veio de pesquisa interessante para compreender os dramas enfrentados por ambos.

Não obstante as dificuldades apontadas, foi possível acessar, na atividade das equipes do SAMU, a cooperação em processo, as práticas em que ela se efetiva, os dilemas com os quais se depara, os resultados que alcança em produtividade e qualidade, mas sobretudo em saúde e segurança dos trabalhadores.

REFERENCIAL TEÓRICO

- Araújo, J. S. A.; Siqueira, A. B.; Vasconcelos, A. C. L.; Figueiredo, M. G.; Máximo, T. A.; & Felix, Y. T. M. (2018). *Cooperação, confiabilidade e segurança no trabalho*. 30(2), 78-85. Rio de Janeiro: Fractal, Rev. Psicol. doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i2/5878>
- Athayde, M. R. C. (1996). *Gestão de coletivos de trabalho e modernidade: questões para a engenharia de produção* (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Alter, Norbert. (2007). Capítulo 12 - A dádiva e o egoísmo como fundamento da cooperação entre pares. In Chanlat, J. F.; Fachin, R.; & Fischer, T. (Orgs). *Análise das organizações: perspectivas latinas: poder, cultura, subjetividade e vida simbólica*. (2), 307-324. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Backes, J. C. (2012). *Paradoxos do trabalho em equipe em um CTI-pediátrico: entre procedimentos, sofrimento e o cuidado* (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Brasil.
- Backes, J. C., & Azevedo, C. S. (2017). Os paradoxos do trabalho em equipe em um Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico (CTI-Pediátrico): explorando as articulações psicossociais no trabalho em saúde. *Interface*, 21(60), 77-87. doi: 10.1590/1807-57622015.0875
- Barthe, B., & Queinnec, Y. (1999). Terminologie et perspectives d'analyse du travail collectif en ergonomie. *L'année psychologique*, 99(4), 663-686.

- Barthe, B., & Queinnec, Y. (1999). Terminologie et perspectives d'analyse du travail collectif en ergonomie. *L'année psychologique*. 99(4), 663-686. Recuperado de: https://www.persee.fr/doc/psy_0003-5033_1999_num_99_4_28501
- Campos, G. W. S. (2007). O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 1865-1874. doi: 10.1590/S1413-81232007000700009.
- Caroly, S., & Barcellini, F. (2016). O desenvolvimento da atividade coletiva. In P. Falzon (Org.), *Ergonomia construtiva*. 55-72. São Paulo: Blucher.
- Cavanellas, L. B. (2014). *Os desafios do cuidado em situações-limite: as dramáticas da atividade no trabalho humanitário e na emergência hospitalar* (Tese de Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Brasil.
- Conselho Federal de Enfermagem. (2011). *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. Retirado de http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3752011_6500.html
- Cru, D. (1986). Coletivo e trabalho de ofício: sobre a noção de coletivo de trabalho (Tradução livre). In *Plaisir et souffrance dans le travail. Séminaire Interdisciplinaire de Psychopatologie du travail*. Tome 1. 43-49. Paris: l'Aocip/CNRS.
- Cru, D. (1988). Les règles du métier. In: Dejours, C. (Org.). *Plaisir et souffrance dans le travail*. 29-51. Paris: l'Aocip/CNRS.
- Daniellou, F. (1986). *L'opérateur, la vanne, l'écran: l'ergonomie des salles de contrôle*. Colection Outils et Méthodes. Montrouge: ANACT.

- Daniellou, F.; Simard, M. E.; Boissières, I. (2010). *Fatores humanos e organizacionais da segurança industrial: um estado da arte*. Toulouse: FONCSI. Coleção Les Cahiers de la sécurité industrielle, n. 2013-07.
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: um estudo de psicopatologia do trabalho* (A. I. Paraguay & L. L. Ferreira, Trans.). São Paulo: Cortez – Oboré.
- Dejours, C. (1993). Coopération et construction de l'identité en situation de travail. *Futur Antérieur*, 16(2). Retirado de <http://www.multitudes.net/Cooperation-et-construction-de-l/>
- Dejours, C. (1999/2007). *A banalização da injustiça social* (L. A. Monjardim, Trad.). Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Dejours, C. (2011). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Lancman, S. & Sznclwar, L. I. (Orgs.). Brasília: Fiocruz/Paralelo 15.
- Dejours, C. (2012a). *Trabalho Vivo I: Sexualidade e Trabalho* (F. Soudant, Trad.). Brasília: Paralelo 15.
- Dejours, C. (2012b). *Trabalho Vivo II: Trabalho e Emancipação* (F. Soudant, Trad.). Brasília: Paralelo 15.
- Dejours, C. (2015). *Le choix, souffrir au travail n'est pas une fatalité*. Montrouge: Bayard.
- Dejours, C. (2016). Organização do trabalho e saúde mental: quais são as responsabilidades do Manager? In K. B. Macêdo, J. G. Lima, A. R. D. Fleury, & C. M. S. Carneiro (Orgs.). *Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar* (pp. 317-331). Goiânia: PUC Goiás.
- Dejours, C. (2017). *Psicodinâmica do Trabalho: Casos Clínicos* (1ª ed.). V. Dresch, trad. Porto Alegre: Dublinense.

- Desnoyers, L. (1993) Les indicateurs et les traces de l'activité collective. In: Six, F.; Vaxevanoglou, X. (Org.). *Actes du XXVIIe Congrès de la SELF sur Les aspects collectifs du travail*. 53-66. Toulouse: Octarès.
- Falzon, P. (2016). *Por uma ergonomia construtiva*. In: Falzon, P. (Org.). *Ergonomia construtiva*. São Paulo: Blucher, 2016. p. 55-72.
- Felix, Y. T. M. (2015). *Análise da atividade dos técnicos em enfermagem do SAMU* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.
- Ferreira, G. E., & Dall'Agnol, C. M., & Porto, A. R. (2016). Repercussões da proatividade no gerenciamento do cuidado: Percepções de enfermeiros. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20(3). doi 10.5935/1414-8145.20160057
- Guérin, F.; Laville, A.; Daniellou, F.; Duraffourg, J. & Kerguelen, A. (2001). *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia* (G. M. J. Ingratta & M. Maffei, Trads). São Paulo: Blücher.
- Kergoat, D. (1996). *Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho*. In M. J. Lopes, D. Meyer, & V. Waldow (Orgs.), *Gênero e Saúde* (pp. 14-27). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laville, C. A., & Dionne, J. (1999). *Construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Belo Horizonte: UFMQ.
- Leclerc, C. (1999). *Comprendre et construire les groupes*. Québec: Prés de L'Université.
- Leplat, J. (1991); *Compétence et ergonomie*. In R. Amalberti, M. Montomollin & J. Theureau (Orgs.). *Modèles en analyse du travail* (pp. 263-278). Bruxelle: Mardaga.

- Leplat, J. (1993). Ergonomie et activités collectives. In: Six, F.; Vaxevanoglou, X. (Org.). *Actes du XXVII e Congrès de la SELF sur Les aspects collectifs du travail*. 7-28. Toulouse, France: Octarès.
- Leplat, J. (2002). De l'étude de cas à l'analyse de l'activité. *Pistes*, 4 (2). Retirado de: <http://www.pistes.uqam.ca/v4n2/articles/v4n2a8.htm>
- Lhuillier & Litim, 2010 Dominique Lhuillier et Malika Litim, « « Crise du collectif » et déficit d'histoire : apports de travaux sur le groupe et le collectif de travail », *Connexions* 2010/2 (n° 94), p. 149-173. doi: 10.3917/cnx.094.0149
- Lochouarn, D. (1983). *Interrelations entre ouvrières spécialisées(OS) dans la production de masse (industrie d'habillement)* (Tese de doutoramento). Paris:CNAM.
- Maggi, B. (2006). *Do agir organizacional: um ponto de vista sobre o trabalho, o bem-estar, a aprendizagem*. São Paulo: Blucher.
- Marques, A. M. A. (2013). *Condições e Organização do Trabalho das Equipes do SAMU/RMF: riscos e agravos daqueles que trabalham contra o tempo* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Brasil.
- Machado, F. K.; Santos, G. C. R., & Mendes, J. M. R. (2016). Terceirização e Precarização do Trabalho: uma questão de sofrimento social. *Psicologia Política*, 16(36), 227-240.
- Minayo, C. S. (2012). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO.

- Minayo, M. C. S. & Sanches, O. (1993). Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad. Saúde Pública*, 9 (3), 239-262.
- Molinier, P. (2013). *O trabalho e a psique: Uma introdução à psicodinâmica do trabalho*. Tradução Franck Soudant. Brasília: Paralelo 15.
- Morin, E. M. & Aubé, C. (2009). *Psicologia e Gestão*. Tradução de Maria Helena C. V. Trylinski. (tradução). São Paulo: Atlas.
- Myers, D. G. (2014). *Psicologia Social*. McGraw-Hill: Porto Alegre.
- Navarro, (1992). “Aspects théoriques et methodologiques de l’analyse des activités collectives de travail”, *Anais do XVIII Congresso da SELF*, Lille.
- Oliveira, A. P. (2014). *Percepções de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário sobre a integração de estagiários na equipe* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Périlleux, T. (2008). Las transformaciones contemporáneas del trabajo. Nuevas canteras de pensamiento y de acción. In: Betty Espinosa, Betty (Coord.) *Mundos del trabajo: pluralidad y transformaciones contemporáneas*. Quito, Equador: FLACSO.
- Pinto, F. M., & Zambroni-de-Souza, P. C. (2015). A atividade de trabalho de motoristas de ambulância sob o ponto de vista ergológico. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 40(131), 49-58. doi <http://dx.doi.org/10.1590/0303-765700007611>
- Portaria nº 737 (2001, 16 de maio). Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário oficial da União, nº 96, Brasília-DF. Retirado de

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html

Portaria nº 2.048 (2002, 5 de novembro). Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília-DF. Retirado de <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/Portaria-2048-2002-Regulamento-T%C3%A9cnico-dos-Sistemas-Estaduais-de-Urg%C3%Aancia.pdf>

Portaria nº 1.863 (2003, 29 de setembro). Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília-DF. Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html

Portaria nº 1.864 (2003, 29 de setembro). Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. Brasília-DF. Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html

Portaria nº 1.010 (2012, 21 de maio). Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília-DF. Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html

Puente-Palacios & González-Romá. (2013). O trabalho e as organizações: atuações a partir da psicologia. Borges, L. O. & Mourão, L. (Orgs). Porto Alegre: Artmed.

Rothebarth, A. P., Cesário, J. B., Lima, L. P. S., & Ribeiro, M. R. R. (2016). O

- trabalho em equipe na enfermagem: da cooperação ao conflito. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 07(02), 521-534. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5555895.pdf>
- Savoyant, A. e Leplat, J. (1983). Status et fonction de communications dans l'activité des équipes de travail, *Psychologie Française*, 28(3/4). Paris: Armand Colin.
- Sanchez, R. H., Rovaris, M., Moreira, M., & Grando, J. (2006). *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Manual publicado pelo Núcleo de Educação em Urgência (NEU) da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina*. Santa Catarina: NEU. Retirado de samu.saude.sc.gov.br/arquivos/apostila_do_samu_santa_catarina.pdf
- Santos, J. L., Lima, M., Pestana, A., Colomé, I., & Erdmann, A. (2016) Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 37(1), 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.50178>
- Seminotti, E. P. (2013). “QRD À BASE SAMU”! *Etnografia de um serviço de urgência: O SAMU – João Pessoa/PB* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.
- Sennett, R. (2012). *Juntos: os rituais, os prazeres e a política da cooperação* (C. Marques, Trad.). Rio de Janeiro: Record.
- Scherer, M. D. A.; Pires, D.; & Schwartz, Y. (2009) Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde.43(4), 721-25. São Paulo: Rev Saúde Pública.
- Schwartz, Y. (2010). A dimensão coletiva do trabalho: as ‘ECRP’. In: Schwartz, Y.; Durive, L. (Org.). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. (Brito, J. et al., Trans). Niterói: EdUFF.

- Schwartz, Y. (2003). A linguagem no trabalho. (Souza-e-Silva, C. & Rocha, D. Trad.). *Travail et ergologie: entretiens sur l'activité humains*. Schwartz, Y. & Durrieu, L. (org). Toulouse, Octarès.
- Terres, G. (1992). *Autonomie dans le travail*. Paris: Presses Universitaires de France. (Sociologie d'aujourd'hui).
- Verde, F. F., Bernardo, M. H., & Büll, S. (2013). Trabalho e precarização na saúde pública. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 3(1), 19-31. Retirado de <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1125/816>
- Vegro, T. C., Rocha, F. L. R., Camelo, S. H. H., & Garcia, A. B. (2016). Cultura organizacional de um hospital privado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), 1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.49776>
- Vidal, M. (1985). *La variabilité du travail sur les chantiers en France et Brésil: origines et modalités de la dimension gestionnaire du travail ouvrier*. (Tese de doutoramento). Paris: CNAM.
- Waldow, V. R. (2014). Cuidado Colaborativo em Instituições de Saúde: a enfermeira como integradora. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2(4), 1145-1152. doi: 10.1590/0104-07072014001840013
- Zarifian, P. (2002). *Engajamento subjetivo, disciplina e controle*. (64). São Paulo: Novos Estudos Cebrap.
- Zarifian, P. (2003). *O modelo de competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas*. (Heneault, E. R. R. Trad). São Paulo: Senac.
- Zarifian, P. (2009). *Le travail et la compétence: entre puissance et controle*. Paris: Presses Universitaires de France.

APÊNDICE



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Prezada Senhor (a),

Esta pesquisa, sob CAAE 26686714.0.0000.5188, é sobre a cooperação no trabalho do SAMU em João Pessoa - PB e está sendo desenvolvida por Yana Thamires Mendes Felix, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (doutorado) da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do Prof. Dr. Anísio José da Silva Araújo.

O objetivo da pesquisa é dar continuidade aos estudos realizados nessa instituição no ano de 2015, aprofundando o aspecto da cooperação que surgiu como algo central no funcionamento desse serviço. Com a finalidade de contribuir para o conhecimento acerca dos processos que envolvem a cooperação e como ela se desenvolve no SAMU.

Cujos riscos envolvem aspectos subjetivos, considerando as reflexões que serão desenvolvidas pelos participantes a respeito de seu trabalho, podendo vir a tona questões particulares a cada sujeito e com implicações positivas ou negativas acerca do que estará sendo investigado.

Dentre os aspectos positivos da pesquisa estão o conhecimento que será gerado a partir dos dados coletados, sendo importante tanto para os profissionais tendo em vista a lacuna de pesquisas dentro dessa temática, incentivando o desenvolvimento de projetos que tragam melhores condições de trabalho para estes indivíduos, novas possibilidades de treinamento, melhorias quanto a saúde e bem estar em geral, beneficiando não apenas os participantes da pesquisa, mas refletindo também na melhoria do serviço oferecido a população.

Solicitamos a sua colaboração para responder o questionário, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o senhor (a) não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora Yana Thamires Mendes Felix. Telefones: (83) 98821-3354 / (83) 999667-6333. E-mail: yanathamires@ig.com.br.

Endereço: Campus I – Cidade Universitária - João Pessoa – PB, Brasil. CEP: 58051-900, Fone: +55 (83) 3216-7200. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia, Fone: (83) 3216-7006.

Atenciosamente,

Yana Thamires Mendes Felix
(Pesquisadora responsável)

ANEXOS



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES



João Pessoa, 15 de março de 2017

Processo Nº: 03.210/2017

TERMO DE ANUIÊNCIA PARA PESQUISA

A Gerência de Educação na Saúde (GES) está de acordo com a execução do projeto de pesquisa "A COOPERAÇÃO E O TRABALHO NO SAMU", a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) **YANA THAMIRES MENDES FÉLIX**, sob orientação de **ANÍSIO JOSÉ DA SILVA ARAUJO**, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada no(a) **SAMU**, em João Pessoa-PB.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Daniela Pimentel
Gerente de Educação na Saúde

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A COOPERAÇÃO E O TRABALHO DO SAMU

Pesquisador: Yana Thamires Mendes Felix

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57440516.5.0000.5188

Instituição Proponente: Programa de Pós-graduação em Psicologia Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.048.336

Apresentação do Projeto:

Esta é a 2ª versão do projeto "A COOPERAÇÃO E O TRABALHO DO SAMU" trata-se de uma pesquisa de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social/UFPB realizado pela pesquisadora Yana Thamires Mendes Felix e orientado pelo Prof. Dr. Anísio José da Silva Araújo.

MÉTODO

PARTICIPANTES: 20

Participarão da pesquisa os profissionais que integram as ambulâncias/motolâncias do SAMU, que trabalham na cidade de João Pessoa. Os participantes poderão ser tanto do sexo masculino quanto feminino, bem como com diferentes idades e escolaridade. A amostra será selecionada por conveniência, considerando a disponibilidade dos sujeitos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar a questão da cooperação no trabalho do SAMU.

Objetivo Secundário:

* Analisar as condições favoráveis e desfavoráveis à questão da cooperação no trabalho;

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 53.051-600

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (03)3216-7791

Fax: (03)3216-7791

E-mail: etloccau@pb@hotmail.com

Continuação do Parecer: 2.048.208

- * Identificar as manifestações de cooperação no trabalho;
- * Identificar em quais situações a cooperação é mais demandada/importante; investigar de que modo a hierarquia favorece ou não a cooperação;
- * Investigar os benefícios da cooperação para os profissionais no que tange o clima, a formação, a carga de trabalho e as responsabilidades

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Aporta no a relação dos riscos e benefícios, resguardando os direitos éticos dos participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto de pesquisa apresenta grande relevância social, acadêmica e científica. Também atende aos requisitos éticos de pesquisa com seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sanou as pendências, assim o presente protocolo de pesquisa integra todos os termos de apresentação obrigatória, satisfazendo a legislação vigente (Resolução CNS 510/2016, Resolução CNS 466/2012 e a Norma Operacional CNS 01/2013).

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 510/2016, Resolução CNS 466/2012 e a Norma Operacional CNS 01/2013) orientamos atentar para as seguintes recomendações:

1ª RECOMENDAÇÃO) Em se tratando de pesquisa de Pós-Graduação, a pesquisadora principal deve inserir na Plataforma Brasil o professor/orientador no campo dos integrantes da pesquisa.

2ª RECOMENDAÇÃO) Ressaltamos que para a emissão da Certidão Definitiva deste CEP, o(a) pesquisador(a) responsável deve anexar na Plataforma Brasil o relatório final, assim como os comprovantes de devolução/retorno para a população estudada.

Assim, recomendamos que seja inserido em seu cronograma esta etapa final após o encerramento da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não tem pendências.

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOÃO PESSOA
Telefone: (03)3216-7791 Fax: (03)3216-7791 E-mail: et@ccoufpb@hotmail.com

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 2 (de 2)

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Certidao_PPGPS_Yanna.JPG	25/04/2017 14:05:42	Valeria Machado Rufino	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_RETIFICADO_Yanna.doc	25/04/2017 14:05:05	Valeria Machado Rufino	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_740585.pdf	22/03/2017 11:19:11		Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUÊNCIA.pdf	22/03/2017 11:17:58	Yana Thamires Mendes Felix	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaração.doc	22/03/2017 11:15:45	Yana Thamires Mendes Felix	Aceito
Outros	NOTA_DE_ESCLARECIMENTO.doc	22/03/2017 11:15:55	Yana Thamires Mendes Felix	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE_VERSAO_FINAL.doc	22/03/2017 11:14:34	Yana Thamires Mendes Felix	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	15/06/2016 19:52:15	Yana Thamires Mendes Felix	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_FINANCEIRO.doc	15/06/2016 15:16:10	Yana Thamires Mendes Felix	Aceito
Outros	ROTEIRO_PARA_COLETA_DE_DADO 8.doc	15/06/2016 15:15:06	Yana Thamires Mendes Felix	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	15/06/2016 15:13:20	Yana Thamires Mendes Felix	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_DOUTORAD O.doc	15/06/2016 15:12:49	Yana Thamires Mendes Felix	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 50.071-900

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (03)3216-7791

Fax: (03)3216-7791

E-mail: eticacsaufpb@hotmail.com

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Processo nº 046/2017

JOÃO PESSOA, 05 de Maio de 2017

Assinado por:
Elaine Marques Duarte de Sousa
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOÃO PESSOA
Telefone: (33)3216-7791 Fax: (33)3216-7791 E-mail: elcacc@ufpb@hotmail.com

Página 06 de 06

ROTEIROS PARA COLETAS DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL

Questões

(...) nós somos uma equipe né, do médico ao enfermeiro (...) não tem como você dizer assim que você tá no SAMU e você não depende de ninguém, porque o médico, o rádio operador, o técnico de enfermagem, o pessoal da limpeza, todo mundo tem sua (...) necessidade, por exemplo, a enfermeira, ela saí da ambulância, mas quando ela volta, ela tá com o material contaminado, ela não pode fazer uma nova ocorrência sem (...) CME pra fazer a desinfecção (...).

(...) a própria ocorrência te pede, no dia a dia você vai fazendo em equipe, eu posso tá fazendo anotações dos sinais vitais, como o enfermeiro fazendo os procedimentos de acesso venoso (...) não tem um padrão de eu só faço isso ou você só faz aquilo (...) o que tá valendo mais não é nem vaidade, nem ordem de serviço, mas o paciente (...) a gente escuta muito a voz de comando (...) não tem a necessidade de questionar, nem um nem outro (T.15).

(...). Quando saímos da base (...) vamos comentando o que vamos fazer quando chegar lá no local, quem vai tomar conta de tal situação (...) temos um protocolo que a gente segue e sabemos que nem todas as ocorrências são as mesmas situações, mas aí a gente já sabe praticamente o que vai fazer e aí fica tudo mais fácil (...) (T.24).

01. As falas acima, como várias outras, extraídas das entrevistas que fizemos com profissionais do SAMU, apontam a cooperação como um fator determinante para o sucesso das intervenções das equipes. O que vocês pensam sobre isso?

02. Diante disso, em quais situações a cooperação se mostra mais necessária? E em quais situações ela se mostra menos necessária ou até dispensável?

03. No entender de vocês, que fatores favorecem a cooperação no trabalho? E quais fatores desfavorecem?

04. Nesse sentido, o que existe no SAMU que o diferencia de outros serviços na área de saúde?