



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

ANÁLISE DA ATIVIDADE DOS TÉCNICOS EM ENFERMAGEM DO SAMU

João Pessoa, Fevereiro de 2015

YANA THAMIRES MENDES FELIX

ANÁLISE DA ATIVIDADE DOS TÉCNICOS EM ENFERMAGEM DO SAMU

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

Orientador: Prof. Dr. Anísio José da Silva Araújo

João Pessoa, Fevereiro de 2015

F316a Felix, Yana Thamires Mendes.

Análise da atividade dos técnicos em enfermagem do SAMU/ Yana Thamires Mendes Felix.- João Pessoa, 2015.
180f.

Orientador: Anísio José da Silva Araújo

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHL

1. Psicologia social. 2. Enfermeiros - SAMU-psicodinâmica do trabalho. 3. Ergonomia da atividade.

UFPB/BC

CDU: 316.6(043)

ANÁLISE DA ATIVIDADE DOS TÉCNICOS EM ENFERMAGEM DO SAMU

Yana Thamires Mendes Felix

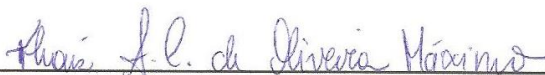
Banca Avaliadora



Prof. Dr. Anísio José da Silva Araújo (UFPB, Orientador)



Prof. Dr. Paulo Cesar Zambroni de Sousa (UFPB, Membro interno)



Prof. Dr. Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo (UFPB, Membro externo ao Programa)



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

João Pessoa, Fevereiro de 2015

Às minhas mães Maria e Joana

Acreditamos, então, que, para se resgatar o verdadeiro sentido do cuidado, faz-se necessário e urgente que o homem tenha, principalmente, a consciência do que ele é, das suas capacidades e fragilidades, e o que ele efetivamente quer. Ou seja, o homem precisa fazer o exercício da autoconsciência / autoanálise e autocrítica dando significado ao viver. Precisa cuidar-se.

Karla Patrícia Cardoso Amorim

AGRADECIMENTOS

À **Deus** que ilumina meus dias 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 e cuidado, por sua paciência nos dias difíceis, suas orações em meu favor e por cada vez que me acolheu e me ouviu com tanto carinho. Eu amo você.

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 deste sonho.

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 disponibilidade e confiança.

Às minhas amigas **Iara, Silvaneide e Marissol** que me acompanharam, durante esses dois anos, contribuindo para a construção do meu trabalho e compartilhando comigo todas as dificuldades e vitórias.

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

À **Samira** por todas as contribuições para a construção dessa dissertação, por estar sempre presente na minha vida e por me entender como ninguém.

Às minhas “**queridinhas**” por todo o amor que me dedicam e em especial à Larissa que acompanhou meus estudos nas madrugadas e toda minha luta neste mestrado.

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

À **Nayara e Paula** por todo amor e apoio que vocês me dedicam. Amo vocês “três”.

À **Gabi** por sua amizade, compreensão, carinho e pelas panquecas.

*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 **Técnicos em enfermagem**, que dedicaram seu tempo para a construção desta dissertação e me contagiaram com seu amor pelo SAMU.*

*À Prof^a. Dr^a. **Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo** e ao Prof. Dr. **Francinaldo do Monte Pinto** 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 presente estudo investigou a atividade dos técnicos em enfermagem do SAMU, visto que esses profissionais a exercem em condições cuja variável tempo é crucial, somada a exigência de um trabalho coletivo para cumprir sua missão. Do ponto de vista teórico, duas abordagens ancoram a presente dissertação: a Psicodinâmica do trabalho e a Ergonomia da atividade. A amostra deste estudo é composta por 30 participantes selecionados por conveniência. Para a coleta de dados, utilizamos entrevistas individuais semi-estruturadas, associadas à técnica de análise indireta da atividade denominada “Instruções ao Sósia”. Para análise dos dados, utilizamos a Análise de Conteúdo Temática. Foram identificadas três categorias principais: “Trajetória e formação profissional”, que nos forneceu um perfil do caminho percorrido por esses trabalhadores até a entrada no SAMU; “Trabalho real”, onde pudemos caracterizar os dias típicos e atípicos de trabalho; e por fim, “Fontes de prazer e sofrimento no trabalho”. Observamos que, a cooperação é um conceito-chave para o funcionamento adequado do SAMU e para a qualidade do trabalho realizado por estes profissionais. Também foi possível perceber que há uma profunda identificação com a profissão escolhida, expressa na motivação com a qual exercem suas funções e no sentimento de auto-realização presente nas suas falas. Todavia, existem fontes de sofrimento no trabalho, tais como a falta de reconhecimento, as precárias condições de trabalho, a fragilidade dos vínculos empregatícios, a ausência de direitos trabalhistas básicos, os baixos salários, dentre outros. Para enfrentar tais circunstâncias, estes profissionais fazem uso de estratégias que envolvem suas habilidades e de estratégias defensivas, que permitem a manutenção do equilíbrio psíquico. Esperamos com tais resultados, contribuir para a produção de conhecimentos sobre essa categoria de trabalhadores, sua saúde e sobre o trabalho que realizam no SAMU.

Palavras-chaves: SAMU, Psicodinâmica, Ergonomia.

ABSTRACT

The present study investigated the activity of SAMU's nursing technicians, since these professionals perform activities with the time as a crucial variable, added the requirement of a collective work to fulfill its mission. From a theoretical point of view, two approaches anchor this dissertation: the Psychodynamics of work and the Ergonomics. The sample consists of 30 participants and selected by convenience. To collect data, we used semi-structured interviews, associated with an indirect technique to analyze the activity called "Instructions to the double". To the treatment of the data, we used the thematic content analysis. Three main categories were identified: "Trajectory and training", which provided us with a profile of the path taken by the workers to join SAMU; "Real work", relative to the characterization of typical and atypical working days; and finally, "Pleasure and Suffering at work." We observed that cooperation is a key concept for the proper functioning of the SAMU and the quality of work done by these professionals. It was also possible to see that there is a profound identification with the chosen profession, expressed in the motivation into their professional exercises and in the feeling of self-realization present in their speeches. However, there are sources of suffering at work, such as the lack of recognition, poor working conditions, the weakness of employment contracts, the absence of basic labor rights, low wages, among others. To deal with such circumstances, these professionals use strategies involving their skills and defensive strategies, which enable the maintenance of psychic equilibrium. We hope with dissertation results, to contribute to the production of knowledge on this category of workers, their health and the work they do in the SAMU.

Keywords: SAMU, Psychodynamics of work, Ergonomics.

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 30 Técnicos em enfermagem do SAMU</i>	80
Tabela 2 <i>Porque optaram pelo curso técnico em enfermagem</i>	93
Tabela 3 <i>Habilidades desenvolvidas no trabalho pelos Técnicos em enfermagem do SAMU</i>	108
Tabela 4 <i>Fontes de prazer no trabalho para os Técnicos em enfermagem do SAMU</i>	132
Tabela 5 <i>Fontes de sofrimento no trabalho dos Técnicos em enfermagem do SAMU</i>	137
Tabela 6 <i>Reconhecimento segundo Técnicos em enfermagem do SAMU</i>	139

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 O SERVIÇO MÓVEL DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	18
1.1 Organização e atribuição do SAMU	22
1.2 Treinamento e capacitação continuada	27
1.2.1 Objetivos estratégicos.....	28
1.2.2 Objetivos operacionais	29
CAPÍTULO 2 REVISÃO DA LITERATURA	30
2.1 O perfil das ocorrências: recorte da realidade enfrentadas pelas equipes do SAMU	30
2.2 As implicações para a saúde dos profissionais do SAMU	39
2.3 O papel do técnico em enfermagem no SAMU	44
CAPÍTULO 3 APORTE TEÓRICO	46
3.1 Considerações a cerca da ergonomia da atividade	47
3.1.1 Tarefa (trabalho prescrito)	49
3.1.2 Atividade (trabalho real)	51
3.1.3 Sobre as variabilidades	52
3.1.4 Sobre as competências.....	54
3.2 Considerações acerca da psicodinâmica do trabalho	56
3.2.1 Conceitos em psicodinâmica do trabalho	57
3.2.1.1 Organização do trabalho	57
3.2.1.2 Mobilização subjetiva	58
3.2.1.3 Reconhecimento.....	59
3.2.1.4 Cooperação	60
3.2.1.5 Inteligência da prática.....	61
3.2.1.6 O Prazer, o sofrimento e defesas	62
CAPÍTULO 4 MÉTODO	67
4.1 Delineamento.....	67
4.2 Locus da pesquisa	68
4.3 Caracterização do grupo investigado	71
4.4 Procedimentos e instrumentos.....	72
4.4.1 Contatos iniciais e procedimentos éticos	72
4.4.2 Instrumentos para coleta de dados	73
4.4.2.1 Entrevista individual semi-estruturada.....	73

4.4.2.2 Instruções ao sócio.....	75
4.4.2.3 Análise de conteúdo temática.....	77
CAPÍTULO 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
5.1 Caracterização da amostra	79
5.2 Trajetória e formação profissional	90
5.2.1 Do curso técnico ao SAMU.....	90
5.2.2 Formação profissional.....	96
5.2.3 Como aprenderem a atuar no SAMU.....	101
5.2.4 Quanto às habilidades adquiridas no SAMU.....	108
5.3 Trabalho real	117
5.3.1 Dia típico e atípico de trabalho.....	117
5.3.1.1 O dia típico de trabalho	117
5.3.1.2 O dia atípico	130
5.4 Fontes de prazer e sofrimento no trabalho	132
5.4.1 Fontes de prazer no trabalho.....	132
5.4.2 Fontes de sofrimento no trabalho.....	137
5.4.2.1 Falta de reconhecimento do trabalho	138
5.4.2.2 Condições de trabalho	141
5.4.2.3 Limitações da profissão	147
5.4.2.4 O sofrimento do outro e o insucesso da ação	151
5.4.2.5 Riscos	154
5.4.2.6 Negação do sofrimento	156
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	159
REFERÊNCIAS	164
APÊNDICE	171
ANEXOS	174

INTRODUÇÃO

O trabalho permite a diferenciação do indivíduo em relação aos demais, dá significado à vida e carrega em seu produto final a identidade do trabalhador. Através da atividade profissional, o ser humano projeta seus objetivos pessoais, constitui-se como cidadão, desenvolve-se em círculos sociais e constrói sua família. Portanto, o trabalho relaciona-se com todos os aspectos da vida das pessoas e torna-se integrante de sua identidade social e subjetiva (Mendes, Gusmão, Faro & Leite, 2005).

Nessa estrutura, ocorre uma “materialização” da relação do trabalhador com a organização social moderna, e é aqui que o indivíduo estabelece relações com os outros, busca inserir-se em espaços onde ele possa diferenciar-se e se destacar na sociedade. Assim, para obter uma compreensão aprofundada dessa relação, é importante considerar a dinâmica existente entre o contexto social e os aspectos subjetivos (Dourado, Holanda, Silva & Bispo, 2009).

Os diversos tipos de ocupações permitem-nos encontrar dinâmicas que, em sua maioria, podem revelar um ambiente de superação e enfrentamento. Muitas vezes esses ambientes são tidos como cheios de tensão e conflito, porém, são ricos de fenômenos comportamentais a serem investigados como o fortalecimento da relação humana, o desenvolvimento pessoal, entre outros. Tal realidade pode ser identificada no serviço oferecido pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) que se propõe a realizar atendimentos de urgência e emergência para casos clínicos e de trauma, em residências, estabelecimentos diversos e vias públicas.

As equipes do SAMU lidam com atividades cheias de tensão, limitações estruturais e marcadas pela complexidade. Portanto, entende-se que sua dinâmica favorece o desenvolvimento individual e coletivo, à medida que as equipes conseguem superar inúmeras

dificuldades, tais como o trânsito e condições ambientais, além de estimular a cooperação e o trabalho em equipe.

É importante destacar que uma das motivações para este estudo foi uma pesquisa que realizei em 2010, envolvendo Policiais Rodoviários Federais em processo de aposentadoria. Foi identificado nesse estudo que os policiais rodoviários acumularam durante muitos anos a função de resgatar as vítimas dos acidentes aos quais prestavam assistência e que tal acúmulo de função trouxe consequências para a saúde desses trabalhadores, incluindo desde problemas físicos devido às condições precárias de trabalho até problemas emocionais (Felix, 2010).

Nesse contexto, surgiu o interesse de compreender o trabalho cujo foco é o atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência, o que nos levou ao SAMU, pois são estes profissionais que atualmente prestam socorro tanto às vítimas de acidentes de trânsito como às pessoas com casos clínicos que demandam atenção imediata e que não podem dirigir-se a um hospital, nem podem ser removidas por pessoas sem o devido preparo técnico.

No que se refere aos objetivos do estudo, estabelecemos como objetivo geral, investigar a atividade de trabalho dos técnicos em enfermagem do SAMU. E como objetivos específicos, buscaram-se: Caracterizar as condições e a organização do trabalho dos Técnicos em Enfermagem do SAMU, verificando como elas contribuem para a saúde e/ou para o adoecimento; Delinear o processo de formação dos Técnicos em Enfermagem e se este está adequado ao desenvolvimento da atividade; e Investigar que habilidades são mobilizadas ou necessitam ser desenvolvidas na realização do trabalho.

Acreditamos que os resultados poderão gerar iniciativas voltadas para aprimoramentos no âmbito da formação profissional, da saúde, da segurança e do bem estar no trabalho, o que certamente impactará positivamente no serviço prestado à sociedade, assim como contribuirá para o desenvolvimento científico e qualidade de vida dos técnicos em enfermagem do SAMU.

Para melhor entendimento, esta dissertação foi constituída por cinco capítulos. O primeiro trata do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, que aborda a história de implantação do serviço, a estrutura organizacional e as atribuições institucionais e individuais. No segundo, é explorada a Revisão Bibliográfica, composta por uma seleção de pesquisas existentes sobre o SAMU e que apresentam dados relativos à natureza do serviço, aos riscos para a saúde e bem estar dos trabalhadores, treinamentos, entre outras coisas.

No terceiro capítulo, tratamos os Aportes Teóricos que agregam conceitos a respeito de trabalho, saúde, cooperação, sofrimento, prazer, inteligência, competências e criatividade, dentro da perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho e da Ergonomia da Atividade. Já no capítulo quatro, dissertamos sobre o Método, que apresenta de forma detalhada todo o processo de construção da pesquisa, definição da amostra e as estratégias adotadas para a coleta de dados, realizando a análise de conteúdo temática e como base teórica duas abordagens: a Psicodinâmica do Trabalho e a Ergonomia. E por fim os Resultados e discussão.

CAPITULO 1

O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Este capítulo tem a finalidade de traçar um breve histórico a respeito do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), os aspectos legais que o norteia e seus objetivos. Além disso, procuramos apresentar como se organiza o SAMU e quais os profissionais envolvidos nos processos. Por fim, serão relatados os pré-requisitos necessários para a implantação do SAMU em cada região, as dificuldades enfrentadas pelos profissionais envolvidos e alguns problemas que precisam ser superados visando à melhoria dos serviços prestados.

Nesse cenário, merece destaque a *Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência*, regulamentada pela Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001, por se tratar de uma política de saúde importante para a implementação do SAMU no Brasil. Entre algumas das funções desta portaria, destacam-se a padronização das informações referentes às ocorrências, através do preenchimento adequado das fichas, com informações precisas a respeito das condições e causas dos atendimentos.

Existiam várias instituições que recebiam pacientes e seguiam modelos próprios para o registro dos atendimentos, o que dificultava a reunião das informações e a construção de estatísticas precisas (GM/MS nº 737/01). Os efeitos dessa ausência ocasionavam a ineficiência no alcance das campanhas de prevenção, a imprevisibilidade dos investimentos necessários para cada região, no tipo de assistência apropriada para cada caso, o que redundava no aumento do tempo de espera por atendimento e no tempo de internação hospitalar, gerando altos custos para o país, sequelas permanentes e até mortes, prejudicando significativamente os resultados das operações (GM/MS nº 737/01).

Diante disso, a portaria tratou de definir termos como *violência* e *acidente* com o objetivo de padronizar as informações e auxiliar no planejamento das ações cabíveis. Esta definiu *violência* como ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que provocam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros; e *acidente* como acontecimento sem intencionalidade, porém passível de ser prevenida, como ocorrência de lesões físicas e/ou emocionais. Outras ações foram: sistematizar, ampliar e consolidar o atendimento pré-hospitalar, unindo-o ao atendimento hospitalar de emergência através de *Centrais de Regulação Médica*, em nível estadual e municipal. Desse modo, tornou-se possível o acolhimento e encaminhamento adequado da população aos serviços necessários.

No que se refere aos profissionais responsáveis pelo Atendimento Pré-hospitalar, a Portaria GM/MS nº 737/2001 aponta o corpo de bombeiros, policiais civis, militares, rodoviários e outros profissionais, devidamente reconhecidos pelos órgãos responsáveis, como indicados para atuar neste serviço de suporte básico de vida, sem a prática de intervenções invasivas e sob supervisão médica.

Para o SUS, a atenção adequada aos casos de urgência e emergência é de grande importância, por se tratar de uma das principais portas de entrada para o serviço de saúde. Por esta razão e, como desdobramento da Política Nacional de Atenção às Urgências, no dia 05 de Novembro de 2002, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.048, regulamentando o serviço oferecido pelo SAMU.

Acerca dos investimentos necessários para melhoria e ampliação dos serviços oferecidos à população, da estrutura física, dos recursos materiais e humanos, regulamenta ainda as funções e os limites de cada esfera assistencial da saúde integrante da rede, que abrange a Central de Regulação, a APH, Pré-Hospitalar Móvel, Hospitalar de Alta Complexidade, transferências e transporte inter-hospitalar, até a capacitação dos profissionais.

Disciplina também a padronização do atendimento, a organização em rede de acordo com as regiões e a constituição de atendimentos hierarquizados, potencializando-os em termos de distribuição dos atendimentos, de modo a diluir a superlotação e garantir o atendimento a todos.

Essa padronização e hierarquização têm início a partir da abertura do chamado na Central de Regulação Médica (CRM), onde é feita a triagem. Em casos mais simples, o usuário é encaminhado a um serviço que dê continuidade ou finalize o atendimento e, em casos mais graves, é feita a escolha da equipe do APH móvel a ser enviada que, por sua vez, deve estar capacitada para estabilizar o estado clínico do paciente em cooperação com a CRM e encaminhar os usuários aos locais adequados às suas necessidades e com disponibilidade de leitos. Tal procedimento supera questões territoriais e poupa tempo entre o atendimento APH e o Hospitalar.

Outras portarias merecem ser destacadas pela contribuição que deram à constituição do SAMU: a GM/MS nº 2.923, publicada em junho de 1998, que definiu os investimentos a serem feitos na Assistência Pré-Hospitalar Móvel e as estratégias para atender a demanda do país; e a GM/MS nº 479, publicada em 1999, que definiu os modos para a implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, os critérios para classificar e incluir os hospitais no Sistema, os valores para o atendimento prestado e o adicional para aqueles hospitais que estejam aptos à internação (Pilagatti, 2008; Marques, 2013).

Em 29 de setembro de 2003 foram publicadas as Portarias GM/MS nº 1.863 e a GM/MS nº 1.864, relativas 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 nacional. Essas portarias também definiram a estrutura dos

serviços, os pré-requisitos que deveriam ser atendidos para fazer parte do programa, a organização e função dos gestores.

Segundo Santana, Boery e Santos (2009), o modelo do SAMU-192 foi inspirado em Dominique Larrey, cirurgião da Grande Armada de Napoleão, o qual percebeu que as chances de sobrevivência dos combatentes feridos aumentavam quando o atendimento era imediato. Através do uso de ambulâncias (do latim *ambulare*, que significa deslocar), procurou oferecer assistência no próprio campo de batalha.

Antes disso, no século VI, o Imperador Mauricius organizou cavaleiros com a função de remover os feridos do campo de batalha, mas somente com Larrey, no século XVIII, foi possível desenvolver um método cujos conceitos ainda hoje são aplicados como a ação imediata de socorro ao paciente por profissionais adequadamente treinados, a saber: o início do tratamento e a busca pela estabilização do quadro do paciente no local imediato, a chegada mais rápida aos hospitais integrantes da rede e apropriados para o caso em questão e, por fim, os cuidados prestados ao longo do percurso em direção ao hospital (Souza, Sanchez, Rovaris et al., 2006).

Em 1864 foi estruturado nos Estados Unidos, o “socorro à população civil”, na intenção de assistir vítimas de trauma ao longo de viagens de trem, porém, o uso de ambulâncias, tal como conhecemos hoje, só passou a ser utilizado a partir de 1865, adotado pelo Exército e posteriormente por hospitais. O pioneiro deles foi o hospital Micheal Reese em Chicago (Nova York) (Souza et al., 2006).

Conforme Souza, a origem do primeiro serviço móvel de emergência e reanimação, ocorreu em Paris, no ano de 1956, e buscou promover o transporte inter-hospitalar. Em 1962, o Ministério da Saúde francês definiu que os hospitais deveriam estar qualificados para o atendimento às situações de urgência e, para tal propósito, instalou o Serviço de Atendimento a Urgência (SAMU) e as UTIs móveis (Souza et al., 2006).

No Brasil, a Assistência Pré-Hospitalar (APH) sofreu a influência do modelo francês com as melhorias feitas no final do século XIX pela cidade de Nova Iorque, nos Estados Unidos, que introduziu equipamentos nos veículos para prestação de atendimento hospitalar durante o transporte do paciente (Marques, 2013; Santana, Boery & Santos, 2009).

O SAMU brasileiro tinha inicialmente o foco voltado aos atendimentos na estrada, mas ao longo do seu desenvolvimento outras necessidades foram identificadas, como por exemplo, o transporte inter-hospitalar e ações de orientação aos usuários que realizam frequentemente chamadas inadequadas em relação às competências do serviço, o que deu início a criação da Regulação Médica. Esta faz uma triagem a partir das informações recolhidas no chamado, identifica quais medidas devem ser adotadas e evita o deslocamento indevido das equipes móveis (Souza et al., 2006).

Entre os anos de 2001 e 2004, o Ministério da Saúde publicou catorze portarias a fim de organizar e padronizar o atendimento pré-hospitalar, mas foi através do Decreto nº 5.055/04 que o SAMU – 192 foi criado oficialmente. Embora a APH possua em média doze anos de funcionamento no país, existem muitos aspectos que devem ser reconfigurados, inclusive em relação à prestação de esclarecimentos e orientações à população, que ainda hoje faz uso irregular do serviço, prejudicando o trabalho das equipes (Marques, 2013).

1.1 Organização e atribuição do SAMU

De acordo com informações da Secretaria de Saúde de João Pessoa (s.d.), o SAMU tem reduzido a quantidade de óbitos, assim como o tempo de internações e também possíveis sequelas. Para alcançar esses resultados, presta atendimento vinte e quatro horas e sua equipe é composta por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e condutores socorristas. Com veículos apropriadamente equipados para as diferentes situações, a Central de Regulação os direciona para o atendimento, que pode ocorrer em diversos ambientes e circunstâncias.

Segundo informações extraídas do Portal da Saúde vinculado ao Ministério da Saúde, o SAMU é o principal serviço da Política Nacional de Urgências (risco moderado de morte) e Emergências (risco iminente de morte) que abrange casos clínicos, pediátricos, atendimento a vítimas de acidentes de trânsito, afogamentos, choques elétricos, feridos por armas, intoxicação, quedas, infarto, AVC, crises convulsivas, traumatismos, crise diabética, cirúrgicos, gineco-obstétrica e saúde mental. Os atendimentos podem ser realizados em rodovias, nos centros urbanos, tanto em vias públicas como em propriedades privadas e em localidades rurais da grande João Pessoa. O SAMU conta com motolâncias e ambulâncias para transporte/apoio, de suporte básico e UTI móveis (Marques, 2013; Portal Brasil, s.d).

Diante de qualquer um desses incidentes, a ligação (gratuita) para o SAMU deve ser efetuada para o número 192. O indivíduo entra em contato com a Central, é atendido pelo *Técnico Auxiliar de Regulação*, que identificará a situação e transferirá para o *Médico Regulador* que, por sua vez, dará início ao atendimento, indicando as ações a serem realizadas, desde solicitar que o usuário dirija-se a um posto médico até o envio de uma equipe móvel, que pode ser de Suporte Básico da Vida, composta pelo *Técnico em Enfermagem* e o *Condutor Socorrista*, ou uma UTI móvel, para casos de maior gravidade, com *Médico Intervencionista*, *Enfermeiro* e *Condutor Socorrista*. Cabe ainda, ao médico regulador, identificar e alertar os hospitais da rede para garantir a continuidade do atendimento (Portal Brasil, s.d.)

Segundo o Portal do Ministério da Saúde (2013), o SAMU presta socorro a mais de 137 milhões de pessoas e possui 181 Centrais de Regulação em 2.380 municípios. Conta ainda em todo o país com 2.969 ambulâncias, das quais 2.215 são Unidades de Suporte Básico, 557 são de Suporte Avançado e 197 são Motolâncias.

A Portaria nº 1.010 de 21 de maio de 2012, que “*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”, na sua seção III do capítulo II, define da seguinte forma as Unidades móveis: Unidades de Suporte Básico da Vida Terrestre, composta por dois profissionais, um condutor socorrista e um técnico em enfermagem; Unidades de Suporte Avançado de Vida Terrestre, com três profissionais, ou seja, um condutor, um enfermeiro e um médico; Equipe de Aeromédico, constituída por um médico e um enfermeiro; Equipe de Embarcação, com dois ou três profissionais, considerando o atendimento para o qual está sendo encaminhado, sendo um o condutor da embarcação e um auxiliar ou técnico em enfermagem, para os casos de suporte básico à vida, um médico e um enfermeiro, para os de suporte avançado; A Motolância, conduzida por um técnico em enfermagem ou um enfermeiro, ambos treinados para operar o transporte; E o Veículo de Intervenção Rápida (VIR), composto por um condutor, um médico e um enfermeiro.

Segundo o que informa a Portaria do Ministério da Saúde de nº 1.010, de 21 de maio de 2012, no Capítulo IV, que trata do tema capacitação, os integrantes do SAMU 192 devem submeter-se às capacitações em caráter permanente, sendo geridas pela Rede de Atenção às Urgências.

De acordo com o Manual publicado pelo Núcleo de Educação em Urgência (NEU), da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina, afirma-se que os profissionais (Técnicos em enfermagem e Condutores socorristas) da equipe de Suporte Básico da Vida (SBV), devem ser capazes de realizar tarefas de suporte à vida, respeitando seus respectivos códigos de ética e as normas legais que orientam suas profissões, sempre acompanhados e orientados por um enfermeiro ao seu lado ou à distância e que, quando devidamente treinados, possam realizar prescrições médicas segundo as orientações do médico regulador, através da “telemedicina”. Portanto, a equipe SBV deve estar preparada para:

- Reconhecer sinais precoces de disfunção respiratória;
- Aferir Frequência Cardíaca, Pressão Arterial, Pulso, Temperatura, glicemia e saturação de O₂;
- Iniciar medidas de manutenção da vida;
- Manejar equipamentos de suporte ventilatório;
- Realizar prescrição médica sob supervisão do enfermeiro;
- Dominar técnicas de administração de medicamentos;
- Reconhecer sinais precoces de doenças circulatórias agudas;
- Realizar monitoração cardíaca e eletrocardiográfica;
- Ser capaz de avaliar o politraumatizado grave;
- Estar habilitado a auxiliar o trabalho de parto normal;
- Reconhecer e manejar adequadamente o TCE, TRM (traumatizado), queimados, traumas na gestante e na criança, entre outros traumas;
- Ter conhecimento e habilidade para realizar ações de salvamento aquático, terrestre e em altura, com produtos perigosos.

Os *Técnicos em Enfermagem* têm suas ações supervisionadas por um enfermeiro, salvo quando se trata de questões de demanda ou de gravidade da ocorrência. O profissional precisa ter completado o ensino médio e o curso de técnico em enfermagem devidamente certificado. Ter mais de 18 anos, experiência profissional no atendimento de urgências e emergências, ser apto ao trabalho em equipe, participar da capacitação continuada e obter a re-certificação periódica.

Ao encontrarem-se no local do chamado, devem avaliar o quadro do paciente e informar ao médico regulador através do rádio, prestando o devido atendimento segundo as diretrizes emanadas do médico regulador, a fim de estabilizar o quadro do paciente e encaminhá-lo ao serviço indicado, respeitando a grade hierárquica. O atendimento é

finalizado na entrega do paciente à equipe no hospital, na estabilização/resolução do quadro para que o indivíduo permaneça em casa ou no encaminhamento para outro serviço de saúde, sempre de acordo com as orientações da regulação (Souza et al, 2006).

A ambulância de Suporte Avançado da Vida (UTI Móvel) é encaminhada quando o médico regulador ou a equipe da USA identificam que o caso é de maior gravidade, pois esta unidade possui um médico intervencionista, um enfermeiro e um condutor socorrista, bem como equipamentos apropriados para realizar ações de maior risco e dificuldade. No local, o médico intervencionista faz uma avaliação e toma as medidas cabíveis para, então, entrar em contato com o médico regulador que fará contato com o hospital adequado, acordando com o médico responsável do hospital o recebimento do paciente, em seguida indica à equipe móvel para que o leve, promovendo a continuidade do atendimento.

Outros cargos essenciais que compõem o quadro do SAMU são: o *Coordenador do Serviço* que deve ser profissional da área de saúde; o *Responsável Técnico* que deve ser médico, pois coordena as atividades relativas à sua profissão; o *Responsável da Enfermagem* atua nas ações relacionadas procedimentos evasivos e aplicações de medicamentos de urgência, sob supervisão, entre outras; e o *Rádio-Operador ou Controlador de Frota*, que opera o sistema de rádio e telefonia, controla as ambulâncias, entre outros (Souza et al., 2006).

Cabe destacar que o SAMU atua em conjunto com policiais militares, rodoviários e civis, oferecendo segurança, correta sinalização, contenção de veículos envolvidos na ocorrência e organização situacional, com o objetivo de evitar outras ocorrências, garantirem a integridade dos acidentados, dos profissionais e de terceiros. Além disso, também contam com os bombeiros, que são responsáveis por resgatar vítimas de locais onde o acesso da equipe de saúde é inviável, podendo prestar primeiros socorros sob orientação médica, transportar as vítimas, retirar as vítimas de ferragens, escombros entre outras ações.

1.2 Treinamento e capacitação continuada

O treinamento inicial é constantemente renovado pelos treinamentos continuados, segundo Silva e Nitschke (s.d.), o que se justifica por conta do aumento da mortalidade devido a doenças cardiovasculares, entre outras, e pelos avanços ocorridos na área de atuação em urgência e emergência. Além disso, este treinamento não é dirigido apenas aos funcionários do SAMU, mas a todos os profissionais envolvidos no sistema de atendimento de urgências e emergências para que, desse modo, estejam em sintonia durante a atuação.

As capacitações devem abarcar desde ações de suporte básico da vida até os mais avançados, para que os profissionais possam conhecer todos os tipos de procedimentos e atuar ou auxiliar nos atendimentos, respeitando os limites da própria formação e das atribuições de cada membro da equipe, além de se tornarem capazes de identificar as necessidades de cada caso com os quais se deparam, habilidade essencial para a transmissão correta das informações para a regulação, constituindo desse modo “uma rede de assistência integrada, hierarquizada e regulada” que busca garantir a eficácia e a qualidade das ações dos profissionais (Silva & Nitschke, s.d.).

Outro objetivo da educação continuada e das avaliações feitas a partir das ações práticas realizadas, apontado por Silva e Nitschke (s.d.), é a melhoria do serviço, diminuindo as taxas de mortalidade e de sequelas, permitindo assim maior familiaridade dos profissionais com as técnicas e equipamentos e certamente a melhoria do trabalho em equipe.

As capacitações são realizadas pelos Núcleos de Educação em Urgência (NEU) ao nível Estadual e pelos Pólos Regionais de Núcleos de Educação Permanente em Saúde e são planejados de acordo com as particularidades de cada região, considerando os diagnósticos e necessidades mais frequentes de cada comunidade, tornando o serviço personalizado (Silva & Nitschke, s.d.).

Os cursos são organizados em módulos teóricos e práticos, de modo a especializar o

serviço, trazer mais segurança e precisão às ações, bem como manter a equipe atualizada quanto às novas modalidades de atendimento e tecnologias. Os Núcleos de Educação Permanente vão preparar as atividades e a grade curricular de acordo com as informações contidas na Portaria nº 2.048 e na Política Nacional de Humanização, contemplando as demandas particulares de cada equipe e localidade, desenvolvendo parcerias e estruturando adequadamente seus cursos de formação e educação continuada para todos os profissionais voltados ao atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência e emergência, incluindo parceiros como bombeiros, policiais militares, civis, rodoviários, garantindo a padronização dos atendimentos e a efetividade da rede (Silva & Nitschke, s.d.).

Os Núcleos de Educação em Urgências têm como diretrizes a estruturação do sistema regional de atenção às urgências, garantindo a uniformidade do serviço prestado à população, com benefícios à integralidade da promoção de saúde e a diminuição da mortalidade. Para isso, oferece formações continuadas a todos os profissionais da rede de saúde e parceiros, acrescentando ao conteúdo dos materiais didáticos e atividades práticas, as informações obtidas nas experiências prévias das equipes em ações reais, o que permite manter atualizadas as informações trabalhadas e respeitar as particularidades de cada município. Além disso, o uso de casos reais é útil na criação de campanhas para educação também da população e para a produção de mudanças sociais. Os objetivos estratégicos e operacionais dos Núcleos de Educação em Urgências estão definidos na Portaria nº 2.048/02. São eles:

1.2.1 Objetivos estratégicos.

- Atingir excelência na formação dos profissionais atuantes no atendimento às urgências a nível regional, estadual e nacional;
- Construir, implantar e melhorar a política pública a fim de padronizar a qualidade dos profissionais em nível nacional e fortalecer a rede formada por cada um dos núcleos regionais;

- Centralizar os recursos voltados à educação em saúde, identificando as lacunas em cada uma dessas instituições, promovendo soluções e melhorias para a construção de Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, através de troca de informações e compartilhando equipamentos, atendendo às necessidades de cada região;
- Tornar-se o principal meio para a qualificação do serviço prestado às urgências; com infraestrutura e instrutores/multiplicadores de alta qualidade, responsáveis pela produção dos materiais utilizados na formação continuada.

1.2.2 Objetivos operacionais.

- Regular a promoção de treinamentos em serviço, buscando atender as demandas específicas de cada local, sendo estas a base para a fundamentação do modelo pedagógico;
- Qualificar todos os profissionais, em dimensão regional envolvidos no atendimento pré-hospitalar (unidades básicas de saúde, de saúde da família, pré-hospitalar móvel), atendimento hospitalar e pós-hospitalar, no caso de internações domiciliares, serviços de reabilitação;
- Favorecer o desenvolvimento de equipes multiplicadoras a fim de contribuir para a educação continuada;
- Promover encontros entre profissionais com experiência para desenvolverem-se enquanto educadores;
- Desenvolver as políticas públicas voltadas à saúde;
- Certificar anualmente e re-certificar a cada dois anos os profissionais atuantes da área;
- Oferecer crescimento institucional através da participação das capacitações e educação continuada, estabelecendo os conteúdos, habilidades e prática, fundamentais para que um profissional esteja apto a desenvolver trabalhos em situação de urgência e emergência.

CAPÍTULO 2

REVISÃO DE LITERATURA

O SAMU-192, investigado nesta dissertação, foi implantado em 2004 e a sede atual foi criada em 2006. Para tanto, foram entregues quinze ambulâncias, doze Unidades de Suporte Básico (USB) e três Unidades Avançadas (Bohry, 2006; Seminotti, 2013).

Grande parte das informações utilizadas no presente trabalho encontra-se nas Portarias, Decretos, Leis, manuais e materiais produzidos pelo Governo Federal, Municípios ou pelo próprio SAMU. Entretanto, alguns estudos foram selecionados para maior compreensão do objeto estudado e serão explorados a seguir.

2.1. O perfil das ocorrências: recorte da realidade enfrentada pelas equipes do SAMU

A equipe móvel do SAMU é exposta às mais variadas situações e precisa superar inúmeros obstáculos no trânsito para chegar o mais rápido possível até as vítimas. Esse intervalo entre o chamado e a chegada do socorro em tempo hábil é fundamental para a eficácia do atendimento, havendo pesquisas voltadas para a melhoria desse processo. A esse respeito, Carvalho Neto (2008) propôs aperfeiçoar o percurso de deslocamento das ambulâncias pela cidade de João Pessoa durante o atendimento das ocorrências através da avaliação do fluxo do trânsito e fazendo uso de equipamentos específicos para localizar as melhores vias de acesso ao local do acidente.

O autor traz um conceito da medicina militar, muito presente nas épocas de guerra, conhecido como The Golden Hour, que defende a ideia de que os primeiros sessenta minutos após uma ocorrência são determinantes para a sobrevivência ou recuperação satisfatória da vítima. Embora essa determinação de tempo não possua bases científicas, os profissionais de saúde que seguem a regra de que quanto menor o tempo, entre o acidente e a chegada do socorro, melhor o alcance geral de resultados, justifica a necessidade de aprimoramentos no

sistema de locomoção das unidades através do conhecimento detalhado das ruas da cidade com o auxílio de tecnologia apropriada para tal propósito (Carvalho Neto, 2008).

A questão do tempo, portanto, encontra-se nas bases do desenvolvimento do APH móvel e constitui fator fundamental para a identificação e compreensão do perfil dos atendimentos realizados pelo SAMU, em geral voltados ao atendimento de situações com sofrimento intenso e risco de morte.

Como é possível verificar nos dados encontrados por Cabral e Souza (2008) em pesquisa realizada na cidade de Olinda, no estado de Pernambuco, onde foi desenvolvido um instrumento pioneiro de armazenagem de dados para as ocorrências do SAMU, das 1.956 ocorrências registradas, 1.114 foram por causas clínicas, o que representa 57% dos casos, 645 (32,9%) por causas externas e apenas 143 (7,3%) por remoções.

Esse aspecto também pode ser visto no estudo de Ciconet, Marques e Lima (2011), que identificaram em Ribeirão Preto/SP, Olinda/PE e Porto Alegre/RS, que mais da metade dos casos atendidos pelo SAMU são graves, corroborando indicadores nacionais sobre morbimortalidade.

Os autores apontam também que os serviços prestados nessas três localidades possuem maior frequência de atendimentos para agravos clínicos (neurológicos, cardiológicos, respiratórios, digestivos, metabólicos, infecciosos e outros) com 49,32% dos casos, seguidos dos eventos traumáticos com 39,28%, o transporte simples com 5,82%, os casos psiquiátricos com 2,56% e os obstétricos e outros três casos sem classificação com 0,02%.

A partir dessas informações, pode-se compreender a importância do SAMU para a comunidade e como o tempo que leva para chegar à população é determinante, não apenas para a eficácia do tratamento, mas para fortalecer os vínculos da população com o serviço, que poderá sentir-se verdadeiramente amparada ao diferenciar as relações que se estabelecem com as demais instituições da rede, para onde o paciente tem que se deslocar e

frequentemente passar por burocracias e esperas antes de receber qualquer atendimento. Ciconet et al. (2011), ressaltam ainda que o fato da população procurar principalmente o SAMU pode ser um indicador de que há uma preferência pela assistência que recebe de forma rápida e que vai até o paciente.

Nesse contexto, uma das realidades enfrentadas pelos profissionais do SAMU é o acidente de trânsito, que tem se destacado como principal causa de mortes. Soares, Pereira, Moraes e Vianna. (2012), afirmam que em proporções mundiais, essa taxa alcança aproximadamente 1,3 milhões e a maior parte das vítimas fatais estão entre pedestres, ciclistas e motociclistas.

Quanto às lesões não fatais, os números estão em torno de 20 a 50 milhões por ano. Em países desenvolvidos esses números diminuem, porém os tipos de acidentes envolvem principalmente veículos de quatro rodas. Dados da OMS (2009) sobre o Brasil, afirmam que ocorrem quinze mortes a cada 100 mil habitantes e, com os demais casos, os encargos financeiros para a sociedade são altos por resultarem em internações e até sequelas permanentes.

Em João Pessoa, capital da Paraíba, foi realizado um mapeamento por Soares et al. (2012), para delinear como se distribuem os acidentes nos bairros da cidade, os tipos de ocorrências e o perfil das vítimas. Entre os achados pesquisados em 2010, destacamos que 25% (4.514 vítimas) do total de atendimentos realizados pelo SAMU foram direcionados a acidentes de trânsito, sendo a maioria das vítimas do sexo masculino com 75,4% dos casos e com idades entre 20 e 39 anos, dados bem próximos aos resultados encontrados no estudo realizado por Cabral e Souza (2008) e no de Soares et al. (2012).

Essa atividade exige de seus profissionais atenção aos mínimos detalhes durante todo o processo de atendimento. Qualquer aspecto negligenciado pode custar à vida de uma pessoa, o que torna o trabalho delicado, estressante e exige muito equilíbrio emocional. Os

profissionais do SAMU precisam chegar rapidamente ao local, estar em alerta, observar, agir, pensar, simultaneamente e seguir instruções da Central. Precisam ainda lidar com fatores como o local do atendimento, iluminação, temperatura, público, a possibilidade de encontrar mais de uma vítima, os riscos de atender em uma estrada por onde ainda passam carros, entre outros. E tudo mencionado implica no trabalho realizado pelo SAMU, influenciando o atendimento e a relação dos indivíduos com seu trabalho.

Outra dificuldade enfrentada pelo SAMU são os chamados falsos. Por essa razão, em outubro de 2012, uma campanha foi realizada em escolas de todo o país, buscando a conscientização a respeito dos trotes telefônicos para o SAMU e seus efeitos negativos. Em Brasília/DF, por exemplo, são recebidos 25 mil trotes de 100 mil chamados recebidos, resultando em linhas ocupadas indevidamente, os atendimentos que realmente necessitam da equipe não acontecem ou são atrasados, desvio de ambulâncias para locais onde não são de fato necessárias, prejudicando a eficácia do serviço e podendo causar sequelas permanentes, e algumas vezes até a morte de muitas pessoas. Estes dados demonstram que, embora ocorram trotes e chamados indevidos, há um alto índice de ligações e atendimentos, portanto existe um senso comum a respeito da função do SAMU e de quando convêm acioná-los (Portal Brasil, 2012).

Lima e Riviera (2010, pg. 223) definem rede como “uma configuração policêntrica com nós e vínculos que se estabelecem entre eles”. A partir dessa compreensão, na rede de saúde da qual o SAMU faz parte, deve existir uma relação sólida e baseada na cooperação. Existe um entendimento de que é importante que exista uma interdependência entre todos os agentes e instituições para que, dessa forma, o trabalho seja iniciado, continuado e concluído com êxito. A comunicação constitui, nesse sentido, a ferramenta essencial que torna possível essa interação entre os serviços e os profissionais.

Considerando esses dados, Lima e Riviera (2010) realizaram um estudo analisando o nível de integração dessa rede de saúde. Para tanto, foram utilizados os diálogos gravados, quando do recebimento dos chamados na Central de Regulação, entre os profissionais integrantes dessa rede, ou seja, os técnicos auxiliares da regulação, os médicos reguladores, a equipe móvel e as instituições que recebem o encaminhamento do indivíduo em atendimento.

Com esses dados, os autores deixaram claras as limitações que podem se manifestar na prática, quando algum desses agentes se ausenta durante o processo de APH. Por exemplo, quando um hospital não está apto para receber um paciente, outros sujeitos serão mobilizados para solucionar a questão, como o secretário de saúde, e se este, por algum motivo, não está disponível, as equipes vão precisar encontrar outra saída, o que necessariamente atrasa o atendimento e prejudica principalmente a vítima.

Para solucionar essa questão, os profissionais afirmam ser necessária a existência de um relacionamento próximo entre a Coordenação Regional e a direção dos hospitais, pois é fundamental para acelerar o atendimento dos pacientes. Essa proximidade entre os agentes faz com que exista maior empenho em ajudar uns aos outros e mobilizar os recursos existentes para o recebimento das vítimas socorridas. O estudo, então, demonstrou que a reciprocidade e as relações entre os profissionais são determinantes para que exista cooperação diante dos problemas (Lima & Riviera, 2010).

As divergências entre as equipes de intervenção e de regulação também se mostraram como um dos entraves normalmente solucionáveis a partir da intervenção de outros atores envolvidos no processo. Portanto, essas redes de conversações que se desenvolvem no trabalho funcionam como processos mobilizadores e geradores de conexões solidárias.

De fato, as conclusões a respeito desse estudo apontaram o benefício do acolhimento e do diálogo para a dinâmica organizacional, na medida em que promovem os encaminhamentos, deslocamentos, decisões, as trocas de informações a respeito do quadro do

paciente e dos atendimentos prestados, entre outros. Tudo isso afiança a entrada dos pacientes nos hospitais e a continuidade do que foi iniciado pelas equipes do SAMU (Lima & Riviera, 2010).

Outro estudo que aborda os problemas de comunicação nos serviços da rede de saúde é o de Santos, Bernardes, Gabriel, Évora e Rocha (2010), realizado no Município de São Paulo. Nele foram identificadas quatro categorias que retratam algumas das dificuldades de comunicação entre os técnicos auxiliares das Unidades de SBV, a coordenação do serviço e a Central de Regulação, são elas: a transmissão via rádio; a capacitação dos trabalhadores que operam o rádio; o acesso à coordenação; a supervisão de enfermagem. Essas categorias foram, por sua vez, divididas em dois blocos: as críticas dos trabalhadores a respeito da comunicação e o reconhecimento da importância da supervisão no SAMU (Santos et al., 2012).

A princípio, os entrevistados apontaram a frequente falha dos equipamentos que, durante a transmissão de informações, apresentavam ruídos ou cortavam parte das mensagens, dificultando o entendimento entre as Unidades Móveis e a Central de Regulação, resultando em utilização prolongada das linhas para captação das mensagens em sua integralidade, causando prejuízos no socorro às vítimas (Santos et al., 2012).

A capacitação dos operadores do rádio também foi apontada como uma das dificuldades para a comunicação. Embora fosse apto para a utilização do equipamento, seu nível de formação é básico e por isso deixam a desejar no reconhecimento de sintomas que permitam a correta identificação do quadro e a agilidade no atendimento das vítimas. Além disso, muitos operadores não coletam com precisão informações importantes, o que é sentido pelos técnicos em enfermagem durante a ocorrência, que chegam até mesmo a encontrar situações completamente distintas daquilo que foi relatado pelos operadores (Santos et al., 2012).

O acesso à coordenação foi outro problema identificado por Santos et al., (2012). Tal setor é composto por uma enfermeira que responde pelos serviços da enfermagem e um médico. Entretanto, os funcionários não sabem ao certo quem são seus coordenadores e/ou sentem dificuldades em relacionar-se com eles, especialmente os que trabalham à noite ou durante os finais de semana. Assim, em face de algum problema, recorrem ao médico regulador ou a enfermeira de plantão. Essa indisponibilidade dos supervisores e as poucas reuniões realizadas revelaram-se um fator gerador de inseguranças na equipe, além da sensação de descaso e dos prejuízos para a população.

A supervisão da enfermagem foi outro quesito levantado pelos técnicos em enfermagem. Consideram que a supervisão não é apenas importante para a organização do trabalho, mas também para que os integrantes da equipe se sintam motivados, atualizados e valorizados. É por essa razão que esperam contar com as orientações desse supervisor quando estão em ação.

Afinal, embora existam protocolos para seguir, a realidade sempre escapa do que é pré-definido e, nesses casos, o profissional é levado a utilizar outros conhecimentos e sua criatividade. Quando não contam com nenhuma assistência da supervisão, sentem-se desamparados. Pode-se observar que a comunicação e a cooperação constituem peças-chave para o trabalho desses profissionais (Santos et al., 2012).

A visão dos profissionais envolvidos no SAMU foi o objeto de estudo de Silva et al., (2009). Eles buscaram delinear as variáveis sócio-demográficas, profissionais e operacionais do serviço, a partir da aplicação de questionários com diferentes categorias de trabalhadores que integram o SAMU, e fizeram uma análise sobre a percepção desses trabalhadores a respeito da adequação do serviço às diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU).

Esta pesquisa foi realizada em Fortaleza/CE, entre 2007 e 2008, e envolveu todos os funcionários que integravam às equipes, independente do vínculo empregatício. Portanto, médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e condutores dos veículos.

O questionário abarcou dados sócio-demográficos, informações sobre a estrutura e organização do SAMU; o tempo médio de resposta; referência e contra referência; conhecimento da equipe a respeito do PNAU e capacitação. Dos 260 profissionais, apenas 89 (34,2%) devolveram os questionários respondidos. Desses, 61,8% eram homens e a faixa etária ficou entre 31 e 40 anos, 37,1% dos respondentes eram condutores de veículos, 33,7% eram técnicos e auxiliares de enfermagem, 21,3% enfermeiros e 7,9% médicos (Silva, Vieira, Pordeus, Souza e Gonçalves, 2009).

Entre as queixas com relação ao funcionamento do serviço, 60,7% apontaram que a estrutura física não satisfaz completamente, 80% afirmaram que há carência de recursos materiais e 37,1% que há carência de recursos humanos. Além disso, há situações em que faltam materiais para o atendimento das ocorrências. As ambulâncias também foram apontadas como insuficientes em termos de quantidade e já estão desgastadas. Tais fatores comprometem de algum modo os atendimentos oferecidos à população (Silva et al., 2009).

Outros dados relevantes retirados da pesquisa de Silva et al. (2009), foi que o principal serviço que se relaciona com o SAMU é o dos bombeiros com 85,6% de integração, seguidos pelas Polícias Militar (76,4%) e Rodoviária (74,1%), os agentes de trânsito com 47,1% e, por fim a Polícia Civil com 26,7%. Entre as categorias profissionais do SAMU, os médicos apresentaram menos interação com esses outros serviços.

Sobre os vínculos empregatícios no SAMU, Silva et al. (2009) identificaram que apenas 65,2% são servidores públicos, enquanto que 33,7% são terceirizados. Mais de 80% dos condutores, técnicos e auxiliares são servidores públicos, enquanto que os de nível superior, tais como enfermeiros (84,2%) e médicos (71,4%), são em sua maioria terceirizados.

Afirmaram com isso que o número de terceirizados não é favorável ao serviço, pois esses profissionais têm vínculos precários com o SAMU, o que prejudica o processo de atendimento à coletividade e a confiabilidade entre os indivíduos.

Quanto à capacitação, os autores indicaram que mais de 70% participaram de cursos sobre atendimento básico de vida, e os técnicos e auxiliares foram os que mais procuraram participar de cursos, compondo 93,3% da amostra. De acordo com Silva et al., (2009) são os gestores dos serviços de APH os responsáveis pelo treinamento e a capacitação continuada dos profissionais. E para superar a baixa procura pelos cursos de aperfeiçoamento e formação continuada, os gestores sugeriram realizar cursos no horário normal de trabalho, não prejudicando os horários de folga dos indivíduos.

Outro aspecto observado por Silva et al. (2009) foi sobre o sistema de referência e contra referência. Eles identificaram que 95,5% do total da amostra e 100% dos médicos revelaram os seguintes problemas: a falta de vagas nos hospitais, bem como falta de equipamentos, má vontade dos profissionais dos hospitais, ausência de especialistas para casos específicos, lacunas na integração SAMU e rede de atenção hospitalar, entre outros. Essas questões comprometem a continuidade e a qualidade do atendimento ao usuário, assim como o trabalho das equipes que perdem um tempo precioso no qual poderia socorrer outras vítimas (Silva et al., 2009).

Cada um desses trabalhos traz diferentes realidades que se complementam ou se confirmam, mostrando um pouco da realidade enfrentada pelas equipes do SAMU e dos problemas estruturais que prejudicam a rede de saúde como um todo. É possível perceber que a maior parte dos problemas poderia ser solucionada com melhorias nas relações entre os profissionais de toda a rede e com investimentos adequados na infraestrutura das organizações, desde a Central de Regulação até as condições hospitalares.

2.2 As implicações para a saúde dos profissionais do SAMU

A Organização Mundial de Saúde define saúde como um estado de bem estar, dinâmico, físico, emocional, social e espiritual do indivíduo e não apenas a ausência de enfermidade (OMS, 2002). Dejours (2011) afirma que este é um estado inalcançável na prática. A “normalidade”, por sua vez, é algo mais tangível e pode ser encontrada não na ausência, mas no convívio com o sofrimento e a doença. O estado de bem-estar ocorre quando o indivíduo realiza suas capacidades, tem resiliência frente ao estresse normal da vida e trabalha de forma produtiva.

Partindo desse conceito, podemos pensar nas questões que envolvem o trabalho dos técnicos em enfermagem do SAMU. Para a execução das funções destes profissionais é necessário que se doe a cada atendimento, fazendo uso de si para encontrar com agilidade a melhor maneira de proceder, sem violar os protocolos. Ao mesmo tempo, eles vão enfrentar desconforto físico, pois precisam prestar socorro nas ruas ou em locais sem a infraestrutura que se encontra nos hospitais. Retirar o paciente do local, transportá-lo para a ambulância, estabilizá-lo e manter essa estabilidade até a entrega do paciente ao hospital. Somado a essas questões, esses indivíduos precisam lidar com os riscos biológicos, químicos, de trânsito e até mesmo a violência, bem como controlar o estresse, a ansiedade, a insegurança, lidar com o sofrimento das vítimas, dos familiares e manterem equilíbrio diante das situações mais difíceis.

Considerando todos esses fatos, vemos a importância de abordar a questão da saúde para os trabalhadores de serviços de urgência e emergência de unidades móveis. Para tanto, é importante considerar os cuidados com o cuidador, principalmente quando falamos de SAMU, cuja atividade é completamente diferenciada das demais dentro do campo da saúde e por ser tão específica e ocorrer em ambientes com controle mínimo, vai exigir muito mais das suas equipes.

Embora os trabalhadores sejam selecionados e treinados, é preciso questionar até que ponto um ser humano pode sentir-se preparado para lidar com tantas situações de sofrimento, exigências, pressões, com horários de trabalho diferenciados e a responsabilidade de salvar vidas. Esse é um ponto chave para o bem estar desses profissionais e para a qualidade do desenvolvimento de seu trabalho. Para tanto, selecionamos dois estudos que abordam as implicações para a saúde enfrentadas por esses trabalhadores.

O primeiro estudo foi o de Trajano e Cunha (2011), a respeito do SAMU e da Política Nacional de Humanização do SUS nesse serviço. Eles afirmam que é preciso fazer uso do corpo-si, pois os indivíduos vão estar durante todo o processo em constante tensão e na realização de movimentos sintonizados com o de seus colegas e daquilo que os cerca. Nesse processo vão provocar mudanças no meio, e em si mesmos, desenvolvendo suas habilidades e potenciais.

Diante da exposição diária aos riscos de trânsito, vivem momentos de intensa tensão ao agir com rapidez e solucionar os imprevistos, respeitando na medida do possível os protocolos, além de ficarem expostos a riscos na tentativa de resgatar vítimas de acidentes nos mais variados ambientes, bem como precisam enfrentar as frustrações do insucesso e dos chamados irregulares.

Tal trabalho apresenta a relação constante entre os riscos e as consequências para a saúde, acompanhada da experiência das pesquisadoras Trajano e Cunha (2011), no relato das observações do campo, que remetem, durante todo o processo, às discussões voltadas à gestão da saúde e aos riscos sob a perspectiva da Ergologia e de sua compreensão da noção de atividade, na tentativa de explorar a gestão que os trabalhadores fazem de si e da própria saúde enquanto fator estruturante da atividade do trabalho.

Assim, Trajano e Cunha (2011) identificaram que a dinâmica entre os valores mercantis, os quantificáveis e os do viver comum resultam na dificuldade em seguir fielmente

as normas prescritas pelos gestores, e concluem por questionarem as formas de construção dessas normas e as possibilidades para alcançar melhores condições de trabalho e de relação entre os trabalhadores e gestores.

Outro estudo encontrado que aborda a questão da saúde dos trabalhadores é a dissertação de Marques (2013) sobre as “Condições e Organização do Trabalho das Equipes do SAMU/RMF: Riscos e Agravos Daqueles que Trabalham Contra o Tempo”. Trata-se de uma pesquisa realizada no Ceará e aborda, entre outros aspectos, a relação entre o trabalho no SAMU da Região Metropolitana de Fortaleza e as consequências à saúde dos trabalhadores.

De acordo com Marques (2013), os trabalhadores do SAMU fazem parte do “ramo de serviços” e enfrentam em seu dia a dia o sofrimento humano. Com base nisso, a autora destaca a importância de realizar a análise a partir da perspectiva dos trabalhadores e não unicamente a partir de aspectos teóricos, legais e protocolares, pois, para essa autora, não é possível falar de saúde do trabalhador e tão pouco promover melhorias reais, excluindo-o do processo de identificação e construção.

Por essa razão, enfatiza a importância do envolvimento dos trabalhadores no processo de construção das políticas públicas de saúde e bem-estar, de modo a tornar possível tratar de questões subjetivas, como as dificuldades ou insatisfações com a atividade, o adoecimento no contexto do trabalho, o sofrimento, a realização profissional, as motivações e os significados da própria saúde e enquanto objeto do trabalho.

Segundo Marques (2013), uma característica importante a ser destacada é o caráter socializante do trabalho na vida dos indivíduos. Além disso, para a autora o trabalho para os profissionais do serviço de atendimento móvel está além da utilização de técnicas, pois se realiza na resolução de problemas sociais, sejam eles relacionados à vida ou relacionados à violência/imprudência, assim como problemas estruturais ao prestar socorro em condições de

precariedade, enfrentando dificuldades para internação do paciente e, ao chegar à base de apoio, não encontrar repouso adequado ou até em número suficiente.

Uma das dificuldades identificadas através das entrevistas foi que a maior parte dos sujeitos não possui direitos trabalhistas básicos, e essa fragilidade do vínculo empregatício também é geradora de sofrimento psíquico, tensões nas relações interpessoais e na organização do trabalho como um todo, refletindo-se em sentimento de desvalorização profissional e insegurança. Ao adoecer, o trabalhador perde os dias de plantões e consequentemente a remuneração, assim como faz quando goza de férias. Portanto, não tem os mesmos direitos ou a estabilidade que tem os outros profissionais, o que reflete diretamente na qualidade de vida deles. A partir disso, o estudo de Marques (2013) identificou uma condição de vulnerabilidade devido ao surgimento da precarização do trabalho. Essa vulnerabilidade relaciona-se diretamente ao sofrimento psíquico, o qual gera tensões, desprazer, dor, o que reflete no comportamento, no equilíbrio emocional dos trabalhadores, na dificuldade para se relacionar com as condições de trabalho e na forma como desempenham suas funções.

Mais um dado relevante foi o sentimento de culpa que afeta o trabalhador diante do fracasso no trabalho, tanto por falta de conhecimento devido ao treinamento inadequado ou até a ausência de treinamento, ou pela imprudência, acidente ou aspectos que se mostraram fora do controle. No entanto, essas questões envolvem não apenas o trabalhador em particular, mas o coletivo e a organização em sua totalidade. E nesse contexto, os trabalhadores expressaram com clareza a falta de políticas públicas de saúde direcionadas a eles propriamente e a influência disso para o equilíbrio emocional e a saúde dos sujeitos.

O trabalho do SAMU, como já citado anteriormente, é cercado de riscos. A esse respeito, Marques (2013) afirma que a exposição a esses riscos pode não apenas provocar o adoecimento, mas também diversos agravos à saúde e até a morte. Nesse processo, os

indivíduos revelaram dores no corpo, mas também questões subjetivas, tais como inseguranças, tensões, ansiedades e medo frente ao inesperado. Por outro lado, as diferenças de condições oferecidas às categorias profissionais acentuam a desigualdade e favorecem o não reconhecimento das necessidades que caracterizam cada um dos trabalhadores envolvidos. Isso se revela de forma mais acentuada em situações onde o trabalhador se coloca em uma posição de passividade e assim não toma as medidas que possam compensar as insuficiências da organização.

Diante disso, o trabalhador necessita criar mecanismos de defesa para lidar com essa diversidade de situações. Nas entrevistas, Marques (2013) identificou que a síndrome de burnout é por vezes interpretada como depressão, o que dificulta a tarefa de avaliar os efeitos do trabalho na vida psíquica dos trabalhadores.

A autora explora também a questão da morte do paciente como um aspecto que pode gerar angústia para o cuidador e até adoecimento. No entanto, ao reprimir o que sente e se distanciar da situação, pode acabar por distanciar-se de si mesmo. Nesse caso, reprimir não tem resultados permanentes, pois se o indivíduo não encontra maneiras de dar vazão a esses sentimentos pode desencadear uma descompensação.

As conclusões desse estudo expõem também a condição de assistência à saúde direcionada a esses profissionais, pois aqueles que não podem recorrer aos serviços privados precisam dirigir-se ao Estado, que segundo um dos entrevistados, constitui um serviço precarizado (Marques, 2013).

A administração também se mostrou ineficiente na identificação das reais necessidades dos funcionários que, ao apresentarem sintomas de choro, ansiedade, angústia ou pânico, são direcionados a novos treinamentos e, em caso de continuidade dos sintomas, opta-se pela redistribuição desse indivíduo para uma atividade administrativa na própria instituição. Não se consideram em nenhum momento tais características enquanto

comprometimento da saúde relacionado ao trabalho. Paralelamente a essa deficiência institucional, os trabalhadores também omitem sintomas para não perder o emprego, pois além de possuírem um frágil vínculo com a instituição, dependem dela para complementar sua renda mensal (Marques, 2013).

Marques (2013) também identificou que dificilmente um trabalhador da saúde possui um único emprego. Esta é mais uma situação que compromete a saúde desses profissionais, pois acumulam plantões seguidos e, ao final desses, muitas vezes precisam se apresentar para o trabalho em outra instituição. Essa situação se mostra corriqueira tanto para aumentar a renda mensal como por desejarem suprir a demanda social existente no setor.

Para lidar com tantas dificuldades, Marques (2013) observou que os profissionais recorrem aos colegas e compartilham as experiências vividas, em especial as que mais possibilitaram identificação. E concluiu identificando que o trabalho neste contexto tem seu significado completamente vinculado à interação cuidador e paciente, não podendo de modo algum ser considerado um processo puramente técnico, pois depende essencialmente da humanização para que se realize.

Assim, o trabalhador sofre devido às limitações da organização do trabalho e do seu sentimento de impotência, o que compromete consequentemente a rede de atenção às urgências. Os profissionais necessitam de um espaço que permita falar de suas histórias, necessidades, do trabalho e de si mesmos e que possam assim ser ouvidos (Marques, 2013).

2.3 O papel do técnico em enfermagem no SAMU

Como podem ser observados no estudo de Marques (2013), os técnicos em enfermagem fazem parte da base da pirâmide hierárquica do SAMU. No relato de uma enfermeira entrevistada, ela se refere a sua categoria e a dos condutores e dos técnicos como “peãozada”, deixando claro que o papel desse grupo é cuidar do trabalho pesado, pois entram em todos os tipos de situações, arriscando-se e se expondo para socorrer a vítima, estabilizá-la

e entregar o paciente limpo e preparado para a assistência médica que, em muitos casos, se resume a prescrição dos medicamentos e entubagem.

Desse modo, embora o trabalho ocorra em equipe, existe um grupo privilegiado que se impõe sobre os demais profissionais. Até mesmo a fala dirigida a esses profissionais tem que vir acompanhadas de “doutor”, “senhor” ou “médico”, demarcando claramente a distância existente entre esse profissional e os demais.

Assim de acordo com Marques (2013), esse fato indica a necessidade, por parte da administração, de promover constantes diálogos entre os profissionais no serviço, valorizando não apenas as suas atribuições técnicas, mas também no sentido subjetivo, apontando a importância do trabalho desses profissionais para a sociedade e para a promoção de saúde.

CAPÍTULO 3

APORTE TEÓRICO

O ser humano, ao produzir de diferentes maneiras as mais diversas ferramentas para sobreviver, constrói o mundo que o cerca. E o trabalho, nesse processo, mostra-se imprescindível, pois não só traz importantes contribuições para o meio social, como influencia diretamente todos os aspectos da vida do indivíduo e da sociedade na qual está inserido. Nesse sentido, não podemos reduzi-lo a uma mera troca de serviços, tempo e força de trabalho, buscando uma compensação financeira (Dejours, 2012).

Para Dejours (2012), o trabalho é aquilo que o indivíduo mobiliza de si (inteligência, criatividade, experiência, o próprio corpo, entre outros), visando superar as variabilidades, que surgem ao buscar atingir os objetivos das tarefas para as quais foi designado. O trabalho, portanto, baseia-se na tentativa de superação do imprevisto, razão pela qual muitas vezes mostra-se necessário transgredir regras e prescrições e desse modo atingir a quantidade e qualidade desejadas ao final.

Para compreender o sentido que o trabalho tem para o trabalhador, é preciso levar em consideração os afetos que este mobiliza e a satisfação que extrai da realização de sua tarefa, bem como compreender o meio cultural em que este trabalhador foi criado, no qual vive e como a sua atividade laboral permitirá a concretização de seus objetivos de vida.

O presente capítulo tem por objetivo apresentar as concepções teóricas que nos possibilitaram compreender em maior profundidade o trabalho dos técnicos em enfermagem do SAMU. Existem dois tópicos principais: o primeiro deles é dedicado a Ergonomia da atividade e o segundo a Psicodinâmica do trabalho. Em cada um deles procuramos apresentar as principais categorias teóricas das abordagens, tais como Trabalho prescrito, Trabalho real, Organização de trabalho, Mobilização subjetiva, Sofrimento, Defesas.

3.1 Considerações acerca da ergonomia da atividade

A escolha desta disciplina enquanto base teórica para a construção e análise de dados desta pesquisa deu-se precisamente pelo seu interesse nas situações reais de trabalho, com o objetivo de dar visibilidade às necessidades e dificuldades enfrentadas pelos técnicos em enfermagem do SAMU no desenvolvimento de suas atividades e, com isso, esperamos oferecer possibilidades de transformações positivas para essa classe profissional, às equipes e para o serviço como um todo. Além disso, a Ergonomia da atividade deu suporte para o desenvolvimento das Clínicas da Atividade e, por essa razão, possui íntima relação com a outra disciplina que nos guiou nesta pesquisa: a Psicodinâmica do trabalho.

A Ergonomia da Atividade, de acordo com a Associação Internacional de Ergonomia (IEA, 2000) e a Associação Brasileira de Ergonomia (ABERGO, s.d.), constitui uma disciplina científica que se interessa pelas relações entre os indivíduos, sistemas e outros elementos, estando também relacionado “à aplicação de teorias, princípios, dados e métodos” em planejamentos com o objetivo de melhorar tanto o bem estar das pessoas como a funcionalidade geral do sistema.

Nesse contexto, a contribuição dos ergonomistas pode ser durante o planejamento e na avaliação das tarefas realizadas, como também no próprio processo de produção e, inclusive, nos diversos ambientes e sistemas da organização, objetivando tornar todos esses aspectos compatíveis com o que os trabalhadores necessitam, de acordo com suas habilidades e limitações. Portanto, a Ergonomia é uma abordagem sistêmica, em constante transformação e atualização, que se preocupa com todos os aspectos (físico, cognitivo, psíquico, social, organizacional, ambiental) que envolvem a atividade humana (IEA, 2000; ABERGO (s.d.); Abrahão Snelwar, Silvino, Sarment e Pinho, 2009).

Ergonomia, por se tratar de uma abordagem interdisciplinar, tem o papel fundamental de otimização da produtividade organizacional. Seus domínios principais são:

- 1º. A *Ergonomia física* que se preocupa com as características anatômicas dos trabalhadores, com a antropometria, fisiologia e a biomecânica dentro da atividade física. Para esse domínio é importante considerar a postura adotada pelo trabalhador na realização da atividade, como fazem uso dos materiais/equipamentos, quais os movimentos que mais se repetem os problemas físicos caracteristicamente relacionados à atividade, o ambiente de trabalho, as regras e equipamentos de segurança e a saúde de forma global;
- 2º. A *Ergonomia cognitiva* está relacionada aos processos mentais (percepção, memória, raciocínio, movimentos) e a forma como estes influenciam a relação trabalhador/sistema;
- 3º. A *Ergonomia organizacional* se interessa pela melhoria dos sistemas sociotécnicos, tais como a comunicação, a organização, o planejamento e a prática, a questão do tempo, as prescrições, a organização de equipes, ações em cooperação, qualidade do que é produzido.

É importante destacar que todas essas questões devem ser estudadas no próprio local de trabalho. O ergonomista estará, portanto, inserido e envolvido no contexto dos trabalhadores, da empresa, das características sociais, culturais, econômicas. Através desta inserção na realidade específica da ação ergonômica, ela poderá contribuir para promoção do bem estar dos indivíduos.

Desse modo, toda ação ergonômica procura identificar tanto aspectos que precisam ser ajustados para fins de saúde do trabalhador, quanto indicações para a otimização dos serviços e das ações. É assim que o conhecimento científico é produzido e ampliado, o que permitiu o desenvolvimento de conceitos como o Trabalho Prescrito e Trabalho Real, Competências, Variabilidade, Confiabilidade, Carga de trabalho, Organização de trabalho, entre outros

(Abrahão et al., 2009). Destacaremos a seguir alguns desses conceitos.

3.1.1 Tarefa (trabalho prescrito).

De acordo com Guérin, Kerguelen, Laville, Daniellou e Duraffourg (2001), a definição da tarefa (ou trabalho prescrito) tem a função de minimizar o trabalho improdutivo e maximizar o trabalho produtivo através da eliminação das maneiras inadequadas de fazer e da elaboração de pré-definições bem estruturadas a respeito do que e de como deve ser feito.

Em primeiro lugar, a tarefa é composta das definições externas e impostas ao trabalhador sobre as quais estão os objetivos organizacionais a serem alcançados e as melhores maneiras de como atingi-los. Em segundo lugar, traz uma delimitação clara em relação ao tempo, possibilitando a gestão qualificar e quantificar a relação existente entre os indivíduos, as condições de trabalho e o resultado final da produção ou prestação de serviços.

Ainda segundo Guérin et al., (2001) os operadores possuem um papel ativo dentro da organização, promovendo assim modificações nos protocolos e prescrições ao longo do tempo, contrapondo-se aos modelos clássicos de organização, onde as tarefas costumavam ser predeterminadas de forma rigorosa. Abrahão et al. (2009) afirmam que a definição da tarefa passou por uma verdadeira evolução e nos tempos atuais se apresenta com maior flexibilidade. Por exemplo, não existe mais a exigência de que o trabalhador faça movimentos precisos para realizar determinada ação. De fato, no modelo organizacional atual, o indivíduo tem muito mais espaço para desenvolver seu próprio modo de fazer, inclusive para arbitrar sobre o modo de lidar com os imprevistos.

Deste modo, o Trabalho prescrito (ou tarefa) está vinculado às demandas, objetivos e constrangimentos impostos previamente pela organização e/ou pela hierarquia. A partir desse conceito, Montmollin e Darses (2011) afirmam que o trabalho prescrito é composto de: *Objetivos quantitativos* que dizem respeito ao número de itens que devem ser produzidos, aos

prazos a serem cumpridos; *Objetivos qualitativos*, tais como erros/defeitos que podem ser evitados; *procedimentos a seguir* como a comunicação, a sequência de montagem em uma fábrica, entre outros e *as regras e normas* relativas às convenções sociais e culturais que promovem uma determinada ordem durante o processo do trabalho e onde o desrespeito às mesmas pode ser seguido de punições.

Os autores ainda destacam que para a idealização do prescrito assim como para que seja colocada em prática, a organização deve oferecer condições mínimas de trabalho, a exemplo de adaptações quando necessárias, dispositivos, equipamentos, rotinas de trabalho estruturadas, insumos, entre outros.

Voltando-nos às condições de trabalho, podemos afirmar que são igualmente fundamentais para a construção das prescrições e para a realização do trabalho real. Afinal, não se pode exigir do trabalhador o cumprimento de determinados objetivos sem oferecer a ele as ferramentas e o ambiente necessários para o uso e desenvolvimento de suas competências. Na prática, em condições ideais, o trabalhador pode até obter resultados acima do idealizado pelas prescrições e com alta qualidade.

Logo, o prescrito é aquilo que o indivíduo deve fazer, de acordo com protocolos e normas, para atingir os objetivos da organização, utilizando as ferramentas disponibilizadas por ela. Essas predeterminações são essenciais para orientar as ações realizadas pelos trabalhadores, pois direcionam a realização da atividade e oferecem uma margem de segurança para que os trabalhadores possam atuar e explorar outras possibilidades na busca de adaptar-se, adaptar o trabalho e as ferramentas às suas necessidades, habilidades e limitações.

A atividade entra nesse processo, portanto, como forma de suprir as lacunas existentes no confronto do prescrito com a realidade do trabalho, ocupando um papel central dentro do trabalhar, por essa razão, no tópico seguinte, deter-nos-emos no conceito de trabalho real (ou mais amplamente, atividade).

3.1.2 Atividade (trabalho real).

A atividade do trabalho ocorre quando o trabalhador, que é um ser ativo, encontra-se em contato com os constrangimentos que delimitam a ação e elaboram saídas visando superá-los. Assim, a atividade possui uma função integradora ao concentrar, ordenar e dar forma aos elementos da situação do trabalho para atingir os objetivos da organização. E esses Tais resultados, de acordo com Guérin et al. (2001), devem fazer referência à produção em termos quantitativos e qualitativos e, ao mesmo tempo, às consequências que este trabalho ocasiona aos trabalhadores, sejam elas positivas, quando trazem novos conhecimentos, experiência e qualificação, ou negativas quando, por exemplo, acarretam problemas de saúde física ou psíquica.

O conceito de Atividade nos permite compreender com maior profundidade o sentido do Trabalho real. Para a análise ergonômica do trabalho, a atividade é uma estrutura básica e que pode ser definida a partir de diferentes perspectivas, como por exemplo, daquilo que o trabalhador faz em termos de ações e escolhas para realizar/completar o que lhe foi designado; outra perspectiva é a maneira como o indivíduo faz uso de si, considerando o físico, o emocional e o cognitivo, para alcançar os resultados desejados; e por fim, a visão da atividade através das estratégias práticas e ferramentas utilizadas pelos indivíduos para atingir os objetivos (Abrahão, 2009).

Assim, ao analisarmos a atividade do trabalho, não podemos considerar apenas o que é observável, pois muito do trabalhar ocorre na subjetividade das pessoas e na capacidade de analisar o próprio trabalho para contornar as variabilidades diárias. Na realidade, a atividade afeta os indivíduos tanto quanto estes a afetam. A cada dia novas formas de fazer são encontradas pelos trabalhadores e incorporadas às suas ações. E, por sua vez, essas experiências vão transformando e construindo novos protocolos e as normas a serem seguidas (Abrahão, 2009).

Então, o trabalho real é o que os trabalhadores realizam de fato nas organizações de trabalho ao longo do tempo, em condições específicas a cada dia e momento, apoiados sob o funcionamento de equipamentos e a existência de insumos. E para ele, os objetivos qualitativos e quantitativos exprimem-se no que foi ou não realizado. Já os procedimentos estão relacionados ao respeito parcial às normas e protocolos, pois quando o prescrito é confrontado com a realidade abre-se uma lacuna que deve ser preenchida pelo trabalhador para que o trabalho caminhe e alcance os resultados desejados (Montmollin & Darses, 2011).

Nesse contexto, podemos entender que nada no trabalho permanece estático. A cada dia, tanto as condições do trabalho quanto os próprios trabalhadores apresentam mudanças, algumas mais significativas do que outras, e que influem no processo de produção até os resultados finais. Então, mesmo diante dessas variações, o trabalhador precisa engajar-se completamente na atividade, usar todas as ferramentas que dispõem e a criatividade para superar os imprevistos de cada dia, atingindo, ao final, o desejado pela organização. Mas para que o indivíduo supere os imprevistos, ou seja, suas indisposições, aspectos climáticos, um instrumento que tenha apresentado defeito e assim por diante, é necessário que existam condições mínimas de trabalho e de bem estar para o trabalhador.

Essas variabilidades (imprevistos) são os acontecimentos que estão fora do alcance das prescrições e com os quais os trabalhadores precisam lidar diariamente. Embora os protocolos e normas de uma organização busquem dar cobertura aos acontecimentos que cercam o trabalho, a realidade sempre apresenta diferenças em graus variados em relação ao que foi planejado. Em resposta às variabilidades, as competências surgem enquanto formas de mobilização frente ao trabalho, realizando-o com qualidade e agilidade.

3.1.3 Sobre as variabilidades.

Embora as empresas se organizem de modo a superar a maioria dos acontecimentos aleatórios ou previsíveis, as situações de trabalho estão sujeitas às inúmeras ocorrências e para

lidar com elas, cada trabalhador tem reações específicas considerando suas experiências e emoções particulares, competências, modos de agir, maior ou menor capacidade de adaptação às situações, iniciativa etc. Assim como a produção de itens, a prestação de serviços ou qualquer tipo de trabalho estão submetidos às variações de tempo, de matéria-prima e muitos outros aspectos. Por isso, é impossível predeterminar todos os passos a serem seguidos pelos trabalhadores e evitar todos os imprevistos.

Segundo Abrahão et al. (2009), a noção de variabilidade já está contemplada nas prescrições, na medida em que dentro do conceito moderno de tarefa existe uma área destinada ao imprevisto. Desse modo, o prescrito adquire uma flexibilidade dentro da realização da atividade, de modo tal que possa ser moldado à realidade encontrada pelos profissionais. Embora as tarefas tenham a tendência de evoluir com o passar do tempo, não implica dizer que os constrangimentos sejam menores. Inclusive, em alguns casos, o maior espaço para a tomada de decisões pode acarretar também outras questões à saúde dos trabalhadores e aos resultados do trabalho.

No que tange às Variabilidades, podemos classificá-las em técnicas e humanas. As técnicas se dividem em: Variabilidade normal, que são acontecimentos relativamente previsíveis e controláveis, como no caso de um lojista que está sujeito às mudanças de mercado em função da época do ano (final de ano as vendas crescem vertiginosamente); e Variações sazonais e Variabilidade incidental, aquelas que ocorrem de forma aleatória, tais como, por exemplo, o mau funcionamento de um instrumento de trabalho, um equipamento danificado ou variações ambientais, mas ainda assim são esperadas pelo operador (Guérin et al., 2001; Abrahão et al., 2009).

As Variabilidades humanas, por sua vez, são categorizadas em: intraindividual, relacionada às mudanças fisiológicas e psicológicas das pessoas, que ocorrem diariamente, semanalmente, trimestralmente e ao longo dos anos, como a exemplo dos ciclos circadianos e

quando mulheres, os ciclos menstruais, além de problemas de saúde, envelhecimento etc. E a interindividual, que está vinculada às características, experiências e às funções relativas a cada profissional. Com isto, podemos afirmar que não existe um indivíduo mediano e que cada um possui características específicas e os constrangimentos e acontecimentos no trabalho vão ser sentidos, enfrentados e significados de modo específico por cada um deles.

Vale destacar que, para os ergonomistas, compreender essas variabilidades não é uma questão de impedir que elas ocorram, mas sim de identificar a maneira como os indivíduos fazem a gestão desses imprevistos e como isso afeta a saúde desse trabalhador e a produção da organização, tornando possível identificar as variabilidades aleatórias e as normais e então incluir na organização de trabalho os meios que permitam ao operador contorná-las ou enfrentá-las (Guérin et al., 2001; Abrahão et al., 2009).

3.1.4 Sobre as competências.

O objetivo desse tópico é estabelecer uma compreensão conceitual acerca das competências, por se tratar de um dos interesses da nossa pesquisa. Para tanto, recorreremos ao Modelo da Competência proposto por Zarifian e aos conceitos da Ergonomia da atividade, por acreditarmos que essas duas fontes fornecem importantes subsídios para compreender as competências e o lugar fundamental que elas ocupam no universo do trabalho.

De acordo com o Modelo da Competência de Zarifian (2003), a competência manifesta-se no espaço de indeterminação, daquilo que não foi pré-definida e expressa à singularidade do indivíduo, ainda que no interior de um coletivo de trabalho, está pautada na responsabilidade, na iniciativa, na inteligência, na cooperação e no rigor. Ela é a iniciativa quando o indivíduo se vê em confronto com situações que fogem ao que foi prescrito; é responsabilidade no sentido de que o indivíduo não só toma a iniciativa, mas também segue até o fim e aceita todos os encargos destas decisões, assumindo o que Zarifian (2003) chama de “plenitude da ação”.

A competência também é inteligência prática, pois se apóia em conhecimentos obtidos a partir de experiências anteriores (não só a partir de uma educação formal) e que permanece em transformação na medida em que os indivíduos estão a cada dia enfrentando novas situações. Somado a tudo isso, a competência é a capacidade de engajar outros indivíduos em torno dos mesmos propósitos, dividindo os desafios e as responsabilidades. E também rigor, pois quando o sujeito é rigoroso no controle de sua atividade, na relação com o trabalho e com os demais colegas de trabalho, mostra-se confiável, o que torna possível alcançar maior qualidade nos relacionamentos intersubjetivos (Zarifian, 2003).

Também do ponto de vista da Ergonomia da atividade, Abrahão et al. (2009) afirmam que cada novo componente que surge modifica a natureza do trabalho e exige dos trabalhadores competências diferentes. Então, o desenvolvimento das competências está relacionado à ação diante de condições que desafiam o trabalhador, de tal modo que ele é levado a mobilizar o que já aprendeu suas aptidões e experiências prévias, ou seja, as competências vão convocar os saberes e as habilidades do indivíduo e orientá-las a uma ação que corresponda às necessidades de cada uma destas situações.

Identificar as competências favorece o entendimento das ações dos trabalhadores, pois através delas é possível explicar a maneira como eles contornam os imprevistos, detectam, prevêm, enfrentam e corrigem os erros, como organizam para si a tarefa e o que destacam como prioridade diante das situações comuns e incomuns. Então, é a partir da análise destas competências que o ergonomista pode elaborar propostas que vão modificar a organização do trabalho nos seus mais diversos aspectos, o que favorece tanto aos os indivíduos quanto a própria organização.

Outro dado importante a ser ressaltado é que as competências não são exclusivas a algumas pessoas. Na realidade, todo trabalhador pode desenvolver competências (contanto que tenha as condições organizacionais necessárias), visto que são elas que permitem os

ajustes/adaptação ao prescrito (Montmollin, 1990 in Abrahão et al., 2009).

Tanto a adaptação quanto a inadaptção às situações novas, dependem das competências, que de acordo com Montmollin e Darses (2011), estas podem ser fechadas (ou rotineiras) e abertas que, por sua vez, estão relacionadas às situações inusitadas ou inéditas. Enfim, as competências não preexistem à prática, mas são construídas simultaneamente.

3.2 Considerações acerca da psicodinâmica do trabalho

No presente estudo, a Psicodinâmica do trabalho possui um papel fundamental por nos permitir ir além do sofrimento e do adoecimento. Com essa abordagem é possível conhecer os mecanismos que consentem ao trabalhador proteger-se das condições deletérias do trabalho e os benefícios psíquicos que o estar em atividade/trabalhar pode oferecer ao nível de identidade, saúde física e mental.

Da Psicopatologia do Trabalho (PPT) até a Psicodinâmica do Trabalho (PDT), podemos afirmar que Dejours percebeu que o adoecimento mental no trabalho, foco da PPT, não era tão frequente quanto se imaginava porque o ser humano é ativo e, em situações geradoras de sofrimento, ele faz uso de estratégias defensivas com as quais se torna capaz de afastar as doenças e se manter na normalidade. Por conta disso, o autor deslocou o seu interesse do adoecimento em função do trabalho para a manutenção da normalidade, propondo a alteração na nomenclatura de PPT para a Psicodinâmica do Trabalho ou ainda Análise Psicodinâmica das Situações de Trabalho (Dejours, 2011). Com isso, os limites da disciplina se estendem para além do sofrimento e do adoecimento mental no trabalho, passando também a abarcar a questão do prazer no trabalho.

Por sua vez Molinier (2013, p. 69), traz a definição de Dejours sobre a Psicodinâmica do trabalho como “*a análise psicodinâmica dos processos intersubjetivos mobilizados pela situação de trabalho*”. Assim, é possível perceber que o foco principal desta disciplina é o encontro entre o trabalhador com sua história de vida particular e a situação do trabalho, cujas

características são pré-definidas pela administração organizacional.

Para dar conta da PDT proposta por Dejours, alguns conceitos são fundamentais, que são: Organização de trabalho, Condições e Relações de trabalho, Mobilização subjetiva, Inteligência prática, Cooperação, Reconhecimento, Sofrimento (criativo ou patogênico), Prazer, Sublimação e Estratégias defensivas. Por essa razão, no tópico seguinte, alguns desses conceitos serão abordados devido às suas contribuições para a definição dos nossos objetivos, a construção do roteiro utilizado na pesquisa de campo, nossas análises e conclusões quanto à relação entre Trabalho e Saúde dos técnicos em enfermagem do SAMU.

3.2.1 Conceitos em psicodinâmica do trabalho.

3.2.1.1 Organização de trabalho.

A organização do trabalho estrutura-se sob duas bases: *a divisão técnica do trabalho*, que está relacionada aos procedimentos, meios, competências, entre outros; e *a divisão social e hierárquica do trabalho* que se trata das formas de comando, coordenação, autonomia (Molinier, 2013).

Ao pensarmos em organização de trabalho, podemos considerar que se trata de condições de trabalho, divisão de tarefas, cadência, prescrições, regras, responsabilidades, hierarquia, controle e diversos outros constrangimentos, mas não se resume a estas características, ou seja, a organização do trabalho não é soberana e completamente incorporada pelos trabalhadores. Pois os protocolos, regras, saberes e técnicas, estão sujeitos a reinterpretações e transformações.

De fato, o prescrito por si só não poderia existir, se previamente não houvesse uma prática e a partir dela a necessidade de se instituir algum padrão que orientasse a realização da ação. Portanto, o prescrito e o real funcionam de maneira interdependente (Dejours, 2011).

Essa lacuna existente entre o prescrito e o real pode significar liberdade para o trabalhador se desenvolver e produzir inovações, como também pode significar restrições à

inovação, que passa a ser vista como desvio passível de punição.

Dejours expõe a esse respeito a visão negativa das inovações como uma outra contradição das organizações. Ele defende que essa rejeição por parte da direção frente às inovações pode gerar sérios problemas quanto à qualidade do trabalho, à segurança dos trabalhadores, da população e à saúde mental dos indivíduos. Logo, para que seja possível estruturar a organização do trabalho real, é necessário que as prescrições sejam deixadas de lado e que se pratique a “atividade de interpretação” (Dejours, 2011, p.76), isto é, a organização real do trabalho só pode ser constituída a partir das relações sociais existentes dentro do contexto a ser estruturado.

3.2.1.2 Mobilização subjetiva.

O trabalho só se realiza efetivamente se os envolvidos assim o desejarem e, portanto, quando individual e coletivamente os trabalhadores se mobilizarem para alcançar os resultados almejados. De acordo com Dejours (2012), a mobilização subjetiva implica em: esforços da inteligência/engenhosidade no enfrentamento do real; esforços de elaboração de opiniões na tentativa de solucionar problemas ou lidar com as contradições do trabalho; e esforços para participar dos debates de ideias, que favorecem a deliberação e pressupõem a cooperação.

Ainda segundo Dejours (2012), embora exista o interesse das organizações em contar com trabalhadores mobilizados e cooperativos, quase sempre recorrendo a práticas manipulatórias com esse fim, o ponto central da questão é como agir para não destruir a mobilização e a cooperação, pois ambas ocorrem de maneira natural dentro do processo de trabalho, afinal, para o trabalhador (que se encontra bem de saúde), a necessidade de mobilizar-se, assim como de fazer uso da inteligência, é algo natural e comum para a maior parte dos indivíduos.

Mas, essa mobilização pode ser facilmente destruída se a organização interdita as iniciativas individuais, a vontade de contribuir e não oferece contrapartida que compense os esforços dos indivíduos. A ausência de reconhecimento, uma das formas simbólicas de recompensa e que estrutura a mobilização, é geradora de graves problemas para a saúde mental dos sujeitos e motivo para que a desmobilização aconteça.

3.2.1.3 Reconhecimento.

A priori, o reconhecimento é oriundo do engajamento da subjetividade e da inteligência de cada um na realização de uma tarefa (Macêdo & Fleury, 2012). Os indivíduos esperam uma retribuição (material, mas, sobretudo simbólica) pelos investimentos que realizam no trabalho. Para tanto, cooperam e fazem uso de si para atingir os objetivos da tarefa com a máxima qualidade.

Dejours (2012) aborda a questão do reconhecimento a partir de duas dimensões básicas. A primeira refere-se ao reconhecimento enquanto *constatação* dos esforços realizados pelos trabalhadores para lidar com as imperfeições organizacionais e a importante contribuição que disso resulta para a saúde do trabalhador, o que pode encontrar resistências por parte da administração. A segunda dimensão refere-se à *gratidão* por parte da administração pela contribuição que os indivíduos deram à organização do trabalho.

Nesse caso, o reconhecimento é crucial para a cooperação, porque sem ele os trabalhadores não se sentiriam encorajados a superar as diferenças existentes entre o prescrito e o real e poucos sentiriam que seu trabalho possui utilidade para a organização. Além disso, o reconhecimento é o que dá sentido ao trabalho e é fundamental para que os indivíduos encontrem prazer na realização de suas atividades, conseqüentemente é na sua ausência, que o sofrimento pode se transformar em adoecimento.

Para obter esse reconhecimento, *o trabalho realizado* precisa passar por julgamentos, que podem ser de *utilidade* (por parte dos superiores, subordinados ou clientes) e/ou de *beleza*

(pelos pares, colegas, categoria profissional ou membros da equipe). É importante ressaltar neste ponto que, o que está sendo avaliado é o *trabalho efetivo* do indivíduo e não ele particularmente, ainda que os julgamentos sobre o trabalho se reflitam a posteriori na identidade. Embora esse seja um ganho secundário, reforça ainda mais a importância do reconhecimento, pois afinal a identidade fortalecida protege a saúde psíquica (Dejours, 2012).

Por fim, vale acrescentar que o reconhecimento não depende do “valor da obra” como afirmou Molinier (2013). Todo trabalhador, seja qual for a sua função, necessita sentir que seu trabalho é útil e valorizado, tanto para que encontrem sentido no seu trabalho e assim continue nele, quanto para a preservação da saúde.

3.2.3.4 Cooperação.

A cooperação é uma estratégia de mobilização coletiva que traduz “uma contribuição específica e insubstituível dos trabalhadores na concepção, no ajuste e na geração da organização do trabalho” (Dejours, 2012, p. 103). E como já assinalado, para que a organização funcione, é preciso fazer acomodações nas prescrições para adaptá-las à realidade. Nessa perspectiva, a cooperação é um conjunto de compromissos estabelecidos entre os diferentes estilos de atuação e preferências de cada indivíduo para as prescrições.

Ao mesmo tempo é uma forma de reagir ao sofrimento, de lidar com as contradições da organização de trabalho e, quando bem sucedida, a cooperação pode se transformar em fonte de prazer. Para que isso aconteça é preciso que ocorram debates coletivos, que também podem ocorrer de forma tácita no coletivo de trabalho, e um compromisso técnico e social por parte dos membros do coletivo. Assim, a cooperação tem como atributo principal, a liberdade da vontade individual e a vontade de atuar em nível coletivo e abrir mão da individualidade (Macêdo & Fleury, 2012; Dejours, 2012).

3.2.1.5 Inteligência da prática.

Uma das principais características da inteligência da prática é seu enraizamento no corpo, ou seja, o contexto de trabalho em todas as suas nuances é absorvido, interpretado e sentido pelo corpo. Entretanto, isto só é possível através da experimentação prévia, é o vivido que possibilitará ao corpo um completo envolvimento com a tarefa e o desenvolvimento de seus sentidos para captar cada alteração do meio. Tal aspecto é essencial para a compreensão da inteligência prática, pois a diferencia do raciocínio lógico. Assim, pode-se afirmar que a inteligência prática é uma inteligência do corpo (Dejours, 1993).

A inteligência da prática se expressa intuitivamente e permite ao trabalhador preencher a lacuna existente entre o prescrito e o real, fazendo uso de si e da criatividade. Essa lacuna expressa o fracasso das prescrições que não são capazes de prever tudo que pode ocorrer no percurso do trabalho, os acontecimentos inéditos ou inesperados (Dejours, 2012).

Logo, considerando o percebido, o trabalhador interpreta, encontra um diagnóstico e chega a uma solução para então interrogar a técnica e operacionalizar suas ações que foram previamente guiadas pelos seus sentidos (Dejours, 1993). Através da inteligência prática, é possível equilibrar situações diversas e realizar os objetivos da tarefa com a qualidade desejada e em tempo hábil. Assim, a inteligência prática se desenvolve nas situações da ação e permite aos trabalhadores gerenciar os problemas reais, as tensões e superar as situações de sofrimento (Molinier, 2013).

Outro importante aspecto sobre a inteligência da prática é, sem desmerecer os caminhos percorridos para alcançar os objetivos, a importância dada aos resultados da ação, pois nesse sentido é a malícia e a astúcia que vão ocupar o papel central na ação e em direção ao sucesso. E apenas após a experiência é que vai se desenvolver o saber. Portanto, trata-se de uma inteligência ardilosa em antecipação à inteligência racional (Dejours, 1993).

Existe também outra característica que identifica a inteligência prática que é a sua presença em toda atividade de trabalho, desde o trabalho manual até o intelectual. De acordo com Dejours (1993), é um engano excluir a inteligência astuciosa de atividades intelectuais, quando de fato o trabalho intelectual não evolui sem a engenhosidade.

A inteligência prática possui também um potencial criador, pois ao quebrar as regras ou adaptá-las a si, o indivíduo cria novas maneiras de fazer. Assim, ela é ativa e é desenvolvida por todos os indivíduos, contanto que estejam em condições favoráveis tanto fisicamente e emocionalmente, considerando a importância do corpo para esse processo; quanto por parte da instituição na qual exerce suas funções. Para Dejours (1993), a inteligência da prática é pulsional e, portanto, todo ser humano saudável sente a necessidade de exercê-la. E a impossibilidade de desenvolvê-la é uma fonte essencial de sofrimento psíquico para o trabalhador.

Assim como a impossibilidade de exercer a inteligência do corpo traz como consequência o sofrimento psíquico, a possibilidade de fazer uso dela possui uma expectativa de auto-realização para o indivíduo. Então, o prazer vivenciado no uso de inteligência da prática para criar novos caminhos e atingir os objetivos do trabalho, está diretamente relacionado à expansão da subjetividade e ao desenvolvimento pessoal. Logo, para o ser humano trabalhar não é apenas sinônimo de produção, mas também de autotransformação e crescimento (Dejours, 2013).

3.2.1.6 O Prazer, o sofrimento e defesas.

O prazer no trabalho esta na possibilidade que o indivíduo encontra para fazer uso de si, mobilizar-se em função de um objetivo, exercer sua liberdade, criatividade, contribuir para a produção de um produto ou de ideias, obter reconhecimento, dar vazão aos seus desejos e necessidades conscientes e inconscientes.

Em suma, o prazer no trabalho está na possibilidade de o ser humano construir e fortalecer sua identidade e se desenvolver individualmente, coletivamente e profissionalmente através da sua atividade de trabalho. Portanto, é na impossibilidade de utilizar sua inteligência e criatividade para ajustar os objetivos da organização aos seus, assim como as prescrições e os meios de trabalho disponíveis à realidade, que se desencadeia o sofrimento psíquico (Dejours, 2007).

Para algumas categorias profissionais, o trabalho pode ser estruturado por constrangimentos deletérios para a saúde física e mental. Embora existam as normas e equipamentos de segurança, em algumas atividades o risco é inerente e não se resolve por meio dessas normas e equipamentos.

Assim, o medo e a insegurança provocam conflitos intrapsíquicos, que resultam na construção das estratégias defensivas cuja função é resistir psiquicamente aos ataques presentes em algumas organizações de trabalho. Quando estas defesas são bem sucedidas, os próprios trabalhadores não identificam com clareza o sofrimento inerente ao trabalho, o que pode provocar nos indivíduos comportamentos de desprezo em relação ao medo e às medidas de segurança exigidas.

As defesas exercem sobre quem delas participa um poder coercitivo, causando a exclusão daqueles que se recusam a incorporá-las. Portanto, se por um lado as defesas possuem um importante papel adaptativo, por outro podem impedir as pessoas de tomarem consciência da condição de exploração que podem estar vivendo (Dejours, 2011; 2012).

Neste contexto, Dejours (2011) afirma que em uma organização real de trabalho, as defesas constituem uma cadeia de: sofrimento - defesa protetora - defeso adaptativo - defesa explorada. Essas defesas podem ser individuais ou coletivas. Um tipo de defesa individual é a autoaceleração, que funciona especialmente em linhas de montagem, quando alguns indivíduos aumentam o ritmo de trabalho no intuito de não pensar sobre as angustias e

insatisfações às quais estão submetidos. Este tipo de estratégia de defesa se transfere para ocasiões de folga, nas quais os sujeitos buscam atividades exaustivas ou que possam limitar o pensamento, pois se torna muito mais difícil voltar às condições deletérias de trabalho após experimentar o prazer do pensamento livre e do encontro consigo mesmo.

Quando as estratégias coletivas de defesa são construídas a partir dos esforços do coletivo por indivíduos que se encontram submetidos aos mesmos perigos, podem se constituir em um risco à saúde e à vida dos trabalhadores, na medida em que leva os indivíduos a desrespeitarem normas e desprezarem o medo, impondo comportamentos de risco aos novos membros do grupo e excluindo aqueles que se recusam a assumir a mesma conduta (Dejours, 2012).

Em suma, estas estratégias de defesas estão pautadas na negação da percepção do risco e constituem uma alternativa que permite aos indivíduos permanecer em atividade frente às situações de perigo, tendo em vista que o real se apresenta por vezes insuportável. Assim, o papel das defesas, que seria defender os sujeitos das situações deletérias de trabalho, acaba favorecendo a servidão, a dominação e as condições patogênicas do trabalho, no momento em que desarticulam a percepção dos indivíduos acerca da situação real que estão vivenciando (Dejours, 2012).

A organização do trabalho para funcionar corretamente, depende do equilíbrio entre o desejo do trabalhador e o desejo da administração/chefia. Esta confrontação de desejos tem como resultado a carga psíquica do trabalho, que se torna mais pesada na medida em que a organização diminui a margem de liberdade dos indivíduos. Por isso é importante que a lacuna existente entre o prescrito e o real seja um espaço de *negociações* entre o que é preciso ser feito e o que é possível fazer através da mobilização do trabalhador. Do contrário, a carga se torna muito densa e sem possibilidade de encontrar alívio, o resultado pode ser prejudicial à saúde dos sujeitos (Dejours, Abdoucheli & Jayet, 2014).

Então a carga de trabalho que restringe os trabalhadores às prescrições, promove o sofrimento no trabalho. E esse sofrimento possui dois destinos psíquicos diferentes, o *criativo* e o *patogênico*. Este último está relacionado às condições deletérias da organização do trabalho, a interdição da criatividade no decorrer da ação, da autonomia, da liberdade, o não reconhecimento e ao uso das defesas para manutenção da alienação e da servidão dos trabalhadores (Dejours, 2006; Molinier 2013).

Portanto, o *sofrimento patogênico* é a própria doença e ocorre quando a organização de trabalho está pautada em prescrições rígidas e o trabalhador não encontra margens de manobra que permitam o ajuste ao trabalho real. Há então uma exploração intensa de tudo que os indivíduos dispõem em termos de conhecimento, de força para a ação e de estratégias defensivas, resultando no adoecimento psíquico e/ou físico (Dejours, 2014; Molinier, 2013).

No sentido oposto, encontramos o *sofrimento criativo*. Esse, segundo Mendes (1995), não é o mesmo que prazer, porém se trata da substituição do prazer sexual infantil pelo prazer no trabalho, ou seja, refere-se à sublimação, para tanto, o trabalho precisa ser uma escolha do próprio trabalhador e que possibilite ao indivíduo satisfazer seus desejos inconscientes.

Além disso, de acordo com Dejours (2014), o sofrimento criativo depende da forma de organização do trabalho adotada e do quanto a chefia contribui para que o trabalhador tenha liberdade e possa usar sua criatividade no preenchimento da lacuna existente entre o prescrito e o real e assim seja capaz de transformar o sofrimento em prazer e em desenvolvimento pessoal. Portanto, compreende-se que essa mobilização da inteligência criativa resulta na conversão do sofrimento em um processo sublimatório (Dejours, 1993).

Entretanto, de acordo com Mendes (1995), o *investimento sublimatório* não se desenvolve muitas vezes devido às condições da organização de trabalho. Tais circunstâncias, segundo Dejours (2013), limitam a sublimação ao nível da corpropriação do mundo e do reconhecimento pelo outro, o que representa a sublimação comum, assim esta pode ser

atingida ainda que o contexto não seja dos mais favoráveis. Por outro lado, quando a sublimação é entrelaçada com o sentido de honrar a vida pelo trabalho, atinge-se a sublimação extraordinária, que possui o sentido clássico do termo.

Então, a relação da inteligência operária com o conceito de sofrimento encontra-se em seu objetivo, que é superar o sofrimento para alcançar o reconhecimento. E que, de acordo com Dejours (1993), ocorre na busca pela identidade e seu fortalecimento, e é para isto que o indivíduo mobiliza suas habilidades, inteligência e engenhosidade. Logo, o trabalhador sente a necessidade “pulsional” de criar e nesse processo encontrar sentido no seu sofrimento para o alívio de sua angústia existencial e manutenção de sua saúde mental. Assim, na impossibilidade de fazer uso dessa inteligência operária, como a ausência do reconhecimento simbólico do trabalho, o trabalhador vivencia o *sofrimento patogênico*.

Em suma, as ações ergonômicas e da psicodinâmica visam contribuir para a construção ou transformação das situações de trabalho. O objetivo é focar na saúde e bem estar dos trabalhadores, além de contribuir para o desenvolvimento das competências dos mesmos. E como produto, tem-se qualidade e produtividade para a empresa e maior satisfação dos trabalhadores.

CAPÍTULO 4

MÉTODO

O trabalho realizado pelas equipes móveis do SAMU, no atendimento pré-hospitalar, é por natureza complexo. Envolve a mobilização do corpo e da mente desses trabalhadores e deve ocorrer em um formato coletivo, requerendo a cooperação, o envolvimento e a iniciativa, necessitando do extremo apoio organizacional.

Por outro lado, tal trabalho implica em respeito a uma rígida normatização, ao mesmo tempo em que exige dos trabalhadores a capacidade de adequar as suas intervenções às situações imprevistas que são a marca desse trabalho. Todos esses aspectos estão presentes em nosso objeto de estudo.

O presente capítulo tem como objetivo, apresentar os procedimentos através dos quais essa pesquisa foi desenvolvida, considerando o objeto de estudo escolhido e os aportes teóricos que deram sustentação ao processo de coleta e análise dos dados.

Inicialmente será descrito o tipo de pesquisa que foi escolhido e os motivos que justificam essa opção. Na sequência, serão detalhados: o local da realização da pesquisa, as características do grupo investigado, os procedimentos éticos que procuramos respeitar e como se deu a realização das entrevistas. Também serão apresentados os instrumentos e a justificativa para as respectivas escolhas, culminando com a explicitação dos procedimentos para a análise dos dados.

4.1 Delineamento

Este é um estudo exploratório, ex-post facto, sem manipulação de variáveis, construído a partir de relatos dos técnicos em enfermagem a respeito do seu trabalho. A metodologia qualitativa foi escolhida por nos permitir abordar aspectos subjetivos e simbólicos do grupo investigado, favorecendo a compreensão das atividades, das relações

humanas envolvidas e dos significados, permitindo-nos fazer uma análise complexa da interação entre esses fatores (Minayo & Sanches, 1993).

Nesse caso, não existe o intuito de enfatizar a relevância quantitativa com dados que possam ser aplicados a um grande número de indivíduos, mas sim de gerar resultados que possam iluminar sobre determinadas questões e desencadear diversos outros estudos que procurem abarcar aspectos pouco explorados e de grande importância social.

Esse é o caso do grupo de participantes desse estudo que oferece um serviço essencial à população em geral. O nosso intuito é compreender as implicações subjetivas de sua atividade, para que possa reverter em melhorias no serviço prestado à sociedade e, a partir disso, desenvolver possibilidades de aperfeiçoamento dos serviços e da qualidade de vida dos envolvidos no processo.

A questão central explorada é compreender como o trabalho pode promover equilíbrio na vida dos indivíduos, ainda que os exponha a situações emocional e fisicamente desestabilizadoras. Para tal propósito, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e a técnica de Instruções ao Sósia.

4.2 Locus da pesquisa

As entrevistas foram realizadas nas instalações do SAMU de uma capital do Nordeste, tanto na central, como nas bases descentralizadas. De acordo com informações do coordenador da enfermagem, que acompanhou a visita no primeiro dia de coleta de dados, existem quatro Macro Regiões de Saúde no Estado, a primeira delas possui vinte e quatro bases, sessenta e quatro municípios a serem atendidos e uma Central de Regulação que atende um milhão e oitocentos mil habitantes. Os outros três Macros possuem duas centrais em cada uma delas.

Sobre a Base Central, na qual demos andamento a pesquisa, identificamos que comporta os setores administrativos do SAMU, bem como a Central de Regulação que recebe

as ligações e faz o controle do envio das Unidades Móveis. Existe um total de vinte Unidades Móveis na Região Metropolitana, cinco delas são Unidades de Suporte Avançado (USA), doze Unidades Suporte Básico (USB) e seis Motolâncias que trabalham em dupla.

Nessa Base ficam cinco USAs, sete USBs distribuídas nas bases descentralizadas, uma USB que funciona em convênio com a Polícia Rodoviária Federal e permanece em sua Superintendencia com equipamentos que fazem salvamentos, retiram vítimas de ferragens e atendem exclusivamente nas rodovias federais; as três duplas de Motolâncias que devem acompanhar as USAs para reduzir o tempo resposta dos atendimentos para casos mais graves e que também são enviados às bases descentralizadas. Além disso, a base central oferece estrutura logística às USBs existentes em municípios próximos, ficando para estes, a responsabilidade pelo abastecimento, alimentação e pagamento dos profissionais.

As equipes são compostas em função do tipo de Unidade Móvel. A Resolução 375/2011 do COFEN estabeleceu a obrigatoriedade da presença do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido, definindo ainda que o Técnico não possa atuar sem a supervisão deste profissional. As Unidades Básicas passaram, a partir deste ano, a serem compostas por um Técnico em Enfermagem, um Condutor Socorrista e um Enfermeiro, enquanto que as Unidades Avançadas, passaram a serem constituídos por um Médico, um Enfermeiro e um Condutor Socorrista e, em casos específicos, são também acompanhados por um técnico em enfermagem.

Já as Motolâncias trabalham em duplas. Em cada moto vai um Técnico em enfermagem, e cada equipe deve seguir à frente das Unidades Avançadas, oferecendo os primeiros socorros aos casos mais graves enquanto as USAs chegam ao local. As equipes não possuem formação fixa, cada mês é feita uma escala que dispõe os profissionais de acordo

com as necessidades institucionais. Portanto, cada funcionário passa por todos os setores possíveis da organização.

No tocante às condições físicas, a Central de Regulação funciona em uma sala climatizada, com seis cabines dispostas lado a lado para os Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM), uma ilha com quatro espaços destinados aos médicos plantonistas e uma cabine para o Rádio operador, juntamente com os equipamentos que permitem uma visualização completa da localização das ambulâncias e motolâncias disponíveis.

Durante o dia ficam de plantão nove médicos de especialidades diversificadas, quatro destinados a regulação e cinco às Unidades de Suporte Avançado. Durante o período noturno, após a meia noite, apenas dois médicos permanecem na Regulação, enquanto que nas USAs cinco médicos permanecem a disposição.

Na base existe também o setor de Alto custo onde estão alocados um farmacêutico, um auxiliar e um técnico em enfermagem que permanecem vinte e quatro horas. Esse setor é responsável por guardar e controlar a retirada, troca e manutenção dos equipamentos utilizados nas unidades móveis, tais como equipamentos para reanimação cardiorrespiratória, verificação dos sinais vitais e incubadores neonatais. Contam ainda com três *autopulse*, equipamento de última geração utilizado para massagem cardíaca, entre outros. Fica a critério dos profissionais solicitarem o uso de tais instrumentos de acordo com as necessidades dos atendimentos, que devem dirigir-se ao setor para tal. No caso dos equipamentos que existem em menor quantidade, devem devolver sempre que retornarem dos atendimentos, para garantir a utilização por outras equipes.

Existe ainda uma farmácia com os medicamentos apropriadamente armazenados, uma sala para a enfermeira do dia, dormitórios para os profissionais, divididos de acordo com suas funções e sexo, um auditório com computadores, um refeitório com duas mesas amplas,

televisão e uma área com cozinha; uma sala anti-estresse com armários, cadeiras, mesa de sinuca e televisão.

Também fica disponível na central, uma equipe de mecânicos para fazer reparos básicos e de manutenção das unidades móveis. Outro setor importante nas instalações do SAMU é a Central de Material Esterelizado (CME), composta por técnicos em enfermagem que são responsáveis pela esterelização química e a vapor dos materiais reaproveitáveis e descarte dos que não podem mais ser aproveitados, além da distribuição dos materiais para as unidades móveis. Por fim, uma equipe fica disponível para a desinfecção das unidades móveis, colchões, entre outros equipamentos.

4.3 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. Dentro do universo de setenta e nove técnicos em enfermagem do SAMU, sendo quarenta e cinco homens e trinta e quatro mulheres, a amplitude da amostra foi de trinta participantes, seguindo os critérios de saturação. Além das entrevistas semi-estruturadas realizadas, aplicamos a técnica de Instruções ao sócia com um dos participantes da amostra.

Para a coleta de dados foram necessárias sete visitas entre os dias 11 de julho de 2014 até 25 de julho de 2014. As entrevistas foram realizadas exclusivamente com Técnicos em Enfermagem do SAMU, atuantes nas equipes móveis (USV /Ambulâncias/Motolâncias) e/ou que já atuaram nesses unidades durante um longo período de sua profissão.

Foram filtrados os aposentados, inativos ou afastados por motivos diversos durante o processo de coleta de dados e aqueles que não aceitaram participar. Ainda que alguns dos entrevistados se encontrassem posicionados em atividades internas, isso não seria em caráter

permanente, pois as escalas são organizadas mensalmente e os técnicos devem saber realizar as diversas atividades.

4.4 Procedimentos e instrumentos

4.4.1 Contatos iniciais e procedimentos éticos.

Como primeiro contato, dirigimo-nos à base central do SAMU, situada na capital Nordestina, onde fomos informados de que seria necessário, além da aprovação do comitê de ética da UFPB, uma autorização da Secretaria Municipal de Saúde. Na sequência nos encaminhamos para a Secretaria de Saúde e coletamos as informações necessárias para dar início ao processo de pedido de autorização para a pesquisa. Na semana seguinte, voltamos com os documentos necessários, entregamos ao setor responsável, recebemos o número de protocolo 21258, em seguida enviamos um correio eletrônico com o projeto em anexo e o protocolo.

Com a autorização recebida, foi possível dar entrada no processo de avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS), através da Plataforma Brasil, que é atualmente a base nacional e unificada para registro das pesquisas que envolvem seres humanos. Apenas após a autorização do Comitê de Ética e da Administração do SAMU demos início às entrevistas.

A coleta de dados foi realizada de acordo com as recomendações da Instituição, a partir do dia 10 de julho de 2014. No ato de cada entrevista era apresentada individualmente a proposta da pesquisa e solicitada a participação do técnico em enfermagem. Em seguida, procedia-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que depois era assinada pelos participantes. Além disso, solicitávamos a autorização para gravar a entrevista. Mais uma vez, explicitávamos o caráter voluntário da pesquisa e a possibilidade de desistência a qualquer momento, assim como a garantia da confidencialidade dos dados

pessoais de todos os participantes.

No primeiro dia, o coordenador da enfermagem apresentou a instituição, cada setor e os funcionários presentes. Foram realizadas trinta entrevistas que ocorreram nas instalações da instituição de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. Diante da impossibilidade de fazer observações de campo, optamos pela realização das *instruções ao sócia*, com um participante selecionado no grupo de entrevistados e que se disponibilizou a colaborar nessa segunda etapa da pesquisa. Esta técnica foi realizada em dia e horário previamente agendados e nas instalações da UFPB.

4.4.2 Instrumentos para a coleta dos dados.

Para as entrevistas foram utilizados:

1. *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*: o TCLE era entregue em duas vias para ser lido e assinado, um permanecia com o entrevistado e o segundo com a pesquisadora;

2. *Gravadores*: Para a gravação dos áudios foram utilizados dois aparelhos de celular para garantir maior segurança, ambos permaneciam em “modo avião” para não haver interrupções nas gravações;

3. *Roteiro de entrevista*: Foi elaborado um guia orientador para a entrevista, com base nas categorias teóricas do estudo e que foi dividido em duas partes: Parte 1 - Questionário sócio-demográfico e Parte 2 - Entrevista semi estruturada.

4. *A Técnica de Instruções ao sócia*: Para as instruções ao sócia foram utilizados dois aparelhos de celular para a gravação da fala, pois o TCLE já havia sido assinado no momento das entrevistas.

4.4.2.1 Entrevista individual semi-estruturada.

A entrevista semi estruturada foi escolhida devido a sua capacidade de apreensão sensível dos significados e emoções que estão impregnados na fala dos indivíduos. As situações vividas pelas pessoas e os sentidos que empregam para elaborar e transformar essas

experiências faz parte do ser humano e de sua história. Assim, ao entrarmos em contato com essas falas, podemos conhecer e compreender o indivíduo, sua cultura e aquilo que seu contexto representa para ela e para a coletividade da qual faz parte (Triviños, 1992).

Inicialmente, havia uma apresentação formal por parte da pesquisadora, acompanhada da explicação dos objetivos da pesquisa e a solicitação da participação na pesquisa. Era explicitada ainda, a importância da participação de cada um deles, o caráter voluntário do estudo e a garantia de sigilo quanto à identidade dos entrevistados e com a aceitação em participar da pesquisa. Em uma lista à parte, eram solicitados ao participante: o primeiro nome, número de telefone e e-mail para contatos posteriores e devolução dos resultados da pesquisa.

A entrevista era iniciada logo após, juntamente com o registro adequado das mesmas e com o consentimento dos entrevistados, as falas foram gravadas. O questionário englobou a coleta de informações como sexo, idade, escolaridade, entre outro, com o fim de caracterizar a população estudada. As demais questões procuraram investigar temas como a trajetória profissional, a formação profissional, incluindo os treinamentos realizados, seu trabalho atual, relacionamentos interpessoais, fontes de sofrimento, prazer, e demais temas pertinentes. As perguntas foram lidas para os entrevistados que responderam de acordo com seus próprios meios e com intervenções pontuais da pesquisadora, para atingir os objetivos estabelecidos no sentido de não se desviar do foco, além de ampliar questões oportunas que surgiram ao longo das entrevistas.

A fala traz consigo, importantes elaborações acerca do corrente funcionamento social, das influências históricas, dos caminhos que estão sendo traçados para o futuro, das necessidades e possibilidades de mudanças sociais significativas e recupera o sentido da própria identidade (Triviños, 1992).

Partindo então de questionamentos básicos, pudemos observar aspectos fundamentais para cada trabalhador a respeito de suas atividades, tais como: questões desencadeadas através das ações realizadas, relacionamentos com os demais colegas e a instituição, condições pessoais e sociais que os envolvem dentro e fora do ambiente de trabalho, auto-realização, crescimento pessoal, dificuldades encontradas e conseqüentemente maneiras de melhorar a qualidade de vida desses profissionais.

4.4.2.2 Instruções ao sócia.

Com o objetivo de conhecer as formas de automobilização e as estratégias utilizadas pelos técnicos em enfermagem diante das diversas imprevisibilidades que surgem em seu trabalho, assim como os saberes que desenvolvem a partir da prática e, quase sempre sem ter consciência deles, escolhemos utilizar a técnica de Instruções ao sócia que nos permitiu aprofundarmos e ampliarmos a análise do trabalho (Rezende, Brito & Athayde, 2009).

O método de Instruções ao sócia foi desenvolvido na década de 1970 por Ivar Oddone, inicialmente utilizado durante seminários de formação operária com os trabalhadores da FIAT, com o objetivo de recuperar as experiências reais dos operários e provocar discussões a esse respeito. Através dessa prática foi possível dar destaque ao trabalhador, aos aspectos específicos a cada um deles e a maneira como se implicavam em suas atividades (Rabelo & Batista, 2013).

De acordo com Rabelo e Batista (2013), Yves Clot recriou o método sob a luz da teoria, objetivos e métodos da clínica da atividade, com a intenção de promover mudanças nas situações degradadas de trabalho através da coanálise da atividade de trabalho, partindo do princípio que para entender efetivamente a atividade é preciso considerar o que deveria ter sido feito, além do que foi efetivamente realizado.

Com o uso do método Instruções ao sócia é possível encontrar o real da atividade, ou seja, tudo o que se coloca além do que foi realizado, aquilo que tinha sido pensado/desejado fazer e por algum motivo não foi feito, o que precisa ser refeito.

Assim a aplicação da técnica de Instruções ao sócia, nos permitiu uma visão diferenciada do trabalho realizado pelos participantes, diante de impossibilidade de um contato direto a realidade de trabalho. O que essa técnica nos permitiu acessar por meio da “replicação da experiência vivida” abriu caminho para uma perspectiva que considera os aspectos internos e não passíveis de observação, tais como os pensamentos, as emoções e os processos que levam um indivíduo a chegar, por exemplo, a solução de um problema explicitado em suas ações observáveis (Clot, 2010; Ferreira, 1993).

Com base no exposto, a Instrução ao sócia ocorreu com um dos participantes que se mostrou disponível e interessado em contribuir com essa segunda etapa da coleta de dados. O agendamento foi feito de acordo com a preferência do participante, em um ambiente livre de interrupções.

Foi esclarecida a atividade diferenciada e solicitado que o sujeito se imaginasse diante de um sócia, alguém exatamente igual a ele e que precisaria ocupar o seu lugar em um dia de trabalho no SAMU. Para tal, ele precisou descrever com precisão de detalhes sua rotina diária, atitudes, pensamentos, modos de agir e sua função enquanto técnico em enfermagem.

A atividade durou 103 minutos e 43 segundos, foi realizada individualmente e através dela foi possível confirmar informações coletadas nas entrevistas, preencher as lacunas existentes e visualizar aspectos específicos da atividade, do indivíduo, da equipe e das relações que se entrelaçam dentro da organização. Após as instruções, o participante foi convidado a relatar como se sentiu ao realizar a atividade e em sequência a atividade encerrou.

Com essa técnica foi possível provocar o desenvolvimento das atividades já realizadas, transformando-as em palavra, reorganizando e alterando-as. Ainda nesse sentido, o indivíduo pôde perceber, sob uma perspectiva diferenciada, aquilo que faz no seu trabalho, o que deixa de fazer, como se sente em relação a tais ações, refletindo também como se organizam as relações entre seus pares e a partir dessa tomada de consciência o trabalhador pode encontrar novos meios para a ação (Rabelo & Batista, 2013).

4.4.2.3 *Análise de conteúdo temática.*

A análise de conteúdo se entrelaça com a pesquisa qualitativa, pois seu objetivo principal, é compreender e pensar a partir do que diz e sente o outro. É, nesse sentido, um exercício de empatia entre o entrevistador e o entrevistado. Neste tipo de análise, devem-se examinar cada característica singular dos indivíduos, não apenas aspectos subjetivos, mas a sua história de vida, do seu coletivo e seu envolvimento com o meio que o cerca.

Para Minayo (2012), considerando todas essas questões, a compreensão é sempre parcial, tanto por parte do pesquisador como por parte do entrevistado, que não entende completamente seu vivido e o mundo que o cerca. Assim, é preciso atentar para os conflitos entre o que é dito, o que é realizado e as circunstâncias nas quais se realizam. E só então, a apropriação do que compreendemos materializa-se para interpretação.

De acordo com Laville e Dionne (1999), já na coleta de dados, o pesquisador constrói uma percepção acerca do fenômeno e dirige sua entrevista no sentido do aprofundamento de tais fatos, por vezes, permitindo deixar-se guiar pelo objeto de estudo e ao mesmo tempo identificar categorias que darão base às próximas etapas da pesquisa. A análise de conteúdo não se limita a etapas perfeitamente circunscritas, na realidade, trata-se de um conjunto de possibilidades para a identificação do sentido do conteúdo.

Em sequência, é preciso escolher os caminhos a serem seguidos no processo de decomposição dos dados, e depois a maneira como serão recompostos em busca do formato

que favoreça o sugimento dos significados que compõem o conteúdo. Laville e Dionne (1999), destacam que o recorte escolhido e as decisões que direcionarão o processo de agrupamento dos elementos são, de fato, etapas cruciais para a qualidade da análise e das conclusões as quais chegarão os pesquisadores. Dentro desses parâmetros, a análise de conteúdo temática permite a identificação de núcleos de sentido da comunicação que vão constituir a análise e compreensão do objeto em estudo.

Para este estudo, as entrevistas junto com as Instruções ao sócia foram pré-analisadas durante seu processo de transcrição, organização e leituras iniciais. Simultaneamente foram feitas discussões e análises em equipe (eu, o orientador e outra pesquisadora integrante do nosso núcleo de pesquisas) acerca das entrevistas identificadas com maior riqueza de informações. O segundo momento foi de leituras aprofundadas e identificação dos significados. Em seguida, com as categorias delineadas, o material foi tratado com base no aporte teórico escolhido no presente estudo, sem descartar a possibilidade de surgirem novas categorias.

As tabelas que acompanham as categorias foram construídas a partir de análise manual, ao agrupar as falas que possuíam o mesmo sentido na construção da categoria era assinalado o participante que contribuiu para ela, com o objetivo de encontrar mais facilmente a fala completa posteriormente e com esses dados já organizados foi possível construir as tabelas que nos permitiram visualizar o quanto cada subcategoria está presente nas falas dos participantes, como será observado no capítulo seguinte. A partir desses processos, foi possível realizar interpretações acerca dos dados como um todo e gerar resultados relevantes apoiados nas teorias escolhidas.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo foram analisadas as atividades desempenhadas pelos técnicos em enfermagem no SAMU. Para atender tal propósito, procuramos combinar *entrevistas individuais semi-estruturadas* e o Método de *Instruções ao Sósia*. A escolha metodológica permitiu-nos imergir na realidade vivida por estes profissionais e, a partir da perspectiva deles, conhecer e compreender melhor suas nuances, assim como estabelecer relações com a saúde mental.

Este capítulo revela os elementos encontrados na pesquisa de campo e é apresentado em quatro tópicos. O primeiro dedica-se à caracterização da amostra e os outros representam as categorias identificadas, a saber: Trajetória e Formação Profissional, Trabalho real e Fontes de Prazer e Sofrimento no Trabalho.

5.1 Caracterização da amostra

Segundo dados fornecidos pela coordenação de enfermagem do SAMU, a equipe é composta por 79 Técnicos em Enfermagem, dos quais 45 são do sexo masculino (57%) e 34 (43%) são do sexo feminino. Dos 30 participantes, como pode ser verificado na Tabela 1, 47% são mulheres e 53% homens.

Quanto à faixa etária, 43% encontram-se entre 20 e 30 anos e 23% entre 31 e 40 anos. A maioria da amostra está abaixo dos 41 anos de idade (66%), o que reflete uma maioria jovem, ainda em processo de formação e em busca de estabilidade profissional. Tais dados justificam o número acentuado de sujeitos com cursos superiores em andamento como pode ser visto na Tabela 1.

Sobre o perfil familiar, 40% dos sujeitos são casados e 37% são solteiros. Um percentual de 20% está dividido entre união estável (10%) e divorciados (10%). Todas essas

informações podem ser melhor visualizadas na Tabela 1.

Tabela 1

Dados sócio-demográficos de 30 Técnicos em enfermagem do SAMU

Variáveis		Técnicos em Enfermagem do SAMU	
		(f)	%
Sexo	Feminino	14	47
	Masculino	16	53
Idade	20 – 30	13	43
	31 – 40	7	23
	41 – 50	8	27
	51 – 60	2	7
Filhos	Não	16	53
	1	5	17
	2	3	10
	3	6	20
Estado civil	Solteiro	11	37
	União estável	3	10
	Casado (a)	12	40
	Divorciado (a)	3	10
	Viúvo (a)	1	3
Outros Empregos/Quantos?	Sim / +1	18	60
	Sim / +2	6	20
	Não	6	20
Renda pessoal mensal	Não informou	1	3
	900,00 – 1.999,99	10	33
	2.000,00 – 2.999,99	13	44
	3.000,00 – 4.000,00	6	20
Renda familiar mensal	Não informou/Não sabe	4	13
	1.500,00 – 2.499,99	10	34
	2.500,00 – 3.499,99	6	20
	3.500,00 – 4.499,99	1	3
	4.500,00 – 5.499,99	4	13
	5.500,00 – 6.499,99	2	7
	9.000,00 – 11.500,00	3	10
Escolaridade	Segundo grau completo	7	23
	Superior incompleto	20	67
	Superior completo	3	10

Ano de Conclusão do Curso	1990 - 1994	5	17
Técnico em enfermagem	1995 - 1999	1	3
	2000 - 2004	8	27
	2005 - 2009	8	27
	2010 - 2014	6	20
	Não lembra	2	6
Tempo de Serviço no SAMU	3 meses	1	3
	1 - 3 anos	10	33
	4 - 6 anos	11	37
	10 anos	8	27

No que tange à predominância de gênero no serviço de saúde, apesar da enfermagem ser culturalmente uma profissão feminina, é preciso registrar que há outra realidade no contexto pesquisado que pode ser atribuída a características próprias do SAMU, visto que, de acordo com Lopes e Leal (2005), os serviços relacionados à psiquiatria, ortopedia, radiologia e outros, que exigem ações de contenção, tração e irradiação, são um espaço profissional ocupado tradicionalmente por homens, devido ao entendimento cultural de que, diante da necessidade de força física e da presença de situações que envolvem riscos, os indivíduos do sexo masculino estariam mais aptos ao desempenho dessas funções.

Logo, os serviços prestados pelo SAMU, que atendem a situações de urgência que, por sua vez, envolvem a locomoção em alta velocidade e o socorro às vítimas de violência, acidentes de trânsito, pacientes psiquiátricos, onde é preciso conter e imobilizar fraturas e ajudar no transporte do paciente enquadrar-se-ia mais no perfil de um trabalho tipicamente masculino.

Por outro lado, temos nesse caso, uma expressão da divisão sexual do trabalho. Segundo Kergoat (1996), as diferenças culturais relacionadas ao sexo ultrapassam as relações conjugais e invade a divisão do trabalho, destinando à mulher o trabalho de *auxiliar*, voltado ao *cuidado* e à *assistência*, e ao homem, no caso o médico, a responsabilidade exclusiva pelo *tratamento*.

Seguindo essa lógica, os homens ao atuarem no cuidado à saúde, são direcionados a ocupar postos de trabalho que exigem principalmente o uso da força física (Kergoat, 1996; Lopes & Leal, 2005).

Para compreendermos a realidade dos Técnicos em Enfermagem do SAMU, é preciso considerar o papel social destinado à mulher enquanto cuidadora, e a marcante influência que os estereótipos de fragilidade e submissão associados a elas exercem sobre as profissões relacionadas à Enfermagem. Assim, ao longo do desenvolvimento da profissão, a Enfermagem foi associada ao trabalho de auxiliar do médico, ocupando um lugar subalterno, inferiorizado e destituído de autonomia na divisão do trabalho em saúde (Roberts, 1983; Waldow, 1996).

Outros autores, tais como Ferretti (1976) e Lewin (1980), afirmam que existem socialmente várias profissões entendidas como femininas, às quais estão destinadas à falta de status, autonomia, reconhecimento e a baixa remuneração. É interessante notar que embora a amostra tenha uma presença masculina expressiva, características como a falta de reconhecimento e baixa remuneração, também são a marca da realidade desses profissionais independente do sexo.

Como observamos na Tabela 1, a questão salarial é um aspecto muito importante para compreensão da realidade vivida, a renda pessoal mensal está para 77% dos entrevistados, entre 900,00 e 2.999,00, com apenas 20% situando-se na faixa dos R\$ 3.000,00 aos R\$ 4.000,00. Quando consideramos a renda familiar, verificamos que 54% têm remuneração entre R\$ 1.500,00 e R\$ 3.499,99, 16% tem remuneração entre R\$ 3.500,00 e R\$ 5.499,99 e apenas 17% tem remuneração ente R\$ 5.500,00 e R\$ 11.500,00.

Portanto, apenas para uma pequena parcela, em torno de 33%, a renda familiar contrabalança os baixos rendimentos, já na maioria, a renda familiar permanece baixa, o que

pode indicar que o rendimento como técnico em enfermagem seja o predominante no núcleo familiar. A relevância de tais questões está expressa nas falas abaixo:

É como eu te digo, técnico em enfermagem ele não ganha dinheiro, ele tem de amar a profissão mesmo (...) (T.3).

Horrível, noventa reais num plantão, eu faço porque eu gosto do SAMU, mas se fosse por questão financeira, não, noventa reais o plantão, melhorou um pouquinho só, teve um pouquinho de aumento, mas eu acho que deveria ser mais pelo que a gente faz, pelo que a gente é, pelo que a gente representa pra sociedade. Péssimo (T.19).

Nas falas anteriores, podemos identificar que os sujeitos se sentem duplamente desvalorizados: em primeiro lugar, pelo valor irrisório da remuneração recebida diante da relevância do serviço que prestam e da responsabilidade que assumem e, em segundo lugar, pela falta de reconhecimento por parte das instâncias administrativas.

De acordo com Roberts (1983) e Waldow (1996), a fraca identidade profissional dos enfermeiros e a falta de representatividade, que se expressa na pouca participação em organizações políticas, tais como conselhos ou sindicatos, são também fatores que promovem e consolidam a distorção na imagem social desses profissionais.

Os profissionais da enfermagem, ou seja, os auxiliares, técnicos em enfermagem e enfermeiros, estão submetidos ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENs), entretanto os técnicos ou auxiliares não possuem organizações específicas às suas categorias profissionais politicamente fortalecidas. Em vista disto, mesmo que as instituições existentes busquem beneficiar todos os profissionais da área, os técnicos ficam frequentemente à margem das lutas por direitos.

Como podemos observar a resolução 375/2011 aprovada pelo COFEN, ela garante a obrigatoriedade da presença do enfermeiro junto ao técnico nas ambulâncias do SAMU e em qualquer atendimento que estes venham a realizar. Embora esta medida traga certa segurança aos técnicos, seu objetivo principal foi proteger os enfermeiros em termos de direitos e sua área de atuação, posto que esta mudança não traga alterações às condições de trabalho em geral vividas durante anos pelos técnicos e agora também pelos enfermeiros, apenas distribui a responsabilidade dos atendimentos aos enfermeiros e limita ainda mais a autonomia dos técnicos.

Nesse contexto, ainda é necessário lutar muito para garantir o fortalecimento da identidade profissional e a concretização das mudanças ansiadas pela categoria dos técnicos em enfermagem. Essa realidade se expressa com clareza na fala do sujeito sete:

O salário é uma miséria, porque ninguém vai dizer pra mim que tá contente com esse salário, nós trabalhamos com vida, nós não trabalhamos com um pedaço de pau não! E além de vidas, nós colocamos a nossa vida primeiramente em risco, então nós somos dignos de ter um salário digno, mas (...) a culpa aí é do ministro da saúde (...) da presidente (...) é nossa, nós não reivindicamos. Recebemos e ficamos calados (...) no Brasil, pra onde você correr o salário de um técnico em enfermagem, de uma enfermeira é vergonhoso (...) (T.7).

(...) Na verdade, isso que você tá fazendo já tem, já é de grande valia (...) que isso possa chegar na mão de alguém e reconhecer as necessidades do serviço e o reconhecimento não da população, mas o reconhecimento dos gestores, pra que tenha remuneração, um plano de cargos e carreiras, questão de plano de saúde (T.12).

O discurso acima representa a percepção negativa que os sujeitos têm das suas condições de trabalho, em particular da baixa remuneração, especialmente ao considerarmos o fato de que é uma profissão que lida com o salvamento de vidas humanas e que envolve riscos importantes.

Esses argumentos já bastariam para reverter o quadro de desvalorização profissional que afeta a categoria e que se expressa de forma incontestável na remuneração salarial. Além disso, há o reconhecimento de que estes profissionais carecem de organização, de mobilização política que, por sua vez, permitiria uma visibilidade social maior dessa realidade, ampliando as chances de mudanças nas condições de trabalho. Por outro lado, também foi mencionada a parcela de responsabilidade dos dirigentes em todo esse processo de desvalorização dos técnicos em enfermagem. Tais dados vêm corroborar com o que Roberts (1983) e Waldow (1996) afirmam sobre essa realidade.

Outra informação relevante é que 60% dos participantes possuem mais de um vínculo empregatício, dos 20% restantes, cinco têm renda pessoal entre R\$ 900,00 até R\$ 1.500,00 e apenas um ganhava próximo de R\$ 2.000,00, o que se explica pelo fato de receber o aluguel de um imóvel.

Esses dados mostram que a baixa remuneração conduz os técnicos em enfermagem a buscarem outros vínculos empregatícios de maneira a ampliar os escassos rendimentos que auferem no SAMU e, desta forma, adquirir melhores condições frente aos compromissos pessoais e familiares. Essa realidade também foi encontrada por Marques (2013).

Evidentemente a situação de multiemprego tem consequências sobre a saúde, pois implica em maior carga de trabalho que decorre, por exemplo, de deslocamentos entre os locais de trabalho, especialmente para quem depende de transporte coletivo e de trabalhar mais, sacrificando descanso, lazer, convivência familiar, entre outras atividades.

Não obstante, o compromisso que esses técnicos demonstram com o seu trabalho,

certamente não se faz sem implicações sobre o serviço prestado que, como eles próprios afirmaram, envolve a responsabilidade sobre a vida. Além do SAMU, 60% deles possuem pelo menos mais um emprego e 20% chegam até a acumular mais dois. Tais dados nos levam a considerar a sobrecarga que esses indivíduos são obrigados a suportar, além do afastamento da família, da impossibilidade de vivenciar momentos de lazer, cansaço físico e mental. Esta realidade pode ser confirmada nas seguintes falas:

Mas o plantão de doze horas com a folga de descanso (...) acho importante, é suficiente pra você descansar, só que a quando a gente fala em descansar você sabe que nenhum técnico, nenhum enfermeiro tem só esse emprego, então não existe, é tanto que os técnicos em enfermagem brigou tanto pra o COREN pra a política (...) pra reduzir a carga horário em trinta horas, mas eu não sei até que ponto isso foi importante porque ninguém tem só um emprego (...) (T.1).

Isso aí na área de saúde todo mundo reclama, jornada de trabalho. Se o termo salarial fosse melhor, cada um ganhasse melhor acho que não teria tanta correria (...) o final de ganho nisso era a população, ao ter pessoas mais dedicadas, pessoas mais bem treinadas (...) eu saio daqui, vou pra outro (...) tem colega que tem três empregos de enfermagem (...) É ruim (T.8).

Sobre o tempo de serviço no SAMU, 37% dos profissionais trabalham de quatro a seis anos, 33% de um a três anos, 27% já atuam no serviço há 10 anos, ou seja, desde a sua implantação na cidade e apenas um participante estava no serviço há três meses.

Outro ponto a ser destacado é o nível de escolaridade dos participantes. É possível perceber que 10% possuem nível superior e 67% possuem superior incompleto em andamento

ou temporariamente parado. Esses dados sinalizam para um desejo de especialização, de ascensão profissional e melhoria nas condições de trabalho, embora o salário apareça como uma das principais queixas dos sujeitos.

Entre os participantes de nível superior, dois são professores, um é graduado em ciências contábeis, um está cursando serviço social e outro está concluindo enfermagem. No grupo daqueles que possuem nível superior incompleto, treze optaram pelo curso superior de enfermagem, três por serviço social e os demais se distribuem entre direito, biologia, técnico em radiologia, libras, tecnólogo em gestão hospitalar. A maioria pretende permanecer na área da saúde devido ao prazer que encontram no exercício de sua profissão, como pode ser identificado nas falas a seguir:

(...) quando optei por fazer o técnico em enfermagem de imediato foi identificação (...) amor à primeira vista. Enricar ninguém nunca vai (...) como técnico em enfermagem, é uma questão de gostar e por isso que tô até hoje nessa profissão (...) tô me formando se Deus quiser como nível superior (...) o SAMU oferece a vantagem de você ser técnico e depois se você concluir a sua graduação (...) eles aproveitam no serviço (T.1).

(...) fui terminando o técnico, fui logo fazendo o superior que eu termino no final do ano, então são quatro anos de experiência aqui dentro, mas já fazendo curso superior onde a gente vai agregando os valores. Agregando os ensinamentos, os aprendizados a nível técnico e a nível superior e vai tentando colocar tudo isso no atendimento (T.17).

Em relação ao tempo de formação profissional, 47% dos entrevistados possuem acima

de 10 anos de formação, 27% possuem nove anos de formação e 20% possuem até quatro anos. A partir dessas informações podemos inferir que o tempo de formação aproxima-se do tempo de exercício profissional, pois após a conclusão do curso técnico, todos conseguiram trabalho e, alguns dos participantes já trabalhavam como auxiliares de enfermagem.

Essa facilidade de inserção no mercado de trabalho aparece também nas falas como uma das razões por terem optado por este curso. Portanto, antes de entrarem no SAMU, os técnicos em enfermagem entrevistados já possuíam um período considerável de experiência, como pode ser observado na fala a seguir:

(...) logo quando eu terminei o curso técnico eu já consegui um emprego em um hospital particular (...) e aqui com dois meses eu já entrei no SAMU. Então assim, foram oportunidades muito boas, foram portas que se abriram (...) tem todo conhecimento de quatro anos, né? Experiência de quatro anos e desde a conclusão desse técnico que eu tô aqui (...) (T.17).

No que tange às condições de trabalho, este grupo mostrou-se insatisfeito com o salário e com a falta de reconhecimento. O que demonstra que a busca pelo curso superior é uma forma de superar as dificuldades enfrentadas e adquirir mais direitos e possibilidades de atuação. Além disso, os vínculos empregatícios dentro do serviço são de extrema fragilidade, por se tratarem de contratos anuais e sem carteira assinada, o que coloca os trabalhadores praticamente em uma condição de autônomos, gerando insegurança e descontentamento, já que não possuem direitos trabalhistas como férias, insalubridade, horas extras, plano de saúde e demais direitos trabalhistas.

Este papel assumido pelo trabalhador assemelha-se ao que Zarifian (2003) denomina de pseudo-empresário, ou seja, alguém que possui um contrato com a empresa e é responsável

por sua autoformação, automanutenção e automobilização de competências e que as vende à empresa, assim como também é responsável pelo salário que recebe por tais serviços (no SAMU os trabalhadores são pagos de acordo com os plantões que trabalham). Isto promove um sentimento de precariedade em relação aos vínculos existentes entre o indivíduo e o contratante e que, a qualquer momento, pode desfazer-se.

O sentimento de impotência e o comportamento de não engajar-se nas lutas por seus direitos também está presente nesta categoria. Este modelo, tende ao "desaparecimento ou abandono de todas as disposições do direito trabalhista" (Zarifian, 2003, p.125). As falas a seguir ilustram essas questões:

Minha jornada de trabalho é a de todos da área de saúde, a gente trabalha muito, ganha pouco (...) mas na realidade eu tenho dez plantões aqui no mês, eu sou efetiva da prefeitura, mas como eu já era serviço prestado daqui eu fiquei aqui, então meu salário fica legal nos dez plantões. Só que eu faço cinco extra, opcional. Tem mês que eu não quero fazer, eu não faço, tem mês que dá pra fazer (...) (T.3).

(...) fora do SAMU tenho mais dois (...) Bom, depende muito porque como eu a todo mês eu tô fazendo minha própria renda mensal, eu posso pegar vários plantões extras, cirurgias em outros locais e eu posso sim alterar pra mais ou pra menos dependendo do que eu desenvolvo, então assim, em base, normal R\$ 2.000 (...) (T.30).

Evidenciamos que, mesmo diante da falta de valorização que se expressa na baixa remuneração, na falta de reconhecimento, bem como na carga horária intensiva de trabalho, existem relatos consistentes de satisfação no exercício de suas atividades, que se refletem no interesse em se especializar ao buscar cursos de aperfeiçoamento e de nível superior.

A formação tem um papel fundamental para esses profissionais, que precisam estar em constante atualização, acompanhando as mudanças nos protocolos de atendimento e aprendendo novas técnicas a cada dia para superarem os obstáculos e atenderem as demandas de cada paciente. Por esta razão, discutiremos a seguir os caminhos percorridos por esses técnicos desde o início de sua formação até a chegada ao SAMU.

5.2 Trajetória e formação profissional

Partiremos dos motivos que levaram à escolha do curso técnico em enfermagem, abordando em seguida os caminhos profissionais trilhados até a inserção no SAMU. Por conseguinte, será apresentado o modo como se processou a formação profissional desses técnicos, especialmente após a inserção no SAMU.

5.2.1 Do curso técnico ao SAMU.

Dos participantes do estudo, 40% escolheram o curso técnico em enfermagem a partir de outras experiências profissionais como, por exemplo, a atuação como maqueiro ou auxiliar de serviços gerais em ambientes hospitalares, ou mesmo por já trabalharem como Agentes Comunitários de Saúde. Eles afirmam sentirem a necessidade de desenvolver, inclusive por demanda da comunidade, ações relacionadas aos auxiliares ou técnicos em enfermagem. As falas a seguir transparecem parte desse percurso:

(...) uma amiga (...) me avisou que ia ter um processo seletivo pra trabalhar um tempo no hospital (...) como maqueiro. Então foi quando eu fiz (...) Daí então eu comecei a despertar o interesse pra área de saúde. Aí eu fiz o técnico em enfermagem (...) (T.16).

(...) eu comecei como agente comunitária de saúde (...) daí eu senti a necessidade (...) porque o pessoal queria que aferisse pressão, que fizesse medicação, o pessoal da comunidade precisava (...) por isso eu fiz o auxiliar de enfermagem (...) o auxiliar (...) ia ser extinto, aí (...) fiz a complementação e passei a ser técnica de enfermagem (...) (T.10).

Outros afirmaram que o interesse surgiu no tempo em que realizavam seus cursos de graduação. Em um desses casos, foi o contato com a disciplina de primeiros socorros que aguçou o participante nesta profissão a se identificar com o tipo de serviço realizado pelo SAMU. Há, ainda, aqueles que foram atraídos para o curso técnico em enfermagem por meio de experiências vividas com familiares doentes e, em menor parcela, há os que desde a infância ou adolescência sentiram interesse pelo trabalho relacionado à saúde e ao cuidado com o outro.

(...) minha primeira graduação foi em educação física (...) conheci a disciplina de primeiros socorros, comecei a me identificar com essa área (...) entrei no grupo de voluntário, que é o grupo de ações de salvamento que já existia (...) depois a gente entrou no resgate da PRF. O SAMU não existia ainda e como educador físico muitos procedimentos (...) ficavam a desejar. Então fui atrás do técnico em enfermagem só pra aprimorar os conhecimentos (...) (T.12).

(...) já passei por várias profissões, mas eu me identifiquei muito com a área de saúde pela necessidade do cuidar, porque tem alguns parentes meus que precisavam de uma assistência maior e no período que eu comecei a trabalhar na secretaria de saúde (...) como condutor, aí me senti com aquele desejo de fazer o técnico em

enfermagem pra poder me desenvolver (...) contribuir, saber que eu tava ajudando meu próximo (T.18).

Identificamos também que 17% dos sujeitos foram influenciados por familiares, amigos ou colegas na escolha profissional e que, ao longo de sua formação, foram identificando-se com a área de APH e com o trabalho em Urgência e Emergência. Outros 17% sempre apresentaram interesse pela área da saúde. Em um menor percentual, em torno de 6%, encontram-se aqueles que escolheram o curso técnico com o intuito prévio de fazer parte do SAMU, inclusive trabalhando como voluntário em grupos de resgate antes mesmo da existência do SAMU. Tais fatores podem ser compreendidos a partir das falas a seguir:

(...) meu sonho na realidade era enfermagem. Então eu comecei a fazer o curso de auxiliar, (...) fiz o complemento, fiz o técnico e comecei a fazer os estágios (...) gosto do que faço, gosto da minha profissão (...) tenho prazer, tenho orgulho de dizer que trabalho como técnico em enfermagem (...) (T.9).

Desde o início quando eu comecei a fazer o técnico já era só visando essa parte de pré-hospitalar no SAMU e sempre os cursos por fora que eu fazia era só visando também essa parte de pré-hospitalar (...) (T.22).

Outros 20% da amostra não declararam os motivos que determinaram o seu ingresso no curso técnico. Todas as informações acima relatadas podem ser visualizadas na Tabela a seguir:

Tabela 2

Porque optaram pelo curso técnico em enfermagem

Motivos	(f)	%
O interesse surgiu a partir da inserção em outras atividades profissionais	12	40
Sempre teve interesse pela área de saúde/ da enfermagem	5	17
Fez o curso por indicação de algum amigo/familiar/colega de trabalho	5	17
Fez o curso para fazer parte do SAMU	2	6
Não responderam	6	20

Após a conclusão do curso técnico, os participantes ocuparam cargos em hospitais públicos e privados, atuando em setores como Clínica Médica, UTI, Urgência e Emergência, Setor de Desinfecção de Materiais, entre outros. Eles trabalharam em organizações particulares que faziam atendimento residencial e transporte de pacientes, atividades semelhantes a que realizam no SAMU. Inclusive, parte deles foi contratada quando ainda estavam com o estágio em andamento. Aqui, algo preocupante é que os múltiplos vínculos empregatícios já são identificados em muitos casos desde o início da carreira. As falas abaixo confirmam o que foi dito:

Bom, assim que eu conclui o curso, eu trabalhei no HU, passei mais de dez anos no HU, foi onde eu adquiri mais experiência na parte clínica (...) (T.6).

(...) foi muito difícil, foram dois anos bem ralados, mas assim que eu acabei o técnico eu já terminei empregada, pelos estágios eu já me destaquei (T.3).

(...) já tinha COREN, já tava legalizada como profissional e o hospital me deu oportunidade. Aí pronto, trabalhei como auxiliar de enfermagem (...) apresentei currículo no (...) e fui contratada como auxiliar, fiquei dezenove anos trabalhando (...), pedi demissão um ano atrás por questão de problema de saúde, porque três empregos tava pesado e a renda em si não tava dando, compensasse tanto trabalho (T.11).

Ainda durante estas experiências de trabalho, os entrevistados afirmaram ter buscado dar continuidade à sua formação através de cursos de especialização relacionados ao APH, tanto para se manter no mercado de trabalho, como para aprimorar seus conhecimentos e, em alguns casos, com o objetivo principal de entrar no SAMU.

Um critério primordial para ingressar no SAMU é ter experiência em urgências e emergências. Todos os participantes precisaram passar por processo seletivo, que inclui etapas como: avaliação curricular, prova teórica, entrevista e período de experiência, inclusive para aqueles que vinham à convite de colegas do próprio SAMU. Alguns destacaram que foram necessárias várias tentativas até serem chamados a participar da seleção e que a aprovação e a contratação foram um sonho realizado. O caminho percorrido pela maior parte dos participantes foi longo, como demonstram os relatos dos técnicos 1 e 17 nas páginas 104-105 e os técnicos abaixo:

(...) eu queria muito fazer curso na área de exatas (...) fiz vestibular e zerei física (...) de repente eu vi o curso de técnico em enfermagem (...) tinha medo de sangue (...) quando eu acabei, achei um acidente no meio da rua e fui ajudar o SAMU (...) No final da ocorrência (...) eu parei assim (...) caramba, que legal, eu ajudei alguém (...) aquela sensação de gratidão que eu fiquei foi imensa (...) a partir daí, tudo que era

curso de socorrista (...) realizei um sonho quando vi meu nome na escala daqui (...)
(T.4).

*Aqui eu ralei muito, viu, pra vir pra cá, passei dois anos, todo mês eu vinha aqui, eu
fazia bastante curso, mas meu sonho era entrar aqui no SAMU. Sempre eu trabalhei
na área de UTI (...) urgência e emergência (...) quando eu via o pessoal do SAMU:
“ai, meu Deus, eu vou trabalhar no SAMU, um dia eu trabalho no SAMU” (...) fui
fazendo curso, curso, curso até conseguir (...) Ainda fiz parte de um grupo de resgate
três anos como voluntário (T.2).*

Além disso, foi necessário passar por experiências diversas em hospitais, nos setores de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), de Urgências e Emergências. Alguns, inclusive, já vieram de serviços similares ao SAMU, como no caso dos participantes que eram integrantes de um grupo de resgate e salvamento voluntário, que era parceiro da PRF e que existia antes mesmo da implantação do próprio SAMU na cidade. Tal realidade corrobora os estudos de Dejours (1993, 2012) sobre a importância da experiência profissional para a formação dos trabalhadores. O relato abaixo dá conta dessa situação:

*(...) eu era (...) de um grupo voluntário que atuava no resgate da PRF (...) aí foi que
despertou o interesse por urgência e emergência. Não era técnica de enfermagem e
(...) pra que eu tornasse funcionário do SAMU eu tinha que ser (...) quando concluí o
técnico fui chamada pra um hospital (...) só trabalhei em urgência, emergência e UTI,
não sei trabalhar em outro setor (...) não me adapto, acho muito calmo (...) fiquei
batalhando pra entrar aqui (...) fui fazendo cursos e mais cursos de APH (...) me*

aperfeiçoando (...) Batalhei muito, não teve QI não (...) foi ralação, estudar e correr atrás, o segredo (T.3).

Com base nesses dados, podemos afirmar que a entrada no SAMU está diretamente relacionada a um perfil comum entre os participantes. Cada um deles sente satisfação em lidar com situações inusitadas, que exigem agilidade, precisão e envolvimento completo. Por essa razão, desenvolvem uma curiosidade que os impele a estarem sempre estudando e se atualizando, não apenas com o objetivo de cumprir uma exigência da profissão, mas também pela identificação com o trabalho que realizam, pela vontade de aprender e se desenvolver. São também pessoas persistentes e que superaram obstáculos gerados pela administração do SAMU, lutando e se especializando continuamente até conseguir entrar no serviço. Ainda hoje buscam aprender novas possibilidades, aprimorar suas técnicas e crescer profissionalmente.

5.2.2 Formação profissional.

Aqui apresentaremos as avaliações e definições acerca da formação profissional a partir da perspectiva dos entrevistados. Do total de entrevistados, 30% tinham a formação centrada na dedicação ao curso técnico, na qualidade da instituição formadora e no empenho do profissional em participar de cursos de APH.

Para eles, ter essa base é fundamental para uma atuação de qualidade. Por essa razão não mediram esforços para se especializarem, mesmo diante de dificuldades financeiras e, desse modo, oferecer um serviço eficiente onde quer que possam atuar. Além disso, estes cursos foram, em alguns casos, determinantes para a entrada no SAMU, como podemos identificar nas afirmações a seguir:

(...) Eu era uma aluna muito dedicada (...) não passei um mês sem trabalhar (...) esse meu emprego do SAMU, se eu não tivesse feito esses cursos que eu fiz né, com certeza eu não estaria aqui (...) você tem que ter uma carga, porque como é que você vai trabalhar num canto como esse sem ter orientação de nada? Você vai ficar perdido (...) (T.2).

Minha formação profissional (...) foi muito difícil (...) porque passava uma dificuldade muito grande financeira (...) lutei muito, por isso que eu honro muito meu diploma de técnico em enfermagem. Tenho muito orgulho mesmo e contribuiu sim pra que hoje eu estivesse aqui no SAMU, porque terminando o curso, na mesma semana (...) que peguei o COREN, eu já tava trabalhando (...) com certeza o técnico em enfermagem e os meus cursos profissionalizantes contribuíram bastante pra que eu estivesse aqui (T.7).

Para 43% dos entrevistados, a formação ocorre em função do entrelaçamento de três aspectos: o primeiro deles é a formação técnica em enfermagem, o outro é a participação em cursos especializados de APH básicos e avançados e, por último, a experiência de trabalho em hospitais, urgências e emergências, UTIs, e nas próprias Unidades Móveis do SAMU. Para esses profissionais, a formação depende necessariamente de envolvimento, dedicação e união entre a teoria, a prática e a busca pelo aprendizado constante. E como o serviço por eles realizado exige segurança, precisão e iniciativa, os cursos de APH aparecem nesse contexto como essenciais, não apenas para que estes profissionais permaneçam no mercado de trabalho, mas principalmente para que se sintam seguros nas suas ações e possam atender as demandas dos usuários. Destacam-se esses elementos nos discursos a seguir:

Minha formação ela é considerada, tem que falar da escola né? Ela é considerada uma escola boa, muito boa, tem um certo reconhecimento (...) se teve alguma coisa que faltou pode ter sido falta de interesse meu mesmo (...) mas se você não procurar se atualizar, procurar ser um bom profissional, também as portas não vão se abrir pra você. Depende de cada um (T.13).

Bom, minha formação profissional eu peguei boas professoras no técnico (...) após a conclusão do técnico, fomos fazendo outros cursos, como BLS (...) a base é os cursos, mas a capacitação mesmo (...) é justamente no trabalho (...) dia a dia de trabalho é quem vai te formar, te capacitar mesmo (...) (T.15).

Observamos que a fala acima expressa o modelo de competência de Zarifian (2003), este afirma que a competência manifesta-se no dia a dia, que é o real do trabalho e, portanto, a expressão da indeterminação, e que se baseia na iniciativa, na responsabilidade, na inteligência, na cooperação e no rigor.

Assim como o que afirma Abrahão et al. (2009), que da perspectiva da Ergonomia da atividade entende que são as variabilidades presentes nesse real do trabalho e que modificam sua natureza, provocam o desenvolvimento das competências. Ou seja, diante do inesperado existente no dia a dia do SAMU, as competências dos trabalhadores vão mobilizar seus conhecimentos, experiências prévias, inteligência, habilidades e criatividade para agir no desenrolar de cada atendimento, o que justifica a afirmação do técnico acima sobre a importância da experiência vivida a cada dia de trabalho.

Embora a formação continuada seja uma exigência definida pela Portaria 2.048/2002, Capítulo VII, que considera a formação tradicional em urgências fragmentada e insuficiente, a portaria recomenda, para suprir essas lacunas, a estruturação de um Núcleo de Educação em

Urgências (NEU). E ainda que os técnicos entrevistados afirmem que o SAMU oferece cursos, a frequência variou de acordo com cada participante e a resposta mais frequente é de que a maioria dos cursos foram de fato financiados pelos próprios profissionais e até exigidos como pré-requisito para a contratação pelo serviço. Portanto, não identificamos a existência nesta Central de um NEU estruturado, atuante e frequente, como prevêem as normatizações, mas sim o interesse particular de cada indivíduo em investir na própria capacitação. Essa realidade se expressa nas falas abaixo:

(...) eu fiquei batalhando pra entrar aqui, não consegui, fui fazendo cursos e mais cursos de APH (...) me aperfeiçoando mais ainda, aí foi juntando. Eu entrei na UTI móvel também num outro local e pela experiência da UTI me trouxe aqui. Batalhei muito (...) (T.3).

(...) No meu tempo tinha muito curso, hoje em dia não tem tanto (...) muitos cursos eu paguei (...) todos os cursos do SAMU que foi feito aqui dentro foi de graça, mas também eu procurava fazer curso fora também que era pra justamente me qualificar cada vez mais (T.29).

Para outros 20% da amostra, a formação deu-se a partir, essencialmente, das experiências de trabalho. Ao serem questionados acerca de sua formação e do quão útil ela se apresentou para o trabalho que realizam atualmente, seus discursos excluíram as instituições formais de ensino e basicamente creditaram a sua formação às atividades que realizaram e aos empregos anteriores. Com isto podemos concluir que, para esse grupo de participantes, a qualidade dos cursos foi insuficiente, posto que a experiência teve e ainda tem uma representatividade muito maior para a formação destes. Conforme os relatos a seguir:

(...) desde que (...) eu fiz o técnico, eu sempre trabalhei em porta de hospital como em emergência (...) urgência (...) em UTI. Eu não sabia nem da existência do SAMU, quando o SAMU deu entrada aqui no Nordeste (...) eu me identifiquei, então tudo, todo o meu aprendizado de urgência e emergência eu coloquei em prática no SAMU, que é um pré-hospitalar, é um serviço diferenciado de qualquer outro (...) (T.1).

(...) pra mim o SAMU como o Hospital (...) foi uma escola. É uma escola. O SAMU principalmente quando você tá na ambulância porque cada ocorrência que você vai é uma história na sua vida (...) se você for a duzentos casos clínicos, nenhum caso clínico é semelhante a outro, se você for em dez acidentes de moto, nenhum é semelhante a outro (...) (T.11).

(...) hoje a cada dia que passa, a cada ocorrência que a gente faz, a gente percebe que o que nós sabemos ainda é pouco, então o que aparece curso, o que aparece de capacitação, a gente tá indo lá sempre se reciclar, se renovar e aprender as novidades (...) porque nesse nosso serviço, quase todos os dias os protocolos mudam pra melhor, então é um estudo constante (...) e satisfatório porque a gente vê que realmente o que a gente viu em teoria (...) a gente coloca em pratica e vê os resultados bem gratificantes (T.12).

Embora estes técnicos destaquem a experiência profissional como formação profissional, nenhum deles invalida a sua educação formal. Apenas 7% dos entrevistados qualificaram a educação formal como péssima ou pouco significativa, justificando a partir desse fato a identificação das experiências de trabalho como principais responsáveis pela formação. Como pode ser constatado abaixo:

(...) Olhe, eu vou dizer a verdade, a minha formação profissional foi péssima (...) era pra ter sido técnico em enfermagem em dois anos, eu fiz em menos de seis meses, então a experiência que eu adquiri foi no meu dia a dia, nada de sala de aula. E as pessoas contribuíram muito, com quem eu trabalhava, até hoje, quem me ajudou muito foram as pessoas no dia a dia (...) (T.14).

Com base em tais informações, podemos compreender que para este profissional, a formação dependeu principalmente de seus esforços individuais para aprender e se especializarem, assim como do intercâmbio de informações com outros colegas e essencialmente das práticas diárias que permitem aos indivíduos exercerem o que aprenderam em sala de aula.

Portanto, o que encontramos ao longo deste tópico corrobora não apenas os estudos de Zarifian (2003) e Abrahão et al. (2009), mas também os estudos de Dejours (1993/2012) e Molinier (2013), a respeito do importante papel da Inteligência da prática no aprendizado e no exercício da atividade do trabalho dos técnicos em enfermagem do SAMU, havendo inclusive participantes (como observamos na fala acima) que consideraram a experiência e o consequente desenvolvimento dessa inteligência prática como a fonte determinante para a realização de seu trabalho.

5.2.3 Como aprenderam a atuar no SAMU.

Este tópico tem o objetivo de traçar os caminhos percorridos pelos participantes para se tornarem cada vez mais capacitados e aptos ao SAMU. Assim, diante do questionamento sobre como aprenderam o seu trabalho atual, foi possível identificar quatro vias principais, a saber: o aprendizado com os colegas; o aprendizado conquistado com a experiência prática (conhecimento tácito), em trabalhos anteriores e no dia-a-dia no SAMU; o aprendizado

oriundo da participação em cursos de formação; e, por fim, o aprendizado que decorreu de interesse pessoal.

No sentido de compreendermos melhor essas vias de aprendizado apontadas pelos entrevistados, é interessante abordar detalhadamente cada uma delas, iniciando com a que mais surgiu nas falas, ou seja, a aprendizagem com os colegas, indicado por 73% dos participantes. O círculo dos entrevistados são os colegas do SAMU e de outros serviços de saúde com quem convivem diariamente e com quem puderam aprender observando-os em ação no dia a dia. Destacam-se os colegas do Corpo de Bombeiros, bastante citados pelos entrevistados, integraram o grupo pioneiro do SAMU, cuja implantação só foi possível devido à parceria com o Corpo de Bombeiros, que introduziu a recém criada equipe do SAMU no APH. Tais evidências podem ser identificadas nas falas a seguir:

(...) a gente aprende no dia a dia com o pessoal que a gente tá no meio deles (...) foi uma ajuda grande que eu tive dos meus colegas de trabalho que já trabalhavam na área e também o meu esforço, porque eu observo muito, primeiro eu observo, vejo fazer, procuro saber direitinho pra poder eu tomar iniciativa de tentar fazer, porque assim (...) eu quero já fazer fazendo certo, porque assim (...) errando que se aprende, mas tem coisa que você não pode você errar pra aprender, então a gente tem que ter a certeza pra que não cometa um erro (...) principalmente nessa área pode ser fatal (T.9).

(...) aprendi muito com o bombeiro, porque quando a gente começou a gente teve um treinamento rápido (...) mas a nossa formação (...) quem ensinou bastante a gente, os iniciantes aqui do SAMU foi o pessoal do bombeiro que já tinha curso de APH (...) era mais especializado nessa área e foi quem nos encaminhou (...) hoje eu não tenho

dificuldade nenhuma (...) depois foi que o SAMU começou fazer treinamento com o pessoal (T.10).

Este processo de aprendizagem apontado pelos entrevistados, como podemos identificar nas falas acima, pode ser compreendido a partir dos conceitos de mobilização subjetiva e da cooperação, pois a equipe que integrava bombeiros e técnicos precisou unir seus esforços e engenhosidade no enfrentamento do real, cada profissional contribuindo com suas características particulares, trocando conhecimentos e coordenando suas ações para atingir os objetivos do SAMU.

Como afirma Dejours (2012), a mobilização e a cooperação não surgiram da manipulação administrativa, mas sim das relações que se estabeleceram entre os profissionais de forma natural e a partir da necessidade das equipes enquanto coletivo de agir para a qualidade e eficiência do serviço prestado.

Outra perspectiva que nos permite compreender esse processo de aprendizagem é a construtivista, que a entende como fruto do social, ou seja, das inter-relações entre os profissionais, tendo em vista que os sujeitos afirmam ter aprendido a atuar no SAMU no contato diário com os demais profissionais no ambiente de trabalho (Richter, 1998).

A outra forma de aprendizagem, citada em 60% das entrevistas, foi a que resultou de experiências profissionais tanto em trabalhos anteriores como diariamente no SAMU. Entre estas experiências, estão a atuação em hospitais nas áreas de UTI, Urgência e Emergência; em trabalhos com ortopedia e imobilizações; nos próprios estágios; e no dia-a-dia nas ambulâncias. Mais uma vez, os resultados corroboram Zarifian (2003) e Abrahão et al. (2009), que entendem a aprendizagem e o surgimento das competências a partir da experiência prática. Tais situações estão explicitadas nas falas abaixo:

(...) eu coloquei em prática tudo aquilo que eu vivi a vida inteira dentro da urgência e pra mim foi fácil (...) Isso, ajudou muito pra um bom desempenho como técnica de enfermagem, porque ser técnica de enfermagem não é simplesmente você fazer um curso e você entrar no mercado (...) Trabalhei muitos anos com ortopedia, com imobilizações (...) eu sempre trabalhei, trabalhei em pediatria muitos anos, em UTI (...) (T.1).

(...) logicamente que teoria não é tudo, você aprende muito na prática. Quando eu vim pra cá a minha teoria foi bem pouquinha, apesar que tinha estudado muito, mas quando a gente vem pra prática é totalmente diferente, é bem diferente. Aprendi muito mesmo aqui, com a mão na massa (T.13).

Estas duas vias de aprendizado, com os colegas e com a prática, também remetem ao conceito de Inteligência do corpo, que valoriza a experiência no processo de formação, desenvolvimento e especialização profissional (Dejours, 1993, 2012; Molinier, 2013). Outra perspectiva teórica que nos permite compreender esse processo é o modelo de aprendizagem experiencial, pois esta resulta de um processo de interação entre o indivíduo e o meio, e se consolida a partir de experiências concretas, da observação e reflexão. Além disso, os sujeitos estão sempre participando de cursos de formação e reciclagem, tanto por conta própria como por determinação do SAMU, o que estimula a contínua reformulação e até substituições do que foi aprendido por melhores e mais precisos procedimentos (Antonello, 2006).

A terceira via de aprendizagem, por nós identificada, surgiu em 50% das entrevistas e remete ao aprendizado que decorre da participação em cursos de formação. Neste sentido, eles afirmaram que aprenderam seu trabalho a partir dos cursos de APH, não só das aulas teóricas, mas também com as aulas práticas, treinos e simulações. Neste contexto, os professores são

apontados como importantes fontes de aprendizado. Tais dados estão registrados nas falas a seguir:

Começou lá na faculdade, na escola, meus professores são do SAMU (...) eles passavam já a vivência deles, falava muito, muitas histórias que acontecia aqui de ocorrências, situações diferenciadas, né? E eu procurei fazer outros cursos por fora também, curso de resgate, de APH, já pra me situar mais nessa área, como era um dos meus planos vim trabalhar aqui, então eu procurei mais, me profissionalizar mais nessa área, aí logicamente que teoria não é tudo, você aprende muito na prática (T.13).

É uma mistura, mas é mais estudando. Você estuda e vê que na prática é bem parecido, porém (...) exige que você tenha uma aptidão de improvisação (...) mas improvisado dentro da técnica (...) cada ocorrência é diferente uma da outra, você nunca vai encontrar o paciente de decúpto dorsal já todo alinhado pra você colocar na prancha, oxigênio, acesso venosos e mobilização e encaminhar pra o hospital, então você chega lá, o paciente tá atípico, então você vai ter que improvisar (...) (T.15).

Na fala acima, observamos mais uma vez, a manifestação do conceito de inteligência prática, pois observamos que embora o SAMU possua protocolos rígidos, os profissionais se sentem livres para mobilizarem-se em torno de ações criativas, que permitam o ajuste dos protocolos ao real. E a possibilidade de desenvolverem suas competências no contexto de trabalho. Tais perspectivas contribuem para manutenção da saúde mental dos trabalhadores,

bem como da mobilização subjetiva e da cooperação que existe entre os profissionais do SAMU que atuam nas unidades móveis.

Com base nas entrevistas realizadas, alguns cursos foram citados como essenciais e complementares para que este serviço funcione adequadamente, a saber: Atendimento Pré-Hospitalar (APH), básico e avançado; Curso de Transporte Aeromédico (oferecido pelo Núcleo de Treinamento em Resgate- NTR); Urgência e Emergência em Trauma Pré-Hospitalar/Básico (NTR); Capacitação em Urgência e Emergência em Trauma Pré-Hospitalar (NTR); PHTLS (Prehospital Trauma Life Support); Basic Life Support (BLS); Curso de Moto (oferecido anualmente pela Honda); Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (Advanced Cardiac Life Support – ACLS); Mobilização ortopédica; Aperfeiçoamento Clínico, Cirúrgico e Trauma; Salvamento em altura; Resgate; Urgência e Emergência; Acesso periférico; APH Psiquiátrico; Socorrista de Aeroporto; Curso Voluntário de Emergência; Socorrista; Curso de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP); Pré-Atendimento à vítima de acidente e armas de fogo; Serviço de Verificação de Óbito (SVO); Resgate em Altura, Aquático e Terrestre; Vítima em espaço confinado; Instrumentador Cirúrgico; Sala de vacina.

Através destes cursos, podemos perceber a abrangência que a atuação desses profissionais pode alcançar e como esses treinamentos teóricos-práticos entrelaçam-se com o aprendizado diário do trabalho no SAMU. Esses estudos possuem uma relação com suas escolhas profissionais, na medida em que abarcam seus interesses intelectuais permeados por suas identificações com cada área de formação escolhida, ou seja, não se trata apenas de cumprir as demandas do serviço, mas de atender às necessidades particulares de conhecer, de evoluir profissionalmente e se aprimorar naquilo que escolherem fazer (Dubet, 1998). Assim, estes participantes vão constituindo-se e se sentindo realizados também através dos novos aprendizados que encontram nesses cursos, como pode ser identificado na fala a seguir:

(...) Se você não se dedicar, se você não buscar, se você não se tornar uma curiosa, posso dizer assim, você não vai passar de um simplesmente uma técnica de enfermagem com conhecimento básico e eu sempre busquei isso, busquei conhecimento tanto de urgência como conhecimento em ortopedia. Eu sou apaixonada por ortopedia (...) eu sou apaixonada até hoje pelo SAMU, sou mesmo, sou muito apaixonada pelo que eu faço (T.1).

A quarta via de aprendizagem, apontada por 20% dos participantes, foi o interesse pessoal, mais especificamente a força de vontade, a curiosidade e a determinação:

(...) Olhe, o meu trabalho atual eu aprendi como já disse: a força de vontade ajuda muito a gente, com força de vontade a gente consegue alcançar muita coisa (...) a gente tem sonhos e eu alcancei (...) me interessei muito e ajuda dos amigos também (...) (T.9).

(...) minha formação profissional foi a base sim, de muita cautela, de perguntar, de ouvir, de ver, claro! Vou falar assim que foi 30% os cursos e 70% foi a força de vontade e determinação (T.30).

Através dos dados apresentados, é possível apreender que o trabalho é um processo em constante evolução e no qual os colegas, as experiências anteriores e os enfrentamentos cotidianos no trabalho possuem um papel fundamental e são tão ou mais significativos quanto os próprios cursos de educação formal. Trabalhar, neste contexto, incide na busca de preencher as lacunas entre a teoria, normas, protocolos e as situações reais, o que só é possível, principalmente, nas trocas de conhecimentos e experiências entre os pares, e no uso

de si por si, ou seja, quando o trabalhador mobiliza-se e convoca toda a sua bagagem intelectual, emocional e corporal para agir em benefício da sua atividade profissional.

5.2.4 Quanto às habilidades adquiridas no SAMU.

Aqui estão elencadas algumas das aquisições, em termos de habilidades, indicadas pelos técnicos após a entrada no SAMU. São elas: o conhecimento tácito; o saber-fazer, que articula o conhecimento e a prática; o autocontrole: o controle em situações adversas e dos envolvidos no processo; a experiência prática; o olhar clínico, que permite a elaboração de um pré-diagnóstico a ser transmitido ao médico e que auxilia na definição do tratamento a ser dispensado ao usuário. Como podemos visualizar na Tabela 3:

Tabela 3

Habilidades desenvolvidas no trabalho pelos técnicos em enfermagem do SAMU

Habilidades		Técnicos	(f)	%
Conhecimento tácito (Capacitação, Sabedoria, Teoria, Experiência Prática)		1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 29	23	77
Competências em ação (Responsabilidade, habilidade)		1, 2, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 26, 30	19	63
Autocontrole (Segurança)		2, 3, 4, 5, 9, 12, 15, 20, 21, 22, 23, 28	12	40
Olhar clínico (Percepção Aguçada)		3, 5, 9	3	10

O Conhecimento Tácito surgiu nas entrevistas como algo que permitiu a esses profissionais aprofundarem-se no que já sabem e conhecerem novas possibilidades de atuação, assim como foi o veículo para o desenvolvimento da autonomia, da segurança, da agilidade e da capacidade de identificar quais as condições e necessidades dos usuários. Essa experiência prática, aliada aos conhecimentos adquiridos em cursos de formação e

capacitação, podem ser as bases sobre as quais as outras competências e habilidades se desenvolvem como sugerem as seguintes falas:

(...) quando a gente vai pra uma primeira parada, nunca viu, é bem diferente como ir pra uma parada agora (...) A gente tem o controle total da situação, isso é uma coisa adquirida com o tempo né? (...) (T.2).

(...) De tanto fazer vai se tornando uma coisa bem natural, você faz tanto que nem percebe mais, mas assim, em relação à antigamente, a minha técnica hoje eu acho que é mais aprimorada, mais perfeita (...) (T.4).

Este Conhecimento Tácito é aqui compreendido a partir dos processos cognitivos e como eles se situam no âmbito da Ergonomia Cognitiva (EC), pois de acordo com Abrahão et al. (2009), é por intermédio dos processos cognitivos como memória, tomada de decisão, resolução de problemas, reconhecimento de padrões e atenção e consciência que as pessoas aprendem novas técnicas, conceitos, comportamentos, atualizam/modificam conhecimentos prévios e são capazes de produzir conhecimentos. As informações do contexto de trabalho são experienciadas e absorvidas através dos processos perceptivos e simultaneamente interpretadas e organizadas pelos processos cognitivos. Nos momentos oportunos, estas informações são recuperadas e podem ser reestruturadas durante esse processo.

A EC permite analisar as práticas humanas na própria relação com o trabalho e as ferramentas utilizadas para o desenvolvimento deste. Assim, não temos como foco compreender o funcionamento cognitivo, senão pelo modo como este se imprime no trabalho e a partir de situações específicas. Essa noção de Cognição Situada e as entrevistas permitem identificar a existência de uma diversidade de conhecimentos gerados através das experiências

práticas vividas nos próprios campos de ação, nos momentos de partilha informal entre os colegas e nos contextos sociais nos quais está inserido o SAMU. Tais conhecimentos foram criados principalmente para o desenvolvimento das atividades realizadas por esses profissionais (Abrahão et al., 2009), como pode ser visto nas falas abaixo:

(...) fiz vários cursos antes de entrar no SAMU, mas lá foi só teoria, a prática é aqui no dia a dia (...) sempre eu trabalhei em hospital (...) paciente já chega todo imobilizado, a gente vai só dar o cuidado de enfermagem (...) o primeiro atendimento (...) tirar o paciente em segurança (...) usar um CAD, colar cervical (...) vim aprender (...) com os companheiros mais antigos (...) (T.18).

Eu melhorei, porque no SAMU você consegue ver tudo de uma vez só, você consegue ver um paciente vítima de um trauma, logo após, você pega um paciente clínico, uma criança, um idoso. Isso faz com que você adquira certo conhecimento a mais, que você com certeza se aperfeiçoou, se qualificou mais com esse serviço do SAMU (...) (T.24).

A diversidade de casos atendidos no SAMU é um aspecto que contribui significativamente no processo de formação do técnico em enfermagem. As habilidades se desenvolvem, portanto, em contato direto com as situações, tendo que responder aos múltiplos desafios que se apresentam. A dimensão coletiva do trabalho também ocupa aí um lugar de destaque, pois é possível identificar nas entrevistas a importância do convívio harmonioso com os colegas tanto para a eficácia do Serviço, quanto para a multiplicação dos conhecimentos trazidos por cada membro do SAMU. Afinal, tanto os sujeitos vão lidar com as tarefas fazendo uso de suas características, conhecimentos e competências, como também,

recorrendo ao coletivo de trabalho a partir do compartilhamento de conhecimentos e representações entre os integrantes da equipe, gerando assim uma base comum dos conhecimentos e informações sobre as tarefas e técnicas a serem utilizadas.

Esta base constituída a partir do convívio vai também guiar as práticas realizadas. Outra característica dessa dimensão coletiva é a habilidade de antecipar as ações a serem realizadas, permitindo aos profissionais tomarem decisões e agirem de acordo com essas antecipações, garantindo uma atuação sincronizada dentro das equipes (Abrahão et al., 2009). Estes aspectos estão exemplificados nas falas abaixo:

(...) eu tinha que dividir todo o peso, todo o trabalho com o condutor (...) eu não posso tá trabalhando (...) e eu digo me dê o esparadrapo ou abre o oxigênio, então ele tem que tá interligado comigo. Por isso que eu fazia questão de também tá em sempre sintonia com meu condutor (...) falar a mesma língua (...) (T.1).

(...) sempre (...) colocar a conexão de duas vias, porque esse paciente (...) pode precisar de uma medicação pra dor (...) não preciso furar de novo (...) o pessoal no hospital não precisa furar o paciente de novo (...) e todo condutor que trabalha comigo, quando vai fazer o acesso (...) preparar o soro (...) os que me conhecem, já pega o infusor de duas vias (...) minha marquinha registrada (...) Tem que ser muito equipe (...) muito unido, se você quiser aparecer sozinho não vai dar certo, tem que ser tudo muito combinado (T.4).

Uma subcategoria emergida das falas dos profissionais que merece destaque é a competência em ação. O mercado de trabalho impõe as pessoas que para se tornarem aptas a alcançar bons empregos ou evoluir em suas funções elas precisam modificar as relações de

trabalho, conduzindo de forma ativa as tarefas definidas para sua atuação profissional, satisfazendo suas necessidades, da instituição e do público-alvo de seu atendimento (Souza, Paixão & Souza, 2011).

De um modo geral, competência é uma associação entre as pessoas e suas qualificações para realizar algo. Assim, as empresas buscam profissionais competentes e capazes de melhorar e inovar os serviços prestados por elas. No intuito de manter um padrão de qualidade, estas empresas definem um conjunto de competências que são básicas para o exercício da função. Faissal (2009) afirma que estas competências são componentes de uma estrutura fixa da instituição, mas dentro dos dias típicos e atípicos de trabalho pode surgir a necessidade de criar um novo saber-fazer ou refazê-lo, sempre mantendo o foco no melhor atendimento do serviço. Aqui a competência em ação é delineada, pois o profissional passa a usar seu conhecimento adquirido na resolução do problema. Esse conhecimento pode advir de uma capacitação, da rotina de trabalho, entre outras fontes. Isso fica evidente na fala do técnico sete:

(...) um bom técnico em enfermagem no SAMU ele tem que (...) saber punccionar, porque a primeira coisa que a gente faz com o paciente (...) são os sinais vitais, principalmente graves, a punção venosa, (...) pra infusão de soro, medicação (...) e saber conduzir o paciente principalmente o paciente politraumatizado, que é diferente do paciente clínico, tem todo o trajeto, todas as normas, todas as técnicas, porque se você não tiver habilidade, não souber fazer o primeiro atendimento correto, mesmo você chamando a USA que é o suporte avançado, não vai adiantar de nada (...) se o básico não for bem feito o avançado não terá resultado (...) (T.7).

É importante diferenciar o conhecimento tácito da competência em ação, pois o primeiro

trata de um aprendizado que emerge da experiência prática, de lidar com as intempéries das situações vividas, absorvendo com os colegas de trabalho e através de capacitações uma gama de conhecimentos necessários ao bom exercício de sua função, ou seja, representa o conceito de inteligência da prática; já a competência em ação é construída à medida que esse conhecimento tácito, a capacitação formal e a experiência prática tornam-se uma só e o profissional pode aplicar tal conhecimento numa resolução de problema real. A competência em ação é o exercício de um saber-fazer adquirido, como é possível visualizar na fala a seguir:

(...) saber o que infarto do miocárdio (...) chegar lá e saber as medicações que é pra você separar, falar com o médico, doutor, já posso começar as medicações? Doutor, comecei a massagem cardíaca, doutor, já liguei o DEA (...) Do lado do trauma é saber estabilizar mesmo, saber colocar um colar cervical, saber imobilizar uma fratura, saber fazer um curativo (...) num corte de faca (...) disparo de arma de fogo, saber fazer um acesso que é o mais importante daqui do Samu (...) pegar qualquer acesso acima de tudo (...) (T. 8).

Outra habilidade que foi identificada por eles é o autocontrole, que envolve o controle das situações adversas e dos envolvidos no processo. O convívio frequente com situações intensas, altos níveis de estresse e adrenalina, permitiram aos indivíduos aprender a controlar suas emoções e adotar comportamentos equilibrados com o objetivo de realizar seu trabalho e transmitir calma aos pacientes e familiares. Isto não quer dizer que estes profissionais não se envolvam com as ocorrências, mas que se habituaram às várias possibilidades que podem encontrar durante o trabalho, inclusive ao fato de que, em certas ocasiões, podem precisar

atender amigos ou familiares, como de fato já ocorreu com alguns dos entrevistados. Então, para obterem sucesso, precisam permanecer equilibrados, como indicam as falas abaixo:

(...) preparado psicologicamente e fisicamente, porque se não estiver (...) chega à cena que vê a situação aí entra em pânico (...) eu me sinto, me acho preparado, assim, porque eu já passei por quase tudo no SAMU. A gente passa por coisas que às vezes, depois da cena passada, a gente fica se perguntando: Deus, isso realmente aconteceu? (...) (T.9).

(...) tem que ter tranquilidade, não ser frio como muita gente às vezes confunde (...) na verdade, muitas vezes no atendimento por dentro nós estamos angustiados (...) chorando (...) mas pra o paciente, pra família a gente tem que passar a confiança, a segurança, a tranquilidade, porque você (...) tá sendo a esperança daquele paciente, então você não pode chegar lá e demonstrar o contrário (...) eu acho que hoje eu consigo me controlar mais (...) medir mais minhas palavras, que às vezes eu terminava agindo, falando muita coisa pela emoção, hoje eu consigo falar mais pela razão (T.12).

O Autocontrole é uma peça-chave para o sucesso dessa atividade. Tendo adquirido esse autocontrole, o profissional será capaz de raciocinar, encontrar soluções e agir com segurança, garantindo a agilidade e precisão no socorro às vítimas. Esta habilidade vai influir na percepção e nos processos cognitivos dos indivíduos, pois a clareza com a qual os aspectos da situação e os sintomas do paciente serão captados e interpretados depende da capacidade de acalmar-se e estar focado nos seus objetivos.

Nesse sentido, o autocontrole, assim como a experiência, relaciona-se a outra habilidade indicada pelos sujeitos: o Olhar Clínico. Esta se origina e é aplicada na ação e para a ação, também se relaciona com o conceito de Inteligência do Corpo. De acordo com os participantes, trata-se da capacidade de perceber características no ambiente que envolve a ocorrência e no paciente/vítima, que permitam a elaboração de um pré-diagnóstico e de um plano de ação para o sucesso do atendimento. Com isso, eles podem antecipar as medidas que deverão ser adotadas pelo médico regulador e deixar o material que será utilizado em prontidão, ou em alguns casos de extrema necessidade, tomar as medidas cabíveis enquanto o resto da equipe relata o caso à regulação e recebe a confirmação do que deve ser feito. Alguns participantes relatam esses momentos, como nas falas a seguir:

(...) a habilidade de olhar e saber pela sua experiência, pelo tempo de serviço, isso pode ser isso, e a enfermeira não percebe e você dizer, olha pode ser isso (...) já perceber mais ou menos se é uma coisa assim da área cardíaca, se é um DNV (...) (T.10).

(...) é a experiência nos procedimentos de enfermagem, que isso minimiza muito o sofrimento dos pacientes junto conhecimento científico, com o olhar clínico, você faz que a maioria, 90% dos casos sejam revertidos, antes que chegue até o hospital. Só os casos mais graves que você tem que dar uma estabilidade ao paciente pra que faça o transporte seguro (...) (T.16).

Estas tarefas são complexas por natureza e envolve a consideração simultânea de vários fatores, o que demanda dos sujeitos uma atenção diferenciada para detalhes,

capacidade que só pode ser desenvolvida na prática. Quanto mais os profissionais vivenciam novas ocorrências, maior a possibilidade de aprender e desenvolver seus sentidos.

As tarefas complexas envolvem muitos aspectos que necessitam de atenção e tratamento no qual os socorristas devem analisar as características ambientais, fazer uma anamnese do paciente, tranquilizar os envolvidos, identificar o quadro clínico, antecipar-se aos procedimentos que serão indicados pelo médico regulador, preparar medicamentos, agir com rapidez, controlar fatores externos, precaver-se contra possíveis falhas ou acontecimentos que possam interferir no atendimento prestado, ter alta capacidade de abstração, entre outros. A fala a seguir exemplifica o caráter complexo do trabalho no SAMU:

(...) sair de situações bastante adversas, sabe? Você ir pra uma ocorrência onde tem muita gente, um disparo de arma de fogo, de madrugada, numa ladeira, chovendo, numa lama e você saber sair dessa situação, socorrer a vítima no padrão, na prancha, acesso venoso, chamar a USA (...) passar o paciente pra o médico e saber o que você tá fazendo. Não é fácil você fazer todos esses procedimentos do hospital dentro de uma ambulância e no meio da rua e controlar a situação (...) a equipe (...) você (...) a família e ainda passar tudo isso pra o médico, fazer um acesso rápido, imobilizar do jeito que é pra fazer, controlar a vítima (...) De tanto fazer vai se tornando uma coisa bem natural, você faz tanto que nem percebe mais (T.4).

Nesse relato, assim como nas demais habilidades descritas, encontramos uma ilustração clara do conceito de trabalho defendido por Dejours (2012), ou seja, é aquilo que implica engajamento, gestos, saber-fazer, pensamentos, sentimentos, possibilidades de fazer uso da criatividade, mobilização da inteligência, da capacidade de refletir, de interpretar e agir

diante de várias situações de trabalho, com o objetivo de concluir as tarefas previamente definidas.

Assim, estes resultados corroboram os estudos de Dejours (1993, 2012), Molinier (2013), Abrahão et al. (2009) e Zarifian (2003), pois demonstram o desenvolvimento pessoal e profissional que o trabalho no SAMU proporcionou a estes profissionais. Bem como indicam que embora as condições de trabalho não sejam ideais, os profissionais se sentem impulsionados a usar todo seu potencial para atingir o sucesso da ação e, através disso, emergem a cada atendimento, novas habilidades e competências. Tais circunstâncias contribuem para que os profissionais permaneçam mobilizados e encontrem, através dessa liberdade exercida e do crescimento pessoal, o prazer no trabalho.

5.3 Trabalho real

Esta categoria tem o propósito de assinalar o trabalho real dos técnicos em enfermagem do SAMU e identificar o uso que fazem de suas experiências, habilidades, conhecimentos e competências para atingir os objetivos presentes no trabalho prescrito, tanto nos dias típicos, como nos dias atípicos de trabalho.

5.3.1 Dia típico e atípico de trabalhos.

Os relatos desta seção são dos técnicos em enfermagem que trabalham nas ambulâncias, motolâncias (equipe recente em comparação a implantação das ambulâncias) e em setores administrativos, mas já haviam trabalhado por um longo período de tempo em ambulâncias e motolâncias, de maneira que estavam em condições de responder a essa questão.

5.3.1.1 O dia típico de trabalho.

O serviço no SAMU é organizado por escalas que são redefinidas a cada mês, portanto, as posições podem mudar de acordo com as necessidades do serviço ou dos próprios

profissionais. Entre os participantes, dezoito estavam atuando nas ambulâncias, oito nas motolâncias e quatro em setores internos devido a problemas de saúde ou por estarem fazendo curso superior.

Para esses últimos, a permanência nesses setores oferece um horário fixo de entrada e saída, diferente daquele das ambulâncias/motolâncias, além de ser um trabalho mais leve comparado ao realizado na rua.

Um desses setores é o de *Alto Custo*, onde ficam os equipamentos de maior valor, que precisam estar sob cuidado e manutenção constantes ou ainda por existirem em menor quantidade e serem utilizados por todas as ambulâncias de acordo com o chamado que vão atender.

O outro setor é a *Central de Material Esterelizado*, no qual é realizada a esterilização química e a vapor dos materiais e equipamentos, o descarte do que não pode ser reaproveitado e a distribuição dos materiais para as unidades móveis.

No que tange ao trabalho realizado nas USBs e Motolâncias, pudemos identificar, em princípio, a existência de uma preocupação com a pontualidade, de modo que recebam as viaturas na hora correta, reduzindo as chances da equipe que já se encontra no final do plantão precisar atender a uma ocorrência (algo que infelizmente acontece com certa frequência). Assim, a maioria dos participantes procura chegar no horário combinado ou até minutos antes.

Em função disso, alguns compreendem que seu plantão começa na noite anterior, ao dedicarem tempo no preparo dos seus uniformes e organização da bolsa com tudo aquilo que necessitam no dia seguinte. Existe, portanto, uma preocupação em anteciparem-se às demandas do trabalho real. Outra informação interessante é que alguns dos participantes vão para o SAMU de seu segundo emprego, não tendo a mesma oportunidade que outros tiveram de descansar com a qualidade desejada. Os relatos a seguir ilustram este processo:

(...) Primeira coisa, eu nunca venho de casa pra cá, nunca. Eu sempre venho do outro serviço pra cá, sempre (...) (T.2).

(...) acordo às seis horas (...) sou mãe de família, a noite anterior já tenho feito o almoço (...) bolsa pronta, tudo organizada (...) travesseiro, meus lençóis, minha toalha, (...) vou preparada para a guerra (...) pra me doar (...) isso tudo pra facilitar meu dia seguinte. Quando eu me acordo (...) tenho que tirar o almoço da geladeira por em cima do fogão, escrever várias ordens assim, delegar pra minhas filhas (...) (T.7).

(...) acordo às cinco da manhã, na verdade, meu plantão começa um dia antes, onde eu vou engomar minha farda (...) engraxar meu coturno (...) verificar o material que eu vou levar na bolsa, lanterna de pupila, lanterna normal, luva de raspa (...) faço questão, eu faço o checklist todinho na noite anterior pra dormir tranquilo pra quando acordar, só tomar meu banho, escovar meus dentes, tomar meu café e já tá tudo prontinho ali (...) (T.12).

Quando há necessidade de uma equipe atender um chamado próximo do seu horário de saída do plantão, a próxima equipe fica à espera da ambulância e se dispõe a organizá-la, repor os materiais e fazer a limpeza necessária para os colegas não extrapolarem ainda mais o seu horário de trabalho. Além dessas demonstrações de cuidado recíproco e cooperação, existe também a preocupação com outros colegas que vão realizar atendimentos de risco, como incêndios, rebeliões, entre outros, o que é também um indicador da cooperação, que pode ser constatado na fala a seguir:

(...) a gente fica sempre na tensão né? Por exemplo, sai assim, USA (...) aí quando copia ocorrência (...) vítima de arma de fogo (...) eu já fico, ai meu Deus! (...) você tem que ficar pedindo a Deus por você e pelos colegas que tão lá pra que nada de mal aconteça (...) sou assim (...) fico, ah Senhor! Leva esses meninos em segurança, porque a gente nunca sabe o que vai acontecer, a vida é muito imprevisível né? Mas eu sou muito feliz por trabalhar no SAMU (...) (T.7).

O início do plantão propriamente dito começa com a chegada dos técnicos ao SAMU. Eles assinam o ponto indicando o horário de chegada e de saída, isto porque o horário de saída é sempre incerto e não existe pagamento de horas extras. Tal comportamento, compartilhado pelo grupo, está bem descrito na fala a seguir:

(...) assino a entrada de sete horas e a saída de dezenove horas (...) Normalmente a gente assina os dois juntos. Não sei se essa é a melhor recomendação, mas porque, por exemplo, (...) cinco pra às dezenove horas, que é nossa saída, pode ter ocorrência, a ocorrência pode terminar de oito, oito e meia (...) no nosso trabalho tem hora pra chegar, pra sair não tem, mas você não vai receber extra, você vai receber pelo dia, sete às dezenove horas (...) você pode sair uma hora depois, meia hora depois, duas horas depois, mas só assina dezenove horas, então não tem diferença de assinar antes ou depois (...) (T.15 – Instruções ao sócia).

Ainda no início do plantão, procuram a (o) enfermeira (o) do dia e se apresentam. Alguns já informam a equipe da qual fazem parte, outros vão verificar para qual equipe estão escalados. Em seguida, vão em busca da USB ou da Moto indicadas. No caso das USBs, o técnico, junto ao enfermeiro, vai fazer um *checklist* usando uma ficha previamente elaborada

com todos os materiais que devem constar na ambulância e, de acordo com o que for necessário repor, eles se dividem ou apenas um deles segue para os setores responsáveis, como farmácia ou CME em busca dos materiais que estão em falta. Uma vez que a viatura esteja devidamente preparada, eles informam ao rádio operador que estão em QAP, ou seja, que estão disponíveis para atender aos chamados. A maioria segue para as Bases descentralizadas que chamam de PB e outros permanecem na Base central, onde vão aguardar as ocorrências.

No caso das motolâncias, a rotina é bem parecida. As diferenças expressam-se no fato dos técnicos trabalharem em duplas. Atualmente, os enfermeiros não fazem parte da equipe. Assim, o técnico sozinho faz o *checklist* dos materiais para atendimentos clínicos e de trauma, e verifica as condições da moto (pneu, combustível, óleo).

Após organizar o baú com os materiais e as bolsas para cada tipo de ocorrência, partem para identificar o colega que o acompanhará e, com tudo preparado, a dupla avisa ao rádio operador que estão em QAP. Alguns seguem para os PBs, enquanto outros permanecem na central. Outra diferença é quanto aos atendimentos, que embora realizem procedimentos idênticos aos técnicos das ambulâncias, não precisam acompanhar os pacientes até o hospital, isto fica sob a responsabilidade das USAs e USBs.

Em um dia típico de trabalho, a maior parte dos entrevistados afirma atender de oito a doze ocorrências e em dias mais tranquilos de cinco a sete. Já as motos atendem de quatro até oito ocorrências. Não possuem horários certos para almoço, jantar, usar o banheiro e embora tenham horário fixo para o término do plantão, muitas vezes extrapolam esse horário ao atenderem chamados próximos do seu horário de saída ou ocorrências mais complexas e que demandam mais tempos.

O atendimento tem início com a ligação do usuário. Daí então o médico escolhe o transporte mais indicado para o chamado e a equipe mais próxima do local é avisada via rádio

e/ou telefone. Uma vez comunicados, seguem para a ocorrência. No caminho informa-se em que consiste a ocorrência e vão se preparando para o que está por vir. Alguns vão em silêncio planejando o que fazer, outros vão conversando com a equipe sobre as possíveis causas dos sintomas indicados no chamado e as ações apropriadas. Frequentemente os técnicos auxiliam o condutor a encontrar o local que desejam, mas é responsabilidade do condutor estacionar a ambulância em local apropriado e seguro.

Ao chegarem aos locais do chamado, observam atenta e rapidamente a cena tanto no caso de acidentes em ruas ou rodovias como no atendimento doméstico. Quando necessário acionam a polícia militar, caso necessitem adentrar em algumas comunidades ou os bombeiros quando as vítimas estão presas em ferragens ou em locais que oferecem risco à equipe do SAMU.

Quando observadas e solucionadas as questões de segurança, os técnicos pegam a bolsa com medicamentos e se o atendimento for clínico, ou as bolsas com materiais para os casos de trauma descem com máscara, luvas e os equipamentos normalmente utilizados, tais como prancha, oxímetro e entre outros que julguem necessário para aquele caso. Aproximam-se do paciente e iniciam os procedimentos indicados.

Em geral, o técnico verifica os sinais vitais, faz o acesso, coloca o colar cervical quando necessário, buscando estabilizar o paciente, enquanto isso o enfermeiro realiza uma entrevista com o usuário (quando este se encontra consciente e em condições de responder as questões), familiares ou pessoas no local, para preencher a ficha de atendimento juntamente com o protocolo da ocorrência, os dados dos pacientes, sintomas e outras informações pertinentes. Em seguida faz a ligação para a regulação, passa o quadro para o médico e ele vai coordenar o atendimento e, se for o caso, direcionará a equipe com o paciente ao hospital indicado.

Em cada situação, essas tarefas vão se invertendo de acordo com a dinâmica da equipe e as necessidades do atendimento. Além disso, embora a (o) enfermeiro (a) seja superior hierarquicamente ao técnico e ao condutor, por vezes, os técnicos tomam a liderança da situação. O fundamental para eles é que exista sintonia, cooperação e engajamento entre os integrantes da equipe durante as ocorrências, como ficou demonstrado nas falas abaixo:

(...) todo mundo trabalha junto (...) se eu vou aferindo sinais vitais e o enfermeiro ele tá vendo que o paciente tá com a saturação baixa, então ele já vai pegar oxigênio, máscara no reservatório, colocar no paciente. Se for uma pessoa que não trabalhe junto ou que não identifique, fica mais difícil (...) (T.6).

(...) a gente procura observar o local da cena (...) chegar perto do paciente, ver se ela tá consciente, dizer (...) que estamos ali para ajudar. No momento fazemos a conduta adequada para cada tipo de situação, se for um clínico tem um protocolo, se for um trauma temos outro protocolo (...) 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).

Antes mesmo do contato com o médico da regulação para que ele possa prescrever por telefone o tratamento, os técnicos, devido às suas experiências, já deixam preparados os medicamentos nas dosagens indicadas, apenas esperando a indicação/confirmação do médico para que possam fazer as aplicações.

A maior parte dos entrevistados afirmou seguir esse procedimento sempre ou na maioria das vezes, ou seja, antecipando a ação e fazendo uso de sua inteligência da prática para o sucesso da ação. Alguns chegaram a afirmar que, em situações extremas, por terem muita experiência prática e por perceberem que o paciente não irá suportar a espera pela regulação, fazem as medicações e aguardam apenas a confirmação do médico ou até informam a ele o que já foi feito, o que pode ser identificado nas falas abaixo:

(...) Numa hipoglicemia (...) a gente fez a glicose sem autorização do médico (...) se fosse esperar mais trinta minutos o paciente rebaixava, podia ser que ele não saísse mais, viesse a óbito (...) O protocolo diz que toda medicação (...) tem que ser prescrito pelo médico, mas numa situação dessa não tinha como esperar pelo médico pra dizer “ah, tem que botar um soro nele”. A gente sabe que tem que botar, eu não vou esperar quarenta minutos no telefone pra ele mandar eu botar um soro (T.13).

É importante ressaltar que na fala acima, o técnico treze (T.13) evidencia a diferença entre o trabalho real e o que está prescrito, expondo como as variabilidades impulsionam e até possibilitam que os técnicos tomem decisões rápidas e atuem adequando os protocolos prescritos às situações que encontram na realidade de cada atendimento.

(...) Já é comum isso, porque como as pessoas do SAMU são mais habilitadas do que as dos Hospitais (...) então a gente segue o protocolo, as medicações usadas em um enfarto, edema, HS (Hipertensão Arterial Sistólica), DM (Diabetes Mellitus), então de acordo com o protocolo, sabemos o que fazer e fazemos (...) (T.27).

Em situações mais graves, quando a USB não pode atender às necessidades do paciente, a USA é acionada e, enquanto eles estão a caminho, o técnico vai oferecendo o

atendimento básico e mantendo o paciente estável até a chegada do médico. Em alguns casos o técnico vai improvisar alternativas que permitam ao paciente esperar, como no exemplo abaixo:

*(...) Não adianta também chamar a USA se o atendimento básico não for bem feito
(...) Se tem uma crise convulsiva, o paciente não para de jeito nenhum (...) não posso de maneira nenhuma esperar a USA chegar, eu tenho que agir. A primeira coisa que a gente faz, coloca logo uma cânula na boca do paciente, que é pra ele não morder a língua, nem rebaixar (...) preparar logo um acesso, porque assim que o médico chegar ele vai só mandar fazer medicação (...) (T.4).*

As ações acima descritas poderiam ser interpretadas como uma transgressão à norma estabelecida pela administração, já que só ao médico regulador compete definir o procedimento a ser adotado. Não obstante, essa conclusão seria inadequada, pois o técnico em enfermagem realiza operações previstas em protocolos internacionais e cruciais para salvar a vida do usuário atendido enquanto aguardam diretrizes mais concretas do médico regulador. Nesses casos, não seguir as regras de forma literal é o que possibilita a realização do trabalho. Vemos então, um recorte claro da dedicação destes profissionais para completar as prescrições, que se mostraram insuficientes em confronto com o real.

Além disso, de acordo com Dejours (2012), acrescentar de si para fazer face às insuficiências da prescrição, e assim conseguir realizar os objetivos da tarefa é prova de envolvimento com o trabalho, posto que estas situações reais desafiam as regras e protocolos pré-estabelecidos, levando os trabalhadores a experimentarem o fracasso e a reagir em seguida na busca da soluções, mobilizando suas competências, inteligência, experiências.

Não é uma conduta reprovável agir assim em certas ocasiões, contrariando os protocolos, mas sim um ato que busca corrigir as falhas dos sistemas e garantir a eficácia dos serviços oferecidos. No caso relatado acima, a falha identificada é a dificuldade em falar com o médico regulador, pois a equipe não dispõe de uma linha exclusiva, precisando ligar para o 192, linha que recebe ligações de todos os usuários, o que retarda o contato com o médico regulador, resultando na perda de minutos preciosos.

Embora exista o rádio, não é permitido que o atendimento seja realizado através de tal meio de comunicação, pois as ligações não ficariam registradas. Enquanto que, ao ligar para o 192, cada regulação é gravada e adquire um protocolo, esta vai proteger os profissionais e usuários envolvidos em cada atendimento, pois registram, assim como o prontuário em um hospital, os procedimentos realizados e os medicamentos teleprescritos pelos médicos, entre outras informações referentes ao caso. Diante disso, é preciso ressaltar que é do preenchimento dos vazios das normas e das adequações à realidade que se constitui o ato de trabalhar.

Outra questão que sobressaiu neste estudo da atividade dos técnicos em enfermagem foi à relação da inteligência com o corpo. Dejours (2012) afirma que a inteligência e a habilidade no trabalho não são produtos exclusivamente do cérebro, da cognição, mas da experiência do corpo como um todo. Assim, o autor afirma que para que o trabalhador seja capaz de dominar uma máquina ou ferramenta, é necessário que desenvolva a sensibilidade ao ponto de se colocar em simbiose com ela e sentir com todo o seu corpo cada movimento que o equipamento faz.

Nessa direção, foi observado que o mesmo ocorre com os profissionais do SAMU, embora seu objeto de trabalho seja mais complexo e variável do que qualquer máquina. A partir de sua experiência prática, tais profissionais vão se tornando capazes de identificar diversos sintomas, suas causas e possíveis diagnósticos apenas com o olhar e o fazem em

meio às dificuldades da rua ou de locais insalubres. Além disso, executam todos os cuidados necessários, como administrar medicamentos na dosagem certa, fazer imobilizações que reduzem a dor e o desconforto de pacientes, encontrar pontos de acesso e muitas outras ações em condições difíceis, evidenciando uma inteligência que se desenvolve a partir do que é captado pelos sentidos, portanto, uma inteligência do corpo. Tais considerações podem ser observadas no relato a seguir:

(...) um local íngreme, que tem uma linha de trem no meio, escuro, umas casinhas bem apertadas que não tem uma luz dessas, umas lâmpadas de quarenta (...) escuro mesmo e você tem que pegar acesso. A gente coloca a lanterna, a lanterna lhe dá mais dificuldade ainda porque é muito claro, é muito escuro, é muito claro e eu juro a você, que eu já peguei veia só de tocar assim e colocar o gel por baixo do meu dedo (...) (T.4)

Outra característica comum do dia a dia dos participantes, é ser encaminhado para ocorrências que não se encaixam em Urgências e Emergências, isto porque os usuários, em alguns casos, desconhecem a real função do SAMU e os chamam para atender ocorrências que poderiam ser resolvidas com uma ida ao PSF. Além disso, outros usam de má-fé para conseguir transporte gratuito, convencendo a regulação da necessidade de uma USB, motolância e até uma USA, quando na realidade isto não procede.

O mau uso do serviço por parte da população é um dos fatores que causa desgaste emocional e físico aos técnicos e condutores da ambulância, que saem em alta velocidade para prestar socorro às vítimas e encontram uma pessoa que não precisava de atendimento de urgência, como exemplificados nas falas abaixo:

(...) disseram que a paciente estava em parada (...) desmaiada e quando eu cheguei lá, a paciente tava simplesmente sentada numa cadeira esperando uma remoção pra fazer um exame e o pessoal (...) (T.9).

(...) minha colega (...) foi pra um paciente, chegou lá, o paciente (...) teve um susto e ligou pra o SAMU (...) Por esse susto ele viu a necessidade do SAMU (...) Eu já fui pra ocorrência da pessoa tá sonhando e a família achar que tá passando mal (...) Outra (...) foi um paciente psiquiátrico, eu já atendi ele quatro vezes (...) aciona uma ambulância pra o pai dele que tava dormindo (...) (T.3).

(...) Vamos muito para consulta móvel, estamos até colocando o nome de SAMU PSF (risos) (...) muito atendimento desnecessário (...) Antigamente as grávidas quando estavam perto de parir elas mesmas iam, hoje esperam o SAMU em uma esquina. Está fazendo muito o papel social (...) (T.27).

Embora essa queixa seja comum para a maioria dos participantes do estudo, os profissionais de motolância apresentam uma informação adicional: alguns médicos enviam as motolâncias para realizarem atendimentos menos graves. Isso contraria a lógica da inclusão das motos no SAMU, que foram criadas para reduzir o tempo-resposta das USAs, ou seja, as motolâncias só deveriam ser destacadas quando em ocorrências de maior gravidade, para oferecer o APH e preparar o paciente para a chegada do médico com a USA. Este desvio de função desses veículos causa frustração aos técnicos, que estão preparados para atender casos de máxima gravidade e são destacados para atendimentos que se desviam inclusive dos propósitos do SAMU. Como nos relata o sujeito abaixo:

(...) a gente foi qualificado pra andar com as USAs (...) USA faz duas ou três ocorrências (...) Quem trabalha pesado mesmo é as USBs (...) pacientes que podem esperar, não é preciso diminuir o tempo resposta, então aqueles pacientes de infarto, AVC (...) sempre tem que ter uma resposta mais rápida (...) num resgate o tempo é onde faz diferença (...) A realidade é que (...) a gente sai (...) pra coisas bestas (...) aqui quem manda é os médicos (...) tem médico aqui que sabe (...) tem outros médicos que não sabe como é a legislação da moto, aí manda pra qualquer coisa (T.8).

Entretanto, existe também a situação oposta, quando os técnicos são chamados para atender algo simples e, ao chegarem ao local, deparam-se com a gravidade do quadro do paciente, sendo necessária a solicitação para a central de uma ambulância. Enquanto isso, fazem todo o possível para enfrentar e resolver a situação:

(...) Geralmente o pessoal na rua enganam (...) eles falam às vezes que é um paciente que não tem nada e quando você chega ao local o paciente tem uma parada respiratória ou cardíaca (...) mas, reverte à situação na hora, temos os equipamentos tudo direitinho, somos preparados, qualificados, a gente fica surpreendido quando chega ao local, mas a gente sabe e consegue desenrolar e sair da situação (T.24).

Ao final do dia, as equipes retornam para a base central, repassam o plantão para as próximas equipes e cada técnico deve preencher o livro de ocorrências em conjunto com a equipe, com as informações dos atendimentos, data, hora de entrada, hora de saída e demais informações complementares. Depois disso, seguem para outros empregos, aulas de graduação ou para casa.

5.3.1.2 O dia atípico.

Quando questionados a respeito do que seria um dia atípico no SAMU, três participantes não conseguiram definir por considerarem a rotina de trabalho naturalmente atípica, devido à variedade de ocorrências que atendem diuturnamente.

Acidentes ou mau funcionamento envolvendo as ambulâncias ou motolâncias foram fatores apontados como situações atípicas no trabalho, especialmente colisões, pneus furados e falhas mecânicas. Quando as falhas ocorrem a caminho de alguma solicitação, a equipe entra em contato com a central de regulação, para que possa ser enviada outra viatura para o local que estava à espera deles e ficam aguardando ajuda para solucionar o problema.

No caso de acidentes envolvendo as ambulâncias, a equipe presta atendimento ao motorista envolvido na colisão e, no caso de falha mecânica, esperam pelo reboque ou seguem como podem até a base central. Quando o problema ocorre com pneus ou equipamentos, eles pedem ajuda a central, mas no caso das motolâncias, os técnicos buscam solucionar por conta própria com a maior brevidade possível para continuarem trabalhando, como podemos perceber na fala abaixo:

(...) furo o pneu da moto, a gente teria que esperar o reboque (...) mas é desses casos mais simples (...) dá pra gente ir numa borracharia, pagar do próprio bolso, que não é nada demais (...) então a gente paga e resolve esse problema, a não ser que seja uma coisa mais complexa (...) (T.12).

Oito participantes afirmaram que um dia incomum seria um dia tranquilo, ou seja, com um número bem reduzido de ocorrências ou com ocorrências de menor gravidade, como relatado abaixo:

(...) Atípico eu acredito que seja uma coisa calma (...) Hoje, vamos dizer, hoje é um dia calmo (...) não chegou uma ambulância com secreção, com sangue (...) até agora ainda não chegou nenhuma (...) (T.14).

Dezesseis técnicos definiram que um dia incomum é aquele em que ocorrem acidentes de grandes proporções e/ou gravidade, rebeliões, frequência exagerada de ocorrências, dias muito chuvosos ou quando há eventos como Carnaval, São João, Natal, Ano Novo, entre outras datas.

Um dia de rebelião (...) de algum desabamento (...) acidente com múltiplas vítimas, algo do tipo, um dia que teve (...) capotamento de (...) ônibus, (...) muita vítima pra atender (...) é uma situação que a gente não (...) tá acostumado (...) Capotamentos grandes (...) É um dia atípico, é um dia diferente (...) (T.4).

(...) Um dia chuvoso atrapalha muito, em um acidente de moto, de carro (...) dificulta muito pra gente e para o paciente também. Um exemplo é a gente querer estacionar a hemorragia de um paciente, mas a chuva atrapalha. Gente na rua que pode nos ajudar e na hora da chuva não tem ninguém, a gente fica sozinho, então isso aí tudo é uma coisa atípica (T.24).

Podemos concluir que, embora o SAMU seja movido por protocolos e normas, o tipo de rotina diária de trabalho permite aos trabalhadores usarem o seu potencial para solucionar cada ocorrência e superarem as falhas das prescrições. Mais uma vez a importância do trabalho em equipe surge nas falas como algo fundamental para a eficácia do serviço. Fica claro que os participantes em sua relação com equipe das USBs e Motolâncias, dividem as

responsabilidades e tarefas em comum acordo, não sendo a hierarquia um empecilho. Assim, o dia atípico é composto de pólos extremos, ou seja, períodos de calma ou de grande volume de ocorrências graves.

5.4 Fontes de prazer e sofrimento no trabalho

Esta categoria vai tratar dos fatores geradores de sofrimento e prazer no trabalho, segundo os participantes. Inicialmente são tratadas as fontes de prazer, discriminando suas cinco vias principais e em seguida trataremos das fontes de sofrimento no trabalho, tendo por base seis vias principais.

5.4.1 Fontes de prazer no trabalho.

No que se refere às fontes de prazer no trabalho indicadas pelos técnicos em enfermagem do SAMU, encontramos cinco vias principais: Autonomia; Aprender continuamente; Utilidade e Altruísmo; Reconhecimento dos Usuários; e Admiração por parte da Família. Essas se distribuem entre os sujeitos de acordo com a Tabela 4, disposta abaixo:

Tabela 4

Fontes de prazer no trabalho para os Técnicos em Enfermagem do SAMU

Fontes de Prazer	Técnicos	(f)	%
Autonomia	1, 8, 16, 29, 30	5	17
Aprender continuamente	6, 8, 17, 22, 23, 25, 28, 29, 30	9	30
Utilidade e Altruísmo	3, 4, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 15, 18, 19, 21, 24, 26, 27, 29, 30	17	57
Reconhecimento dos usuários	1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30	25	83
Admiração por parte da Família	2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30	26	87

A autonomia está situada no contexto das variabilidades que estabelecem as ocorrências: a expectativa do que vão encontrar e a perspectiva de restaurar o bem estar das pessoas são aspectos que geram prazer. Esta via de prazer relaciona-se, especialmente, às ocorrências de maior gravidade, quando a demanda e as exigências são maiores e necessitam de agilidade e precisão. Além disso, os técnicos podem usar o seu arsenal de técnicas, explorarem suas potencialidades de maneira global, fazendo tudo que for necessário para o sucesso da operação. Esse aspecto representa um aspecto motivacional para estes profissionais, que vão poder realizar o desejo de abraçar as oportunidades por meio das quais poderão contribuir para a realização dos objetivos do SAMU. O exemplo do que dissemos pode ser constatado nos depoimentos a seguir:

(...) é como uma polícia gosta de ir pra uma apreensão de gente grande (...) bombeiro gosta de ir pra um incêndio (...) aqui quando diz arma de fogo o pessoal endoida pra ir pra ocorrência, no intuito de salvar, porque (...) você salvar um cabra de uma arma de fogo e de uma PCR é muito gratificante, só pode dizer quem fez mesmo (...) você vai ter que fazer quase todos os procedimentos (...) usar de todos seus recursos (T.8).

Estas situações descritas pelo T.8 estão repletas de variabilidades e vão estimular a elaboração de estratégias operatórias para a solução das ocorrências, sendo necessário, em alguns casos, preencher as deficiências dos protocolos. Tais ocorrências vão propiciar maior autonomia ao trabalhador e a possibilidade de se sentir livre. Os protocolos serão um guia, mas não estritamente seguidos, devido a cada caso exigir ações coordenadas diferenciadas para salvar a vida de seres humanos. Nesses eventos, até os comandos de voz podem ser dados por qualquer membro da equipe, pois a cooperação é o ponto central do qual passa a

depende o sucesso da tarefa, ao ponto de superar a hierarquia (Abrahão et al., 2009; Molinier, 2013; Dejours, 2012). Estas características também foram confirmadas pelas Instruções ao sócia, como é possível identificar no trecho a seguir:

(...) 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).

A cooperação expressa nessas falas é fonte de saúde mental e está completamente vinculada ao sucesso da ação, ou seja, o alívio da dor e/ou salvar a vida do usuário. Essa se torna mais evidente nas ocorrências de maior gravidade e onde há mais autonomia (evidenciado nas falas acima do T.8 e T.15). Sendo percebida tal relação nos estudos de Dejours (2012) e Macêdo e Fleury (2012) onde a cooperação é uma estratégia de mobilização coletiva.

Outra via de prazer identificada foi a de estar em aprendizado contínuo. Para os participantes do estudo, o trabalho ao propor situações diferentes, permite a ampliação dos conhecimentos, o aprimoramento das técnicas, o uso do conhecimento técnico e formação acadêmica mediante o exercício da atividade, oportunizando o desenvolvimento desses profissionais. Daí o sentimento de satisfação e a motivação para continuar a exercer sua atividade de trabalho (Molinier, 2013).

A via de prazer *Utilidade e Altruísmo* estão relacionados à possibilidade de salvar o próximo, de atender bem os usuários e dar o melhor de si em cada ocorrência, colaborando

com a sociedade através do seu trabalho. Este sentimento de utilidade, a partir do trabalho, adquire, nesse contexto, uma perspectiva social de contribuição para a comunidade e para o viver coletivo, ultrapassando assim, a finalidade estritamente econômica. Na perspectiva do Altruísmo, o benefício para a saúde mental destes trabalhadores está em transformar as situações de sofrimento do outro, aliviar suas dores e salvar vidas, pelo sentimento de completude, ou seja, de que fez tudo aquilo que estava ao seu alcance. Alguns dos entrevistados, inclusive, trabalhavam em um serviço de resgate anterior ao SAMU como voluntários devido ao prazer que encontram em ajudar o outro. Nesse sentido, como afirma Mendes (1995), o trabalho constitui um espaço de satisfação sublimatória, permitindo ao trabalhador, deslocar sua energia pulsional para as relações sociais com satisfação altruísta. Tal premissa pode ser confirmada nas falas abaixo:

As ocorrências, os pacientes, tudo (...) acho que é o melhor assim, é você sair pra atender e você dar o seu melhor e ver que deu certo, é bom demais (T.3).

O fato de poder ajudar as pessoas (...) poder salvar vidas e colaborar com a sociedade (T.5).

A capacidade de chegar à rua e ver uma pessoa ali necessitando e você ir lá (...) que você pode fazer a diferença, tirar dali, ajudar, eu acho que isso aí é tudo (T13).

Este prazer referente aos afetos positivos vinculados ao trabalho, os quais Barbosa, Souza e Moreira (2014) sintetizam no conceito de satisfação por compaixão que, por sua vez, representa um dos polos da qualidade de vida no âmbito do trabalho, que emergem quando os trabalhadores sentem-se seguros de suas práticas e capazes de ajudar, atingem os objetivos

traçados e se sentem recompensados por seus esforços, que dentro da psicodinâmica do trabalho esta recompensa está no reconhecimento. Então, para que o trabalhador tenha qualidade de vida no trabalho, é necessário que ele consiga encontrar equilíbrio entre o que lhe traz satisfação e o que traz sofrimento. A satisfação por compaixão pode ser observada nas seguintes falas:

(...) Ajudar meu próximo naquele momento mais tenso (...) você vai chegar (...) dizer: “olhe, vai dar tudo certo, tenha calma, vou resolver, vamos pra o hospital, fique calmo” (...) intermediar a melhora de alguém (...) ajudar (...) a sensação é muito boa (T.4).

(...) ajudar o próximo principalmente nas situações difíceis (...) é gratificante (...) quando a gente se depara com (...) a família em desespero e a gente consegue assim, até às vezes com palavra (...) consegue acalmar (...) e dar um apoio, pra mim isso é gratificante demais até (T.9).

Na fala do participante T.9, podemos perceber também, o valor da gratidão por parte dos familiares das vítimas socorridas e que vai reforçar a satisfação por ter conseguido promover o bem estar dos usuários. Assim, entramos na última linha de prazer identificada pelos nossos entrevistados, que foi o Reconhecimento dos usuários. Esse reconhecimento é de fato gratidão e desempenha um papel muito importante para os profissionais, motivando-os no seu trabalho.

Entretanto, essa gratidão pode representar um problema quando substitui o reconhecimento do trabalho, que só pode ser oferecido pelos pares ou pela hierarquia, tendo em vista que, os usuários não estão em situação adequada para fazer julgamentos. Nesse

sentido, esta substituição do reconhecimento do trabalho pela gratidão, pode resultar em dedicação excessiva aos usuários e ansiedade diante do insucesso da ação, entre outros problemas (Molinier, 2013).

Por fim, a outra via de prazer identificada foi a admiração por parte da família, que sente orgulho, satisfação e vê os profissionais como heróis. Essa é uma característica muito positiva para esses indivíduos, pois, 87% deles sentem-se apoiados por aqueles que amam. Vale ressaltar que os outros 13% não se sentem desvalorizados pelos seus familiares, entretanto, a preocupação diante dos riscos de trabalho sobressai segundo a percepção dos entrevistados.

5.4.2 Fontes de sofrimento no trabalho.

O sofrimento no trabalho foi representado pela nossa amostra através de seis vias principais, como podemos observar na Tabela 5, a saber: a falta de Reconhecimento do Trabalho referida por 87% da amostra; as Condições de trabalho mencionadas por 80% dos entrevistados, seguido por 77% referentes às Limitações da profissão; em quarto lugar vem o Sofrimento do outro e o Insucesso da Ação, identificados em 70% das entrevistas; os Riscos com 43%; e por fim, com 10% de representação, a Negação do Sofrimento.

Tabela 5

Fontes de sofrimento no trabalho dos Técnicos em enfermagem do SAMU

Fontes de Sofrimento no Trabalho	Técnicos	(f)	%
Falta de Reconhecimento do Trabalho	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30	26	87
Condições de trabalho	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 27, 28, 29	24	80
O sofrimento do outro e o Insucesso da Ação	1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 29	24	80
Limitações da profissão	2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 14, 16, 19, 20, 21,	23	77

	22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30		
Riscos	1, 2, 3, 4, 8, 9, 13, 14, 15, 19, 27, 28, 29	13	43
Negação do sofrimento	3, 4, 26	3	10

5.4.2.1 Falta de reconhecimento do trabalho.

O Reconhecimento é um fator essencial para a construção e o fortalecimento da identidade individual e social. A identidade é a armadura estrutural da saúde mental, de tal modo que, o não reconhecimento no trabalho implica necessariamente em um problema para a saúde mental. No entanto, para que esse reconhecimento se realize é necessário um coletivo, pois, cabe aos pares e a hierarquia julgar e através desse julgamento, reconhecer o trabalho do outro (Dejours, 2007).

Nesse caso, os indivíduos precisam acreditar que existirão oportunidades de contribuir com a sociedade e a organização da qual fazem parte e acreditar, que com isso, obterão o desejado reconhecimento. Diante disso, os trabalhadores mobilizam-se em função das demandas organizacionais e, uma vez desarticuladas essa dinâmica, o trabalho pode perder o sentido e provocar a descompensação psíquica ou somática (Dejours, 2012).

O maior índice de reconhecimento parte dos usuários, apresentado anteriormente na Tabela 5, trata-se na verdade de gratidão e não do reconhecimento do trabalho em si, pois de acordo com Molinier (2013), os usuários possuem interesses pessoais em relação ao serviço ofertado e, portanto, não estão em condições de avaliar e oferecer reconhecimento aos profissionais, apenas os pares e a hierarquia podem reconhecer o trabalho de fato.

Na sequência, percebemos que o reconhecimento dos pares tem o segundo percentual, seguido pela instituição, familiares e o menor grupo afirmou que não sente reconhecimento de nenhuma parte. Vale destacar ainda que, apenas cinco participantes encontram-se, pelo menos, nas primeiras três vias de reconhecimento.

Tabela 6

Reconhecimento segundo Técnicos em enfermagem do SAMU

Reconhecimento	Técnicos	(f)	%
Dos usuários	1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30	25	83
Dos pares	1, 2, 4, 5, 10, 14, 16, 18, 19, 20, 22, 26	12	40
Da instituição	1, 2, 11, 17, 18, 20, 26	7	23
Da família/amigos	1, 9, 12, 15, 22, 29	6	20
Não há nenhum	6, 8, 25, 7	4	13

A tabela 6 parece contrariar a primeira tabela que traz a falta de reconhecimento como um dos fatores de maior sofrimento para esses profissionais, mas na realidade, ela nos permite visualizar que o maior índice de reconhecimento trata-se, na realidade, de gratidão, o que de modo algum pode suprir a ausência do reconhecimento do trabalho. Portanto, fica claro que a maioria dos profissionais, não recebe reconhecimento das duas instâncias determinantes para a constituição desse fator: dos pares e da hierarquia.

Além disso, o pouco reconhecimento que recebem, deixa a desejar principalmente no que se refere à organização, pois no SAMU, o único meio de reconhecimento por parte da instituição é feito em um quadro de avisos e depende exclusivamente dos usuários, que quando satisfeitos ou insatisfeitos, ligam para a ouvidoria (160) e fazem elogios ou críticas aos profissionais. Esses elogios passam pelas instâncias administrativas, pela coordenação e sob a responsabilidade dessa, vai para o quadro de avisos que fica situado próximo à sala de descanso da equipe.

De fato, o sentimento de desvalorização e descaso por parte da administração é muito mais presente nas falas dos participantes, desde o déficit no reconhecimento simbólico, que é de fato o mais importante, até o financeiro, como foi discutido na caracterização da amostra e como podemos ver a seguir:

(...) Na verdade de dentro não, só alguns colegas que chegam a comentar (...) da direção, superior, não, a não ser que venha alguém de fora e (...) ligue pra ouvidoria (T.19).

(...) por conta da instituição em si não, mas por conta, através dos companheiros, do pessoal de trabalho sim, um reconhecimento verbal (...) o pessoal mesmo que tira suas conclusões e gosta da gente, mas reconhecimento mesmo da instituição, nada que empolgue (...) (T.22).

Essa falta de reconhecimento implica também num sentimento de desamparo e de invisibilidade diante da instituição como podemos perceber nestes relatos:

(...) É assim, o apoio da coordenação, dos setores responsáveis, de olhar mais pro SAMU, que eu acho é o órgão que dá mais certo hoje, que trabalha mais certo hoje é o SAMU, devia ter mais o apoio deles (...) isso que deixa a gente triste (...) (T.8).

(...) a gente fica triste em relação ao serviço, porque a gente procura dar o melhor (...) procura se qualificar, uma das coisas que a instituição poderia oferecer pra gente seria (...) uma palavra (...) obrigado por você ter ido, por você ter quebrado o galho aqui, tem situações que ficam várias ambulâncias baixadas (...) a gente tá indo no nosso compromisso no dia a dia, em casa e se disponibiliza pra vim ajudar o serviço (...) e (...) não tem nada que venha reconhecer (...) (T.13).

A fala acima permite observar também o processo que pode ser motivo de desmobilização frente à atividade, pois como o participante afirma, a falta do reconhecimento afeta a maneira como ele se sente em relação à atividade a ser realizada e, principalmente,

diante da dedicação que ele demonstra disponibilizando seu tempo livre para suprir as demandas da organização, ou seja, sacrificando o pouco tempo que tem para si.

5.4.2.2 Condições de trabalho.

As condições de trabalho foram a segunda perspectiva de maior sofrimento para esses profissionais, e se constituiu através dos seguintes fatores: condições precárias, com alto nível de estresse; ausência de direitos trabalhistas fundamentais; falta de materiais e equipamentos; a retenção de macas nos hospitais e problemas na entrega dos pacientes para a continuidade do serviço como resultado de hospitais superlotados, o mau uso do serviço por parte da população, riscos de contaminação, problemas com a regulação, jornada de trabalho cansativa, sem pausas consistentes de descanso e horário incerto de saída do plantão. Algumas dessas queixas predominaram nos discursos e por esta razão, deter-nos-emos nelas a seguir.

Um dos problemas comuns enfrentados pelos entrevistados, é o processo de entrega do paciente ao hospital direcionado pelo médico regulador, isto porque o protocolo indica que o médico regulador deve informar ao médico do hospital que está encaminhando um paciente e informar o respectivo quadro clínico.

Na realidade, esse ciclo nem sempre se completa propriamente, tanto devido à grande demanda de ligações que o médico regulador precisa gerenciar, como também devido à dificuldade de falar com os médicos nos hospitais.

Assim, as equipes nas ambulâncias precisam manter o paciente estável dentro da viatura até que os médicos resolvam a situação e em alguns casos, chegam a peregrinar em diversos hospitais até conseguir finalmente uma vaga, como afirma o participante abaixo:

(...) teve dias que eu já rodei (...) todos os hospitais que você imaginar (...) com paciente grave dentro da viatura (...) Eu tava com essa vítima seis horas da noite, fui entregar na UPA (...) era em torno de umas oito e dez (...) isso é revoltante (...)

qualquer hospital pode dar um suporte até a gente conseguir uma vaga. Isso eles não quis nem que descesse da viatura com a vítima (...) (T.28).

Atualmente, com a entrada dos enfermeiros, a situação acima explicitada sofreu alterações, pois agora cabe ao enfermeiro repassar o paciente com todas as informações cabíveis. Não obstante, e durante muitos anos, o técnico era o principal profissional a carregar essa responsabilidade. Então, além de enfrentar a dificuldade de manter o paciente na ambulância, os técnicos e a equipe de enfermagem como um todo costumavam ser, em alguns casos ainda são, destratados pelos médicos nos hospitais, que direcionam a eles sua contrariedade pela ineficiência do serviço de comunicação entre a regulação e o hospital, como relatado a seguir:

(...) você se desgasta porque o médico ele vem pra cima de você, você que é o saco de pancada (...) isso que faz sofrer porque é como se a gente fosse culpado de levar o paciente pro hospital (...) eu não tô fazendo favor não, eu tô fazendo a minha obrigação (...) quando eu procurei essa profissão, eu sabia (...) que não pagava bem, que era sofrida, que não era reconhecida, mas foi o que eu escolhi fazer (...) quando eu vejo o descaso com os pacientes lá (...) isso me arrasa mesmo (...) não sou perfeita não, mas o que eu puder fazer pra aliviar o outro eu vou fazer (T.10).

Nesse contexto, a regulação em si representa um sério problema e motivo de angústia para os participantes, tanto no que compete ao médico regulador de conseguir contato com o médico no hospital e, conseqüentemente uma vaga para o paciente, como também a própria comunicação entre a equipe na rua e o médico regulador. Essa segunda implicação origina-se da necessidade de fazer uma segunda regulação quando a equipe chega à ocorrência e

começar o atendimento à vítima. Isso porque, através dessa ligação, o médico poderá teleprescrever os medicamentos e ações a serem efetivadas. Entretanto, por não existir uma linha direta com o médico, as equipes perdem tempo ligando para o 192 e esperando serem atendidos.

Do ponto de vista legal e organizacional, essa é a forma mais segura para os profissionais, pois as ligações são gravadas e registradas com um protocolo, porém é geradora de muita ansiedade e estresse, principalmente quando em um atendimento de maior gravidade, conforme observamos na fala do T.13:

O mais difícil é regular (...) às vezes a gente tá com paciente grave na ambulância e eles não aceitam a gente passar pelo rádio, que é a forma mais rápida que a gente tem, quer que (...) ligue pra lá e concorra com os usuários o dia todinho, fica aquela musiquinha chata lá o tempo todinho, a gente esperada a ligação e às vezes passa mais de trinta, quarenta minutos esperando (...) pra poder falar com o médico (...) a ligação cai, você tem que começar tudo de novo (...) já tentei conversar já com o coordenador da gente, pra tentar mudar isso, botar uma linha só pra regular. Mas não, a gente tem que disputar com os usuários, todo mundo ligando ao mesmo tempo pra o SAMU e a gente necessitando falar com o médico (...) (T.13).

A fala acima revela uma grave falha técnica do serviço, tanto para os profissionais, como para os usuários. Os técnicos também revelaram como fonte de sofrimento, a retenção de macas nos hospitais. Com isso, eles perdem um tempo considerável, deixam de atender outros pacientes, de descansar, ficam muitas vezes sem poder se alimentar ou usar o banheiro, esperando pela liberação desses equipamentos. Os entrevistados afirmam que existe a falta de outros materiais ou equipamentos, mas é algo muito raro e resolvido através de improvisos

diversos. Entretanto, a maca é um item essencial, sem o qual se torna difícil e até perigoso transportar o paciente. Esse problema ganha maiores proporções ao desencadear o acúmulo de ocorrências à espera do SAMU e causar desgaste e atritos entre os usuários e a equipe, como explicitada abaixo:

(...) que perturba muito a gente (...) vê as macas da gente presa e não tem como a gente atender. A gente não pode fazer nada (...) não tem esse que não fique perturbado (...) é difícil viu, chegar na população e dizer: “ah, o SAMU demorou porque a maca estava presa” (...) “Porque a ambulância não veio? Fulano morreu!” (...) porque por mais que a gente queira se justificar, ninguém vai entender que tinha sete ambulâncias, seis ambulâncias sem maca (...) (T.3).

Durante a análise de dados, verificamos que para solucionar esse problema, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou em 19 de novembro de 2014, a Resolução nº 2.110/2014, que normatiza os serviços de APH no Brasil. O artigo 21, que trata da retenção das ambulâncias, determina que o médico receptor da unidade de saúde é responsável por liberar a ambulância, a equipe e todos os seus equipamentos, não podendo reter nenhum item em hipótese alguma. E em parágrafo único, está registrado que na falta de macas ou qualquer outro fator que impeça a ambulância de voltar às suas atividades, o médico plantonista do setor deve prontamente comunicar ao coordenador de fluxo ou diretor técnico para que este providencie a liberação imediata da equipe, podendo sofrer penalidades se a equipe permanecer retida.

Entretanto, encontrar a população ou os familiares das vítimas exaltados, agredindo a equipe verbalmente e a ameaçando por causa do tempo de espera é algo presente no dia a dia desses trabalhadores. Diante dessas situações, os participantes afirmaram que buscam manter

a calma e voltar suas atenções à vítima. Em alguns casos, tentam explicar o que se passou e se houver qualquer sinal de risco para a equipe, a polícia é acionada. Como podemos observar a seguir:

(...) às vezes quando a gente chega à ocorrência, o pessoal tá muito nervoso, (...) quer (...) até bater na equipe, não entende que depende de uma regulação (...) o pessoal pensa que quem atende o telefone é quem tá indo pra ocorrência. Aí sempre acontecem essas coisas do pessoal tá muito estressado (...) No momento a gente tenta primeiro acalmar a pessoa, explicar (...) Porque tem muitos obstáculos né, até a gente chegar ao atendimento. Aí o pessoal entende, se tranquiliza mais (...) (T.2).

(...) A gente tenta não revidar, até porque a situação assim, fora do normal pra aquela pessoa e não vai resolver também se a gente revidar, então a gente procura outros meios, tenta conversar, procura chamar a polícia pra o local, pra dar segurança à equipe (...) (T.13).

Uma das demandas levantadas foi em relação às ocorrências no final do plantão. Muitos as compreendem como parte do trabalho no SAMU, entretanto, essa questão foi apontada como fonte de sofrimento devido às suas implicações para a saúde do trabalhador, como afirma o participante abaixo:

(...) O imprevisto maior é quando você tá na hora de ir embora e tem ocorrência, porque pense, você sair de um plantão e você pega um plantão de sete horas às sete horas da manhã, quando é cinco pras sete da sexta-feira e você pega uma ocorrência pra chegar de oito, nove horas é o pior imprevisto que tem (...) (T.25).

Tendo em vista que os plantões duram doze ou vinte e quatro horas e exigem muito dos profissionais, as horas extras podem ser um problema para o bem estar físico e psíquico desses trabalhadores, principalmente no contexto do SAMU, onde constatamos frágeis vínculos empregatícios. Atualmente, não há pagamento de horas extras nem sistema de banco de horas, assim esses profissionais estão trabalhando e ultrapassando seus limites físicos e psicológicos, sem descanso apropriado e até sem alimentação adequada. Essa situação reflete mais uma vez o descaso e a desvalorização do profissional por parte da organização.

Existe por parte da organização, certo excesso na ocupação de sua jornada de trabalho, causando desgaste dos sistemas defensivos dos trabalhadores que frequentemente são expostos a situações que ultrapassam seus limites. A forma de resposta psíquica ao sofrimento, cansaço, dor ou medo é intensificar a produtividade no trabalho, como pode ser visto na fala do participante abaixo:

Eu estava doente (...) e já no final da noite e eu tava levando uma vítima (...) a gente ia (...) vinha uma caminhoneta (...) e aí ela triscou no meio fio (...) capotou ela caiu em cima de outro carro (...) a gente parou (...) foi uma coisa mágica naquele dia que até a febre saiu e a gente desceu, pedimos ajuda através do rádio (...) com o cuidado (...) pra não ocorrer outro acidente (...) o senhor que tava embaixo (...) saiu vivo (...) aí foi gratificante, porque eu tinha uma vítima dentro do carro necessitando de cuidados, mas tava estável e eu não queria sair do local (...) eu mesmo doente (...) tava com a adrenalina a mil, prestei toda assistência a vítima e saí, passou do meu horário e a gente nem isso olhava (...) (T.21).

Podemos perceber a partir dessa fala, que a necessidade de realizar o trabalho se sobrepõe à doença e ao esgotamento físico, o que favorece à aprovação de uma excessiva

jornada de trabalho, que não oferece ao trabalhador condições adequadas e não dá acesso a direitos trabalhistas, como pagamentos de horas extras, insalubridade, periculosidade, entre outros, aproveitando-se da fragilidade dos vínculos empregatícios e da representatividade politicamente ausente dessa categoria de trabalhadores. Nesse sentido, identificamos que o problema referente à fragilidade dos vínculos empregatícios dá-se pela ausência de estabilidade contratual e salário fixo, colocando os técnicos do SAMU em uma posição de terceirizados, realidade também encontrada nos estudos de Silva et al., (2009).

Outra questão vinculada a essa categoria, foi o mau uso do serviço por parte dos usuários, que é uma das fontes de sofrimento para os profissionais e que discutimos na categoria Trabalho Real.

5.4.2.3 Limitações da profissão.

Neste tópico foi possível identificar que os trabalhadores do SAMU carregam o peso da responsabilidade pela sobrevivência e alívio da dor do outro. Essas ações, devido a sua gravidade, precisam ser realizadas com agilidade e precisão, pois quanto mais rápido concluírem, melhor será para o paciente que está sendo atendido e para aqueles que os esperam nas próximas ocorrências.

Então, fica claro que o ritmo de trabalho dos técnicos em enfermagem no SAMU é intenso; que cada minuto consumido numa ocorrência é valorizado e aproveitado ao máximo; que usam diversos meios para superar os obstáculos e encontrar soluções o mais rápido possível; que, portanto, a cooperação torna-se o coração de cada atendimento e principalmente daqueles que implicam em maiores riscos tanto para os profissionais quanto para os usuários.

O ritmo de trabalho, assim como as questões salariais e bonificações, está relacionado à ansiedade. Embora o SAMU não seja um serviço que impõe metas, o senso de responsabilidade e dever dos trabalhadores os impulsionam a acelerar para acompanhar a

velocidade do fluxo de ocorrências que chegam à central (Dejours, 1992). Essa situação está representada neste trecho das instruções ao sócia:

(...) a situação é o seguinte, você não tem muito tempo pra tá numa ocorrência, quanto mais rápido você terminar aquela ocorrência mais você fica livre pra outras (...) como são poucas equipes pra cobrir a cidade toda, então você tem que ficar em QAP o mais rápido possível (...) você tem que fazer seu serviço bem feito, porém (...) com mais agilidade (...) como você trabalhar em equipe, você tem a abertura de ajudar, auxiliar o enfermeiro, seja na abordagem (...) procedimentos, em tudo (...) a própria situação da ocorrência pede pra que a equipe seja um pouco mais ágil (...)
(T.15 – Instruções ao sócia)

Para lidar com essa ansiedade, é necessário o desenvolvimento de defesas coletivas, próprias dos trabalhos realizados em grupo. Assim, há situações de trabalho que permitem a esses profissionais superarem as questões hierárquicas com muita frequência e agirem com autonomia. Esse poder de agir traz alívio aos indivíduos e satisfação quando a ação é bem sucedida.

Atualmente, com a inclusão do enfermeiro nas ambulâncias, os técnicos em enfermagem perderam uma parcela considerável da autonomia que possuíam. Isso porque quando trabalhavam em dupla com o condutor, estavam em uma posição próxima, senão de igualdade e seus superiores que ficavam na base central e as tensões e conflitos com a hierarquia ficavam longe do campo da ação.

Embora os técnicos sempre tenham sido limitados por dependerem da regulação médica, esse sentimento de limitação, com a entrada de um superior, no caso do enfermeiro, nas ambulâncias intensificou-se. A angústia que sentem diante do desejo de fazer o melhor e

dar tudo de si na ocorrência, entra em conflito com a impossibilidade de agir sem a regulação, sem a orientação dos superiores. Portanto, os técnicos agora atuam sob as ordens do médico regulador e os olhares atentos do (a) enfermeiro (a) fazem com que se sintam em muitos momentos de mãos atadas.

Cabe destacar que os técnicos entendem que sob vários aspectos, a presença do enfermeiro é algo positivo, pois é mais uma pessoa para agregar à equipe em termos de conhecimentos e habilidades, além disso, as responsabilidades foram redistribuídas. Entretanto, muitos aspectos negativos foram assinalados, principalmente em relação à autonomia.

Nesse sentido, o relacionamento com a hierarquia aparece como uma das fontes de sofrimento para estes profissionais, que se sentem muitas vezes sozinhos e inseguros. Não sabem a quem recorrer nos momentos de necessidade e se sentem amarrados entre tantas normas, protocolos e ordens superiores. Por essa razão, as ocorrências de maior gravidade são fonte de prazer no trabalho, pois como foi identificado anteriormente, nesses contextos a equipe mobiliza-se para a ação e a hierarquia fica em segundo plano.

Essa relação de desconfiança e perda da autonomia reflete na saúde desses trabalhadores, na qualidade de vida e consequentemente nos resultados de seu trabalho e, em longo prazo, os prejuízos psíquicos para esses indivíduos podem ser ainda maiores. Por isso, os atendimentos de maior gravidade parecem atrativos a estes profissionais, não apenas porque podem usar todas as suas capacidades, mas porque as tensões com a hierarquia diluem-se e a cooperação se sobressai.

O sistema de regulação também é uma fonte de desagrado para os indivíduos e contribui para o aumento da ansiedade, pois ficam muitas vezes de mãos atadas até que consigam contato com a regulação, como vemos na fala do participante abaixo:

O que a gente tem muita dificuldade no serviço (...) hoje é na parte de regulação (...) conseguir uma regulação mais rápida (...) a segunda regulação que tem que se falar com o médico pra saber qual o procedimento é bem mais demorado porque às vezes o médico tá em outras ligações (...) a gente tá com o paciente lá e (...) a família tá toda lá e estão cobrando que você faça alguma coisa e você não pode fazer alguns procedimentos sem ordem médica e fica aquela ou você faz ou você faz e às vezes a gente precisa (...) colocar na viatura e sair do local porque o público tá agressivo, às vezes bate na ambulância (...) (T.6).

A relação com os hospitais também aparece nessa categoria como uma fonte de sofrimento, isto porque o SAMU tornou-se um incômodo para os profissionais dos hospitais. Os médicos, enfermeiros e os próprios técnicos em enfermagem destratam frequentemente a equipe do SAMU, recusam-se a receber os pacientes e projetam na equipe a responsabilidade pela falta de aviso prévio da regulação, que, como já foi abordado anteriormente, é um processo falho, não por culpa dos médicos reguladores ou dos hospitais, mas devido às demandas dos serviços, à superlotação nos hospitais e aos mecanismos falhos de comunicação entre as instituições e o SAMU.

Tais achados, corroboram os estudos de Silva et al. (2009), que apontam o comprometimento da continuidade e qualidade do serviço prestado devido à ineficiência das condições de trabalho e infraestrutura da rede de assistência à saúde conforme pode ser constatado no relato a seguir:

(...) considero mais difícil (...) é deixar o paciente no hospital (...) você lidar com o médico, você chega ao hospital... (...) até porque não existe vaga nos hospitais (...)

Então assim, a gente briga muito, então essa é a parte mais difícil, é se estressar com o médico (...) pra ajudar meu paciente eu vou e eu brigo (...) (T.7).

Observamos então, que existem muitos conflitos interpessoais, mas a grande maioria deles ocorre devido às condições de trabalho, as limitações profissionais dos técnicos e aos constrangimentos organizacionais, tendo as normas e a posição da hierarquia como pontos centrais de dificuldades nesse processo.

5.4.2.4 O sofrimento do outro e o insucesso da ação.

Neste ponto, identificamos que uma das fontes de sofrimento psíquico é a angústia diante do sofrimento de seus pacientes, especialmente quando ainda não tiveram um atendimento médico adequado. Essa angústia é ampliada quando as ocorrências envolvem crianças, pois muitos se identificam com essas situações e sofrem ao pensar que poderia ser com seus próprios filhos. Além disso, os participantes afirmaram sentirem tristeza, frustração e impotência quando um de seus pacientes não sobrevive, ou seja, ao se defrontarem com a impotência de sua ação.

Em um estudo feito por Barbosa, Souza e Moreira (2014), foi identificado que os profissionais que trabalham diretamente com pessoas em risco de morte, doentes ou vítimas de traumas físicos ou psíquicos, podem ser afetados pelo sofrimento de seus pacientes, com possibilidades de desenvolver, entre outros transtornos, um tipo de transtorno psíquico (não psicótico) denominado até então por fadiga por compaixão.

De acordo com esses autores, a fadiga por compaixão resulta em diminuição na experiência de alegria e na capacidade de sentir preocupação com outros, no esgotamento e frustração. Ocorre em função do cuidado constante com pessoas em situações de sofrimento e na compaixão sentida excessivamente por cada uma delas (Barbosa, Souza & Moreira, 2014).

Observamos que os profissionais do SAMU que trabalham nas ambulâncias/motolâncias estão propensos a desenvolverem essa fadiga, tendo em vista que esta característica já surgiu em seus discursos quando questionados sobre o que lhes faz sofrer no trabalho, como podemos perceber a partir dos discursos abaixo:

(...) vejo muitas coisas tristes, muitas vezes eu choro, não na frente do paciente, mas choro na viatura (...) no PB (...) uma colega minha (...) disse: tu é muito chorona. Eu disse (...): Se eu não chorar eu não serei ser humano (...) é difícil pra o profissional separar aquilo que é o profissional (...) do emocional (...) não existe essa de ser profissional, por mais que você queira (...) você deixa assim se envolver (...) talvez não na primeira hora, mas depois você leva pra casa aquela bagagem muito forte, então meu dia de trabalho é muito estressante, não só da parte da dor, da parte física, de ver meu paciente (...) a gente vai pra as ocorrências em lugares muito pobres (...) isso abala muito meu dia de trabalho (...) coisas que eu levo pra minha vida (...) principalmente a noite que a gente passa nas ruas, tempo de chuva, que a gente faz ocorrências na chuva, vê os moradores de rua, você ali, você não pode fazer nada por aquelas pessoas, a não ser olhar (...) (T.7).

Os dados acima corroboram os estudos de Marques (2013), que apontam o SAMU como uma atividade cercada de riscos e que a exposição a esses riscos podem provocar, não apenas o adoecimento físico e psíquico, mas até a morte, pois a autora identificou inclusive que a síndrome de burnout é frequentemente interpretada como depressão. Ela afirma ainda que o envolvimento emocional do profissional com a morte do paciente pode ser reprimida e provocar no futuro desse trabalhador uma consequente descompensação.

O atendimento a crianças aparece nesse contexto como uma das principais dificuldades enfrentadas por esses indivíduos. Eles afirmam que precisam desdobrar-se,

mudar sua abordagem e adequar suas ações para suprir as necessidades dessa ocorrência. Essa angústia aumenta quando não conseguem salvar a vida da criança. Os participantes afirmaram que procuram saber como evoluíram os casos, principalmente os mais graves e em caso de morte, ficam muito abalados, o que pode ser constatado no seguinte relato:

(...) às vezes (...) você se torna fria quando começa a trabalhar, mas não. É que você tem que fazer as coisas, mas com certa frieza porque se você for à emoção você não consegue (...) você faz de tudo, você corre, tudinho, mas às vezes você não consegue, aí depois de tudo (...) entregou o paciente (...) pronto, aí você pode desabar (...) teve um menino, acho que ele tinha nove anos e foi um acidente de moto (...) Quando a gente chegou (...) chamou logo a USA, mas a gente fez todo procedimento (...) a USA chegou, entubou ele tudinho, deu tempo levar, mas aí depois (...) as vezes a gente fica querendo saber como é (...) que ficou aquele paciente (...) aí o pessoal disse que ele tinha falecido (...) eu tenho um filho de dez anos (...) aí você fica mais (...) (T.6).

Quando os pacientes não resistem aos ferimentos, ou não respondem aos procedimentos descritos nos protocolos, os profissionais sentem-se muito frustrados e em alguns casos envolvidos emocionalmente pelo tipo de ocorrência. Por esse motivo, é uma prática comum em casos de parada cardiorespiratória, os profissionais ultrapassarem o tempo que, segundo os protocolos, deve ser gasto com os procedimentos de ressuscitação. Além disso, eles sentem falta de um retorno sobre o quadro dos pacientes, principalmente aqueles que estavam em estado mais grave. Por conta disso, muitos vão por conta própria buscar informações, mas alguns afirmam que gostariam de um feedback dos hospitais sobre os pacientes que o SAMU presta socorro.

5.4.2.5 Riscos.

Para essa categoria, os riscos são coletivos e exteriores. Portanto, afetam a todos os profissionais que integram as ambulâncias/motolâncias e são inerentes ao trabalho, mesmo que sigam todos os protocolos e façam uso de equipamentos de segurança. Assim, para 43% dos nossos entrevistados, o medo e os riscos são aspectos intrínsecos ao seu contexto de trabalho e, alguns deles são: riscos de acidentes de trânsito por andarem em alta velocidade; risco de contaminação biológica e química; exposição à violência ao prestarem atendimento a vítimas de armas de fogo ou brancas e em comunidades controladas por traficantes; ao prestar socorro em condições diversas, como chuva, à noite, em rebeliões, em altura, ao realizar atendimento em acidentes de trânsito e demais situações típicas.

O medo de trabalhar à noite e na madrugada é um dos mais presentes. Os técnicos afirmam que, embora o índice de ocorrências seja menor à noite, segundo os próprios participantes, esse é um horário muito perigoso e difícil, principalmente por não existir pessoas nas ruas com as quais possam informar-se. Além do que, nesse turno, o SAMU atende frequentemente a chamados em comunidades carentes, onde precisam de autorização de pessoas envolvidas com tráfico para entrar e realizar seu trabalho, como é possível identificar nas falas abaixo:

(...) trabalhar de madrugada é difícil, comunidade carente, piorou (...) só quem trabalha na rua sabe o quanto é violento (...) a gente precisa pedir permissão pra entrar em algumas comunidades, se eles permitirem a gente entra, se não, aguardar a PM. Mas às vezes (...) a PM não vai pra uma besteira, uma dor de cabeça, um desmaio (...) um desmaio pode ser diversas coisas (...) a pior situação trabalhar de madrugada (...) a gente não tem a quem perguntar, vai pra uns lugares escuros e aí a gente passa (...) aflição (...) medo mesmo (...) Tem uns lugares aqui (...) você olha pra

um lado tem mato, olha pra o outro, tem mato, você não vê nenhuma casa e a ocorrência é ali (...) (T.3).

Ao mesmo tempo em que encontramos pessoas que afirmam sentir medo em relação aos riscos de trabalhar à noite e expostos às situações de violência e outras situações diversas, existe também aquela parcela que nega o medo e afirma ter se adaptado a ele, como na fala do abaixo:

(...) a gente corre risco de ser atropelado, ser arremessado, ter que subir num prédio pra tirar uma pessoa tentando suicídio e você ter que fazer rapel pra descer, resgatar a pessoa, então com o tempo a gente se torna um pouco frio pra essas coisas (...) (T.16).

Esse profissional reflete a eficácia das estratégias defensivas que permitem a ele exibir equilíbrio emocional diante das situações mais perigosas ou difíceis. As defesas são extremamente importantes para permitir que o trabalhador possa atuar nos mais diversos campos de trabalho.

No caso do SAMU, observamos que os trabalhadores percebem os riscos, mas procuram manter-se equilibrados e enfrentá-los, sem desprezar os itens de segurança pessoal. Embora seja condição de sofrimento para esses indivíduos, a satisfação que sentem ao realizarem o seu trabalho e serem capazes de ajudar os pacientes, supera o sofrimento diante das dificuldades, fortalece-os para continuar o seu trabalho e reagir às situações de maior desgaste emocional. E em contrapartida ao medo, boa parte dos indivíduos adquiriram gosto pela adrenalina, como pudemos observar na categoria anteriormente trabalhada.

5.4.2.6 *Negação do sofrimento.*

Este último tópico, embora seja composto por apenas 10% da amostra, tem um papel importante na compreensão dessa categoria profissional e dos reflexos do trabalho na sua saúde mental, isso porque esses indivíduos negaram a existência de sofrimento no trabalho, o que é algo a ser questionado, considerando que 90% dos entrevistados alegaram haver diversas fontes de sofrimento.

Eles justificaram esse pensamento afirmando que fazem aquilo que amam e que realizaram um sonho ao entrar no SAMU. Um dos entrevistados também afirmou que se adaptou e aprendeu a lidar com todas as coisas que incomodavam, portanto, não sofre. Tais afirmações podem ser vistas nas falas abaixo:

(...) É porque eu sou muito esquisita, não tem aquele negócio que vai incomodar, eu aprendo a lidar com tudo, se eu for ver, acho que tudo precisa se ajustar, aí eu me adequo a tudo, não tem aquele negocio que me incomoda. Não tem (T.3).

Nada, nada me faz sofrer aqui porque, assim, quando você gosta do que você faz, é muito bom. No dia que eu entrei aqui (...) realizei um sonho (...) Eu morria de vontade de trabalhar no SAMU, o SAMU passava por mim, me arrepiava toda, era um sonho mesmo trabalhar aqui, então assim, num tem nada que me faça sofrer, assim, não, nada não (T.4).

Nada me faz sofrer, porque eu faço o que eu gosto e isso em momento algum eu sofro (T.26).

Entretanto, a identificação com a profissão foi o que levou todos os participantes a ingressarem no SAMU, como pudemos constatar na categoria referente à trajetória profissional e formação. Isso nos permitiu inferir que essas falas são, na verdade, a manifestação de estratégias defensivas e adaptativas relativa à repressão, a fim de permitir que esses trabalhadores enfrentem os riscos do trabalho e consigam permanecer no serviço. Emergiram nas falas dois mecanismos de defesa principais: a negação do sofrimento no trabalho e a racionalização.

Essa negação do sofrimento, na perspectiva da psicodinâmica do trabalho, trata-se da estratégia defensiva individual dos “antolhos voluntários”, tal negação da realidade é associada a um comportamento de dedicação, concentração e zelo no trabalho e o indivíduo adota uma máscara de ignorância ou inocência para disfarçar a existência do sofrimento (Dejours, 2007).

Enquanto que, a racionalização identificada aqui, deve ser compreendida a partir do sentido psicológico do conceito. É, portanto, uma defesa psicológica que justifica de forma aparente, através de raciocínios até certo ponto obscuros ou sofisticados, as experiências, comportamentos ou pensamentos negativos, pois esses não podem ser combatidos ou eliminados pelos indivíduos.

Assim, os elementos da situação são retomados, distorcidos ou manipulados de modo que possibilitem a construção de um discurso que justifique, por exemplo, a permanência do indivíduo em uma situação de sofrimento como no caso dos nossos entrevistados (Dejours, 2007).

Nesse sentido, as estratégias defensivas permitem aos seres humanos, distorcer a realidade de acordo com suas características internas particulares e a forma como cada um percebe o mundo a sua volta (Sawrey & Telford, 1971).

No caso dos participantes, podemos considerar que, tanto a negação como a racionalização, podem não ser os mecanismos de defesa mais apropriados, pois negar e mascarar a existência de situações que causam desprazer pode impedir o desenvolvimento de estratégias mais adequadas, duráveis e que promovam a saúde mental dos sujeitos.

Embora estratégias defensivas permitam a manutenção do equilíbrio psíquico, quando em situações desestabilizantes, eles podem falhar e trazer graves prejuízos a saúde dos indivíduos. Por isso, ter consciência das fontes de sofrimento e enfrentá-las seria uma forma de exercer controle sobre elas e construir estratégias criativas de superá-las.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo principal, investigar a atividade de trabalho dos técnicos em enfermagem do SAMU, em uma capital do Nordeste. Diante de tal interesse, realizamos uma investigação que nos permitiu caracterizar a amostra, a trajetória profissional dos trabalhadores, a evolução profissional dos indivíduos, os dias típicos e atípicos de trabalho, as relações interpessoais, os riscos inerentes ao trabalho e as fontes de sofrimento e prazer que implicam em sua saúde mental.

Inicialmente buscamos traçar o perfil da amostra, que foi composta por indivíduos, em sua maioria, jovens e com predominância masculina, o que corrobora com os achados da literatura que descrevem a atividade desenvolvida pelo SAMU como tipicamente masculina. Pudemos identificar também as consequências da pouca participação desses sujeitos em organizações sindicais e da falta de um conselho profissional exclusivo para os técnicos em enfermagem, o que perpetua uma identidade profissional fragilizada que se expressa em baixos salários e na ausência de direitos trabalhistas básicos o que, por sua vez, resulta em riscos diversos para a saúde dos profissionais, sentimento de desvalorização e de desamparo por parte da organização. Tais condições de trabalho respondem por um número expressivo de participantes que possuem múltiplos vínculos empregatícios.

Na categoria “trajetória e formação profissional”, observaram que, a maioria dos participantes escolheu esse campo de atuação durante o contato com áreas afins. Já durante o curso técnico, esses indivíduos desenvolveram um maior interesse APM buscando, após a conclusão do curso, atuar em setores de Urgência, Emergência, Tratamento Intensivo. Já inseridos no mercado de trabalho, deram continuidade a sua formação profissional, participando de vários cursos de especialização dentro da área de APM, isso porque, para os

entrevistados, a formação profissional depende de três fatores principais: o curso técnico, a participação constante em cursos de capacitação e a experiência prática.

Ainda que a formação tenha como base essas três características supracitadas, a experiência prática teve um papel fundamental para o desenvolvimento das atividades no SAMU.

Considerando as particularidades do serviço por nós investigado, foi possível observar, que a atuação nas ambulâncias/motolâncias e a troca de informação com os colegas de trabalho mostram-se essenciais para que esses sujeitos possam exercer suas atividades com segurança e qualidade.

Um fator relevante neste contexto é a experiência prática e as variabilidades enfrentadas por esses indivíduos, favoreceram o desenvolvimento de diversas habilidades, dentre as quais se destacam: o conhecimento tácito; competências em ação; o autocontrole e o olhar clínico. Quanto à caracterização do "dia típico e atípico" de trabalho, os profissionais não trabalham em postos fixos, mas de acordo com as necessidades do serviço vão sendo alocados nas escalas que são, por sua vez, definidas mensalmente.

É preciso destacar que no dia típico de trabalho, o horário de chegada é respeitado por todos os participantes, o que demonstra uma implicação não apenas com o serviço, mas também com os colegas que os esperam para transferir a ambulância. Enquanto que o horário de saída é sempre incerto, o que surgiu como um fator de desgaste físico e emocional para os trabalhadores, não apenas por exigir dos profissionais além de suas possibilidades, mas principalmente pela falta de reconhecimento e de pagamento das horas extras, não havendo nem mesmo um sistema de banco de horas que beneficiasse os profissionais que fazem essas horas extras.

Outro aspecto que surgiu dentro dessa categoria foi à questão da hierarquia. Os técnicos estão na base da pirâmide hierárquica do SAMU. Observamos que, frequentemente,

eles ficam sufocados pela necessidade de atender os desejos da população, do paciente e das ordens médicas, tudo isso sob a supervisão atenta de um (a) enfermeiro (a), o que gera muita tensão e sentimentos de impotência nos técnicos. Porém, a presença dos enfermeiros não possui apenas aspectos negativos, pois os profissionais compartilham as responsabilidades com a equipe e não precisam mais lidar com os médicos nos hospitais durante a entrega do paciente atendido pelo SAMU, o que se mostrou resultados positivos para os técnicos sobre a entrada dos enfermeiros nas equipes.

As ações de urgência e emergência, dentro desse contexto, oferecem um escape para as tensões geradas na hierarquia, pois durante as ocorrências de maior gravidade, é fundamental a sintonia, a cooperação e o engajamento da equipe. Desse modo, a hierarquia dilui-se e todos se apropriam da voz de comando sempre que julgam necessários e oferecem tudo de si para o sucesso da ação.

No dia típico de trabalho, cabe destacar a necessidade do trabalhador de completar as falhas das prescrições em confronto com a realidade, pois, quando em situações extremas e que implicam risco de morte para os pacientes, os profissionais são obrigados a agir antes de conseguir contato com a regulação. Embora esse dado pareça contrariar as normas previstas, existem protocolos que regulam todas as ações de APH e que são respeitados pelos técnicos durante este tipo de atendimento.

Sobre o dia atípico de trabalho, os participantes indicaram que o trabalho no SAMU não possui uma rotina diária previsível. Não obstante, consideraram como atípicas situações como acidentes ou mau funcionamento das ambulâncias ou motolâncias, assim como dias extremamente calmos, com pouquíssimas ocorrências ou extremamente agitados, com rebeliões ou acidentes de grandes proporções.

Na categoria que trata das “fontes de prazer e sofrimento no trabalho”, o ponto de partida foram as fontes de prazer, que se organizaram em cinco principais: Autonomia, que

está presente nas ocorrências de maior gravidade e que estão associadas à maior autonomia, cooperação e liberdade para os profissionais; Aprender continuamente diz respeito às variabilidades e ao inédito, presentes em cada ocorrência; Utilidade e Altruísmo relacionados ao desejo de servir ao outro, de promover melhoria e bem estar para os pacientes; Reconhecimento dos usuários, que se expressa na gratidão e que enquanto tal é muito importante para o trabalhador; e Admiração por parte da Família que, tal como a gratidão dos usuários, reflete no fortalecimento da identidade dos indivíduos.

Quanto às fontes de sofrimento no trabalho, foram identificadas seis principais: a falta de reconhecimento do trabalho, que ocupa uma posição determinante nas relações de trabalho, pois o não reconhecimento afeta diretamente a saúde mental; as condições de trabalho; as limitações da profissão que impossibilitam os profissionais de atuarem para solucionar as ocorrências que competem exclusivamente ao médico ou ao enfermeiro; o sofrimento do outro e o insucesso da ação, que remete a ansiedade e angústia sentidas pelos profissionais diante da dor do outro e, principalmente, quando esse outro não responde ao tratamento oferecido pelos profissionais; os riscos físicos, químicos e psíquicos.

Por fim, identificamos nessa categoria, duas estratégias defensivas principais: a *negação* do sofrimento no trabalho e a *racionalização* utilizada para mascarar os aspectos negativos existentes no trabalho.

Tais estratégias, embora cumpram seus papéis na manutenção da saúde mental dos indivíduos, não são ideais, mas sim o enfrentamento da realidade e a busca por melhorias por parte dos profissionais.

Diante do exposto, e mesmo o SAMU sendo regulado pelos protocolos e normas padrões de APH, as variabilidades ainda dominam as ocorrências e, por conta disso, os trabalhadores precisam fazer uso de suas competências para lidar com cada situação e improvisar ações adaptadas a cada ocorrência, a fim de adequar os protocolos à realidade dos

pacientes. Frente a isso, a cooperação entre todos os profissionais da equipe desempenha um papel determinante nas ações, em muitos casos transcendendo a hierarquia e fazendo com que o SAMU funcione efetivamente.

Concluimos que existem aspectos positivos no trabalho dos técnicos em enfermagem do SAMU (evidenciados nas fontes de prazer no trabalho) que fazem com que mantenham com o trabalho uma relação de envolvimento e compromisso.

Não obstante, a falta de reconhecimento, as precárias condições de trabalho, a fragilidade dos vínculos empregatícios, a ausência de direitos trabalhistas básicos, os baixos salários, o envolvimento em situações de riscos variados e que exigem o máximo desses profissionais, permanecem como aspectos a serem transformados, de maneira a potencializar e não arrefecer essa mobilização subjetiva que se apresenta espontânea entre esses trabalhadores.

Esperamos que os resultados a que chegamos nesse estudo possam somar na compreensão da relação trabalho e saúde mental e ao mesmo tempo inspirar outras pesquisas que se proponham a aprofundar aspectos que não foram devidamente explorados em nosso estudo, tendo sempre no horizonte, a melhoria das condições de trabalho desses profissionais tão essenciais para a saúde pública de modo geral.

REFERÊNCIAS

- Abrahão et al. (2009). *Introdução à ergonomia: da prática à teoria*. São Paulo: Blücher.
- Abergo, Associação Brasileira de Ergonomia. (s. d). *O que é Ergonomia*. Recuperado de 07 dez 2014, de www.abergo.com.br.
- Antonello, C. S. (2006). Aprendizagem na ação revisitada e sua relação com a noção de competência. *Comportamento organizacional e gestão*, 12 (2), 199-220.
- Barbosa, S. C; Souza, S. & Moreira, J. S. (2014). A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Rev. Psicol., Organ. Trab.*, 14(4) 517-525.
- Bohry, S. (2006). *João Pessoa: Samu vai beneficiar um milhão de moradores*. Portal da Saúde, Ministério da Saúde. Recuperado de http://pressnet.com.br/noticia.php?codigo_noticia= SAMU060019.
- BRASIL. (S.D). Samu 192 Regional De João Pessoa. Recuperado de <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/samu/>.
- Cabral, A. P. S. & Souza, W. V. (2008). Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Epidemiol*, 11(4), 530-40.
- Carvalho Neto, J. F. (2008). Otimização de rotas com o auxilio de uma plataforma “SIG-T” no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU/ João Pessoa/PB. 190 p. Dissertação (Mestrado). UFPB/CT. Engenharia Urbana e Ambiental. João Pessoa. Recuperado de http://bdtd.biblioteca.ufpb.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=398.
- Ciconet, R.M.; Marques, G. Q. & Lima M. A. D. (2008). Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato de experiência de Porto Alegre – RS. *Interface*, 12, 659- 66.
- 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.
- Clot, Y. (2010). Trabalho e poder de agir. Tradução: Teixeira, G. J. F. e Vianna, M. M. Z. (Org.) Lima, F. P. A. & Ribeiro, R. *Série Trabalho e Sociedade*. Belo Horizonte: Fabrefactum.

- Dejours, C. Abdoucheli, E. & Jayet, C. (2014). *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho*. Tradução de Maria Irene Stocco Betiol et al. São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. (1992). *A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho*. Tradução Paraguay, A. I. & Ferreira, L. L. 5ª ed. São Paulo: Costez – Oboré.
- Dejours C. (1993). Inteligência operária e organização do trabalho: a propósito do modelo japonês de produção. In: Hirata H, (org.) Sobre o "modelo" japonês. *Edusp*, 281-309. São Paulo.
- Dejours, C. (2007). *A banalização da injustiça social*. Tradução de LA Monjardim. 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Dejours, C. (2007). A Sublimação, entre Sofrimento e Prazer no Trabalho. *Portuguesa de Psicanálise*, 33(2), 9-28. Portugal. Retirado de <http://sppsicanalise.pt/wp-content/uploads/2014/04/SUBLIMA%C3%87%C3%83O-ENTRE-SOFRIMENTO-E-PRAZER-NO-TRABALHO.pdf>
- Dejours, C. (2011). *Cristophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. S. Lancman (org). Brasília: FIOCRUZ/Paralelo 15.
- Dejours, C. (2012). *Trabalho Vivo I: Sexualidade e Trabalho*. Tradução Franck Soudant. Brasília: Paralelo 15.
- Dejours, C. (2012). *Trabalho Vivo II: Trabalho e Emancipação*. Tradução Franck Soudant. Brasília: Paralelo 15.
- Dourado, D. P.; Holanda, L. A., Silva, M. M. M. & Bispo, D. A. (2009). Sobre o sentido do trabalho fora do enclave de mercado. *Cadernos Ebape*, 7(2), 366-367. Rio de Janeiro. Recuperado de www.ebape.fgv.br/cadernosebape.
- Dubet, F. (1998). A formação dos indivíduos: a desinstitucionalização. *Revista Contemporaneidade e Educação*, 3 (3), 27-33.
- Faissal, R. (2009). *Atração e seleção de pessoas*. Rio de Janeiro: FGG, 2009.
- Felix, Y. T. M. (2010). *Da História de vida e trabalho aos significados da aposentadoria envelhecimento por Policiais Rodoviários Federais Da Paraíba*. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
- Ferretti, C. J. (1976). A mulher e a escolha vocacional. *Cadernos de Pesquisa*, 16 20-40.
- Ferreira, L. L. (1993). Análise Coletiva do Trabalho. Nº 78. Vol. 21. São Paulo: Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.

- Gabinete do Ministro. (2001, 16 de maio). Portaria nº 737. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Publicada no DOU nº 96, Seção 1e (2001, 18 de maio). Ministério da Saúde. Brasil: Governo Federal.
- Gabinete do Ministro. (2002 5 de novembro). Portaria nº 2048. Regulamentação do SAMU. Secretaria de Saúde. Ministério da Saúde. Brasil: Governo Federal.
- Gabinete do Ministro (2003 29 de setembro). Portaria nº 1.863, Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Ministério da Saúde. Brasil: Governo Federal. Recuperado de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1863.html>
- Gabinete do Ministro (2003 29 de setembro). Portaria nº 1.864. 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. Ministério da Saúde. Brasil: Governo Federal. Recuperado de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1864.html>
- Gabinete do Ministro (2012 21 de maio). Portaria nº 1.010. Ministério da Saúde. Redefinem as Diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulações de Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasil: Governo Federal. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html
- Guérin, F.; Laville, A.; Daniellou, F.; Duraffourg, J.; Kerguelen, A. *Compreender o trabalho para transformá-lo – a prática da Ergonomia*. São Paulo: Editora Edgard Blücher LTDA., 2001. Tradução Giliane M. J. Ingratta e Marcos Maffei. São Paulo: Blücher.
- International Ergonomics Association. (2000). *Definition and Domains of ergonomics. Switzerland: IEA*. Recuperado de <http://www.iea.cc/whats/index.html>
- Kergoat, D. (1996). Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In. M. J.; Meyer, D. & Waldow, V. (Org.). *Gênero e Saúde*. Lopes, 14-27, Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laville, C. A & Dionne, J. (1999). *Construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Editora UFMQ: Belo Horizonte.
- Lewin, H. (1980). Educação e força de trabalho feminino no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*, 32, 45-59.

- Lima, J. C. & Rivera, F. J. U. (2010). Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. *Cad. Saúde Pública*, 26(2), 323-336.
- Lopes, M. J. M & Leal, S. M. C. (2005). A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. pp.105-125. *Cadernos Pagu*, (24), 105-125. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332005000100006&lng=en&tlng=pt.10.1590/S010483332005000100006
- Macêdo, K B. & Fleury, A. R.D. (2012). O mal estar docente para além da modernidade: uma análise psicodinâmica. *Revista Amazônica*, 9 (2), 217-238.
- Marques, G. Q.; Lima, M. A. D. S. & Ciconet, R. M. (2011). Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre – RS. *Acta Paul Enferm*, 24(2), 185-91.
- 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. Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade. Recuperado de http://www.uece.br/politicasuece/dmdocuments/ana_maria_almeida_marques.pdf
- Mendes, M. R. S. S. B; Gusmão, J. L.; Faro, A. C. M. & Leite, R. C. B. de O. (2005). A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm*, 18(4), 422-666. São Paulo, Brasil. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4.pdf>
- Mendes, A. M. B. (1995). Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 15(1-3), 34-38. Brasília. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931995000100009&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1414-98931995000100009.
- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621-626. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1413-81232012000300007.
- 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.
- Montmollin, M & Darses, F. (2011). *A Ergonomia*. 2º Ed. Lisboa: Instituto Piaget.

- Pilagatti, M. L. A. (2008). *O que os profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Município de Porto Alegre consideram como situação de risco e/ou violenta?* Projeto de Pesquisa para Obtenção de título de especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Porto Alegre: Fundação Oswaldo Cruz.
- Portal Brasil. (s.d.). *Sistema Único de Saúde*. Governo Brasileiro. Recuperado de <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/sus>.
- Portal Brasil, (2012). *Projeto visa conscientizar população sobre prejuízos causados pelos trotes ao Samu*. Recuperado de <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/10/projeto-visa-conscientizar-populacao-sobre-prejuizos-causados-pelos-trotes-ao-samu>
- Rabelo, L. & Batista, M. (2013). Imagine que eu sou seu sócio. Aspectos técnicos de um método em clínica da atividade. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 16 (1). 1-8. Recuperado de. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v16i1p1-8>.
- Rezende, M.; Brito, J. & Athayde, M. (2009). A automobilização de uma teleatendente para enfrentar as adversidades do trabalho em um Call Center. *Laboreal*, 2 (5), 63-75. Recuperado de <http://laboreal.up.pt/pt/articles/a-automobilizacao-de-uma-teleatendente-para-enfrentar-as-adversidades-do-trabalho-em-um-call-center/>
- Richter, I. (1998). Individual and organizational learning at the executive level. *Management Learning*, 29 (3), 299-316.
- Roberts, S. J. (1983). Oppressed group behavior: implications for nursing. *Advances in Nursing Science*, 5, 21-30.
- Santana, M. M.; Boery, R. N. S. O. & Santos, J. (2009). Debilidades Atribuídas Pela Comunidade De Jequié Ao Serviço De Atendimento Móvel De Urgência. *Cienc. Cuid. Saude*, 8(3), 444-451. Recuperado de <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9045>.
- Santos MC, Bernardes A, Gabriel CS, Évora YDM, Rocha FLR. (2012). O processo comunicativo no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU- 192). *Rev Gaúcha Enferm*, 33(1), 69-76.
- Sawrey, J. M. & Telford, C. W. (1971). *Psicologia do Ajustamento*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Schultz, D. P. & Schultz, S. E. (2006). *Teorias da Personalidade*. São Paulo: Thomson Learning Edições.
- Secretaria de Saúde da cidade João Pessoa. (s. d.). Portal do Ministério da Saúde SAMU http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=36689&janela=1

- Secretaria de Saúde de João Pessoa. (s. d.). Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). Recuperado de <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/samu>.
- Seminotti, E. P. (2013). “QRD à Base SAMU”! Etonografia de um Serviço de Urgência: O SAMU - João Pessoa. Dissertação de Mestrado. Mestrado Acadêmico em Antropologia. Recuperado de <http://www.cchla.ufpb.br/ppga/wp-content/uploads/2014/04/Elisa-Pinto-Seminotti.pdf>
- Silva, N. L. C., Nitschke, C. A. S. (s.d.). *Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. Curso Capacitação SAMU 192 – Macrorregional*. Secretaria de Estado de Saúde. Governo de Minas Gerais.
- Silva, J. G.; Vieira, L. J. E. S.; Pordeus, A. M. J.; Souza, E. R. & Gonçalves, M. L. C. (2009). Atendimento pré-hospitalar móvel em Fortaleza, Ceará: a visão dos profissionais envolvidos. *Rev Bras Epidemiol*, 12(4), 591-603.
- Soares, R. A. S.; Pereira, A. P. J. T.; Moraes, R. M. & Vianna, R. P. T. (2012). Caracterização das vítimas de acidentes de trânsito atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Município de João Pessoa, Estado da Paraíba, Brasil, em 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 21(4), 589-600. Recuperado de http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012000400008&script=sci_arttext
- Souza, D. A.; Paixão, C.R.; Souza, E. A. B. (2011) Benefícios e dificuldades encontradas no processo de seleção de pessoas: uma análise do modelo de seleção por competências sob a ótica dos profissionais de gestão de pessoas. *Gestão & Regionalidade*, 27 (80), 45-58. Recuperado de <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_esto/article/viewFile/1128/1002>.
- Souza, R. H., Sanchez, K. R. Rovaris, M. F. S. et al. (2006). *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Manual publicado pelo Núcleo de Educação em Urgência (NEU) da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina*. Nitschke, S. A. C. (Coord.). Santa Catarina: NEU. Recuperado de samu.saude.sc.gov.br/arquivos/apostila_do_samu_santa_catarina.pdf.
- Trajano e Cunha (2011). Processo de Trabalho no SAMU e Humanização do SUS do Ponto de Vista da Atividade Humana. *Educ. Saúde*, 9 (1), 113-136.
- Triviños, A. N. S. (1992). *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Editora Atlas.

- Waldow. V. R. (1996). Mecanismos de opressão: uma questão de gênero. *Cogitare Enfermagem*, 1 (2), 64-69.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: WHO. Recuperado de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2009). *Global status report on road safety 2009: time for action*. Geneva: WHO. Recuperado de www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009
- Zarifian, P. (2003). *O Modelo da Competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas*. Tradução Eric Roland e René Heneault. São Paulo: Senac.

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 é sobre a relação trabalho e saúde mental dos técnicos em enfermagem do SAMU em João Pessoa - PB e está sendo desenvolvida por Yana Thamires Mendes Felix, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (mestrado) da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do Prof. Dr. Anísio José da Silva Araújo.

O objetivo do estudo é analisar as relações entre o trabalho e a saúde mental dos técnicos em enfermagem do SAMU de João Pessoa – PB. Com a finalidade de contribuir para o conhecimento acerca dos efeitos que exercem as condições de trabalho sobre a saúde mental do trabalhador.

Cujos riscos envolvem aspectos subjetivos, considerando as reflexões que serão desenvolvidas pelos participantes a respeito de seu trabalho e sua saúde mental, 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 a amostra escolhida tendo em vista a falta de pesquisas dentro dessa temática, incentivando o desenvolvimento de projetos que tragam melhores condições de trabalho para estes profissionais, novas possibilidades de treinamento, melhorias quanto a saúde e bem estar em geral, beneficiando não apenas os profissionais investigados, 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) 8821-3354 / (83) 9974-5698. 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



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 6ª Reunião realizada no dia 30/06/2014, o Projeto de pesquisa intitulado: **“O TRABALHO PRESCRITO E O TRABALHO REAL: SAÚDE MENTAL E OS TÉCNICOS EM ENFERMAGEM DO SAMU”** da Pesquisadora Yana Thamires Mendes Felix. Protocolo 073/14. CAAE: 26686714.0.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Teresa Cristina Cunha
Mat. SIAPE 0331417
CEP-CCS-UFPB



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 09 de julho de 2014

Processo nº 21.258/2013

Da: GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Para: SAMU

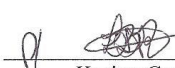
ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

A Gerência da Educação na Saúde (GES) encaminha a pesquisadora YANA THAMIRES MENDES FELIX, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado “O TRABALHO PRESCRITO E O TRABALHO REAL: SAÚDE MENTAL E OS TÉCNICOS EM ENFERMAGEM DO SAMU”, a ser realizada neste serviço, conforme o processo nº 21.258/2013.

Informamos ainda que a pesquisadora deverá estar ciente de suas responsabilidades como pesquisadora do presente projeto, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na Rede SUS de João Pessoa, subscrevo-me.

Atenciosamente,


Laysi Brito R. Ferreira
Téc. da Gerência da
Educação na Saúde
Mat. 79.398-1
Karina Cenci Pertile
Gerente da Educação na Saúde



**Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES**

João Pessoa, 11 de dezembro de 2013

Processo: 21.258/2013

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada em “**O TRABALHO PRESCRITO E O TRABALHO REAL: SAÚDE MENTAL E OS TÉCNICOS EM ENFERMAGEM DO SAMU**” a ser desenvolvida pela pesquisadora **YANA THAMIRES MENDES FELIX** sob orientação da **ANÍSIO JOSÉ DA SILVA ARAÚJO** está autorizada para ser realizada junto a este serviço.

Igualmente, informamos que para ter acesso a esta rede e seus serviços, ficam condicionados a apresentação à Gerência de Educação na Saúde (GES), a 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,


Cristiane M. Poletto
Gerente da Educação na Saúde
Mat.: 66941-1

Cristiane Mélo Poletto
Gerente da Educação na Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



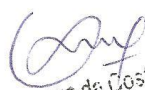
AUTORIZAÇÃO DE ACESSO AO SERVIÇO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA CIENTÍFICA

Através desta, a pesquisadora, YANA THAMIRES MENDES FELIX, pertencente ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social está autorizada por esta Coordenação a desenvolver as atividades necessárias para realização da pesquisa intitulada: "O TRABALHO PRESCRITO E O TRABALHO REAL: SAÚDE MENTAL E OS TÉCNICOS EM ENFERMAGEM DO SAMU 192", conforme processo da Secretaria Municipal de Saúde n.º 21.258/2013.

João Pessoa, 10 de junho de 2014.


Yuri Soares Loss
Coordenador Enfermagem do SAMU 192
Regional de João Pessoa
Mat 78.474-5

Yuri Soares Loss – COREN PB N.º 166.123


Gilmeire da Costa Lins
Coordenador Administrativo
SAMU 192 Regional João Pessoa
Mat. 3.023-6



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

Questionário Sócio-demográfico/Identificação

Idade:
Sexo:
Filhos:
Estado Civil:
Cidade:
Escolaridade:
Ano de conclusão do curso técnico em enfermagem:
Tempo de serviço no SAMU:
Possui outros empregos: (Quais?)
Renda pessoal por mês:
Renda familiar:

Entrevista semi-estruturada:

1. Fale sobre sua trajetória profissional e como se tornou um(a) Técnico(a) de enfermagem do SAMU.
2. Fale sobre sua formação profissional (graduação, pós-graduação, cursos de aperfeiçoamento, atualização, estágios, etc.) e aponte o que nessa formação mostrou-se útil ao seu trabalho atual?
3. Como você aprendeu o trabalho atual? (poderão ser assinaladas mais de uma resposta)
 - a. Sobre os treinamentos quais foram: (Financiados pela empresa, Autofinanciados, Financiados de forma compartilhada (empresa e empregado))
 - b. Se alguém me ensinou (Identificar a posição hierárquica do formador: Observando os colegas, Pedindo ajuda aos colegas, Sozinho)
4. O que um (a) Técnico(a) de enfermagem do SAMU deve saber fazer? (Para você o que um (a) bom (a) Técnico (a) de enfermagem do SAMU deve saber fazer?)
5. Quais as habilidades/capacidades/competências que um(a) Técnico(a) de enfermagem do SAMU deve possuir que você julga já ter adquirido e quais você precisaria adquirir e/ou desenvolver? (Explorar as respostas ao máximo)
6. Gostaria que você descrevesse, da forma mais detalhada possível, do início ao fim, um dia típico de trabalho seu.
7. E um dia atípico, como seria?
8. Que imprevistos acontecem geralmente em seu trabalho e como lida com eles?
9. Você se recorda de alguma situação que você tenha enfrentado no seu trabalho e para a qual tenha encontrado uma solução que você considera original (pode ser mais de uma)?
10. O que você considera mais difícil em seu trabalho?
11. O que mais te faz sofrer?
12. Seu trabalho já trouxe algum problema físico ou emocional/psíquico?
13. O que você considera mais interessante em seu trabalho?
14. Você recebe algum tipo de reconhecimento pelo seu trabalho? Caso a resposta seja negativa, indague o que isso acarreta? Se a resposta for positiva, pergunte: de quem parte esse reconhecimento (gerência, colegas, usuários/clientes)? como se expressa esse reconhecimento?

15. Como sua família vê o seu trabalho?
16. O seu trabalho traz algum sofrimento para a sua família?
17. Se você se encontrasse na situação de ter de avaliar e selecionar um (a) Técnico (a) de enfermagem do SAMU, que competências ele (ela) deveria possuir para ser bem avaliado por você?
18. Ao longo da sua atuação como Técnico(a) de enfermagem no SAMU que sugestões/propostas você teve oportunidade de fazer visando melhorar o seu trabalho ou a organização(tais como novas formas de realizar as atividades, novos produtos/serviços, etc.)? Cite-as.
19. Quais os riscos (físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, psíquicos) que você identifica em seu trabalho e como procura se proteger deles?
20. Você já adoeceu ou se acidentou no seu trabalho atual (ou em trabalhos anteriores)? Descreva?
21. Precisou se afastar do trabalho? Quantas vezes? Por quanto tempo (em cada vez)?
22. O que o trabalho solicita de você é:
 - a) é compatível com o que você tem a oferecer (conhecimentos, saberes, competências);
 - b) é bem menos do que você tem a oferecer;
 - c) está acima do que você tem a oferecer.

RELAÇÕES INTERSUBJETIVAS:

23. Avalie os seguintes aspectos do seu trabalho como Excelente, Ótimo, Bom, Regular, Ruim ou Péssimo . Explique:
Como é a sua relação com a chefia?
Com os colegas de trabalho?
Com os usuários?
Local de trabalho: condições físicas e estéticas, lay-out, mobiliário, ventilação, iluminação, ruído,
Jornada de trabalho (trabalho diurno, noturno, em turnos)
Equipamentos, instrumentos de trabalho
Tecnologia utilizada
Salário direto
Salário indireto (assistência médica, odontológica, auxílio alimentação, auxílio transporte)
Plano de carreira
Plano de formação e desenvolvimento profissional
Outros (citar)