



Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
Escola de Ciências Sociais e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

**A VIDA PELA VIDA: O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DO  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – 192: UMA  
LEITURA DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO**

**Simone Maria Moura Mesquita**

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Katia Barbosa Macêdo

**Goiânia, março de 2018**



Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
Escola de Ciências Sociais e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

## **A VIDA PELA VIDA: O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – 192: UMA LEITURA DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO**

**Simone Maria Moura Mesquita**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da PUC Goiás como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Kátia Barbosa Macêdo.

**Goiânia, março de 2018**

M582v Mesquita, Simone Maria Moura

A vida pela vida: o trabalho dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192: uma leitura da Psicodinâmica do Trabalho [manuscrito]/ Mesquita, Simone Maria Moura - 2018. 294 f.; il.; 30 cm

Texto em português com resumo em inglês e francês

Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Goiânia, 2018.

Inclui referências f. 250-281

1. Psicodinâmica do Trabalho .2. Psicologia. 3. Urgência médica – atendimento móvel. I. Macêdo, Kátia Barbosa. II. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. III. Título.

CDU: 658.3 (043)

## Ficha de Avaliação

MESQUITA, S. M. M. (2017). *A vida pela vida: o trabalho dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – 192: uma leitura da Psicodinâmica do Trabalho*.  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Kátia Barbosa Macêdo.

Esta Tese foi submetida à banca examinadora:

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Kátia Barbosa Macêdo  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Presidente da Banca

---

Prof. Dr. Laerte Idal Sznelwar  
Universidade de São Paulo  
Membro Externo Convidado

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria do Rosário Silva Resende  
Universidade Federal de Goiás  
Membro Externo Convidado

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Roseli Vieira Pires  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Membro Interno Convidado

---

Prof. Dr. Lauro Eugênio Guimarães Nalini  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Membro Interno Convidado

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Vannuzia Leal Andrade Peres  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Membro Interno Convidado/Suplente

---

Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Membro Interno Convidado/Suplente

Goiânia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu esposo Honorato de Mesquita  
e ao meu filho Eduardo Honorato  
Moura Mesquita, razões do meu viver.

## AGRADECIMENTOS

A DEUS, pai todo poderoso, criador do céu e da terra.

Ao meu esposo Honorato Mesquita, pela paciência, incentivo, amor e carinho nesta árdua trajetória formativa. Sem você eu não teria conseguido.

Ao meu filho Eduardo Honorato Moura Mesquita, pela compreensão das minhas frequentes ausências e falta de atenção maternal. Você é luz em minha vida.

Aos meus pais, que me educaram dentro dos valores religiosos, éticos e humanos, fundamentais para a formação da minha personalidade.

Aos meus irmãos Solange de Fátima Moura, Sérgio José Moura e Sidnei Luciano Moura, que mesmo de longe torceram por mim.

À minha orientadora, professora Dra. Kátia Barbosa Macêdo, pela permanente disponibilidade, amizade, dedicação e eficiência durante o longo tempo de convivência que tivemos juntas. Aprendi muito com você. Sou grata pelas aulas, orientações, pela paciência e pelo respeito.

A todos os profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, que gentilmente participaram deste estudo e que exercem sua profissão com coragem, enfrentando os desafios dessa atividade laboral. São dignos de admiração. São heróis!

Ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás, pela concessão da licença capacitação, que permitiu a mim maior dedicação aos estudos.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás, pelo apoio financeiro ao projeto de extensão coordenado pelo Prof. Dr. Sandrerley Ramos Pires, “Consultoria em Gestão e Automação de Micro e Pequenas Empresas”, o qual tive o privilégio de participar como bolsista por 24 meses. A experiência proporcionada e a ajuda financeira foram essenciais para a conclusão desta tese.

À Fundação CAPES do Ministério da Educação, pela bolsa de doutorado por 14 meses.

Aos meus amigos professores, apoiadores desta formação, Antônio Borges Junior, Cassiomar Rodrigues Lopes, Dulcinéia Gonçalves Ferreira Pires, Luciano Nunes da Silva, Wemerson Martins da Silva e, em especial, Selma Maria da Silva, por cada palavra de incentivo, apoio, carinho e amor. Obrigada pela sua amizade.

Às amigas de Pós-graduação Anna Flávia Ferreira Borges, Carolina Martins dos Santos, Carla Maria dos Santos Carneiro, Daniela Tavares Ferreira de Assis, Lila de Fátima de Carvalho Ramos e ao amigo Lúcio de Souza Machado. Obrigada pelo convívio,

aprendizado, cooperação, companheirismo. Pessoas como vocês são inesquecíveis. Compartilhamos angústias, momentos de descontração, conquistas e experiências. Crescemos juntos.

Ao programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da PUC-GO, cuja configuração estrutural e operacional proporcionou a mim a obtenção do grau de doutora.

Ao louvável corpo docente do programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da PUC-GO pelo profissionalismo, acolhimento e pelas contribuições dadas à minha formação.

Aos membros da Banca de Defesa do projeto (Prof. Dr. Emílio Peres Facas e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luiza Ferreira Rezende de Medeiros) e aos membros da Banca de Qualificação e Defesa (Prof. Dr. Laerte Idal Sznelwar, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria do Rosário Silva Resende, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Roseli Vieira Pires, Prof. Dr. Lauro Eugênio Guimarães Nalini), pelas contribuições e críticas valiosas feitas ao estudo.

A todos que me ajudaram, torceram e rezaram por mim. Graças a DEUS, a lista é extensa e não consigo citar todos os nomes. Meus sinceros e respeitosos agradecimentos.

### **Atrás do tempo perdido**

O tempo sempre vai,  
mas nunca volta.  
Mudar o que foi dito  
já não importa.

Ainda me lembro  
do tempo de antigamente.  
Era tempo que não passava.  
E, se passava, era de trás pra frente.

O tempo passa,  
e a gente fica  
na lembrança  
de gente querida.

Busco,  
no passado,  
a história  
da minha vida.

Vida,  
há pouco perdida,  
e, de tempos em tempos  
esquecida.

(Eduardo Honorato Moura Mesquita)



## RESUMO

Este estudo se propõe a descrever e analisar o trabalho dos profissionais que atuam no SAMU 192, instalado na Região Centro Oeste do Brasil, e seu impacto na subjetividade dos trabalhadores com base nas categorias da Psicodinâmica do Trabalho. A pesquisa foi realizada dentro da perspectiva qualitativa, modalidade estudo de caso descritivo e pesquisa ação. O procedimento empírico ocorreu em três etapas, sendo que na primeira foram feitas visitas ao campo de pesquisa, análise documental e constituição da demanda. Na segunda, foram realizadas três sessões de escuta clínica coletiva com 14 trabalhadores (seis médicos, três enfermeiras, dois condutores socorristas de ambulância, três condutores socorristas de motolância) que fazem atendimento de suporte avançado. As falas foram gravadas e transcritas, as verbalizações foram submetidas à análise clínica do trabalho proposta por Dejours. As categorias de análise definidas *a priori* foram: organização do trabalho e mobilização subjetiva. Para garantir a validade do material coletado, recorreu-se à triangulação de dados feita por três pesquisadoras. Na terceira etapa, procedeu-se a validação dos dados com os participantes da pesquisa. Os resultados indicam que a organização do trabalho prescrita do SAMU 192 adota normas e procedimentos ligados à lógica da produtividade (maior número de atendimentos, pelo menor custo e tempo, dentro de um padrão de qualidade), estando desconectada das necessidades, desejos e expectativas dos trabalhadores e das atividades reais. Existem aspectos ligados às condições de trabalho que dificultam o desenvolvimento das atividades laborais, tais como: o comprometimento da funcionalidade plena de algumas unidades móveis por falta de manutenção, o que expõe equipes e pacientes a possíveis acidentes; a falta de materiais e equipamentos necessários aos procedimentos; o número de viaturas e equipes disponíveis, que se apresenta ser insuficiente para atender à demanda da população; a estrutura física disponibilizada, que oferece pouco conforto ao repouso dos grupos de trabalho. A gestão do trabalho no SAMU 192, por sua vez, também contribui para os conflitos intrapsíquicos dos trabalhadores, sobretudo, quando: contrata trabalhador despreparado para atuar na função de socorrista; permite trabalhadores desorganizados no trabalho; não envolve os trabalhadores nas tomadas de decisões e nos processos de mudanças; deixa de investir em comunicação eficaz; não institui o espaço coletivo de discussão. Ressalta-se que os gestores públicos do SAMU 192, no Brasil, possuem restrições orçamentárias que dificultam a garantia de um atendimento de qualidade e a promoção de um ambiente de trabalho saudável aos trabalhadores. As relações sociais de trabalho entre colegas, pares e direção mostram-se saudáveis. Os trabalhadores se sentem satisfeitos com as atividades realizadas, percebem a utilidade social do próprio trabalho, sentem se reconhecidos pela dedicação ao trabalho e pelos resultados obtidos (sobrevida da vítima). Os resultados sinalizam que os trabalhadores vivenciam prazer e sofrimento no trabalho e utilizam estratégias de defesas (psíquicas) individuais, e também estratégias operatórias individuais e coletivas para enfrentarem o sofrimento e conseguirem trabalhar. As estratégias operatórias, em muitas situações, evitam possíveis agressões físicas e/ou verbais. Além disso, identificou-se sinais de adoecimento mental e físico em alguns participantes. A adoção da abordagem teórico-metodológica da Psicodinâmica do Trabalho se mostrou adequada para investigar o trabalho desses profissionais. Acredita-se que esta pesquisa contribui de forma significativa com os avanços nos estudos relacionados ao SAMU 192 no Brasil a partir da Psicodinâmica do Trabalho.

**Palavras-chave:** Psicodinâmica do Trabalho; Serviço Pré-hospitalar; Socorristas.

## ABSTRACT

This study aims to describe and analyze the work of professionals working in SAMU 192, located in the Midwest Region of Brazil, and its impact on the subjectivity of workers based on the categories of Work Psychodynamics. The research was performed within the qualitative perspective, descriptive case study modality and action research. The empirical procedure took place in three stages, the first of which was visits to the field of research, documentary analysis and constitution of demand. In the second, three collective clinical listening sessions were held with 14 workers (six physicians, three nurses, two ambulance drivers, three ambulance motorbikers) who provide advanced support service. The speeches were recorded and transcribed, the verbalizations were submitted to the clinical analysis of the work proposed by Dejours. The categories of analysis defined a priori were: work organization and subjective mobilization. To guarantee the validity of the collected material, we used the triangulation of data made by three researchers. In the third step, the data were validated with the participants of the research. The results indicate that the organization of the prescribed work of SAMU 192 adopts norms and procedures linked to the logic of productivity (greater number of services, for the lowest cost and time, within a quality standard), being disconnected from the needs, desires and expectations of the workers and real activities. There are aspects related to working conditions that hinder the development of work activities, such as: impairment of the full functionality of some mobile units due to lack of maintenance, which exposes teams and patients to possible accidents; the lack of materials and equipment required for the procedures; the number of vehicles and equipment available, which is insufficient to meet the population's demand; the physical structure provided, which offers little comfort to the work group rest time. The management of labor in the SAMU 192, in turn, also contributes to the intrapsychic conflicts of the workers, especially when: it hires an unprepared worker to perform as a lifeguard; it allows disorganizes employees at work; it does not involve workers in decision-making and change processes; it ceases to invest in effective communication; it does not establish the collective space for discussion. It is noteworthy that SAMU 192 public managers in Brazil have budgetary restrictions that make it difficult to guarantee quality care and to promote a healthy work environment for workers. The social relations of work between coworkers, peers and management are shown to be healthy. Workers feel satisfied with their activities, perceive the social usefulness of their own work, feel recognized for their dedication to work and for the results obtained (survival of the victim). The results indicate that workers experience pleasure and suffering at work and use strategies of individual (psychic) defenses, as well as individual and collective operative strategies to face suffering and get to work. Operative strategies, in many situations, avoid possible physical and / or verbal aggression. In addition, signs of mental and physical illness were identified in some participants. The adoption of the theoretical-methodological approach of Work Psychodynamics was adequate to investigate the work of these professionals. It is believed that this research contributes significantly to the advances in studies related to SAMU 192 in Brazil from the Work Psychodynamics.

**Keywords:** Psychodynamics of Work; Prehospital Service; Lifeguards

## RÉSUMÉ

Cette étude se propose de décrire et d'analyser le travail des professionnels qui jouent au SAMU 192, situé dans la Région Centre-Ouest du Brésil, et son impact dans la subjectivité des travailleurs, basée sur les catégories de la Psychodynamique du Travail. La recherche a été menée dans la perspective qualitative, modalité d'étude de cas descriptif et recherche action. La procédure empirique a eu lieu en trois étapes, étant que, dans la première, on a fait des visites au terrain de recherche, analyse documentaire et constitution de la demande. Dans la deuxième, on a fait trois sessions d'écoute clinique collective avec 14 travailleurs (six médecins, trois infirmières, deux conducteurs secouristes d'ambulance, trois conducteurs secouristes de motolance – une moto équipée pour secourir) qui font un service d'assistance avancé. Les paroles ont été enregistrées et transcrites, les verbalisations ont été soumises à l'analyse clinique du travail proposée par Dejours. Les catégories d'analyse définies *a priori* ont été : organisation du travail et mobilisation subjective. Pour assurer la validité du matériel collecté, on a recouru à la triangulation de données faite par trois chercheuses. Dans la troisième étape, on a procédé à la validation des données avec les participants de la recherche. Les résultats indiquent que l'organisation du travail prescrite du SAMU 192 adopte des normes et des procédures liées à la logique de la productivité (un plus grand numéro de soins moyennant le plus petit cout et temps, dans un standard de qualité), en étant déconnectée des besoins, souhaits et attentes des travailleurs et des activités réelles. Il y a des aspects liés aux conditions de travail qui rendent difficile le développement des activités du travail, comme: la menace de la fonctionnalité totale de quelques unités mobiles à cause de manque de maintien, ce qui expose équipes et patients à de possibles accidents; le manque de matériels et équipements nécessaires aux procédures; le nombre de voitures et équipes disponibles, qui se présente comme insuffisant pour servir à la demande de la population; la structure physique offerte, qui offre peu de confort au repos des groupes de travail. La gestion du travail dans le SAMU 192, à son tour, contribue aussi pour les conflits intrapsychiques des travailleurs, surtout quand: elle embauche un travailleur qui n'est pas préparé pour jouer dans le rôle de secouriste; permet des travailleurs désorganisés dans le travail; n'inclut pas les travailleurs dans les prises de décision et dans les processus de changement; arrête d'investir en une communication efficace; n'institue pas l'espace collectif de discussion. On souligne que les gestionnaires publics du SAMU 192, au Brésil, ont des restrictions budgétaires qui rendent difficile la garantie d'un service de qualité et la promotion d'une ambiance de travail saine aux travailleurs. Les relations sociales de travail parmi les collègues, pairs et direction se révèlent saines. Les travailleurs se sentent satisfaits des activités faites, s'aperçoivent de l'utilité sociale du propre travail, se sentent reconnus en raison du dévouement au travail et aux résultats obtenus (survie de la victime). Les résultats montrent que les travailleurs vivent plaisir et souffrance dans le travail et utilisent des stratégies de défenses (psychiques) individuelles, et aussi des stratégies opératoires individuelles et collectives pour affronter la souffrance et réussir à travailler. Les stratégies opératoires, dans d'innombrables situations, évitent de possibles agressions physiques et/ou verbales. En outre, on a identifié des signes de maladie mentale et physique chez quelques participants. L'adoption de l'approche théorique-méthodologique de la Psychodynamique du Travail s'est montrée adéquate pour investiguer le travail de ces professionnels. On croit que cette recherche contribue de manière significative avec les avancées dans les études liées au SAMU 192 au Brésil à partir de la Psychodynamique du Travail.

**Mots-clés:** Psychodynamique du Travail; Service Préhospitalier; Secouristes.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|             |   |     |
|-------------|---|-----|
| Figura 1 -  | Atividades do processo administrativo .....   | 39  |
| Figura 2 -  | Representação gráfica do processo de mobilização subjetiva.....   | 46  |
| Figura 3 -  | Fases da pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho.....   | 58  |
| Figura 4 -  | Momentos principais envolvendo as políticas federais de atenção às urgências no Brasil .....                            | 75  |
| Figura 5 -  | Estrutura organizacional parcial do Ministério da Saúde.....  | 78  |
| Figura 6 -  | Equipes de profissionais vinculados diretamente ao SAMU 192 e de apoio.....   | 81  |
| Figura 7 -  | Representação gráfica do processo de atendimento do SAMU 192 .....  | 84  |
| Figura 8 -  | Configuração estrutural dos Protocolos de Suporte Básico de Vida.....   | 88  |
| Figura 9 -  | Configuração estrutural dos Protocolos de Suporte Avançado de Vida .....  | 90  |
| Figura 10 - | Cobertura populacional do SAMU 192 em 2016.....   | 92  |
| Figura 11 - | Distribuição dos percentuais de habitantes na região Centro Oeste e Municípios que possuem atendimento do SAMU 192..... | 93  |
| Figura 12 - | Organograma do SAMU 192, em estudo, Região Centro Oeste do Brasil .....   | 94  |
| Figura 13 - | Estratégias operatórias coletivas utilizadas pelos trabalhadores .....  | 180 |

## LISTA DE QUADROS

|  |     |
|--|-----|
| Quadro 1 - Características das principais teorias/abordagens da clínica do trabalho.....   | 28  |
| Quadro 2 - Características centrais da Psicodinâmica do Trabalho .....   | 30  |
| Quadro 3 - A evolução da Psicodinâmica do Trabalho .....   | 31  |
| Quadro 4 - Categorias de análise adotados pela Psicodinâmica do Trabalho .....   | 37  |
| Quadro 5 - Estudos realizados utilizando a teoria e/ou a prática da Psicodinâmica do Trabalho .....  | 62  |
| Quadro 6 - Trabalhadores envolvidos nos atendimentos pré-hospitalares de urgências móveis .....  | 82  |
| Quadro 7 - Espécies de veículos e tripulação que os compõe .....   | 86  |
| Quadro 8 - Participantes da pesquisa, número de sessões e tempo de duração.....  | 103 |
| Quadro 9 - Estrutura usada para análise do material empírico.....  | 105 |
| Quadro 10 - Dados sócio demográficos dos participantes (condutores) – grupo 1 .....  | 108 |
| Quadro 11 - Dados sócio demográficos dos participantes (médicos e enfermeiras) - grupo 2.....  | 110 |
| Quadro 12 - Estratégias operatórias individuais utilizadas pelos trabalhadores no ambiente de trabalho e fora do ambiente de trabalho..... | 177 |

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>APRESENTAÇÃO .....</b>  | <b>16</b> |
| <b>CAPÍTULO I - ABORDAGEM DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO .....</b>   | <b>26</b> |
| <b>1.1 A clínica do trabalho .....</b>   | <b>26</b> |
| <b>1.2 Conceitos e características centrais sobre a Psicodinâmica do Trabalho .....</b>                                  | <b>29</b> |
| <b>1.3 As raízes históricas da Psicodinâmica do Trabalho .....</b>   | <b>30</b> |
| <b>1.4 O Trabalho (prescrito e real) e o trabalhar.....</b>  | <b>34</b> |
| <b>1.5 Categorias de análise da Psicodinâmica do Trabalho: a organização do trabalho e a mobilização subjetiva .....</b> | <b>36</b> |
| 1.5.1 Categoria I - Organização do trabalho .....  | 38        |
| 1.5.2 Categoria II - Mobilização subjetiva.....  | 44        |
| 1.5.2.1 As vivências de prazer .....   | 47        |
| 1.5.2.1.1 Autonomia e liberdade .....  | 47        |
| 1.5.2.1.2 Reconhecimento .....   | 48        |
| 1.5.2.2 As vivências de sofrimento no trabalho.....  | 49        |
| 1.5.2.2.1 Falta de reconhecimento .....  | 51        |
| 1.5.2.2.2 Sobrecarga.....  | 51        |
| <b>1.6 Tipos de sofrimento: criativo e patogênico.....</b>   | <b>52</b> |
| <b>1.7 As estratégias de defesas para lidar com o sofrimento.....</b>  | <b>53</b> |
| 1.7.1 Estratégias individuais de defesa .....  | 53        |
| 1.7.2 Estratégias coletivas de defesa.....   | 53        |
| <b>1.8 Quando as estratégias defensivas falham: adoecimento e patologias.....</b>  | <b>54</b> |
| <b>1.9 Cooperação .....</b>  | <b>56</b> |
| <b>1.10 A abordagem teórico-metodológica da Psicodinâmica do Trabalho .....</b>  | <b>56</b> |
| <b>1.11 Estudos recentes envolvendo a Psicodinâmica do Trabalho.....</b>   | <b>61</b> |
| <b>CAPÍTULO II - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 .....</b>   | <b>72</b> |
| <b>2.1 Origens históricas do SAMU-192 .....</b>  | <b>72</b> |
| <b>2.2 Constituição, função e atuação do SAMU-192.....</b>   | <b>78</b> |

|   |            |
|---|------------|
| <b>CAPÍTULO III - DELINEAMENTO METODOLÓGICO DA PESQUISA .....</b>   | <b>96</b>  |
| <b>3.1 Problema de pesquisa .....</b>   | <b>97</b>  |
| <b>3.2 Objetivo geral.....</b>  | <b>97</b>  |
| <b>3.3 Objetivos específicos .....</b>  | <b>97</b>  |
| <b>3.4 Estudo empírico – 1ª Etapa: pré pesquisa .....</b>   | <b>97</b>  |
| 3.4.1 Análise da demanda .....  | 98         |
| 3.4.2 Visitas à organização e análise documental.....   | 99         |
| 3.4.3 Constituição da demanda .....   | 100        |
| <b>3.5 Estudo empírico - 2ª etapa: A pesquisa propriamente dita .....</b>   | <b>101</b> |
| <b>3.6 Estudo empírico – 3ª etapa: validação e refutação dos resultados.....</b>  | <b>102</b> |
| <b>3.7 Campo de pesquisa .....</b>  | <b>102</b> |
| <b>3.8 Participantes da pesquisa.....</b>   | <b>103</b> |
| <b>3.9 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes.....</b>  | <b>104</b> |
| <b>3.10 Técnica de análise dos dados .....</b>  | <b>104</b> |
| <b>3.11 Procedimentos éticos da pesquisa.....</b>   | <b>105</b> |
| <br>  |            |
| <b>CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>   | <b>107</b> |
| <b>4.1 Apresentação e análise dos dados coletados na 2ª Etapa: A pesquisa propriamente dita - escuta clínica coletiva. ....</b> | <b>107</b> |
| 4.1.1 Categoria I: organização do trabalho .....  | 113        |
| 4.1.1.1 Condições de trabalho.....  | 122        |
| 4.1.1.2 Relações sociais de trabalho .....  | 127        |
| 4.1.1.3 Gestão do trabalho .....  | 129        |
| 4.1.2 Categoria II: Mobilização subjetiva do trabalhador.....   | 132        |
| 4.1.2.1 Vivências de prazer nas situações de trabalho.....  | 133        |
| 4.1.2.2 Vivências de sofrimento nas situações de trabalho .....   | 150        |
| 4.1.2.3 Estratégias de defesa (psíquicas) individuais para lidarem com o sofrimento no trabalho.....                            | 170        |
| 4.1.2.4 Estratégias operatórias individuais para ajustar o trabalho e minimizar o sofrimento.....                               | 176        |

|            |  |            |
|------------|--|------------|
| 4.1.2.5    | Estratégias operatórias coletivas para lidarem com o sofrimento e as dificuldades no trabalho.....   | 180        |
| 4.1.2.6    | Adoecimentos relacionados ao trabalho .....  | 189        |
| <b>4.2</b> | <b>Discussão dos resultados .....</b>  | <b>191</b> |
| 4.2.1      | Categoria I - Organização do trabalho .....  | 191        |
| 4.2.2      | Categoria II: Mobilização subjetiva do trabalhador .....   | 205        |
| 4.2.2.1    | Vivências de prazer nas situações de trabalho.....   | 205        |
| 4.2.2.2    | Vivências de sofrimento nas situações de trabalho .....  | 210        |
| 4.2.2.3    | Estratégias de defesa (psíquicas) individuais para lidarem com o sofrimento no trabalho.....   | 223        |
| 4.2.2.5    | Estratégias operatórias coletivas para lidarem com o sofrimento e as dificuldades no trabalho.....   | 231        |
| 4.2.2.6    | Adoecimentos relacionados ao trabalho no SAMU 192.....   | 240        |
|            | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>243</b> |
|            | <b>REFERÊNCIAS .....</b>   | <b>250</b> |
|            | <b>ANEXO 1 - Aprovação do Projeto de Pesquisa no Comitê de Ética .....</b>   | <b>282</b> |
|            | <b>APÊNDICE A - Portarias e Decreto (dc) Relacionados ao SAMU 192 no Brasil .....</b>  | <b>283</b> |
|            | <b>APÊNDICE B - Declaração de Instituição Coparticipante .....</b>   | <b>284</b> |
|            | <b>APÊNDICE C - Carta Convite - Individual.....</b>  | <b>285</b> |
|            | <b>APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido .....</b>   | <b>287</b> |
|            | <b>APÊNDICE E - Roteiro das questões norteadoras utilizado na condução da escuta clínica do coletivo de trabalhadores do SAMU 192.....</b> | <b>290</b> |



## APRESENTAÇÃO

Tudo o que é consumido ou utilizado no dia-a-dia pela sociedade é resultado da mobilização de forças físicas e intelectuais de indivíduos e/ou grupos. É por meio do trabalho que as pessoas garantem sua sobrevivência, interagem, expõem suas ideias, usam a criatividade, desenvolvem suas habilidades.

Para além disso, o trabalho é importante na construção da identidade individual, na inclusão social dos indivíduos e grupos (HELOANI; LANCMAN, 2004; MACÊDO, 2015), sendo também um instrumento da continuidade e historicização do indivíduo na sociedade (SCHLINDWEIN, 2015). Ademais, pode-se dizer que ele ocupa lugar central na saúde mental do trabalhador. Diversos fatores referenciam o ato de “trabalhar: os gestos, o saber-fazer, o engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir a diferentes situações, é o poder de sentir, de pensar, de inventar” (DEJOURS, 2012b, p. 24).

Para Penido e Perone (2013, p. 43), a “atividade profissional é parte intrínseca do universo individual e social de cada um, podendo ser traduzida, tanto como meio de equilíbrio e de desenvolvimento, como um fator desencadeante de distúrbios psíquicos”. Nesse sentido, a interação com o ambiente de trabalho favorece ou não a saúde do trabalhador. Melhor dizendo, o labor opera, no indivíduo, duas zonas de abrangência centrais: saúde ou adoecimento.

Os motivos que me conduziram a realizar um curso de doutorado na área da psicologia se amparam na necessidade de integrar as duas ciências, psicologia e administração, para melhor compreender o universo psíquico e social do trabalhador. Haja vista que o funcionamento de uma organização depende, sobretudo, das pessoas engajadas no trabalho e de uma gestão eficaz, para que o sistema organizacional tenha vida e se desenvolva com sustentabilidade. Em todos os processos, métodos, ferramentas de trabalho, o ser humano deve vir em primeiro lugar, pois ele é o ser pensante, racional, que planeja, organiza, executa e controla os métodos e tarefas necessárias para que uma organização produza seus bens e/ou serviços e disponibilize-os aos seus clientes, consumidores e usuários.

Os trabalhadores dedicam uma parcela significativa do seu tempo trabalhando, isso quer dizer que passam boa parte de suas vidas dentro das organizações. O ideal seria um ambiente de trabalho que permitisse a execução das atividades laborais em instalações confortáveis, com materiais, ferramentas e equipamentos adequados, com gestores que valorizem e incentivem a cooperação, a harmonia, o reconhecimento, o diálogo, com

conteúdos compatíveis às suas capacidades, habilidades físicas e mentais, com carga horária equilibrada ao quantitativo e qualidade do trabalho, dentre outros elementos que podem tornar o trabalhar menos penoso e mais prazeroso.

Equilibrar saúde, segurança e bem estar dos trabalhadores com os objetivos organizacionais é um dos maiores desafios para os gestores da força de trabalho vivo. Cabe destacar que existem variáveis externas à organização, como a economia, tecnologia, cultura, sociedade, meio ambiente natural e políticas, que influenciam diretamente nas formas de gestão, modeladas para atender às imposições do contexto organizacional externo e que impactam diretamente na saúde do trabalhador. Para Reichman e Berry (2012), os gestores, por melhor intencionados que sejam, têm dificuldades de promover ambientes e condições de trabalho saudáveis, porque o ambiente interno e externo à organização é movido por três grandes forças, as quais o gestor não tem poder sobre elas: a tecnologia digital, a virtualização das transformações e a fragmentação das atividades econômicas e sociais.

Atualmente, o contexto tecnológico e econômico desafia a competência do trabalhador pela dinâmica dos eventos que ocorrem em alta velocidade. A tecnologia traz rupturas aos modelos de negócios atuais e modifica significativamente o meio ambiente de trabalho e o trabalho em si. Essa situação se agrava com a inserção da virtualização das atividades em redes eletrônicas, que por um lado proporciona benefícios econômicos. Diminuindo custos gerados pelas reduções da estrutura necessária para acomodar funcionários e despesas de deslocamentos funcionais, a prática do trabalho à distância pode se traduzir em satisfação e maior produtividade do funcionário. Mas, por outro lado, essas duas condições ocorrem em atividades fragmentadas, porque as tecnologias ampliaram a autonomia das tarefas, condição que aumenta as incertezas, as tensões, as ansiedades e os medos. A grande maioria dos gestores tem poder limitado sobre essas condições, das quais eles mesmos são igualmente vítimas (MALVEZZI, 2016).

Situações de crise econômica em um país se refletem em desempregos ou submetem os trabalhadores a ganhos financeiros menores e/ou ao acúmulo de funções para não perderem seus cargos. Reduzir salários e acumular funções são estratégias gerenciais adotadas pelos gestores, motivados por vezes pela necessidade de manter a sobrevivência de uma organização impactada pelo desaquecimento da economia e/ou pela concorrência que hoje acontece em nível global. Isso equivale a dizer que certas atitudes de um gestor não dependem somente do contexto interno da organização, mas de forças maiores que o empurram a tomada de decisões que nem sempre favorecem o trabalhador.

Independente do contexto externo e interno, deve o gestor buscar alternativas que

propiciem um ambiente de trabalho saudável aos seus trabalhadores. Para Silva *et. al* (2009), diversas condições podem predispor o trabalhador a estados de sofrimento do trabalho, todas impactando em sua saúde física e mental: ritmo e tempo de trabalho intenso, jornadas longas com poucas pausas, turnos noturnos, pressões de gestores por maior produtividade, entre outras. O trabalho é passível de acarretar ao trabalhador disfunções e lesões biológicas, reações psicológicas, desencadeando processos psicopatológicos relacionados às condições em que é realizado.

Qualquer organização, seja ela pública ou privada, precisa se consolidar e se desenvolver de forma sustentável para atender a sua missão. Para que isso ocorra, acredita-se que em primeira mão os gestores devem viver em constante luta para que a organização do trabalho se adeque de forma mais próxima da realidade laboral, que as condições de trabalho sejam seguras e que as relações sócio profissionais sejam saudáveis e respeitadas. Do contrário, as chances de sucesso, tanto para trabalhadores quanto para a organização, são limitadas.

O interesse em estudar uma organização pública advém principalmente pela necessidade de conhecer o universo da gestão pública e do trabalho dos servidores públicos que estão inseridos num sistema burocrático, cuja base se assenta em legislações orçamentárias e tributárias e nas políticas públicas.

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho - OIT (2014), ocorrem em todo o mundo, anualmente, 337 milhões de acidentes de trabalho não fatais, que têm ocasionado o afastamento do exercício laboral por, no mínimo, três dias. A cada ano, têm surgido 160 milhões de novos casos de doenças relacionadas ao trabalho. Somada a essas doenças que têm ocorrido, as estatísticas ainda mostram uma quantidade expressiva de mortes, 2,31 milhões (1,95 milhão por doenças e 358 mil por acidentes).

Especificamente no Brasil, houve, em 2011, registros de 711.164 acidentes e doenças relacionadas ao trabalho entre os segurados da Previdência Social. Nesse quantitativo não estão inclusos os trabalhadores autônomos (contribuintes individuais) e as empregadas domésticas. Do total de ocorrências, 611.576 trabalhadores tiveram afastamento das atividades laborais por incapacidade temporária (309.631 até 15 dias e 301.945 com tempo de afastamento superior a 15 dias), 14.811 trabalhadores por incapacidade permanente e 2.884 cidadãos foram a óbito (BRASIL, 2011).

Um dos primeiros avanços no Brasil em direção à regulação das relações individuais e coletivas de trabalho ocorreu com a Consolidação das Leis do Trabalho, por meio do Decreto Lei n. 5.452 01/05/1943, que tratou, dentre vários assuntos, da jornada de trabalho, período

de descanso, salário, férias, conforto térmico, atividades insalubres ou perigosas e prevenção da fadiga.

A lei ampara o trabalhador, mas não o isenta totalmente dos efeitos deletérios do trabalho. Ela é instrumento coercitivo e punitivo, constituída de regras que devem ser seguidas. No entanto, nem toda gestão do trabalho atende as leis que envolvem o trabalho. É comum a divulgação de informes no site do Ministério Público do Trabalho-Procuradoria-Geral sobre condenação de organizações por exploração de mão de obra, assédio moral, *dumping*<sup>1</sup> social, fraudes trabalhistas, dentre outras.

O que tem ocorrido no Brasil é uma ampliação do quadro de doenças e riscos de acidentes de trabalho. Os principais motivos incluem a intensificação do ritmo de trabalho, a diminuição dos postos de trabalho, a exigência de polivalência e também a reestruturação produtiva, a inclusão de novas tecnologias e a precarização das relações de trabalho. Essa variedade de motivos tem ocasionado afastamentos do trabalho e aposentadorias precoces (HELOANI, LANCMAN, 2004).

Um aspecto notável nesse contexto são os temas dos estudos realizados no Brasil nos últimos anos, cujos focos variam entre fatores de adoecimento e saúde. No entanto, os fatores com potencial de adoecimento são dominantes no interesse dos autores. Eis algumas temáticas abordadas: medo (MOTA, 2002), motivação (TAMAYO; PASCHOAL, 2003), lesões por esforços repetitivos (ECHERREVEIA; PEREIRA, 2007), assédio moral (CANIATO, LIMA, 2008; SILVA, 2015), frustração (SANTOS; GRISCI, 2010), angústia e depressão (CAVALHEIRO; TOLFO, 2011), sobrecarga de trabalho (MORIGUCHI; ALEM; COURRY, 2011), acidentes de trabalho (ALMEIDA; BARBOSA-BRANCO, 2011), fadiga, estresse e ansiedade (MEDEIROS NETO *et al.*, 2012), violência e servidão (SIQUEIRA, 2012), adoecimento (BRASIL TAROUQUELLA, 2012), sofrimento (FACAS *et al.*, 2015; MERLO, 2016), relações de trabalho (MACÊDO, 2016), impactos da organização do trabalho (RAMOS, 2016), o trabalhar e impactos na subjetividade (MACHADO, 2016).

Diferentes categorias de trabalhadores têm sofrido consequências no quesito saúde, advindas dos novos sistemas de trabalho e das novas formas de gestão. Estudos confirmam que os afastamentos do trabalho por distúrbios psíquicos e o uso crescente de drogas psicoativas têm aumentado significativamente (MOLINIER, 2013).

Trabalhadores de organizações públicas têm sido vítimas de variadas expressões de

---

<sup>1</sup> O *dumping* social é utilizado como prática de concorrência desleal, objetivando a diminuição do preço final do produto mediante a redução de custos com a mão de obra, em função da aplicação de legislações trabalhistas brandas ou, até mesmo, inexistentes, com implicações que denotam o desrespeito à dignidade da pessoa humana e aos direitos e benefícios trabalhistas mínimos (CASAGRANDE; ANTUNES, 2014).

sofrimentos, simbolizadas pelos casos de assédio moral e violência psicológica, suicídios, depressão, entre outros fenômenos ligados às relações e processos de trabalho. Culminando, conseqüentemente, em ocorrências de ansiedade, medo, tristeza e crescendo a incidência de Lesões por Esforços Repetitivos - LER, bem como de transtornos mentais associados ao trabalho, dentre outras morbidades (ALMEIDA; LEÃO, 2016). A pressão, a sobrecarga de trabalho e a falta de reconhecimento são fatores que promovem sofrimento e adoecimento (SILVA; LAVNCHICHA; GUIMARÃES JÚNIOR, 2015).

As organizações públicas têm sua força de trabalho envolvida com diversos serviços essenciais para a sociedade, como educação, manutenção de estradas, abastecimento de água, segurança, assistência à saúde. Os serviços públicos são absolutamente imprescindíveis para a qualidade de vida das pessoas. Para tanto, esses trabalhadores devem ter um ambiente de trabalho sadio e funcional, ou seja, uma organização do trabalho que seja fonte de saúde e não de adoecimento. Do contrário, essa organização pública manterá resultados insatisfatórios, usuários penalizados pela qualidade do trabalho ofertado, trabalhadores doentes e uma previdência social sobrecarregada com pagamentos de auxílios, pensões e aposentadorias precoces.

Dentre os serviços públicos de assistência à saúde dos brasileiros está o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, cujo objetivo é chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras, que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte. É um serviço pré-hospitalar que visa conectar as vítimas aos recursos que elas necessitam e com a maior brevidade possível. Para tanto, contam com equipes capacitadas que reúnem médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas (BRASIL, 2017d).

Os trabalhadores, de forma geral, precisam gozar de bem-estar físico, mental e social para desenvolver o seu trabalho. A saúde e a segurança no trabalho são pilares fundamentais que devem ser gerenciados continuamente. Os trabalhadores do SAMU 192, para estarem aptos a cuidar da saúde das pessoas, necessariamente precisam estar saudáveis. No entanto, o estado de saúde desses profissionais depende da organização e das condições de trabalho e também das relações sociais.

O pressuposto central deste estudo é que os profissionais do SAMU 192 estão constantemente expostos a situações de trabalho que podem promover o adoecimento físico e psíquico em decorrência da organização do trabalho, incluindo as condições laborais e das relações sociais que constituem seu exercício profissional.

Pelas próprias características do trabalho que executam, esses profissionais lidam cotidianamente com situações extremas que exigem decisões rápidas e que impactam na continuidade ou não da vida dos pacientes atendidos. O medo e a ansiedade, provavelmente, são sentimentos vivenciados por esses profissionais que lidam com pessoas que estão em situações de sofrimento físico, como vítimas de queimaduras graves, e de sofrimento mental, como é o caso de socorro às vítimas de tentativas de suicídio.

É importante para o desempenho das atividades que os trabalhadores do SAMU 192 possuam capacidade laborativa física, que inclui, dentre outras, a coordenação motora e também a mental - o equilíbrio emocional e o autocontrole, por exemplo -, visto que necessitam de habilidades para mover as vítimas assim como para consolá-las e acalmá-las. No entanto, a capacidade para desenvolver o trabalho não os exime dos problemas relacionados ao labor, pois a organização do trabalho inadequada pode interferir diretamente nas relações de trabalho e impactar na saúde dos profissionais. Contudo, ela é

A causa de uma fragilização somática, na medida em que ela pode bloquear os esforços do trabalhador para adequar o modo operatório às necessidades de sua estrutura mental. É provável que uma parte não negligenciável da morbidade somática observada entre os trabalhadores tenha sua origem numa organização do trabalho inadequada (DEJOURS, 1992, p.128).

No Brasil, o interesse por pesquisas envolvendo trabalhadores que atuam no SAMU 192 é evidenciado nos estudos recentes de Soares (2006); Silva *et al.* (2009); Avelar, Paiva (2010); Vegian e Monteiro (2011); Costa *et al.* (2012); Cavagioni e Pierin (2012); Gomes e Santos (2012); Arnemann e Winter (2012); Lancini, Prevé e Bernardini (2013); Tipple *et al.* (2013); Marques (2013); Serra (2014); Ciconet (2015), Aratani (2016), Melo e Magalhães (2016), Almeida *et al.* (2016), Luchtemberg e Pires (2017), Fernandes (2017).

Por questões éticas, o campo de pesquisa, neste estudo, será identificado pela denominação: SAMU 192 Região Centro Oeste do Brasil. Após uma pesquisa exploratória, feita no Portal de Periódicos Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)/Ministério da Educação (MEC), em publicações disponíveis nos últimos 12 anos (2006-2017), não foi localizado, até o presente momento, estudo feito com profissionais atuantes, no referido campo em atividade, utilizando a abordagem teórico-metodológica da Psicodinâmica do Trabalho.

Explica Dejours (2007) que a referida abordagem visa interpretar as vivências subjetivas de prazer e sofrimento dos trabalhadores em relação à organização do trabalho e às relações sociais, bem como compreender as estratégias de defesa elaboradas pelos

trabalhadores para darem conta de executar as atividades reais do trabalho. E ainda, suscitar indicadores de adoecimento.

Esta pesquisa pode ser considerada original por não existirem estudos, neste campo de pesquisa, com os seguintes participantes: grupo 1: Condutores de ambulância (Unidade de suporte Avançada - USA) e Condutores de motolância; grupo 2: Médicos reguladores/intervencionistas e Enfermeiras, utilizando a abordagem teórico-metodológica da Psicodinâmica do Trabalho. Nesse sentido, o estudo com os referidos profissionais do SAMU 192, de um dos municípios da Região Centro Oeste do Brasil, se torna necessário.

Este estudo dará oportunidade aos trabalhadores de interagirem e analisarem suas vivências. Ademais, vai contribuir para a produção de informações sobre a relação indivíduo-organização-trabalho no cenário do trabalho de profissionais que atuam no SAMU 192. Como resultado, espera-se que haja a instalação de um espaço de discussão coletivo, onde os profissionais possam discutir e encaminhar formas de enfrentamento para melhorar a organização do trabalho. Ambiciona-se ainda o enriquecimento e valorização da área de atuação dos socorristas, pois esse campo demanda ainda um grande avanço em pesquisas científicas, dada a carência de material científico envolvendo esses profissionais.

A seguinte pergunta problema norteou este estudo: Como ocorre o trabalhar, a construção da subjetividade e da saúde dos trabalhadores que atuam em um SAMU 192 em funcionamento na Região Centro Oeste do Brasil, com base nas categorias de análise da Psicodinâmica do Trabalho?

Ao buscar respostas para esse problema, diversas experiências foram vividas, pois a abordagem teórico-metodológica da Psicodinâmica do Trabalho permitiu à pesquisadora<sup>2</sup> se lançar num espaço coletivo de discussão e compreender a realidade laboral visível e invisível dos trabalhadores que buscam constantemente salvar a vida das pessoas.

Mas por que estudar os profissionais do SAMU 192? O interesse em conhecer o trabalhar desses profissionais (médicos, enfermeiras, condutores socorristas de ambulância, condutores socorristas de motolância) foi suscitado por estudos empíricos e por reportagens veiculadas nas mídias televisivas e impressas, que têm revelado a precarização dos vínculos trabalhistas; as condições de trabalho insuficientes; a escassez de recursos financeiros, materiais e humanos; a falta de segurança, a estrutura física das sedes deficientes; dentre outros fatores possíveis de ocasionar o sofrimento no trabalho.

Além da geração de conhecimentos científicos, acredita-se que, a partir da clínica do

---

<sup>2</sup> Docente de administração no ensino básico, técnico e tecnológico do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás – Campus Anápolis.

trabalho, esses profissionais consigam ter a oportunidade de refletirem sobre suas relações com o trabalho e, possivelmente, proceder aos processos de deliberação que os auxiliem na transformação da organização do trabalho, considerada fonte de saúde, mas também de adoecimentos para os mesmos.

O serviço móvel é um componente recente na história do atendimento à urgência e por isso as pesquisas qualitativas vêm crescendo, indicando que ainda há muito a explorar sobre esse tema (ORTIGA, 2014, p. 95). A discussão acerca do atendimento do SAMU nas urgências e sua regulação está em amplo desenvolvimento, requerendo novas investigações que permitam conhecer a fundo essa temática (BEZERRA, *et al.*, 2016).

A escassez de obras até então existentes envolvendo trabalhadores do SAMU 192 e a Psicodinâmica do Trabalho indicam que esses trabalhadores não têm usufruído dos benefícios da mesma. Essa clínica é um ponto de partida para que os trabalhadores possam conhecê-la e, segundo Macêdo e Bueno (2016, p. 7), “descobrir o oculto e o desconhecido sobre suas relações com o contexto de trabalho, no momento em que é permitido pensar junto com o pesquisador as suas experiências”.

Os trabalhadores do SAMU 192 da Região Centro Oeste do Brasil, ao darem continuidade voluntariamente no espaço de discussão poderão, de maneira constante, transformar e ajustar a organização do trabalho e, por conseguinte, minimizar os problemas internos e/ou até preveni-los.

Esta pesquisa se direcionou pelas seguintes questões norteadoras:

- Como está organizado o trabalho dos profissionais que atuam em um SAMU 192 da Região Centro Oeste do Brasil?
- Em quais condições intra e intersubjetivas os profissionais executam suas tarefas?
- Quais são as vivências dos profissionais de um SAMU 192 da Região Centro Oeste do Brasil em relação ao seu trabalho?
- Os profissionais de um SAMU 192 da Região Centro Oeste do Brasil utilizam estratégias individuais e coletivas de defesa visando preservar sua saúde? Caso sim, quais?
- Existem sinais de adoecimentos ligados ao trabalho dos profissionais em estudo?

O objetivo geral deste estudo foi descrever e analisar o trabalho dos profissionais que atuam em um SAMU 192, instalado na Região Centro Oeste do Brasil, e seu impacto na



subjetividade dos trabalhadores com base nas categorias da Psicodinâmica do Trabalho (organização do trabalho e mobilização subjetiva).

Como objetivos específicos; tem-se:

- Descrever e analisar o trabalho dos profissionais de um SAMU 192 em funcionamento na Região Centro Oeste do Brasil, com base na categoria organização do trabalho;
- Analisar a mobilização subjetiva dos trabalhadores em estudo, enfocando suas vivências de prazer e sofrimento relacionadas ao seu cotidiano laboral, bem como as estratégias de defesas utilizadas para suportar o sofrimento advindo do trabalho;
- Identificar sinais de adoecimento ligados ao trabalho dos profissionais em estudo.

Algumas obras foram essenciais para a construção e finalização deste estudo, especialmente dos autores: Dejours (1992, 1993, 1994, 1997, 1999, 2004, 2005, 2007, 2008, 2011, 2012a, 2012b, 2012c, 2015, 2016a, 2016b).

Para atender aos objetivos propostos, apresentados anteriormente, assim como responder às questões norteadoras, a tese está construída em cinco capítulos.

Na apresentação, onde neste momento se situa o leitor, há uma descrição da pesquisa, perpassando pelos principais efeitos deletérios do trabalho e pela apresentação de alguns estudos envolvendo a temática. Traçou-se considerações que apontam para o ineditismo desta pesquisa, suas contribuições para os participantes e para a ciência. Por fim, temos os objetivos e as questões delineadas que auxiliaram na condução e construção da pesquisa.

O primeiro capítulo trata da abordagem teórico-metodológica adotada neste estudo, a Psicodinâmica do Trabalho, cujo fundador é o psiquiatra, psicanalista e professor no *Conservatoire National des Arts et Métiers*, em Paris, Dr. Christophe Dejours. Buscou-se descrever a trajetória histórica, conceitos, categorias teóricas de análise e demais acepções que fazem parte dessa clínica. Além disso, procurou-se compreender o processo de mobilização subjetiva, os destinos do sofrimento e as patologias advindas especialmente em função dos desajustes entre a organização do trabalho prescrita e a organização real, as condições de trabalho, as relações de trabalho e a comunicação.

No segundo capítulo estão apresentadas as informações importantes sobre o campo de pesquisa, o SAMU 192 Região Centro Oeste do Brasil, mais especificamente a respeito do seu contexto histórico no Brasil, sua missão e objetivos, estrutura organizacional, serviços ofertados, protocolos de atendimento, estatísticas e, por fim, as equipes de trabalho, suas atribuições, perfil e habilidades exigidas para desempenharem o trabalho e as tarefas

prescritas delineadas pelos gestores do trabalho.

O terceiro capítulo trata do delineamento metodológico utilizado para a coleta e análise de dados, cujos princípios e conceitos foram baseados na Psicodinâmica do Trabalho. Apresenta-se ainda as etapas da pesquisa empírica, os participantes, os critérios de inclusão e exclusão, os detalhes sobre a coleta de dados e sua análise clínica.

Os achados do estudo estão expostos, analisados e discutidos no quarto capítulo. Inicialmente tem-se a apresentação e análise, logo a seguir está a discussão dos resultados encontrados com a pesquisa feita com os dois coletivos de trabalhadores: coletivo 1: motoristas das ambulâncias (Unidade de Suporte Avançado - USA) e motolantes e coletivo 2: médicos e enfermeiras.

Finalmente, estão as considerações finais. Nessa parte da tese, a autora faz uma retomada ao problema da pesquisa e seus objetivos para concluir as propostas iniciais. Aborda-se também as limitações do estudo e algumas recomendações para pesquisas futuras.

## CAPÍTULO 1

### ABORDAGEM DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO

Este capítulo apresenta a abordagem teórico-metodológica que embasou o presente estudo. Num primeiro momento apresenta-se as clínicas do trabalho. Posteriormente, enfatiza-se conceitos e características da Psicodinâmica do Trabalho, suas raízes históricas, categorias que a compõem e, por fim, estão expostos alguns estudos realizados no Brasil, em diversos Estados, com diferentes profissionais que privilegiaram a teoria e/ou a prática dessa Clínica.

#### 1.1 A clínica do trabalho

Para Lhuillier (2011), a noção de clínica por longo tempo esteve associada exclusivamente à prática médica. Bendassolli e Sobol (2011a) esclarecem que em um primeiro momento o uso da terminologia “clínica” pode, equivocadamente, referir-se à ideia de uma “clínica de consultório” com foco em problemas de ordem singular, girando em torno das fantasmáticas individuais. Sob a perspectiva psicológica, para compreender a articulação do mundo psíquico com o mundo social, a clínica começou a ser utilizada também no contexto laboral. Intitulada de clínica do trabalho, tem como foco as pesquisas e as intervenções com base na realidade vivenciada pelos sujeitos.

A clínica do trabalho se aproxima de uma clínica social porque ela não é uma clínica exclusiva do sujeito intrapsíquico, pois

incorpora, em seus questionamentos, a produção social do sofrimento no trabalho, bem como a produção de circunstâncias pelas quais o trabalho é reconstruído pela ação coletiva e individual. Quer dizer, não é uma clínica do sofrimento, atenta, exclusivamente, aos aspectos deletérios e nocivos do trabalho; trata-se de uma clínica que, apesar de partir ou pressupor o sofrimento, vai além dele e enfatiza os aspectos criativos e construtivos do sujeito em sua experiência no trabalho (BENDASSOLLI; SOBOL, 2011b, p. 60).

Os interessados em compreender e intervir nos contextos de trabalho a partir da articulação entre subjetividade e atividade laboral podem adotar distintas perspectivas teóricas e metodológicas para a realização da clínica do trabalho, como a psicossociologia, a ergologia, a ergonomia da atividade e a psicodinâmica do trabalho (BENDASSOLI; FALCÃO, 2015).

Essas clínicas do trabalho se constituem em um conjunto de disciplinas (Lima, 2011)

que defendem, segundo Bendassolli e Sobol (2011b, p. 17), a centralidade psíquica e social do trabalho, compreendido como uma atividade material e simbólica estruturadora do laço social e da vida subjetiva. As pesquisas com abordagens nas clínicas do trabalho permitem compreender as origens e as manifestações do sofrimento, entender processos de resistência e de superação por parte dos coletivos de trabalho. Ou melhor, buscam examinar cuidadosamente a relação entre o trabalho

e os processos de subjetivação, de forma que os conhecimentos produzidos nesta perspectiva oportunizam conscientização relativa às vivências nas relações de trabalho, visando à transformação da realidade. Sendo assim, esses conhecimentos podem subsidiar ações de mobilizações e resistências dos sujeitos individuais e coletivos diante das diversas situações de trabalho, nas quais predominam a vulnerabilidade e a segmentação dos coletivos, sejam elas manifestadas na forma de sofrimento, adoecimento ou de submissão, como também na forma de “demandas”, de provas do real do trabalho contra as quais o sujeito é chamado a se afirmar (BENDASSOLLI; SOBOL, 2011a, p. 4).

A Psicodinâmica do Trabalho é uma clínica inserida no campo da Psicologia Organizacional e do Trabalho, que busca entender a relação entre trabalho e a subjetividade do trabalhador. Para Macêdo e Bueno (2016), o ponto de partida dessa análise é a organização do trabalho, na tentativa de compreender como são produzidos os processos de subjetivação, as patologias e a saúde. Seu princípio metodológico fundamental é a escuta e a interpretação da fala.

No entanto, como já comentado, esse campo é composto também por outras clínicas que possuem como objeto comum a situação do trabalho, com foco na compreensão da relação entre trabalhador e o trabalho e seu meio ambiente.

No quadro 1, a seguir, é possível analisar as características das teorias/abordagens clínicas do trabalho.

Quadro 1 - Características das principais teorias/abordagens da clínica do trabalho

| Teoria/abordagem clínica do trabalho  | Características   |
|---|---|
| A Clínica Psicodinâmica do Trabalho   | <p>-Surgimento: 1980.</p> <p>-Principal representante: Cristophe Dejours.</p> <p>-Ênfase da clínica: prática de intervenção, fundamentada nos espaços da fala coletiva dos sujeitos e na validação dos registros com os sujeitos.</p> <p>-Principais fundamentos: psicanálise, ergonomia e sociologia do trabalho.</p> <p>Sujeito: dividido por conflitos intrapsíquicos, mas que também não pode se constituir fora da relação com o outro.</p> <p>Trabalho: fonte de saúde ou adoecimento/prazer e sofrimento. Sua dimensão real é prescrita, conforme proposto pela ergonomia.</p>   |
| A Clínica da Atividade  | <p>-Surgimento: 1990.</p> <p>-Principais representantes: Yves Clot e Daniel Faïta.</p> <p>-Ênfase da clínica: busca de instrumentos que viabilizem a compreensão da situação de trabalho real. O interesse é pela extensão do “poder de agir” dos sujeitos no trabalho.</p> <p>-Principais fundamentos: Teoria de Vygotsky, Leontiev e Bakhtin.</p> <p>-Sujeito: atravessado por forças sócio históricas, por gêneros discursivos, no contexto dos quais ele faz uma apropriação subjetivante (singularizante e personalizante).</p> <p>Trabalho: atividade permanente de recriação de novas formas de viver, e não apenas como tarefa, mas como atividade dirigida, histórica e processual.</p>  |
| A Psicossociologia também denominada de Psicologia Social Clínica ou Sociologia Clínica | <p>-Surgimento: 1930</p> <p>-Principais representantes: V. de Gaulejac e E. Enriquez</p> <p>-Ênfase da clínica: investigar as reciprocidades entre o individual e o coletivo, o psíquico e o social.</p> <p>-Principais fundamentos: constituídos ao mesmo tempo pela psicossociologia social clínica e pelas ciências do trabalho, especialmente a psicologia, a psicopatologia, a sociologia do trabalho e a ergonomia da atividade.</p> <p>Sujeito: possuidor de dupla constituição, cravejado por elementos intrapsíquicos singulares inscrito num universo social.</p> <p>Trabalho: espaço de troca com os outros, é o que permite “sair de si”, construir e manter engajamentos, possibilitando ao sujeito inscrever-se em uma história coletiva.</p> |
| Ergologia   | <p>-Surgimento: 1970 e início de 1980 na França.</p> <p>-Principal representante: Yves Schwartz.</p> <p>-Ênfase da clínica: melhor compreender o trabalho para intervir e transformá-lo, buscando contemplar a atividade humana em todas as suas dimensões.</p> <p>-Principais fundamentos: Filosofia da vida (Canguilhem) e na ergonomia da atividade (Wisner).</p> <p>-Sujeito: único e singular e suas histórias e experiências refletem e interferem na realização do seu trabalho.</p> <p>Trabalho: como ambiente de vida, de aprendizagem e de confronto entre saberes científicos e saberes imanentes à atividade.</p>   |

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Bendassolli e Sobol (2011a), Holz e Bianco (2014), Lhuillier (2014)

Percebe-se pontos comuns entre as clínicas do trabalho, como por exemplo o entendimento do trabalho (ou a atividade) e aspectos envolvidos nele: experiências de aprendizado, trocas, relações sociais, viver junto, confrontos e além disso, a perspectiva epistemológica não positivista. De acordo com Bendassolli e Soboll (2011a), as quatro vertentes compartilham a compreensão de que o trabalho não se restringe à sua institucionalização econômica, sendo apreendido como um espaço/atividade sustentado por

um projeto de transformação do real e de construção de significados pessoais e sociais.

No tocante à psicossociologia e à ergologia, Cunha (2014) comenta que ambas procuram construir leituras antropológicas do trabalho colocando na cena das situações laborais sujeitos vivos, encarnados, fazendo uso de si por outrem, mas também por si mesmos. No embate com esse “sujeito inteiro”, tais abordagens esclarecem múltiplas facetas da experiência de trabalho (prazer, dor, sofrimento, saúde), assim como as decorrentes indagações sobre o exercício profissional. Nesse diálogo, interspersivas emergem novos subsídios para se pensar as articulações do trabalho com a vida, com a formação de identidades, com a formação de competências profissionais e com os meandros do ser nos ofícios laborais.

Convém destacar que a Psicodinâmica do Trabalho é a abordagem teórica metodológica que deu suporte à construção deste estudo. Sendo assim, é importante conhecer seus conceitos e suas características.

## **1.2 Conceitos e características centrais sobre a Psicodinâmica do Trabalho**

A Psicodinâmica do Trabalho é uma abordagem científica que investiga a organização do trabalho e seus impactos sobre a saúde mental do trabalhador. Tem como principal referência um expoente da Escola Francesa, Dr. Christophe Dejours, que por mais de três décadas tem se dedicado a estudar o sofrimento psíquico, a saúde mental e as situações contraditórias que se estabelecem entre indivíduo-trabalho-organização.

A Psicodinâmica do Trabalho é

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

Além disso, revela-se essencialmente multidisciplinar, integrando conceitos da medicina do trabalho, da ergonomia e da psicologia (MACÊDO; BUENO, 2016).

O papel da Psicodinâmica do Trabalho é auxiliar os trabalhadores na busca de sua emancipação, via pensar e agir, visando se manterem estabilizados psiquicamente diante das adversidades do trabalho, sendo ela, a clínica, uma alternativa para que os trabalhadores possam enfrentar as pressões da organização do trabalho. Explica Dejours (2007, p. 16) que a finalidade da psicodinâmica é “tratar o trabalho enquanto atividade humana da qual se busca

interpretar clinicamente as causas, os fracassos e as vitórias e reconhecer o que implica para o trabalho o fato de ser um trabalho vivo”.

No quadro 2, a seguir, é possível compreender as características centrais que envolvem a Psicodinâmica do Trabalho.

**Quadro 2 - Características centrais da Psicodinâmica do Trabalho**

| Características da Psicodinâmica do Trabalho |  |
|--|--|
| Objeto                                       | A relação dinâmica entre o trabalho e a saúde que se estabelece no meio ambiente de trabalho.  |
| Objetivo                                     | Analisar as estratégias individuais e coletivas de mediação do sofrimento psíquico empregadas na busca da saúde psíquica, considerando a subjetividade no trabalho como resultante da interação entre o sujeito e as dimensões do meio ambiente de trabalho.                                 |
| Centralidade                                 | O sofrimento psíquico – decorrente das contradições entre o sujeito e o meio ambiente de trabalho onde está inserido – e as estratégias de mediação utilizadas pelos trabalhadores para ressignificar/superar esse sofrimento e transformar o contexto laboral em uma fonte de prazer.       |
| Premissa                                     | O universo das significações dos trabalhadores só pode ser compreendido psicodinamicamente quando se analisa a subjetividade no trabalho que resulta da interação entre o sujeito e o contexto de trabalho.  |
| Método                                       | Centra o foco da investigação na subjetividade, o invisível, o latente e a palavra como a mediação na interação do sujeito com a realidade. A análise busca contextualizar a gênese das vivências de prazer e sofrimento no trabalho. A participação dos sujeitos na pesquisa é fundamental. |

Fonte: Adaptado de Ferreira, 2012, p. 210

A Clínica do Trabalho, na abordagem da Psicodinâmica, não atua no campo da “patologia do trabalho, da doença. Seu problema é o da saúde e da normalidade, é analisar como funcionam as defesas graças às quais os trabalhadores podem lutar contra os efeitos patogênicos dos riscos do trabalho” (DEJOURS, 1999, p. 9). Essa Clínica estuda o processo de construção da subjetividade pelos trabalhadores nos contextos de trabalho e que resulta das inter-relações entre subjetivo-objetivo, visível-invisível, psíquico-social (MACÊDO; BUENO, 2016).

As reflexões de Dejours acerca do trabalho, saúde, sofrimento, estratégias subjetivas de defesas do sofrimento ganharam notoriedade na década de 1980. No entanto, suas preocupações e ideias emergiram antes, em contraposição aos estudos, até então tradicionais, feitos no campo das patologias, apresentadas no tópico a seguir.

### **1.3 As raízes históricas da Psicodinâmica do Trabalho**

Essa disciplina – inicialmente denominada psicopatologia do trabalho – tem por objetivo o estudo clínico e teórico da patologia mental decorrente do trabalho. Fundada ao

final da II guerra por um grupo de médicos-pesquisadores e liderados por L. Le Guillant, ela ganhou há cerca de 15 anos um novo impulso que a levou recentemente a adotar a denominação de “análise psicodinâmica das situações de trabalho”, ou simplesmente “Psicodinâmica do Trabalho” (DEJOURS, 2007).

A Psicodinâmica do Trabalho é uma abordagem científica que investiga a saúde no trabalho. Nos anos 1950, pesquisadores engendraram esforços para delimitar e caracterizar os efeitos deletérios do trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores, visando construir uma clínica das doenças mentais. Diante da dificuldade de descrever as patologias do trabalho, diversos autores concluíram que o trabalho não era prejudicial à saúde mental do trabalhador, que não representava qualquer perigo e que, em suma, trabalho era saúde. Reorganizaram então as pesquisas e se balizaram pela seguinte questão: como os trabalhadores conseguem não ficar loucos, apesar das exigências do trabalho? (DEJOURS, 1999).

A partir dessa questão, o Fundador da Psicodinâmica do Trabalho, Dr. Christophe Dejours, desenvolveu estudos e começou a construir suas teorias. No quadro 3, a seguir, é possível compreender como foi a evolução da Psicodinâmica do Trabalho.

Quadro 3 - A evolução da Psicodinâmica do Trabalho

| Período             | Aspectos relevantes na fase  |
|---------------------|--|
| 1970: O nascimento  | 1. <sup>a</sup> etapa: psicossomático, estudo do sofrimento psíquico (inconsciente). Enfocou o sofrimento psíquico, sua gênese e transformações derivadas do confronto entre o psiquismo e a organização do trabalho. Pesquisas empíricas concentradas na análise dinâmica do sofrimento e das estratégias defensivas suscitadas por esse sofrimento.  |
| 1980: Segunda fase  | O foco foi na Psicopatologia e Psicodinâmica (Ergonomia). Início dos estudos sobre estratégias defensivas. Enfocou saúde, abordando o estudo do prazer e dos mecanismos utilizados pelos trabalhadores para tornar o trabalho saudável. Pesquisas buscam aprofundar a análise do papel trabalho na construção da identidade pela investigação da dinâmica do reconhecimento.   |
| 1990: Terceira fase | O foco foi na ampliação da Psicodinâmica, influências mais críticas, a partir da teoria comunicacional - crítica de Habermas (1989) e a banalização da injustiça social e no estudo do prazer, mecanismos de enfrentamento dos trabalhadores para a saúde no trabalho. Privilegiou os processos de subjetivação e as patologias sócio psíquicas. Pesquisas buscam aprofundar a análise dos processos relacionados à saúde dos trabalhadores. |
| 2000: Fase atual    | O foco foi e é na ênfase ao estudo da construção da identidade do trabalhador e as vivências de prazer/sofrimento no trabalho, na psicologia do reconhecimento e da sublimação como estratégia de enfrentamento e nos estudos sobre clínica do trabalho, proposta de uma transformação através do espaço de discussão coletiva onde a palavra possa ter autonomia e liberdade de expressão à "fala livre".                                   |

Fonte: Bueno e Macêdo, 2012, p. 310.

Christophe Dejours, nos anos 1970, se dedicou a estudos relacionados ao trabalho e saúde mental. Em 1978, publicou o artigo “O princípio do prazer no trabalho”. Médico do trabalho, psiquiatra e psicanalista, publicou na década de 80 vários trabalhos relacionados a



estudos psicossomáticos e das relações entre saúde e trabalho (FERREIRA, 1992).

Na evolução da disciplina, a questão do sofrimento passou a ocupar uma posição central. O trabalho tem efeitos poderosos sobre o sofrimento psíquico. Ou bem contribui para agravá-lo, levando progressivamente o indivíduo à loucura, ou bem contribui para transformá-lo, ou mesmo subvertê-lo em prazer, a tal ponto que, em certas situações, o indivíduo que trabalha preserva melhor a sua saúde do que aquele que não trabalha. Por que o trabalho ora é patogênico, ora estruturante? O resultado jamais é dado de antemão. Depende de uma dinâmica complexa, cujas principais etapas são identificadas e analisadas pela Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 2007).

A publicação do livro “A Loucura do Trabalho” (1980, na França) impulsionou avanços na disciplina Psicopatologia do Trabalho, que até a década de 1980 permanecia muito embrionária. Essa obra passou a ser referência básica para diversas áreas como: sociologia, psicologia, medicina social, administração e engenharia da produção. Dejours amplia o objeto de estudo da psicopatologia do trabalho quando se propõe a estudar todos os trabalhadores submetidos às pressões do dia-a-dia no ambiente de trabalho, ao invés de enfatizar as doenças mentais descompensadas ou os trabalhadores por elas atingidos. O objeto de estudo passa a ser não a loucura, mas o sofrimento no trabalho (FERREIRA, 1992).

Dejours (1992) assinala que a imaturidade da psicologia, da psiquiatria e da psicanálise dificultou a conquista de um lugar distinto para a Psicopatologia do Trabalho. Mesmo surgindo as disciplinas de psicanálise em grupo e a psicossociologia, a lacuna ainda persistiu. Todas as disciplinas até então, mesmo sendo consideradas campo potencial para a Psicopatologia do Trabalho, não conseguiram dar conta do “drama existencial vivido pelos trabalhadores” (p.13).

O autor enfatiza ainda que a Psicopatologia do Trabalho não foi mais estudada por falta de condições que ainda (década de 1980) não estavam reunidas. Na obra “A Loucura do Trabalho”, Dejours propôs abandonar observações estatísticas e introduzir nos estudos um ponto de vista dinâmico, com abordagem qualitativa para compreender e interpretar aspectos da subjetividade do sujeito com relação à vivência no trabalho.

O mesmo autor realizou pesquisas com profissionais da construção civil e de telefonia, e conseguiu identificar nessas duas categorias profissionais os sentimentos de medo, de ansiedade e de frustração, vistos pelo autor como sofrimento resultante da organização do trabalho, dado que este era percebido pelos trabalhadores como repetitivo, muita pressão por produtividade e ausência de liberdade no meio ambiente de trabalho (DEJOURS, 1992).

As causas das doenças mentais, para a psiquiatria geral, eram consideradas de origem

orgânica. No entanto, uma nova interpretação surge reconhecendo que o ser humano sofre influência do meio e dos acontecimentos vivenciados. O desvinculamento do estudo das procedências estritamente orgânicas dá origem à psicopatologia do trabalho, fundamentando a tese de que o trabalho ocasiona certas doenças (MOLINIER, 2013).

A abordagem da Psicopatologia do Trabalho se baseia num “modelo de homem e de subjetividade emprestado da psicanálise” (DEJOURS, 1994), suas raízes históricas advêm do modelo de organização do trabalho Taylorista<sup>3</sup>, que trouxe consequências sobre a saúde do corpo (primeiramente) e da mente dos trabalhadores. Segundo Dejours (1992), o corpo dócil e disciplinado entregue sem obstáculos à imposição da organização do trabalho e à direção hierarquizada do comando é a primeira vítima do sistema.

Dejours (1992) prossegue enfatizando que a organização do trabalho e as condições de trabalho impostas pelo modelo instigaram os trabalhadores a reivindicar novas formas de realização do trabalho e melhores condições no ambiente de trabalho. O modelo Taylorista contribuiu para que os trabalhadores desenvolvessem doenças mentais e físicas, fazendo com que a comunidade médica se interessasse em estudar sobre a patologia mental decorrente do modelo de produção vigente à época. Nesse sentido, surge a disciplina Psicopatologia do Trabalho, que tem como foco as doenças mentais decorrentes do trabalho. Entretanto, os estudos sobre a organização do trabalho e seu impacto mental no trabalhador só adquiriram importância após os estudos de Christophe Dejours.

A denominação Psicodinâmica do Trabalho surgiu no ano de 1993 e a partir do ano de 2000 sua designação passa a ser Clínica Psicodinâmica do Trabalho, que trata “o trabalho enquanto atividade humana da qual se busca interpretar clinicamente as causas, os fracassos e as vitórias; reconhecer o que implica para o trabalho o fato de ser um trabalho vivo” (DEJOURS, 2007, p. 16).

A abordagem teórico-metodológica da Psicodinâmica do Trabalho tem como objetivo, analisar a dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pela confrontação do trabalhador com a realidade do trabalho. O centro da investigação, segundo Dejours (1994, p. 120) “são os conflitos que surgem do encontro entre o sujeito, portador de uma história singular, preexistente a este encontro e uma situação de trabalho cujas características são, em grande

---

<sup>3</sup> Modelo de administração desenvolvido, no fim do século XIX e início do século XX, pelo americano Frederick Winslow Taylor que privilegia certos elementos básicos: usa incentivo para encorajar um dia adequado de trabalho para um pagamento adequado; seleciona as “melhores pessoas” para cada tarefa; treina as melhores pessoas para cada tarefa, na “melhor maneira”; determina a “melhor maneira” de executar a tarefa; como resultado a empresa deve ganhar um desempenho aprimorado de seus trabalhadores (CARAVANTES; PANNO: KLOECKNER, 2005, p. 59).

parte, fixadas independentemente da vontade do sujeito”.

Dito de outra forma, o trabalhador quando se insere num contexto de trabalho se depara com prescrições as quais ele não ajudou a construir, que não atendem à realidade. Assim sendo, surge o confronto entre o trabalho prescrito e o trabalho real, que pode melhor ser compreendido no tópico seguinte.

#### **1.4 O Trabalho (prescrito e real) e o trabalhar**

Os estudos de Dejours (2012b, p. 38), definem o trabalho como aquilo que o indivíduo “deve acrescentar às prescrições para atingir os objetivos que lhe são confiados; ou ainda o que ele deve dar de si mesmo para fazer frente ao que não funciona quando ele segue escrupulosamente a execução das prescrições”.

Em uma situação real, o trabalho envolve tudo o que não foi previsto pela concepção, pelo planejamento e organização de uma tarefa. O trabalho demanda o trabalhar, ou seja, preencher a lacuna existente entre o prescrito e o efetivo (DEJOURS, 2012b).

Difícilmente uma organização funciona adequadamente sem que os gestores façam um desenho do processo de trabalho, ou seja, distribuam o trabalho e prescrevam os modos operatórios das tarefas. Isso implica na organização do trabalho para formatar o trabalho prescrito, o qual é constituído, segundo Dejours (2009), pela divisão de tarefas entre os trabalhadores, distribuição, ritmo, repartição das responsabilidades, hierarquia, comando, controle.

No entanto, o trabalho prescrito não é compatível com o trabalho real. Sempre ocorre a discrepância entre o trabalho prescrito e o trabalho real (DEJOURS, 2008). “A lacuna entre o prescrito e o efetivo, no trabalho, nunca é definitivamente preenchida. Sobrevêm sempre, em todas as situações de trabalho, dificuldades e incidentes imprevistos” (DEJOURS, 2012b, p.38).

O trabalho real é o que se deixa conhecer pelo trabalhador por sua resistência ao saber-fazer, aos procedimentos, às prescrições, aquilo que se revela, geralmente, como forma de resistência à habilidade técnica do conhecimento, colocando em xeque sua maestria (DEJOURS, 2008, 2012a). O trabalhador, ao se envolver subjetivamente com todas as responsabilidades inerentes à sua tarefa e ao encarar honestamente as dificuldades que surgem na gestão do hiato existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real, adquire progressivamente uma experiência do mundo que é inicialmente uma experiência do real (DEJOURS, 2008). Ao vencer a resistência do real, o trabalhador transforma-se a si mesmo,

tornando-se de algum modo, mais inteligente, mais competente e mais hábil do que era antes de ter superado as dificuldades (DEJOURS, 2007).

Segundo Westlander (1998), não se deve esperar uma correspondência exata entre as formas das atividades decretadas formalmente e as praticadas na realidade. Nem todas as fases do trabalho podem estar contempladas por um conjunto de normas preestabelecidas. As definições teóricas das operações geralmente não se ajustam à descrição das atividades reais dos trabalhadores e sua interação com o meio ambiente de trabalho. Acrescenta ainda que o caráter regulamentar (especificado) da estrutura organizacional não se ajusta perfeitamente com as formas que os trabalhadores consideram eficazes para desenvolverem suas atividades.

O trabalho é a segunda chance que o trabalhador tem para construir sua identidade e saúde mental. A identidade é uma vivência subjetiva que necessita da objetivação para se firmar. O trabalho entra como um terceiro elemento, se situando entre o sujeito e o outro. A prática da ligação entre o corpo e o real ocorre por meio dos atos instrumentalizados sobre o real. Mediante os atos é que se objetiva e se reconhece a natureza e a qualidade do vínculo que intervém no sentido de evitar que o trabalhador enlouqueça. Assim sendo, o trabalho e o seu reconhecimento pelo outro ocupam um lugar central na construção da identidade do trabalhador, pois a identidade está indexada no real (MOLINIER, 2013). De reconhecimento em reconhecimento o trabalhador pode perceber o fortalecimento de sua identidade, sua maior consistência, sua consolidação (DEJOURS, BÈGUE, 2010).

Na Psicodinâmica do Trabalho um dos pontos emblemáticos é a importância do trabalho na formação da identidade.

A constituição da identidade é aqui entendida como processo que se desenvolve ao longo de toda a vida do sujeito, e que está vinculada à noção de alteridade. Este processo deixa sempre em aberto uma lacuna, que nunca é preenchida. É a partir do “olhar do outro” que nos constituímos como sujeitos; é justamente na relação com o outro que nos reconhecemos em um processo de busca de semelhanças e de diferenças; são as relações cotidianas que permitem a construção da identidade individual e social, a partir de trocas materiais e afetivas, fazendo com que o sujeito, ao longo de toda a sua vida, constitua sua singularidade em meio às diferenças. Na vida adulta, o espaço do trabalho será o palco privilegiado dessas trocas. Ele aparece como o mediador central da construção, do desenvolvimento, da complementação da identidade e da constituição da vida psíquica (LANCMAN, 2008, p. 34).

A análise psicodinâmica estuda os movimentos psicoafetivos gerados pela evolução dos conflitos inter e intrassubjetivos. A análise se estende até o campo concreto e aponta seletivamente o drama vivido, seu conteúdo e o sentido que reveste para aquele que o vivencia (DEJOURS, 2011). Para estudar os movimentos psicoafetivos, faz-se necessário compreender em quais condições intra e intersubjetivas os trabalhadores do SAMU 192

executam suas tarefas. Essa compreensão será facilitada com base na análise de duas grandes categorias: a) organização do trabalho e b) mobilização subjetiva.

### **1.5 Categorias de análise da Psicodinâmica do Trabalho: a organização do trabalho e a mobilização subjetiva**

A Psicodinâmica do Trabalho “tem por objetivo o estudo das relações entre condutas, comportamentos, experiências de sofrimentos e de prazeres vividos por um lado, e organização do trabalho e relações sociais de trabalho por outro” (DEJOURS, 2011, p. 343).

A organização do trabalho é o ponto de partida para analisar o trabalhar, pois ela é potencialmente desestabilizadora da saúde mental dos trabalhadores (DEJOURS, ABDOUCHELI, 1994). Diante das incoerências, insuficiências e impossibilidades práticas para atender o real do trabalho, o trabalhador vivencia o sofrimento e mobiliza sua subjetividade para dar conta de realizar suas atividades. Assim, a investigação utilizando a Psicodinâmica do Trabalho abrange duas grandes categorias: a organização do trabalho e a mobilização subjetiva.

Dejours e Abdoucheli (1994) salientam que estudos sob o olhar da Psicodinâmica do Trabalho priorizam a análise da organização do trabalho e seus efeitos na saúde/adoecimento do trabalhador. Os autores consideram que as pesquisas a partir da organização do trabalho complementam os estudos envolvendo as condições de trabalho. Enquanto muitos estudos se dedicam a analisar às condições de trabalho, a parte visível do trabalho, Dejours e adotantes de sua abordagem focam na organização do trabalho, na parte invisível do trabalho.

Tanto as condições de trabalho quanto a organização do trabalho têm potencial para favorecer ou não a saúde dos trabalhadores. Meios materiais insuficientes e ambiente físico inadequado podem beneficiar zonas de atrito, gerar medo, insegurança. Segundo Dejours e Abdoucheli (1994), más condições de trabalho podem ocasionar desgaste, envelhecimento e doenças somáticas. Nesse sentido, acredita-se que uma análise eficaz da relação homem-trabalho deve também considerar as condições de trabalho. Para tanto, este estudo vai considerar as condições de trabalho como constituinte da organização do trabalho.

Diante da importância que comunicação interna exerce no aparo das arestas dos problemas, na qualidade relacional dos trabalhadores e na influência da execução das atividades laborais, ela também é privilegiada nesta pesquisa, juntamente com a gestão do trabalho, que aqui constituem a categoria organização do trabalho. A gestão é fator crítico e determinante no destino saúde ou adoecimento.

Assim, doravante trabalhar-se-á com duas categorias de análise: uma denominada de organização do trabalho e outra denominada mobilização subjetiva, conforme quadro 4, a seguir.

Quadro 4 - Categorias de análise adotados pela Psicodinâmica do Trabalho

| <b>Categorias de análise</b>   | <b>Subcategorias teóricas</b>                   | <b>Definição/características</b>   |
|--------------------------------|---|--|
| <b>Organização do trabalho</b> | Organização do trabalho prescrito               | Comporta a divisão técnica e a divisão social e hierárquica do trabalho. Tais divisões abarcam: o estabelecimento da missão e das metas; a divisão, constituição e características das tarefas; definição das normas de produção, quantidade e qualidade; os modos operatórios e prazos; a instituição de regras formais, normas e procedimentos; sistema de controle, fiscalização e disciplina; jornada de trabalho, pausas, turnos, ritmos, pressão, conteúdo de tempo; estilo de comando, hierarquia, níveis de responsabilidade e autonomia, tipos de competência (DEJOURS, 1993; BRASIL, 2007; LEITE <i>et al.</i> , 2012; MOLINIER, 2013).  |
|                                | Condições de trabalho                           | Engloba aspectos que constituem a estrutura física de uma organização. Inclui os ambientes: físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude, iluminação), químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças), biológico (condições de higiene - vírus, bactérias, parasitas, fungos), ergonômico (características antropométricas do posto de trabalho - esforços físicos intensos, levantamento e transporte manual de peso, posturas inadequadas, monotonia e repetitividade), mecânico/acidente (arranjo físico; máquinas, ferramentas e equipamentos, segurança) (DEJOURS, 1992, p. 25).  |
|                                | Relações sociais de trabalho                    | Todos os laços humanos criados pela organização do trabalho: relações com a hierarquia, com as chefias, com a supervisão, com os outros trabalhadores (DEJOURS, 1992). Inclui também as relações externas - clientes, fornecedores e fiscais (PIRES; MACÊDO, 2011).  |
|                                | Gestão do trabalho                              | Lida com os aspectos rotineiros e diários da organização; monitora atividades, controla processos, pessoas, se envolve com planejamentos, orçamentos. Busca obter resultados organizacionais por meio de recursos materiais, financeiros e da força de trabalho (BATEMAN; SNELL, 2012).  |
|                                | Comunicação                                     | Envolve esforços para construir uma interpretação comum da situação entre os que se comunicam. Envolve a linguagem, a palavra, a narração e a mensagem. Os processos comunicativos no contexto organizacional influenciam na díade prazer e sofrimento no trabalho (DEJOURS, 1999).  |
| <b>Mobilização subjetiva</b>   | Inteligência prática                            | Produzida no exercício do trabalho, da função é “uma inteligência do corpo, sua força é sua astúcia; está no âmago da profissão, opera em todas as atividades do trabalho, incluindo teóricas; é fundamentalmente criativa e subversiva, amplamente distribuída entre os homens; é pulsional, e seu subemprego é patogênico” (DEJOURS, 2011, p. 395).  |
|                                | Estratégias de defesa do sofrimento no trabalho | Individuais: modo de agir individual para minimizar as pressões, fontes de sofrimento (DEJOURS, 2012b).<br>Coletivas: recursos construídos pelo coletivo de trabalho para modificar, transformar e, em geral, eufemizar a percepção em relação à realidade que os fazem sofrer. De vítimas passivas, os trabalhadores se colocam na posição de agentes ativos frente aos desafios, às atitudes provocadoras ou para minimização às pressões patogênicas. Reúnem os esforços de todos para a proteção dos efeitos desestabilizadores, para cada um, do confronto com o real que é, em uma primeira abordagem, a mesma para todos os membros do coletivo de trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994; |

|  |                         |  |
|--|-------------------------|--|
|  |                         | DEJOURS, 2012b).   |
|  | Sofrimento criativo     | Mobilização do trabalhador para transformar o seu sofrimento visando beneficiar sua identidade, aumentar sua resistência frente ao risco de desestabilização psíquica e social (DEJOURS, 1993).  |
|  | Sofrimento patogênico   | “Surge quando as relações dos homens com a organização do trabalho estão seriamente bloqueadas” (DEJOURS, 2011, p. 347).   |
|  | Cooperação              | “Vontade das pessoas de trabalharem juntas e de superarem coletivamente as contradições que surgem da própria natureza ou da essência da organização do trabalho” (DEJOURS, 2011, p. 80).  |
|  | Espaço de discussão     | Constituído por trabalhadores voluntários, com objetivo de construir a organização do trabalho real. São momentos em que o coletivo de trabalhadores discute opiniões, argumentos, experiências, posicionamentos ideológicos. E também elabora regras, reinventa-as. O conviver e a equidade entre palavra e escuta são dimensões centrais para o funcionamento do espaço (DEJOURS, 1999). |
|  | Reconhecimento          | “Forma específica de retribuição moral simbólica dada ao ego, como compensação por sua contribuição à eficácia da organização do trabalho, isto é, o engajamento de sua subjetividade e inteligência” (DEJOURS, 2005, p. 56).  |
|  | Vivências de prazer     | Vivências dos trabalhadores advindas, principalmente, do poder de agirem e de se administrarem livremente e também a partir do reconhecimento no trabalho (DEJOURS, 1997).   |
|  | Vivências de sofrimento | Vivências dos trabalhadores provenientes, essencialmente, da falta de liberdade, autonomia e reconhecimento no trabalho (DEJOURS, 1997).   |

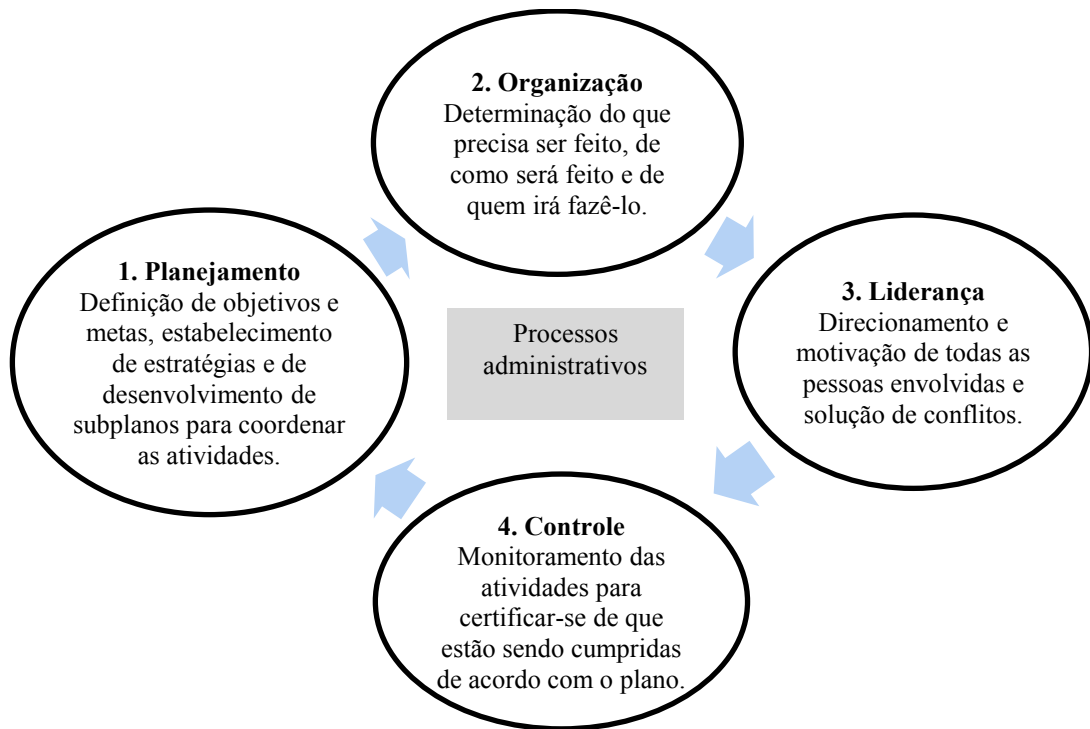
Fonte: Elaborada pela autora

### 1.5.1 Categoria I - Organização do trabalho

O termo organização tem dois significados centrais no contexto da administração. Um deles é a organização como um arranjo sistemático de pessoas reunidas para alcançar algum propósito específico (ROBBINS; DECENZO, 2004) e que necessariamente necessita de recursos como instalações, espaço, tempo, dinheiro, informações e força de trabalho para atingir os objetivos almejados (MAXIMIANO, 2000).

O outro é a organização como atividade do processo administrativo (figura 1 – a seguir) com a função de determinar o que precisa ser feito, como deverá ser feito e quem irá fazer (ROBBINS; DECENZO, 2004). Envolve “tomar decisões relacionadas a divisão de autoridade e responsabilidade entre pessoas e sobre a divisão de recursos para realizar tarefas e alcançar objetivos” (MAXIMIANO, 2000, p. 26).

Figura 1 - Atividades do processo administrativo



Fonte: Adaptada de Robbins e Decenzo (2004, p. 8)

O processo administrativo **planejamento** se encarrega de definir os objetivos e as metas de uma organização, estabelecendo uma estratégia geral para se chegar a eles/elas e desenvolvendo uma ampla hierarquia de planos para integrar e coordenar as atividades necessárias ao funcionamento da organização (ROBBINS, DECENZO, 2004). Em suma, consiste em tomar decisões sobre objetivos e recursos necessários para realizá-los (MAXIMIANO, 2000; BATEMAN; SNELL, 2012).

Já o processo administrativo **organização** tem como função projetar a estrutura de funcionamento de uma organização, mais especificamente se encarregando de determinar as tarefas a serem realizadas, quem irá fazê-las, como elas serão agrupadas, quem responderá para quem e onde as decisões deverão ser tomadas (ROBBINS; DECENZO, 2004). Para Fayol (1968 apud CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005), organizar uma empresa é dotá-la de tudo que necessário para seu funcionamento: matérias-primas, utensílios, capitais, pessoal. Essa função administrativa é encarregada de constituir o organismo material e o organismo social para que as operações possam ser executadas.

No que tange ao processo de **liderança**, este fica a cargo de um gerente, que precisa selecionar os canais de comunicação mais eficazes, resolver os conflitos entre os membros, estimular os trabalhadores a alcançarem alto desempenho. Enfim, envolve o dirigir e



coordenar a força de trabalho de uma organização (ROBBINS; DECENZO, 2004; BATEMAN; SNELL, 2012).

Por fim, o processo administrativo **controle** consiste em monitorar o desempenho e implementar mudanças necessárias (BATEMAN; SNELL, 2012). Envolve a tomada de decisões e ações para assegurar a realização dos objetivos traçados pelos responsáveis pelas atividades desse processo (MAXIMIANO, 2000).

Cada processo administrativo tem efeito sobre o outro; ou seja, esses processos estão inter-relacionados e interdependentes. Planejamento sem organização não funciona. Organização sem liderança ou direção, não atinge os resultados esperados; e o processo controle só faz sentido se tiver o processo planejamento. Sendo assim, os referidos processos são indispensáveis para abrir e manter uma organização em funcionamento.

A razão de existir de uma organização, seja ela pública ou privada, é oferecer para o cliente, ou consumidor, bens tangíveis (como automóvel) ou intangíveis (como é o caso da prestação de serviços de saúde, educação, segurança e outros). Para tanto, quando se constitui uma organização é essencial para seu funcionamento a estrutura física, os recursos materiais, financeiros, tecnológicos e o trabalho vivo, representado pelos trabalhadores. Portanto, ao organizar o processo produtivo de um bem ou serviço, os responsáveis precisam organizar o trabalho maquinal e o trabalho vivo. Dificilmente se produz algo sem trabalho.

A organização do trabalho é fonte geradora de tensões e constrangimentos que são capazes de desestruturar o funcionamento psíquico e a saúde mental do trabalhador devido à desconexão com o prescrito. Os procedimentos reais implicam sempre em diferenças em relação às prescrições. Segundo Dessors e Schram (1992 apud DEJOURS 2004, p. 74), [...] a “organização real do trabalho não é a organização prescrita. Não o é jamais: é impossível prever tudo e ter o domínio sobre tudo [antecipadamente do trabalho]”.

A organização do trabalho se constitui da divisão técnica, social e hierárquica do trabalho (MOLINIER, 2013), que inclui a “divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade etc.” (DEJOURS, 1992, p. 25). Ou seja, abrange as

metas, qualidade e quantidade de produção esperada; as regras formais, missão normas e procedimentos; a duração da jornada, pausas e turnos; ritmos, prazos e tipos de pressão; controles como supervisão, fiscalização e disciplina; a natureza, conteúdo e características das tarefas (LEITE, *et. al.* 2012, p. 245).

A organização do trabalho lida com as combinações possíveis entre tecnologia e utilização de força de trabalho. Esse conceito engloba a forma como o trabalho é dividido, o

conteúdo das tarefas, a hierarquia e a forma como são tomadas as decisões no local de trabalho, a relação do homem com a máquina no seu sentido mais concreto - quantas máquinas cada homem opera, quem determina o ritmo e cadência do trabalho - de que maneira são dispostos homens e máquinas na fábrica - em que ordem e como são integrados os postos de trabalho, bem como o número de componentes de cada posto ou equipe de trabalho, suas obrigações e seu grau de autonomia (ROESE, 1992).

Quanto mais rígida for a organização do trabalho e quanto menos conteúdo a tarefa apresentar, mais sofrimento para o trabalhador, dado a impossibilidade de adaptação do trabalho à tarefa. Em contrapartida, quando a organização do trabalho privilegia o conteúdo da tarefa - de acordo com as necessidades dos indivíduos -, esta gera mais prazer ao trabalhador (DEJOURS, 1992).

Para Morin (2001, p. 9), a organização do trabalho deve proporcionar aos trabalhadores “a possibilidade de realizar algo que tenha sentido ao ser praticado, de desenvolver suas competências, de desenvolver seus julgamentos e seu livre arbítrio, de conhecer a evolução de seus desempenhos e de se ajustar”.

A organização do trabalho (baseada em objetivos e planos organizacionais), as diretrizes definidas em normas regulamentadoras, leis e as necessidades dos trabalhadores são pontos de partida para os gestores estabelecerem as condições de trabalho. Estas podem favorecer o bem estar ou o mal estar no trabalho.

As condições de trabalho impactam essencialmente no corpo físico. A não utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs) em trabalhos em que os mesmos são indispensáveis torna-se um fator de risco, expondo o trabalhador a ameaças quanto à sua integridade física e mental. Os trabalhadores da saúde, a título de exemplo, utilizam medidas preventivas, pois o contato com pacientes os expõe a possíveis contaminações por materiais biológicos (sangue, fluídos corporais, secreções, excreções e outros). Um dos EPIs é a utilização de luvas que os protegem de um provável contágio cutâneo. Ao ter que realizar o trabalho sem luvas, os trabalhadores podem ser invadidos pelo sentimento de medo, pela ameaça de contaminação. O contato com estímulo físico gera, nesse caso, respostas no campo mental.

Estudos têm evidenciado que más condições de trabalho são nocivas, influenciam no corpo e podem causar impactos, inclusive no processo de envelhecimento, ocasionando mudanças drásticas na personalidade dos trabalhadores (ZAIDAN, 2010). Para Seligmann-Silva (2003), as situações e condições de trabalho têm potencial para desencadear ou agravar distúrbios ou desordens mentais devido a síndromes diversas, tais como: fadiga crônica,

esgotamento profissional (*Burnout*), residual pós-traumática, depressivas, paranoides, insensibilidade e alcoolismo e também de quadros neuróticos pós-traumáticos.

As condições de trabalho estão relacionadas com as características do local do trabalho, que incluem

o ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude, etc.), ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças etc.), o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene, de segurança, e as características antropométricas do posto de trabalho (DEJOURS, 1992, p. 25).

Portanto, são necessárias condições de trabalho adequadas ao exercício laboral, para que os trabalhadores consigam preservar sua saúde e integridade. Infelizmente, nem todos os gestores fazem investimentos para oferecerem boas condições de trabalho. Segundo Martins, Zeitoune (2007), os trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) de um hospital universitário situado no Município do Rio de Janeiro apontam desgaste emocional e físico que tem relação direta com as condições precárias de trabalho, levando à insatisfação e ao sofrimento, entre outras vivências.

Pode-se dizer que uma organização funciona com alguns elementos básicos: estrutura física, equipamentos e materiais, procedimentos (maneiras, métodos de fazer as coisas) e seres humanos. Estes, a partir do momento que firmam um contrato de trabalho, passam a fazer parte do grupo que constitui o núcleo central da vida de uma organização e que é denominado trabalhadores. Eles se inserem em um local, investem suas energias físicas e usam suas inteligências, tanto do corpo quanto da mente para realizarem suas atividades. No entanto, esses laborais dificilmente fazem isso isoladamente, eles convivem entre si e experienciam o trabalho em suas várias situações.

Dejours (2012a) explica que o trabalhar envolve o conviver, o viver junto. Assim sendo, as relações das pessoas que habitam o meio ambiente de trabalho devem ser as mais saudáveis possíveis; por isso, devem fazer uso da comunicação para trocar experiências, incentivar a cultura de vários princípios, entre eles o respeito, a solidariedade e o humanismo.

As relações de trabalho se constituem de interação, negociação e parcerias que se estabelecem entre os agentes envolvidos em determinadas situações. Para Fleury (1996), essas relações surgem das relações sociais de produção que se estabelecem entre trabalhadores e empregadores. Dejours (1994) insiste que o trabalhador não é um indivíduo isolado, ele é uma parte ativa nas relações com os pares e os subordinados no âmbito da hierarquia. As más relações laborais representam uma das grandes causas de sofrimento no trabalho, pois a

capacidade do trabalhador para suportar sua realidade de trabalho está intimamente relacionada à qualidade das relações sociais de trabalho.

Essa qualidade depende de aspectos prazerosos, ou seja, das experiências de vivências de prazer advindas das relações sociais verticais e horizontais. Relações saudáveis de trabalho entre pares vêm precedida de ajuda, confiança, amizade, companheirismo e pela busca conjunta por soluções. Entre subordinado e superior prevalecem fatores como o reconhecimento, a liberdade para falar, a autonomia para agir, a visão humanizada, a empatia, o apoio. No entanto, a relação entre trabalhador e público envolve reconhecimento e satisfação (MONTEIRO; GRISA, 2014).

As relações de trabalho são possíveis caso ocorra entre os indivíduos uma comunicação, que de maneira eficaz ameniza desconfortos entre o coletivo de trabalho e evita conflitos. A abertura e a manutenção de canais de comunicação com os trabalhadores trazem benefícios a eles e à própria consecução dos objetivos organizacionais.

Para Dejours (1999), a comunicação é um esforço para compreender o ponto de vista do outro e para se chegar a um sentido comum. A convivência é possível quando as pessoas conseguem se comunicar juntas. Quando as comunicações no trabalho são bloqueadas, quando o silêncio se impõe ou a mentira impera e quando não há espaço para se discutir abertamente o que acontece nos locais de trabalho, a situação se deteriora e o sofrimento assume as formas mais incontroláveis, que vão desde o puro cinismo até às manifestações de violência individual e social.

Pode-se afirmar que a organização do trabalho, as condições de trabalho, as relações sociais de trabalho podem ser, por um lado, fatores potenciais que causam a degradação psicológica e o sofrimento dos trabalhadores e, por outro, podem ser fontes de bem-estar, prazer no trabalho. Para os rearranjos, ajustes a serem feitos na organização do trabalho e nas condições de trabalho, os trabalhadores precisam se comunicar, se relacionarem para estabelecerem melhores propostas para o desenvolvimento de seus trabalhos.

Os efeitos nocivos da organização do trabalho, das condições de trabalho precárias e das relações conflituosas impactam na saúde física e mental, cujos resultados incluem perturbações psíquicas, como o medo e a ansiedade; e ainda doenças como fadiga, desgaste e mal-estar. Nesse contexto, para reverter as situações nocivas do trabalho – sofrimento – em algo mais agradável – prazer – o trabalhador faz uso da mobilização subjetiva.

### 1.5.2 Categoria II - Mobilização subjetiva

A expressão mobilização subjetiva, conceito central da Psicodinâmica do Trabalho, pode ser compreendida como um processo intersubjetivo, ou melhor, ocorre entre consciências individuais quando há espaço para que isso aconteça e ganha força no coletivo.

O trabalhador, ao se confrontar com uma realidade que difere do trabalho prescrito, precisa mobilizar seu corpo e subjetividade usando sua inteligência prática para dar conta da atividade real. Dejours e Gernet (2011) concordam que o trabalhar exige do trabalhador a mobilização de sua inteligência, o dispêndio de gestos, o engajamento do corpo, sentimentos, pensamentos, reflexões, invenções e interpretações para suas tarefas.

Os processos psíquicos mobilizados pelos trabalhadores na invenção, imaginação, inovação, criatividade e ajustamentos para desenvolver as atividades reais, segundo Dejours e Abdouchelli (1994), passam pela inteligência prática, que funciona sempre em função de uma regulamentação feita antecipadamente pela gestão do trabalho. No entanto, ao invés de seguir rigorosamente as tarefas prescritas, a inteligência prática, às vezes, subverte essa regulamentação com procedimentos mais eficazes, no intuito de satisfazer as necessidades do trabalho e para atender seus objetivos.

Visto que a inteligência prática é um recurso que emerge nos trabalhadores para resolver problemas e encontrar soluções não prescritas pela organização do trabalho, Dejours e Abdoucheli (1994) explicam que a fonte fundamental da inteligência prática em atividade é o sofrimento, que estimula as capacidades do trabalhador em atenuá-lo e direcioná-lo ao sentimento de prazer. Importante comentar que o sucesso da inteligência prática passa necessariamente pelo reconhecimento dos outros.

Em outras palavras, o movimento da inteligência prática tem como destino principal a construção de estratégias de defesas do sofrimento. Para Dejours (2004), diante do desafio que constitui a organização do trabalho, a mobilização subjetiva supõe esforços de inteligência, esforços de elaboração para a construção de opiniões sobre a melhor maneira de arbitrar as contradições e de acertar as dificuldades da organização do trabalho e esforços para se inteirar e participar do debate de opiniões necessárias à deliberação que deve preceder ou acompanhar as escolhas ou as decisões em matéria de organização do trabalho.

O processo da mobilização subjetiva permite a transformação do sofrimento a partir da construção do sentido do trabalho (DEJOURS, 2012a). Este é compreendido como uma representação individual e/ou coletiva do ato de trabalhar desenvolvida via processo de percepção e reprodução do sentido, em que se apreciam as situações vivenciadas no meio

ambiente de trabalho e a representatividade destas para o trabalhador ou trabalhadores (COSTA, 2013).

Mais especificamente, o processo de mobilização subjetiva inicia (figura 2 – a seguir) quando o trabalhador se depara com uma realidade não prescrita pelos gestores do trabalho, ocasionando situações de conflitos entre a organização do trabalho e seu funcionamento psíquico. Na opinião de Ferreira (2012, p. 129), a “organização prescrita do trabalho, composta por regras e normas ligadas à lógica da produtividade, tende a ser desconectada das necessidades e desejos das pessoas e das atividades reais de trabalho”.

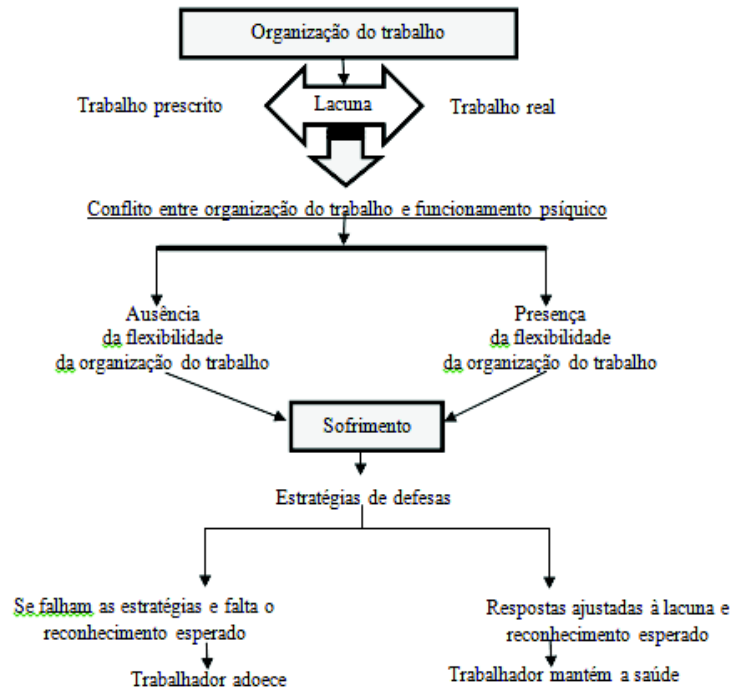
Essa desconexão ocasiona o sofrimento, que pode ser compensado pelas estratégias defensivas constituídas pelos recursos elaborados pelos trabalhadores para lidarem com o sofrimento sem adoecerem (MORAES, 2013a).

A saúde do trabalhador vai ser mantida se ele conseguir elaborar uma resposta que se ajuste à lacuna<sup>4</sup> entre o trabalho prescrito e o trabalho real e, ainda, ser reconhecido. Caso as possibilidades de adaptação ou de ajustamento à organização do trabalho se esgotem, o reconhecimento não vem e a relação subjetiva com a organização do trabalho será bloqueada e o trabalhador adoecerá.

---

<sup>4</sup> Discrepância entre o trabalho prescrito e a realidade da situação. Comumente, as circunstâncias de trabalho são submetidas a eventos inesperados, panes, incidentes, anomalias de funcionamento, incoerências organizacionais, imprevistos provenientes tanto da matéria, das ferramentas e das máquinas quanto dos outros trabalhadores, dos colegas, chefes, subordinados, equipe, hierarquia, e até dos clientes (DANIELLOU; TEIGER, DESSORS, 1988; LAVILLE, DURAFFOURG, 1973 apud DEJOURS, 2008).

Figura 2 - Representação gráfica do processo de mobilização subjetiva



Fonte: Elaborada pela autora com base em Dejours, 1994, 1999, 2011

Ao mobilizar sua energia pulsional para lidar com as dificuldades, o trabalhador se insere no processo da mobilização subjetiva podendo alcançar a experiência do prazer e manter sua saúde. Porém, os trabalhadores adoecidos sofrerão impactos em sua vida laboral, podendo se estender até às suas famílias por compartilharem juntos o cotidiano.

Pode-se afirmar que o destino do sofrimento depende de duas condições básicas: a flexibilidade ou não da organização do trabalho e as defesas psíquicas elaboradas (estratégias defensivas) pelos trabalhadores. Para Dejours e Abdouchelli (1994), o trabalhador, diante de uma organização do trabalho flexível, precisa ser sutil, inventivo e movimentar ações para neutralizar, amenizar ou até mesmo ‘esconder’ as adversidades e o sofrimento ocasionado pelas situações de trabalho.

Os estudos de Ferreira (2012) confirmam que a busca pela estabilidade psíquica perpassa pelas estratégias de defesas, as quais são, segundo Dejours e Abdoucheli (1994), suscitadas pelo sofrimento, que, por sua vez, preexiste à situação do trabalho. Portanto, a única possibilidade que resta aos trabalhadores é transformar o sofrimento, pois não se pode eliminá-lo (DEJOURS, 1999).

### 1.5.2.1 As vivências de prazer

A palavra prazer provém do latim, derivada do verbo: *placere*, que significa agradar, parecer bem. Também está relacionada à *placare*, que denota “aquietar, acalmar” (MENDES, MULLER, 2013, p. 289). A relação do trabalhador com o trabalho oportuniza vivências de prazer, mas a experiência do sofrimento é constante e o mesmo antecede ao prazer (DEJOURS, 2016b).

As vivências de prazer experienciadas no contexto laboral são percebidas quando o trabalho é considerado importante e resulta em valorização e reconhecimento de quem o executa. O prazer pode ser alcançado também pelas relações que se estabelecem entre as pessoas, no convívio na sociedade e na organização, no reconhecimento por algo realizado, e na realização pessoal ou profissional.

Segundo Freitas (2007), as vivências de prazer surgem do bem que o trabalho produz no corpo, na mente e nas relações sociais. As suas causas têm origem nas dimensões (organização do trabalho, condições de trabalho e relações socioprofissionais) que estruturam o contexto de trabalho. Essas vivências se manifestam por meio da gratificação, da realização, do reconhecimento, da liberdade e da valorização no trabalho.

Dejours (1997) relaciona esse tipo de experiência à liberdade, à autonomia e ao reconhecimento, sentimentos indispensáveis à satisfação humana, que é vista como retribuição moral e simbólica pela realização ou contribuição à organização do trabalho. O prazer pode advir ainda pela discussão que se estabelece entre o indivíduo e seus pares em busca de condições mais favoráveis na realização real do trabalho.

Ter liberdade para organizar o tempo de trabalho, ter autonomia para ordenar e realizar as atividades e ser reconhecido pelo trabalho são elementos centrais para originar as vivências de prazer.

#### 1.5.2.1.1 Autonomia e liberdade

A autonomia envolve possibilidades de alterações (pelo trabalhador) da prescrição de sua tarefa com o objetivo de adequá-la ao real do trabalho, viabilizando a regulação do modo de desenvolver suas atividades (FERREIRA, 2012). “É o grau de independência do trabalhador em relação às prescrições, objetivos e método que constituem o seu trabalho” (MORAES; VASCONCELOS; CUNHA, 2012, p. 219). Complementando, Siqueira (2010) afirma que a autonomia é a capacidade do indivíduo de reger-se por si mesmo, escolher sua



própria forma de agir/ser, praticar sua independência.

Uma organização de trabalho flexível valoriza o exercício da inteligência prática, da criação e da invenção do novo. Dessa forma, Moraes, Vasconcelos e Cunha (2012, p. 219) explicam que

a autonomia favorece a conquista do prazer no trabalho, com base na transformação do sofrimento do *não saber* em prazer de *saber fazer*. O exercício da autonomia articula-se à resistência do trabalhador à dominação, tendo em vista o confronto entre seus desejos e as normas da organização de trabalho. Na dinâmica entre a organização do trabalho e a subjetividade, a autonomia favorece as vivências de prazer.

No entanto, a falta de autonomia agrava o sofrimento (MORAES, 2010), que é exacerbado também pela ausência de liberdade. Um trabalhador licenciado a expressar suas ideias e utilizar suas habilidades para atuar no labor sentirá prazer naquilo que realiza.

Dejours (1994, p. 24) confirmam que o trabalho que se opõe à livre atividade do trabalhador põe em risco o aparelho psíquico do mesmo. Um trabalho livremente escolhido e organizado “oferece, geralmente, vias de descarga mais adaptadas às necessidades. O trabalho torna-se, então, um meio de relaxamento, às vezes em tal ponto que, uma vez a tarefa terminada, o trabalhador se sente melhor que antes de tê-la começado”. O bem-estar advém de um livre funcionamento, de forma articulada dialeticamente com o conteúdo da tarefa, expresso, por sua vez, na própria tarefa e revigorado por ela.

#### 1.5.2.1.2 Reconhecimento

Outra instância inerente ao labor que influencia subjetivamente o trabalhador na vivência de prazer é o reconhecimento. Quando os trabalhadores mobilizam toda a sua personalidade para cooperarem com o trabalho, correm riscos e assumem responsabilidades para beneficiar a organização do trabalho e, em troca disso, esperam retribuições simbólicas na forma de reconhecimento (DEJOURS, 2007). Essa é uma forma de retribuição moral simbólica dada ao ego para compensar os trabalhadores pelas contribuições, via engajamento de sua subjetividade e inteligência, dadas à eficácia da organização do trabalho (DEJOURS, 2005).

O trabalhador espera ser retribuído pela contribuição prestada à organização do trabalho. Dejours (2011) comenta que a natureza da retribuição é simbólica e se reveste na forma de reconhecimento, que possui dois sentidos diferentes: gratidão e constatação. O reconhecimento no sentido da constatação é feito pelos outros, baseado na realidade da

contribuição do trabalhador à organização do trabalho (DEJOURS, 1999). No entanto, essa forma de retribuição implica em quebra de resistência dos dirigentes/responsáveis para admitir falhas e imperfeições da organização do trabalho (DEJOURS, 2011).

O reconhecimento está relacionado ao trabalho e se enquadra em dois julgamentos: utilidade e beleza/estética. O julgamento sobre a utilidade é feito pelos superiores hierárquicos e os subordinados, eventualmente pelos clientes (DEJOURS, 1999, 2011; DEJOURS, BÈGUE, 2010). Esse julgamento certifica se os objetivos fixados foram atingidos. Além disso, traduz a utilidade social, econômica e técnica das contribuições individuais e coletivas dos trabalhadores na elaboração da organização do trabalho (MOLINIER, 2013). Já o julgamento da beleza/estética advém dos pares, dos colegas, dos membros da equipe ou da comunidade (DEJOURS, 1999, 2011), e é baseado na conformidade com as regras da arte do ofício e na originalidade de estilo nas soluções (DEJOURS, 2012b). Os dois tipos de julgamento possuem em comum uma particularidade: tratam do trabalho realizado, do saber fazer (DEJOURS, 1999, 2011).

Para Dejours (2007), o reconhecimento esperado pelos trabalhadores advindo de seus superiores, colegas ou subordinados é um ingrediente essencial da saúde mental. O autor adverte que a maioria dos indivíduos apresenta falhas herdadas da infância em sua identidade. Esta não se constrói a partir do eu, mas também pela confirmação do olhar do outro e se fortalece graças ao olhar do outro, porque, geralmente, ela não é invulnerável. Toda descompensação psicopatológica é centrada por uma crise de identidade que conduz o indivíduo à doença.

#### 1.5.2.2 As vivências de sofrimento no trabalho

As exigências de trabalho e as condições de trabalho não apropriadas expõem o trabalhador a riscos de sofrimento proveniente da realização de um trabalho pautado na divisão e padronização das tarefas, no qual o trabalhador não utiliza seu potencial criativo a favor da atividade. A insatisfação diante da impossibilidade de agregação de valor do trabalhador à atividade resulta em sentimento de frustração e inutilidade. Esses sentimentos desencadeiam a ansiedade, gerando a instabilidade psíquica e o desequilíbrio psicoafetivo do mesmo, afetando a relação com os seus pares e a rejeição contra a hierarquia da instituição (DEJOURS, 1994).

De forma mais pontual, Mendes e Morrone (2012) asseveram que diversos fatores são

determinantes para as vivências de sofrimento no trabalho, como por exemplo: características das tarefas, gestão do trabalho, conflitos entre os valores da empresa e os pessoais, sobrecarga, indisponibilidade de recursos materiais e força de trabalho, ambiente de trabalho, políticas de remuneração, relação entre pares e clientes/usuários.

Com pensamento convergente, Bendassolli (2011) elucida que o sofrimento no trabalho incide ou é pensado em cinco dimensões centrais. A primeira é o corpo, que se torna vítima de lesões, fadiga, carga excessiva de trabalho, fatores de risco ou ameaças à saúde. A segunda é a dimensão do psiquismo ou da subjetividade, cujos principais determinantes do sofrimento são: o estresse, *burnout*, transtornos mentais, enfraquecimento ou aniquilação do poder de agir do sujeito. A terceira dimensão é relacionamento entre os sujeitos. A sofrência advém pela falta de reconhecimento, enfraquecimento dos coletivos de trabalho, da competição exacerbada e do empobrecimento das relações afetivas. A quarta dimensão é denominada de perspectiva do sujeito moral. O sofrimento está associado ao assédio, dominação de classes, exclusão social, invisibilidade social. Por fim, tem-se a quinta dimensão, que é chamada de ponto de vista do próprio trabalho. O sofrimento é experienciado pelo trabalhador diante de atividade impedida, esvaziada ou suspensa; perda do significado ou da função psicológica do trabalho e ausência de atividade.

A partir de Dejours (1994), Mendes de Morrone (2012) e Bendassoli (2011), percebe-se que existe uma diversidade de fatores que expõem os trabalhadores à percepção do sofrer. Dentro da perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, segundo Dejours (2007, p. 35), trabalhar é, “antes de tudo, fazer a experiência do sofrimento: é a etapa inevitável e comum a todos aqueles que trabalham”, pois ele não pode ser evitado, ele é onipresente. Dejours (2011, p. 187) acredita que há um sofrimento que responde “diretamente à organização do trabalho, mas há ainda o sofrimento resultante dos relacionamentos entre colegas e diante do qual esses relacionamentos se impõem como solidariedade combativa ou militante, etc.”.

Em seus estudos, Dejours (1992, 1994) percebeu a existência de dois principais fatores que causam o sofrimento para os trabalhadores na sua relação com o trabalho: a falta de reconhecimento e a sobrecarga.

Por falta de reconhecimento dos seus esforços, os trabalhadores tendem a se desmobilizarem em função das consequências desastrosas que incorrem sobre a saúde mental dos mesmos (DEJOURS, 2012b). O não reconhecimento dos colegas, pares, superiores hierárquicos torna o sofrimento sem sentido e, conseqüentemente, o trabalhador não poderá transformá-lo em prazer e repatriá-lo para o registro de sua identidade (DEJOURS, 1999).

Outra vivência de sofrimento experienciada pelos trabalhadores é a sobrecarga de

trabalho. Segundo Robazzi *et al.* (2010, p. 60), “o trabalho feito em excesso, representado pela alta carga de trabalho, vários trabalhos, sessões duplas ou triplas são elementos que podem favorecer queixas aos trabalhadores de saúde psíquica/mentais na área da saúde”.

#### 1.5.2.2.1 Falta de reconhecimento

Muitas pessoas gozam de melhor saúde quando estão trabalhando (DEJOURS, 2007). No entanto, se o trabalho “não oferecer possibilidade de reconhecimento, só produzirá sofrimento e progressivamente impelirá o sujeito à descompensação” (MACÊDO; HELOANI, 2013, p. 222). A mobilização subjetiva é um processo individual que se concretiza em condições oferecidas pelo coletivo e manifesta-se com grande força na maioria das pessoas saudáveis. O trabalhador carente de reconhecimento tem tendência a se desmobilizar (DEJOURS, 2004).

O reconhecimento não é um mero adorno, sua ausência inviabiliza o sentido do trabalho e o prazer pelo trabalho (DEJOURS, 2004). A falta de reconhecimento ocasiona vivências de injustiça, indignação e desvalorização (FREITAS, 2007).

Ao ser beneficiado pelo reconhecimento,

o trabalhador pode tirar vantagens no registro da construção de sua saúde mental. Por outro lado, quando este reconhecimento lhe é negado ou retirado, ele corre o risco de uma desestabilização da identidade e do prazer provocado na relação de si consigo mesmo, no amor de si - narcisismo (DEJOURS, 2004, p.89).

Além da falta de reconhecimento, a experiência do sofrimento é também empreendida pela sobrecarga, resultante de carga horária incompatível com a capacidade do trabalhador, e pelo excesso de trabalho. Para Dejours e Abdoucheli (1994), as pressões decorrentes da organização do trabalho têm como alvo principal o corpo dos trabalhadores, podendo ocasionar desgaste, envelhecimento e doenças somáticas.

#### 1.5.2.2.2 Sobrecarga

Uma carga de trabalho que extrapola a capacidade das pessoas tem efeito significativo no esgotamento emocional e na insatisfação com o trabalho. Além disso, tem potencial para criar conflitos no âmbito familiar (PEREZ, 2013). Os trabalhadores vítimas de sobrecarga de trabalho, de natureza física e mental, correm risco de desenvolverem patologias diversas.

Em seus estudos, Carvalho e Moraes (2011) identificaram que a sobrecarga de trabalho, as pressões por resultados e o medo de perder o emprego muitas vezes conduzem o trabalhador à servidão voluntária e a um ritmo de trabalho patogênico. Para Silva *et al.* (2006), em virtude da sobrecarga de trabalho, o que tem ocorrido normalmente entre os enfermeiros de um hospital geral em Fortaleza-CE é a falta de tempo para descansar, refletir, organizar, aprender, o que causa desgaste físico e emocional para muitos deles.

### **1.6 Tipos de sofrimento: criativo e patogênico**

Ao recorrerem à sua inteligência, os trabalhadores se envolvem numa luta contra os constrangimentos e o sofrimento é amenizado, “anestesiado”, conjurado (MOLINIER, 2013). Esses trabalhadores passam a vivenciar o sofrimento criativo.

O sofrimento criativo modifica o destino do sofrimento e favorece sua transformação (e não sua eliminação) por meio da criatividade. Para Dejours (2011), o sofrimento criativo pressupõe investimento sublimatório, no qual o prazer sexual será substituído pelo prazer no trabalho. No entanto, o investimento sublimatório e a ressonância simbólica são, muitas vezes, excessivamente cerceados por imposições da organização do trabalho e seus modelos de gestão. A sublimação, explica ainda o autor, “supõe uma renúncia à meta sexual inicial da pulsão. Assim, trata-se de uma dessexualização da pulsão e da sua substituição por uma atividade socialmente útil, que toma o lugar da meta primeira da pulsão” (p. 241).

Entretanto, o sofrimento patogênico emerge quando todas as margens de liberdade na transformação, gestão e organização do trabalho já foram usadas. Ou seja, quando resta ao trabalhador somente pressões fixas, rígidas e incontestáveis, conduzindo-o às práticas de repetição, acompanhadas de estados de frustração e desgosto, medo ou sentimento de impotência. Depois de explorados todos os recursos defensivos possíveis, o sofrimento residual persiste no seu trabalho de ataque dando início à destruição do aparelho mental e do equilíbrio psíquico do trabalhador, levando-o lentamente ou brutalmente para uma descompensação (mental ou psicossomática) e para a doença (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994).

O trabalho atua junto com o sofrimento e o reconhecimento. Caso não haja o reconhecimento, os trabalhadores engajam-se em estratégias defensivas para evitar a doença mental, com consequências sérias para a organização do trabalho (DEJOURS, 2012b).

## **1.7 As estratégias de defesas para lidar com o sofrimento**

O medo do acidente, da mutilação ou da doença profissional, o receio de não estar à altura do exercício da tarefa ou das responsabilidades, a irritação frente às tarefas repetitivas suscitam conflitos intrapsíquicos que demandam pela construção e a implementação de estratégias defensivas, que podem ser individuais ou coletivas (DEJOURS, 2012b).

### **1.7.1 Estratégias individuais de defesa**

As estratégias individuais de defesa são modos de agir dos trabalhadores que os levam à eufemização da percepção que eles têm da realidade que os fazem sofrer. Trata-se de processos mentais, visto que não alteram a realidade da pressão exercida pela organização do trabalho (ROSSI, 2008).

Um trabalhador, diante de tarefas repetitivas e sob o constrangimento do tempo, desenvolve com frequência estratégias de defesas destinadas a lutar, em primeiro lugar, contra o aborrecimento, em seguida contra a angústia de se sentir transformado em um verdadeiro robô e, posteriormente, contra o medo de não conseguir segurar a cadência da linha (DEJOURS, 2012b).

Mesmo sendo o sofrimento uma vivência individual, a luta contra o sofrimento pode, às vezes, implicar em cooperação e em regras defensivas. Para Moraes (2013a), as estratégias defensivas coletivas parecem ser mais eficazes por contarem com a adesão e a força do coletivo de trabalho.

### **1.7.2 Estratégias coletivas de defesa**

Na opinião de Dejours (2011), a proteção da saúde mental do indivíduo não depende apenas de seu talento em explicitar suas defesas maleáveis e eficientes, mas também pelas estratégias coletivas de defesas, as quais desempenham um papel importante nas capacidades do sujeito de resistir aos efeitos desestabilizadores do sofrimento.

Dejours (2012b) afirma ainda que as estratégias defensivas coletivas do trabalho, como a banalização do risco, negação do perigo, contribuem para a minimização do sofrimento e preservação da saúde física e mental dos laborais. A reunião de esforços de todos para a proteção dos efeitos desestabilizadores do trabalho ameniza o sofrimento, dando

oportunidade às vivências de prazer.

Dejours e Abdouchelli (1994, p. 129) explicam que

a diferença fundamental entre um mecanismo de defesa individual e uma estratégia coletiva de defesa é que o mecanismo de defesa está interiorizado (no sentido psicanalítico do termo), ou seja, ele persiste mesmo sem a presença física de outros, enquanto a estratégia coletiva de defesa não se sustenta a não ser por um consenso, dependendo assim, de condições externas.

As estratégias coletivas de defesa, estruturadas pelos coletivos de trabalhadores, desaparecem quando afastadas das situações laborais que geram vivências de sofrimento, o mesmo não acontece com as estratégias individuais de defesa.

### **1.8 Quando as estratégias defensivas falham: adoecimento e patologias**

O adoecimento envolve aspectos físicos e psíquicos, como doenças de ordem circulatória, muscular e infecciosa, transtorno mental, estresse e síndrome do esgotamento profissional (CAMELO; GALON; MARZIALE, 2012). Segundo Araújo, Pinheiro e Greggio (2011), o trabalho não é simplesmente meio de subsistência, ele constrói laços sociais, é fonte de reconhecimento pessoal e possui um papel importante na construção da subjetividade. Entretanto, o trabalho pode tornar-se fonte de adoecimento físico e também mental. Para Dejours (2011, p. 164), o trabalho “joga a favor da saúde ou, pelo contrário, contribui para sua desestabilização e empurra o sujeito para a descompensação”.

O estudo de Rossi (2012), feito com bancários, elucidou o processo de adoecimento por LER/Dort. Os trabalhadores frente às pressões por produtividade, medo de perder o emprego e outros fatores, usavam como estratégias de defesa a autoaceleração e a consequência foi adoecimento.

Nos últimos anos têm surgido novas patologias do trabalho (patologias de sobrecarga; patologias pós-traumáticas; patologias do assédio; patologias da depressão, das tentativas de suicídio e dos suicídios; patologias da solidão e da indeterminação no trabalho; patologias da comunicação) em decorrência de influências externas à organização, como por exemplo: concorrência entre empresas e países, tecnologias, e também influências internas, com maior peso para a organização do trabalho.

Com a chegada do progresso técnico, da automação e da robotização, alguns sinais apontavam mudanças no âmbito do trabalho que levariam ao seu fim ou, ao menos, a uma redução considerável na carga de trabalho. No entanto, não é o que se tem verificado, pois os

trabalhadores têm sido vítimas de muitas **patologias de sobrecarga**, como: *burnout*, *Karôshi*, disfunções musculoesqueléticas (DEJOURS, 2007). A imposição de uma carga de trabalho acima das capacidades físicas e mentais por parte dos gestores do trabalho, expõe os trabalhadores aos riscos de adoecimento. Monteiro e Jacoby (2013) dizem que em muitos tipos de atividades tornou-se rotina a necessidade de realizar tarefas fora do horário de trabalho, em função da demanda de trabalho estabelecida para atender metas quase inatingíveis.

O profissional, ao exercer suas atividades, está vulnerável às **patologias pós-traumáticas** advindas das consequências de agressões ocorridas no meio ambiente de trabalho. O trabalhador se torna vítima de perturbação psíquica decorrente e condicionada a um evento fortemente ameaçador presente nas situações de trabalho, ou nos casos em que esse apenas é testemunha da ocorrência. Consiste numa revivescência muito mais forte do que uma simples recordação. Diversas profissões estão sendo atingidas pelas patologias pós-traumáticas, as quais têm apresentado aumento considerável (DEJOURS, 2007).

As **patologias do assédio**, da mesma forma, têm se ampliado. A fragilidade das pessoas em lidar com o assédio é decorrente da falta de estrutura dos mecanismos de defesa, especificamente os mecanismos coletivos e a solidariedade (DEJOURS, 2007). O assédio moral produz efeitos extremamente danosos para quem o sofre. É comum, face à conduta do assediante, o trabalhador decidir pelo seu desligamento da organização ou, em situação mais extrema possível – tentar ou chegar a consumir o suicídio (SILVA NETO, 2013).

Além das citadas anteriormente, destacam-se ainda as **patologias da depressão, das tentativas de suicídio e dos suicídios** no local de trabalho. O surgimento do suicídio no ambiente de trabalho é considerado um elemento recente. Cada suicídio apresenta periculosidade precedente. Caso ocorra o suicídio é recomendável fazer algo a respeito (investigação clínica) para evitar a banalização desse acontecimento no local de trabalho e suas consequências para a comunidade e para a coletividade do trabalho (DEJOURS, 2007).

Há também as **patologias da solidão e da indeterminação no trabalho**. A solidão sobrevém da fragilidade dos “ofícios enquanto coletividades articuladas em torno de regras, normas, atividades e identidades comuns. Por sua vez, a indeterminação no trabalho tem relação com a dificuldade, por parte dos trabalhadores, de entender os meios e os fins de suas ações, o que dificulta o processo de adaptação subjetiva da atividade” (BENDASSOLLI; SOBOL, 2011a).

Em tempo, convém lembrar as **patologias da comunicação**. A ausência de processos comunicativos satisfatórios no meio ambiente de trabalho expõe os trabalhadores ao



sofrimento e ao adoecimento. A inexistência de espaços de discussão inviabiliza a intercompreensão da palavra e da escuta, considerada fundamental para o conviver junto. A comunicação é um esforço dos trabalhadores para compreender o ponto de vista do outro e para chegarem a um sentido comum, que a *priori* é amenizar o sofrimento no trabalho e modificar a organização do trabalho (DEJOURS, 1999).

Uma alternativa para lutar contra as causas dessas patologias é instituir o princípio da cooperação e da comunicação no meio ambiente de trabalho.

## **1.9 Cooperação**

Segundo Dejours (1999, 2012a), a cooperação é um poderoso dispositivo de estruturação das ligações de ajuda mútua, solidariedade e harmonia entre os indivíduos. O autor supõe que os diferentes parceiros no trabalho constroem acordos entre si. Desses acordos passa-se aos acordos normativos, e destes às novas normas de trabalho. A soma das normas estabelecidas constitui-se nas regras de trabalho.

A cooperação está na base coletiva do trabalho, sendo fundamental para construir ações comuns que favoreçam a saúde dos trabalhadores (GHIZONI, 2013). Cooperar envolve comprometimento no funcionamento coletivo, na construção, na adaptação, na transformação e no respeito às regras. O compromisso com o coletivo vai exigir muitos esforços e sofrimento, pois os trabalhadores, ao se envolverem nos debates coletivos para adaptarem regras, se expõem aos olhares e críticas dos parceiros (DEJOURS, 2007).

A cooperação não é prescrita, depende da vontade das pessoas de trabalharem juntas e de superarem coletivamente as contradições que surgem naturalmente da organização do trabalho (DEJOURS, 2008). Quando funciona bem, a cooperação traz grandes ganhos de produtividade (DEJOURS, 2016a).

Então, as ações cooperativas são essenciais para que os trabalhadores consigam realizar o seu trabalho, pois as mesmas favorecem positivamente a convivência no ambiente laboral por meio da união e da confiança, que viabilizam a construção de acordos, normas e regras para ajustarem o trabalho real ao prescrito e atenuarem seus sofrimentos no trabalho.

## **1.10 A abordagem teórico-metodológica da Psicodinâmica do Trabalho**

A abordagem teórico-metodológica adotada nesta pesquisa é a Psicodinâmica do

## Trabalho, cuja metodologia

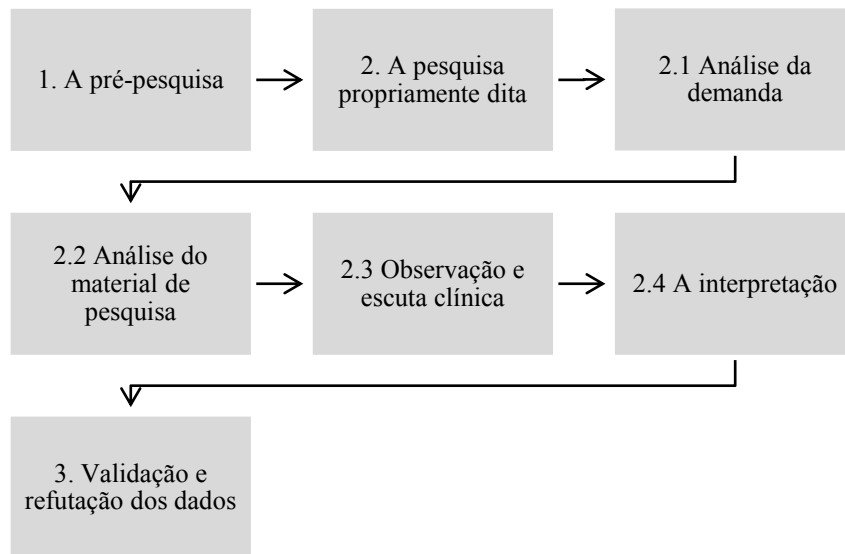
está apoiada na epistemologia das ciências históricas e hermenêuticas, que recorre à técnica de interpretação. O seu objetivo é a elaboração da vivência do sofrimento no trabalho à medida que permite desvendar a vivência subjetiva dos sujeitos em relação à organização do trabalho; perceber aquilo que na organização é fonte de pressões, de dificuldades, de desafios passíveis de ocasionar sofrimento, mas também de prazer (ROSSI, 2010, p. 113).

O acesso às vivências subjetivas dos trabalhadores acontece, basicamente, por meio da palavra, essencialmente pela relação entre a palavra do trabalhador e a escuta do pesquisador, permitindo àquele que fala sobre seu trabalho uma clarificação de seu comportamento, colaborando para a mudança da sua percepção a respeito de circunstâncias vividas. Assim, a referida abordagem deve considerar como princípios metodológicos fundamentais a escuta e a interpretação da fala (MACÊDO; BUENO, 2016).

A Psicodinâmica do Trabalho se insere na abordagem de pesquisa qualitativa, cuja investigação, análise e interpretação das vivências subjetivas dos trabalhadores envolve procedimentos essenciais como a coleta de dados pelos clínicos pesquisadores sobre organização do trabalho e o diálogo e reflexão conjuntas sobre o trabalho, pelos clínicos e o coletivo de trabalhadores estudados. Defende Dejours (1992, p. 157) que “na ótica objetiva só podemos conhecer as desregulações e as reequilibrações, mas essa perspectiva não nos ensina muita coisa sobre a vivência subjetiva qualitativa”.

As investigações clínicas na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho focam sua atenção na saúde psíquica dos trabalhadores, indo a campo para analisar e compreender as relações do trabalho e a organização do trabalho. No entanto, para atingir os objetivos propostos faz-se necessário percorrer algumas fases essenciais, as quais são apresentadas na figura 3, a seguir.

Figura 3 - Fases da pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho



Fonte: Elaborada pela autora a partir dos dados de Dejours (1992, 2011)

**A pré-pesquisa/pesquisa inicial:** A pesquisa na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho é iniciada quando os próprios interessados se manifestam. Ou seja, com a solicitação da demanda proveniente de um grupo de trabalhadores. Caso isso não ocorra, não se aceita nenhuma solicitação que não seja formulada pelos interessados. Depois de recebida a solicitação, a demanda é acolhida, inicia-se a preparação da pesquisa. Define-se os participantes, quem e quantos, incluindo grupo de pesquisadores e grupo de trabalhadores. Além disso, deve-se reunir informações sobre o processo de trabalho e sua transformação e mutações, fazer a visita na empresa e proceder a abordagem da organização do trabalho (DEJOURS; 1992, 2011). Afirma Ferreira (2012, p. 127) que a

demanda será posteriormente aprofundada por meio de um espaço da fala e da discussão, no qual as pessoas, ao falarem livremente, contribuem para a construção de uma compreensão coletiva das situações de trabalho.

**A pesquisa propriamente dita:** O seu desenvolvimento deve ocorrer em local identificado com o trabalho. Os pesquisadores apresentam a si próprios e também, claramente, o tema da pesquisa. Os sujeitos ajudam na preparação da pesquisa. Posteriormente, os pesquisadores pedem aos demandantes as explicações e interpretações dos fatos que provocaram a solicitação. A postura do coletivo no trabalho e os efeitos da ocultação dos sistemas defensivos coletivos sobre o sofrimento constituem o alvo da pesquisa. Ademais, o modo de ação da organização do trabalho e seus efeitos perversos para com a saúde psíquica também são enfatizados (DEJOURS; 1992, 2011).

**Análise da demanda/ a solicitação, o grupo homogêneo e o coletivo:** Esta é uma fase importante da pesquisa. É o momento de analisar sua viabilidade, avaliando: a origem dos demandantes, se são trabalhadores; se a solicitação foi dirigida a um pesquisador; o conteúdo da solicitação – análise das situações (DEJOURS; 1992, 2011).

**O material da pesquisa:** Constituído a partir do que foi discutido antes pelo coletivo procedendo à análise. A extração é realizada a partir do que foi dito, sobre o que pôde ser reconhecido como o discurso, em outros termos, daquilo que é uma formulação original, viva, engajada e subjetiva do grupo de trabalhadores. O material da investigação se constitui nos comentários (e nas falhas ou faltas de comentários) completados e relacionados ao contexto, procurando justamente o que vem, de certo modo, contrabalançá-los ou contradizê-los. O comentário é a matéria-prima por excelência da apropriação da subjetividade dos trabalhadores (DEJOURS; 1992, 2011).

**A observação e escuta clínica:** É um material muito importante para a elaboração e discussão no campo da psicodinâmica. O objetivo da observação é demonstrar o encadeamento, as idas e vindas, as interações dos protagonistas, pesquisadores/trabalhadores, da pesquisa. Não designa apenas a descrição dos fatos observados que são subjetivos – mais precisamente, intersubjetivos. Recomenda-se recorrer durante as sessões às anotações e gravações (DEJOURS; 1992, 2011), ou seja, registrar tudo que foi detectado durante a pesquisa: o dito, o não dito, gestos, posturas, tons de voz (FLEURY; MACÊDO, 2012).

**O método da interpretação:** Requisito fundamental da pesquisa. É a utilização do material da observação clínica (FLEURY; MACÊDO, 2012). Dar forma ao que, para o pesquisador em seu contato com os trabalhadores, parece surpreendente, espantoso, incompreensível, doloroso, angustiante, agressivo, em relação à experiência que ele tem com outros coletivos e que advém de sua prática clínica, individual, psiquiátrica, em psicopatologia do trabalho em outras áreas. O sofrimento e o prazer são, essencialmente, subjetivos. Os dados passam pela subjetividade do pesquisador, tanto na descrição como na identificação e formulação dos outros (DEJOURS; 1992, 2011).

**Validação e refutação:** Normalmente se dão em duas etapas: inicialmente durante a pesquisa, e quando trabalhadores se juntam ao grupo depois dos trabalhos já iniciados. (DEJOURS, 1992, 2011; FLEURY; MACÊDO, 2012).

A clínica do trabalho na abordagem da Psicodinâmica do Trabalho é feita em um espaço de discussão coletivo, constituído da palavra e da escuta, possibilitando ao clínico-pesquisador o acesso à dinâmica intersubjetiva entre o trabalhador e a organização do trabalho.

A Clínica do Trabalho é o espaço em que os sujeitos que executam as rotinas do trabalho em uma organização podem expressar suas impressões, sentimentos e percepções relacionadas aos pares, superiores, subordinados, tarefas realizadas, resultado e sentido do que fazem. A Clínica do Trabalho acolhe as opiniões, impressões e sensações dos trabalhadores em relação a todos os aspectos que fazem parte da vida da organização, identificando fatores que geram sofrimento físico e psíquico e resultam no adoecimento dos indivíduos e na perda de produtividade laboral – com impactos na organização do trabalho e no ser humano (ARAÚJO, 2013, p. 91).

Explica Dejours (1999) que não é possível gerenciar racionalmente a organização do trabalho sem um espaço de discussão, estruturado nos moldes de um espaço público onde se debate várias questões da cidade. O espaço de discussão funciona parcialmente como um espaço de democracia, o exercício da democracia, nem que seja mínimo, é necessário para a gestão racional da organização do trabalho.

O espaço de discussão é um agente no processo de ajustamento da organização prescrita com a organização real, capaz de evitar adoecimento e promover saúde (DEJOURS, 1994). Esse espaço é uma produção da vontade dos agentes e de responsabilidade dos gestores. A linguagem, a palavra e a narração são fundamentais para que o espaço perdure, os trabalhadores precisam falar e serem escutados. Postula Dejours (1999, p. 41) que “a palavra só é produtora de conhecimento e só contribui para transformar a organização do trabalho quando diante das pessoas que falam, há pessoas que escutam”.

O espaço de discussão se constitui a partir de um grupo de trabalhadores que falam, escutam, refletem, confrontam opiniões e debatem entre si sobre maneiras consensuais de trabalhar em conjunto para atingir objetivos individuais e da organização. Dejours e Bègue (2010, p. 120) elucidam que o espaço de discussão no ambiente de trabalho permite

reconstituir as bases racionais do viver junto que procedem invariavelmente da palavra orientada para o entendimento; formar as bases da cooperação, ou seja, as condições de exequibilidade de uma atividade deontica orientada para a busca de regras convenientes para trabalhar junto devido uma obra ou uma produção comum.

No entanto, para que o espaço de discussão seja passível de utilização é necessário que os gestores reconheçam: a existência da defasagem entre o trabalho prescrito e o trabalho real; o direito dos trabalhadores de investir nesse espaço público interno. Ademais, é indispensável o reconhecimento do sucesso da inteligência prática, dando-a visibilidade de forma transparente (DEJOURS, 1992).

O espaço de discussão constituído favorece a formação de novas competências coletivas reunindo concomitantemente o objetivo de prevenir os efeitos deletérios a saúde mental do trabalhador e ainda institui os princípios da cooperação na hierarquia

organizacional, não somente na horizontal, como também na vertical. A cooperação em curso permite a sequência do processo de transformação da organização do trabalho (DEJOURS, BÈGUE, 2010). Os espaços de discussão, segundo Traesel e Merlo (2012, p. 306),

abrem uma possibilidade de intervenção nas relações de trabalho, sendo extremamente importantes como mediadores de saúde e realização para o trabalhador, bem como para a organização de trabalho na superação dos próprios limites.

Pode-se afirmar que a constituição do espaço de discussão interno são momentos destinados aos encontros de coletivos de trabalhadores que se reúnem voluntariamente para validarem alternativas, emergidas de suas inteligências práticas, para desenvolver as atividades reais. O envolvimento permanente dos gestores e dos próprios executantes é primordial para que o processo de transformação da organização do trabalho seja permanente.

A organização do trabalho sempre supõe ajustamentos e os trabalhadores são os mais indicados para encontrar soluções e oferecer sugestões para mudá-la. De qualquer forma a organização do trabalho “nunca é suficientemente boa; é sempre ruim e sempre causa sofrimento” (DEJOURS, 1999, p. 170), que dependendo do seu destino fragiliza a maioria dos trabalhadores, favorecendo às descompensações (DEJOURS, BÈGUE, 2010).

Nem todas as pesquisas realizadas no Brasil seguem o método original preconizado por Dejours. Isso é percebido em várias produções científicas publicadas nos últimos sete anos em livros e periódicos, como discutido no tópico a seguir.

### **1.11 Estudos recentes envolvendo a Psicodinâmica do Trabalho**

Diversos estudos têm sido conduzidos pela abordagem teórico-metodológica da Psicodinâmica do Trabalho. Entretanto, existem pesquisadores que se apoiam somente na teoria para as conceituações teóricas e/ou discussões dos resultados e optam pelo uso de instrumentos quantitativos para a coleta de dados. Tal afirmação pode ser averiguada nos estudos de Guimarães, Martins (2010) e Ferreira (2011), apresentados aqui neste tópico. Outras situações também ocorreram, como por exemplo o uso da teoria e das entrevistas individuais, como fizeram Souza (2010), Bueno (2012) e Fleury (2013). Contudo, Guimarães Júnior (2012) e Silva (2015) seguiram o método original<sup>5</sup> em seus estudos, conforme procedimentos prescritos por Dejours. A característica fundamental do referido método é a

---

<sup>5</sup> No entanto, a demanda foi constituída/trabalhada pelos pesquisadores. Não houve chamado espontâneo dos trabalhadores ou outros interessados, como gestores, sindicatos.

escuta clínica coletiva precedida da análise clínica do trabalho.

Visando compreender as diferentes configurações de estudos envolvendo os temas da Psicodinâmica do Trabalho, foi feita uma pesquisa exploratória no Portal de Periódicos da CAPES/MEC com a palavra-chave “Psicodinâmica do Trabalho”, filtro a partir de 2010 e também em livros publicados em 2010 e anos subsequentes e em banco de dados de teses e dissertações. Alguns foram escolhidos (quadro 5) para serem apresentados neste tópico.

Quadro 5 - Estudos realizados utilizando a teoria e/ou a prática da Psicodinâmica do Trabalho

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Vivências de prazer e sofrimento | Souza (2010); Guimarães e Martins (2010); Martins, Robazzi e Bobroff (2010); Ferreira (2011); Pires (2011); Leão e Silva (2012); Silva (2012); Guimarães Júnior (2012); Bueno (2012); Traesel, Merlo (2012); Garcia <i>et al.</i> (2012); Rosa, Bonfanti, Carvalho (2012); Fleury (2013); Moraes e Moura (2015). |
| Reconhecimento                   | Lima (2011); Castro, Merlo (2011); Bendassoli (2012).  |
| Adoecimento                      | Anchieta <i>et al.</i> (2011); Carvalho, Moraes (2011); Brasil Tarouquella (2012).   |
| Organização do trabalho          | Monteiro (2012); Rossi (2012).   |
| Espaço de discussão              | Macêdo <i>et al.</i> (2013).   |
| Inteligência prática             | Mendes, Facas (2012).  |
| Estratégias de enfrentamento     | Moraes (2013b); Macêdo (2015).   |
| Psicodinâmica do trabalho        | Machado <i>et al.</i> (2015); Mesquita <i>et al.</i> (2016)  |
| Assédio moral                    | Silva (2015).  |

Fonte: elaborado pela autora

Esses estudos foram selecionados por compreender que os mesmos abarcam várias profissões e seus achados culminam em discussões relacionadas ao confronto do trabalhador com o seu trabalho, que é permeado de vivências de sofrimento. As pesquisas apresentadas a seguir corroboram com o objeto de estudo desta tese.

Ao analisar os *Designers* de Moda que atuam especificamente na moda vestuário, no que diz respeito à sua trajetória, identidade, sentidos atribuídos ao seu trabalho, Souza (2010) conseguiu identificar que a profissão de *Design* tem como fonte de prazer a ato de criar moda e que por meio da liberdade de criação conseguem lidar de forma saudável com as dificuldades enfrentadas. Os profissionais vivenciam o processo de criação livre de um “trabalho vivo” como o principal sentido atribuído ao seu trabalho e, com isso, conseguem desenvolver estratégias de enfrentamento e de sublimação, transformando as vivências de sofrimento em prazer. A pesquisa utilizou a abordagem da Psicodinâmica do Trabalho. Foi feito estudo de caso de caráter descritivo e exploratório, além de entrevistas individuais, as quais foram examinadas pela análise gráfica do discurso.

Guimarães e Martins (2010), ao fazerem uma avaliação do impacto dos valores individuais relativos ao trabalho no prazer-sofrimento do trabalhador de nível superior,

identificaram que a ‘realização’ e ‘liberdade’ são indicadores de prazer e que as ‘relações sociais’ reduzem as dimensões do sofrimento, ‘desgaste’ e ‘desvalorização’. Como instrumento de coleta de dados utilizaram escalas autoaplicáveis de valores relativos ao trabalho e de indicadores de prazer-sofrimento no trabalho, além de ficha de dados sociodemográficos.

Martins, Robazzi e Bobroff (2010), a partir de uma reflexão teórica sobre as questões de vivências de prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem, sob a ótica da Psicodinâmica Dejourina do trabalho, entenderam que o trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem é gerador de sentimentos ambíguos; ora pode colaborar para vivências de prazer, ora para vivências de sofrimento. Isto se dá porque há possibilidade de serem úteis enquanto servem, ajudam e confortam os doentes e familiares. Porém, ao se depararem com o sofrimento alheio, com a morte, com a dor e/ou situações difíceis de serem superadas, os trabalhadores também sofrem.

Ferreira (2011), ao analisar os fatores determinantes de prazer de empregados de escritórios de contabilidade que prestam serviços a empresas na capital mineira, evidenciou que elementos como relacionamento sócio profissional, danos psicológicos e físicos e custo afetivo e cognitivo têm maior influência na determinação de situações de prazer e de sofrimento no trabalho. Sua pesquisa foi quantitativa e usou como instrumento de coleta de dados o Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA). Desenvolvido de forma amostral, foi um estudo de múltiplos casos submetidos à análise estatística e interpretados à luz da teoria sobre prazer e sofrimento no trabalho.

A temática vivências de prazer e sofrimento também é recorrente no estudo de Pires (2011). O objetivo da pesquisa foi analisar as vivências dos profissionais de uma companhia de teatro da cidade de Goiânia, Estado de Goiás, em relação ao trabalho e às estratégias para enfrentarem o sofrimento e transformá-lo em prazer, com base na Psicodinâmica do Trabalho, no que diz respeito às relações entre identidade profissional e arte, à organização no contexto do trabalho e à mobilização subjetiva do trabalhador. O estudo foi descritivo exploratório, os dados foram coletados via análise documental e entrevistas semiestruturadas individuais e coletivas, que foram examinadas pela análise gráfica do discurso. Os principais achados indicam: existência de sentimentos de orgulho, de felicidade em fazer o que gostam, de estarem sempre participando de um processo criativo; vivências de prazer advindas da coesão e integração da equipe; vivências de sofrimento relacionadas à sobrecarga na realização das tarefas, ao medo, à insegurança e à falta de reconhecimento, de autonomia, de liberdade e de tempo; uso de estratégias individuais de defesa (choro ou riso); inexistência de contrato



formal e existência de normas informais; boas condições de trabalho; problemas atribuídos à falta de incentivo financeiro, sobretudo de políticas públicas para que os espetáculos aconteçam.

Leão e Silva (2012), quando investigaram as vivências subjetivas de deficientes auditivos e deficientes físicos de uma empresa multinacional de grande porte no Vale do Paraíba Paulista, em 2010, conseguiram identificar que os aspectos de sofrimento no trabalho são oriundos do desgaste físico ou psíquico e da falta de reconhecimento no trabalho, que reativam estratégias defensivas frente às situações adversas. Os procedimentos metodológicos utilizados foram a realização de seis estudos de casos e a utilização de entrevistas, cuja análise de conteúdo foi feita à luz da Psicodinâmica do Trabalho.

Ao analisar as vivências subjetivas dos gestores de uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada, Silva (2012) descobriu que as vivências de sofrimento advindas da organização do trabalho e caracterizado por existência de regras e normas predominam e que a mobilização subjetiva possibilita ao trabalhador ter prazer e elaborar estratégias que fazem com que o real aconteça. As estratégias de enfrentamento utilizadas apontam para a racionalização e/ou negação do trabalho. Para atender à proposta de seu estudo, a autora utilizou a abordagem teórico-metodológica da Psicodinâmica do Trabalho, constituiu espaço de discussão coletiva, fez análise documental e análise categorial temática.

Ao realizar uma intervenção clínica na abordagem da Psicodinâmica do Trabalho, a partir da compreensão das vivências de um grupo de empreendedores, Guimarães Junior (2012) percebeu que a liberdade e a autonomia são os grandes compensadores que dão sentido ao sofrimento no trabalho dos empreendedores e que lhes permitem criar, fazer seus próprios planos e tomar suas próprias decisões. As vivências em relação ao trabalho são marcadas por uma rotina de surpresas; é comum ter que lidar com a burocracia do governo e com as dificuldades de se obter mão-de-obra qualificada. Os empreendedores são trabalhadores auto gestores e multifuncionais que têm se deparado com a falta de preparo para a gestão, além de dificuldades na comunicação com os seus funcionários e para estabelecerem o seu estilo de gestão. Participaram desse estudo um grupo de oito empreendedores que se reuniram em 4 sessões coletivas (gravadas em vídeo), posteriormente transcritas e analisadas por núcleo de sentidos.

Bueno (2012) investigou as vivências dos escritores literários em relação ao seu trabalho e as suas estratégias para enfrentarem o sofrimento e transformá-lo em prazer. Foi identificado que esses profissionais sofrem com a falta de reconhecimento, com as jornadas de trabalho irregulares, com a exposição a lugares insalubres e com a falta de políticas

públicas. Em contrapartida, os escritores possuem vivências de prazer advindas da própria identificação com o trabalho voltado para a arte e advindas também do uso da criatividade, do sentimento de liberdade e da autonomia para realizarem o trabalho. O autor conduziu o estudo na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho e fez análise documental e entrevistas com nove escritores literários, dos sexos masculino e feminino, idades entre 40 e 87 anos, todos filiados à União Brasileira de Escritores de Goiás, com mais de dois anos de filiação, com instrução superior e com mais de dez obras publicadas e premiadas.

Fleury (2013), ao descrever e analisar as vivências dos docentes da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (UFG) em relação ao seu trabalho na IES, evidenciou que o reconhecimento do aluno constitui um tipo singular, o qual ressignifica o sofrimento docente resultante da sobrecarga de trabalho e da ausência de outros reconhecimentos. A autora lançou mão de análise documental, entrevistas individuais, sessões coletivas com dezessete docentes.

A pesquisa de Garcia *et al.* (2012), sobre os principais aspectos do processo de trabalho e os sentimentos de prazer vivenciados por técnicos de enfermagem que trabalham em um pronto-socorro do Estado do Paraná, revelou que os sentimentos de prazer se originam do reconhecimento do trabalho pelo próprio sujeito que trabalha, pelo paciente ou pela sociedade, e do trabalho em equipe percebido pela cooperação entre profissionais. Os sentimentos de prazer estão ligados ao reconhecimento do trabalho, havendo necessidade de valorizá-lo, pois o prazer no trabalho colabora para a saúde psíquica do trabalhador. A pesquisa foi sustentada teoricamente pela Psicodinâmica do Trabalho e utilizou-se os métodos descritivo e qualitativo. Para a coleta de dados foram efetuadas entrevistas semiestruturadas e a análise foi norteada pela técnica de análise de conteúdo. Um total de 12 trabalhadores foram entrevistados. Para selecioná-los utilizou-se a técnica bola de neve. Aspectos importantes surgiram do processo de trabalho, como a imprevisibilidade do pronto-socorro, o trabalho em equipe e o modelo de cuidados integrais como precursor da humanização ao paciente.

Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012) fizeram um estudo para analisar os aspectos presentes nas condições e relações de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que podem desencadear o sofrimento psíquico nesses profissionais e, conseqüentemente, impedir que tenham uma postura profissional ativa e mediadora, tanto para a garantia do direito à saúde quanto para a operacionalização dos serviços de saúde. A pesquisa foi realizada durante uma intervenção em unidade de saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Rondonópolis, estado do Mato Grosso. Para a coleta de dados, os pesquisadores montaram grupos de conversa, fizeram entrevistas abertas com agentes comunitários de saúde e com a

população usuária das unidades. Além disso, observaram o trabalho real dos agentes e identificaram situações que caracterizam a sobrecarga de trabalho do ACS em vários âmbitos. Duas consequências foram apontadas, uma relacionada com a perda das especificidades da profissão, o que parece levar ao desvirtuamento das atribuições profissionais, e a outra associada à insalubridade das condições e relações de trabalho. Ambas parecem estar relacionadas à produção de sofrimento psíquico nos ACS, o que pode ser minimizado com maior empoderamento desses profissionais.

Moraes e Moura (2015), ao estudarem os servidores do juizado especial, discutindo a organização do trabalho no setor de atendimento, as relações hierárquicas, o sofrimento e as estratégias construídas pelos servidores para transformar o sofrimento no trabalho, concluíram que a cooperação é um importante instrumento para enfrentar os revezes e agir em prol da transformação do sofrimento no trabalho. O medo, a inexistência de troca de saberes, a não participação nos processos de mudanças são as principais fontes de sofrimento. As autoras adotaram como abordagem teórico-metodológica da Psicodinâmica do Trabalho. Treze trabalhadores dos sexos masculino e feminino participaram das sessões coletivas. A análise e a interpretação dos dados foram feitas a partir das falas, percepções e silêncios dos servidores acerca de seus sentimentos, suas vivências e suas relações de trabalho.

Outra subcategoria da Psicodinâmica do Trabalho que também tem sido estudada é a inteligência prática. Mendes e Facas (2012) fizeram um estudo estabelecendo relações teóricas sobre o uso da inteligência prática na transgressão do trabalho prescrito e constataram que os trabalhadores, diante das contradições entre o trabalho prescrito e o trabalho real, fazem uso da inteligência prática para resolver problemas e encontrar soluções para as dificuldades do trabalho real. É um modo de transgressão que garante ao sofrimento destinos mais próximos da saúde, ainda que mantendo o risco da punição.

A subcategoria “reconhecimento” também tem sido alvo de estudos. Lima (2011) ao avaliar a Psicodinâmica do (a) cuidador (a) social do abrigo de crianças e adolescentes do município de Macaé, localizado no Estado do Rio de Janeiro, identificou que a falta de reconhecimento é a principal forma de sofrimento. Para lidar com as deficiências da organização do trabalho, o coletivo usa estratégias defensivas e se sustenta no reconhecimento. A investigação teve como aporte teórico os princípios da Psicodinâmica do Trabalho em diálogo com a corrente da Sociologia do Trabalho, que trata das relações sociais de sexo. Foi utilizado o método proposto pela Psicodinâmica do Trabalho em suas três etapas (pré-pesquisa, pesquisa e validação). A pesquisa consistiu-se nas discussões grupais com foco na análise do sofrimento no trabalho com os dois grupos de oito cuidadores/as sociais do

abrigo.

Outro estudo sobre reconhecimento foi feito por Traesel e Merlo (2012). Baseados nos pressupostos metodológicos da Psicodinâmica do Trabalho, esses pesquisadores desenvolveram um estudo das formas de expressão do reconhecimento e sua eficácia na transformação do sofrimento vivenciado em prazer e realização. Os participantes da pesquisa foram enfermeiros de um hospital de porte médio situado no interior do Rio Grande do Sul. Os resultados revelaram que esses profissionais estão inseridos em um ambiente de trabalho desfavorável à transformação do sofrimento vivenciado em sofrimento criativo pela via do reconhecimento, cujas fontes encontram-se obstruídas ou limitadas. A principal fonte de reconhecimento é a do paciente.

Uma importante pesquisa envolvendo o tema reconhecimento foi feita por Castro e Merlo (2011). Esses pesquisadores investigaram a saúde mental no trabalho entre os guardas municipais do Grupamento Especial Motorizado que atuam no município de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, focando no reconhecimento do trabalhador. Por meio da clínica do trabalho e da abordagem da Psicodinâmica do Trabalho, foi possível compreender os aspectos subjetivos e objetivos do cotidiano laboral e as estratégias que os guardas constroem para serem reconhecidos pela população através dos serviços prestados.

Bendassolli (2012) também trouxe contribuições para o tema reconhecimento. A partir de uma revisão de teorizações, o autor promove uma apreciação em conjunto de perspectivas sobre reconhecimento no trabalho. Especificamente, discute-se as perspectivas da teoria social, que ajudaram a estabelecer o *status* epistemológico do reconhecimento na cena filosófica e social da atualidade, da psicologia organizacional e duas perspectivas oriundas do campo das clínicas do trabalho, a saber, a Psicodinâmica e a Clínica da Atividade. O artigo conclui com uma reflexão de conceitos desenvolvidos nessas perspectivas, propondo questões críticas para a investigação da relação reconhecimento-trabalho no campo brasileiro da Psicologia das organizações e do trabalho na atualidade.

Em se tratando da categoria “adoecimento”, um dos estudos de grande importância foi feito por Anchieta *et al.* (2011). Esses pesquisadores avaliaram a percepção que os policiais do Distrito Federal têm sobre o seu contexto de trabalho e suas exigências, assim como as vivências e os problemas físicos, psicológicos e sociais, causados pelo trabalho, procurando fazer inferências sobre as estratégias de mediação utilizadas para evitar o sofrimento e os riscos de adoecimento. Foi aplicado o inventário do trabalho e riscos de adoecimento para 160 policiais civis, homens e mulheres, recém empossados na instituição (tempo médio de oito meses de ingresso). Os resultados indicaram que, apesar de não ficarem evidentes danos

graves à saúde do policial novato, há riscos de acontecerem falhas nas estratégias de mediação em relação a fatores que levam ao adoecimento.

O tema “adoecimento” também foi foco da pesquisa feita por Carvalho e Moraes (2011) com cinco trabalhadores de indústrias do Polo Industrial instalado no município de Manaus, Estado do Amazonas, afastados por doença, membros de uma associação para lesionados no trabalho. O objetivo do estudo foi compreender o processo de adoecimento no trabalho, partindo da fundamentação teórica da Psicodinâmica do Trabalho. Por meio de entrevistas individuais em profundidade foi possível compreender que a organização de trabalho, no referido campo de pesquisa, é marcada por sobrecarga, pressão e outros elementos patogênicos relacionados às novas formas de gestão, associadas ao modo de acumulação flexível do capital e que contribuem para o agravamento do sofrimento e para a proliferação das novas patologias sociais do trabalho.

Outro estudo relacionado ao tema adoecimento foi realizado por Brasil Tarouquella (2012). A partir de um fragmento clínico, essa autora levantou reflexões sobre as relações entre o corpo, o adoecimento e as relações de trabalho. O caso clínico refere-se a Lia, mulher que se sentia prisioneira de um corpo experimentado como adoecido e inadequado pela doença psoríase. Lia tinha dificuldades na relação com o próprio corpo e era acometida por episódios depressivos. A vivência no trabalho tornou-se uma alternativa para fortalecer a sua identidade fragilizada. O reconhecimento pela utilidade e a consequente valorização do seu trabalho era a sustentação para o engajamento subjetivo no trabalho e um meio de amenizar o sofrimento causado pela doença.

Outra subcategoria estudada são as estratégias de enfrentamento. Importante estudo sobre esse tema foi feito por Moraes (2013b) a partir de dados empíricos oriundos de pesquisas desenvolvidas no âmbito do Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho da Universidade Federal do Amazonas. O objetivo da pesquisa foi analisar as estratégias de enfrentamento do sofrimento e compreender os processos implicados na transformação das condições adversas em busca do prazer no trabalho. Para a autora, as dificuldades e desafios no cenário do trabalho existem, mas enquanto houver mobilização subjetiva, uso da inteligência prática, cooperação, enfrentamento, há possibilidades de transformação do prescrito, de subversão do sofrimento em prazer, de promoção de saúde no trabalho.

Uma outra pesquisa que também aborda estratégias de enfrentamento no trabalho foi feita por Macêdo (2015). Essa pesquisadora abordou teoricamente a relação entre prazer e sublimação, partindo da abordagem da psicanálise freudiana e da Psicodinâmica do Trabalho de Christophe Dejours. Usou trechos de depoimentos de trabalhadores artistas para

aprofundar a discussão sobre o tema. Partiu do princípio do prazer-desprazer Freudiano até às vivências de prazer-sofrimento de Dejours. Ao final, a autora concluiu que as duas teorias se mostram adequadas em servir como suporte para abordar a sublimação e a transformação do sofrimento em prazer.

A categoria “organização do trabalho” também tem sido alvo de estudos. Um deles foi feito por Monteiro (2012), que investigou aspectos da organização do trabalho e as suas repercussões na saúde mental de profissionais da área da saúde lotados em um hospital público da região do Vale do Rio dos Sinos/Rio Grande do Sul. Um total de 32 trabalhadores foram entrevistados individualmente sobre aspectos relacionados à caracterização da organização do trabalho. Os dados da pesquisa apontaram para a necessidade de mudanças na organização do trabalho, principalmente no que diz respeito à qualidade dos materiais utilizados, às formas de controle e normas estabelecidas e às relações socioprofissionais entre diversos níveis hierárquicos.

Outro estudo relevante, envolvendo a organização do trabalho foi produzido por Rossi (2012), com o objetivo de aprofundar o conhecimento da história do processo de adoecimento de bancários por Lesões por Esforços Repetitivos - LER/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORTS e conhecer a dinâmica das vivências de prazer e sofrimento, bem como as estratégias de defesas utilizadas por eles para enfrentarem o sofrimento engendrado pela organização do trabalho. Quatro bancários, dois homens e duas mulheres, foram entrevistados individualmente. Após análise clínica dos casos, a pesquisadora considerou que o adoecimento por LER/DORTS representou o fracasso da autoaceleração dos movimentos como estratégia de defesa. Sem ela os bancários percebiam a dor nas articulações o que, conseqüentemente, comprometia a produtividade. Por intermédio do adoecimento denuncia-se o sofrimento que estava velado na relação dos bancários com a organização do trabalho. Na percepção dos sujeitos estudados só o corpo produtivo e sadio é aceito no ambiente bancário em que estão inseridos.

O tema “espaço de discussão” também tem sido pesquisado. A partir de quatro estudos realizados por pesquisadores em diferentes organizações (Universidade Federal de Goiás, União Brasileira de Escritores, Companhia de Teatro Profissional de Goiás, Escola Privada), Macêdo *et. al.* (2013) discutem as possibilidades e as dificuldades relativas à constituição dos espaços de discussão coletivos. A constituição formal e estruturada de um espaço de discussão coletiva pode se configurar em três das quatro organizações. A escola privada indica uma quase impossibilidade dessa constituição em virtude de sua cultura, modo de gestão, interesse e disponibilidade da cúpula para possibilitar a abertura de um espaço com

essa finalidade.

Importante pesquisa de caráter descritivo com análise bibliométrica foi realizada por Machado *et al.* (2015). Os autores apresentam o quadro da pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho disponibilizada à comunidade acadêmica no período de 2004 a 2014, no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)/Ministério da Educação (MEC). Identificaram a existência de 84 artigos escritos por 162 autores, cuja maioria é do sexo feminino, com título de doutorado, vinculada a diversas instituições educacionais no Brasil, especialmente na região sudeste. Os resultados revelam a prevalência de parcerias acadêmicas nas publicações (autores e coautores). Constatou-se também grande número de autores com uma única produção. Machado *et al.* (2015) concluíram que a produção científica em Psicodinâmica do Trabalho é tímida e oscilante, porém publicada em periódicos de qualidade.

A Psicodinâmica do Trabalho também foi alvo de estudo de Mesquita *et al.* (2016). Por meio de pesquisa qualitativa, caracterizada como bibliográfica, esses autores utilizaram como fontes livros, artigos e documentos legais para discutirem a possibilidade de integração da Ergonomia da Atividade e da Psicodinâmica do Trabalho para compreenderem, avaliarem e mitigarem os riscos psicossociais do trabalho, notados diante da probabilidade de exposição do trabalhador a um evento capaz de gerar danos negativos à sua saúde. O estudo mostrou que a Ergonomia da Atividade, juntamente com a Psicodinâmica do Trabalho, pode alavancar os estudos dos riscos psicossociais ocupacionais, ampliando as chances de transformação das organizações do trabalho em benefício à saúde do trabalhador e, por consequência, a ela própria.

Outra contribuição importante foi a de Silva (2015). A pesquisadora investigou e analisou o assédio moral num grupo de trabalhadores de uma Instituição Pública Municipal partindo da Psicodinâmica do Trabalho. A pesquisa ocorreu em etapas; inicialmente fez-se análise documental, palestras, apresentando conceitos, características e perfis do assediador e assediado; posteriormente foi constituído o espaço de discussão coletiva com dois grupos de trabalhadores: Grupo 1, os agentes e grupo 2, seus supervisores. Os resultados das análises indicam a presença de assédio moral, sobressaindo o primeiro grupo de profissionais com a existência de sujeitos com perfis de assediadores que causavam sofrimento a determinados participantes. No segundo grupo identificou-se assédio moral de alguns profissionais para com os supervisores como meio justificável, o favorecimento político de alguns agentes.

Os estudos supracitados fornecem conhecimento empírico e teórico com potencial de fortalecer a construção desta pesquisa, principalmente na discussão dos dados coletados.

Como mencionado, o estudo desta tese tem como objeto os profissionais que atuam em um SAMU 192, instalado na região Centro Oeste do Brasil. Então, é necessário conhecer um pouco sobre essa organização pública.



## CAPÍTULO 2

### SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

Este capítulo apresenta, primeiramente, as origens históricas do SAMU 192 no Brasil, bem como sua estrutura de funcionamento, regiões assistidas, profissionais, processo da prestação do serviço, protocolos que auxiliam nos atendimentos. Posteriormente, estão as informações específicas sobre o campo de pesquisa que incluem: sistema de atendimento, municípios atendidos, quadro operacional, organograma, configurações dos vínculos empregatícios, entre outras.

#### 2.1 Origens históricas do SAMU-192

O SAMU 192 foi instituído no Brasil, em Municípios e regiões do território nacional no ano de 2004, por meio do decreto nº 5055 27/04. O objetivo da sua criação foi a implementação de ações com maior grau de eficácia e efetividade na prestação de serviço de atendimento à saúde de caráter emergencial e urgente. O acesso nacional ao atendimento do SAMU é pelo número telefônico 192 (exclusivo das centrais de regulação médicas), disponibilizado pela Agência Nacional de Telecomunicações - ANATEL (BRASIL, 2004a).

A ideia do atendimento pré-hospitalar fora do ambiente hospitalar, via deslocamento de equipe e recursos materiais, tem sua origem em 1792, quando Dominique Jean Larrey, médico cirurgião da Grande Armada de Napoleão, utiliza uma “ambulância” (do latim *Ambulare*, que significa deslocar) para prestar atendimento precoce, no próprio campo de batalha, aos feridos em combate (BRASIL, 2006a). Nessa época não havia ainda veículos de locomoção sofisticados como hoje. Assim, o principal meio de transporte, segundo Rocha *et al.* (2003), era feito por tração animal, essencialmente pelos cavalos considerados ágeis e velozes.

No século XIX, mais especificamente no seu final, o atendimento externo à estrutura hospitalar com a utilização de ambulâncias medicalizadas se ampliou em Nova Iorque e posteriormente na Europa, onde foi implementado pelos franceses com a incorporação do conceito de regulação médica (BRASIL, 2006a).

Depois de 50 anos de existência dos SAMUs franceses, o governo da França criou, em 1986, uma lei governamental definindo os SAMU (Sistemas de Atenção Médica às

Urgências) como Centros de Recepção e Regulação das Chamadas – os Centros 15, localizados em serviços hospitalares, que coordenam os Serviços Móveis de Urgência e Reanimação (SMUR). Os SAMUs franceses têm como objetivo

responder com meios exclusivamente médicos às situações de urgência, com as seguintes missões: garantir uma escuta médica permanente; decidir e enviar, no menor prazo possível, a resposta mais adequada à natureza do chamado; assegurar a disponibilidade dos recursos hospitalares públicos ou privados adaptados ao estado do paciente, respeitando sua livre escolha e, preparar sua recepção; organizar o transporte para uma instituição pública ou privada, solicitando para isto os serviços públicos ou privados de transporte sanitário; garantir a admissão do paciente no hospital (BRASIL, 2006, p. 50).

Essa mesma lei estabelece que os “Centros 15” devem manter comunicação privilegiada com os centros de operações do corpo de bombeiros — cujo número de acesso é o “18” - informando-se mutuamente do andamento das respectivas intervenções. A lei determina ao SAMU a responsabilidade por atividades de ensino que possibilitem a capacitação e formação continuada das profissões médicas e outras ligadas ao atendimento às emergências. Regulamenta, ainda, a regionalização do sistema com a definição da lista de unidades envolvidas no atendimento e suas respectivas atribuições (BRASIL, 2006).

Do ponto de vista histórico, no Brasil pode-se considerar que foi por volta da década de 1950 que a atividade embrionária da atenção pré-hospitalar surgiu. Foi em São Paulo, por meio da Secretaria Municipal de Higiene que criou o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência “SAMDU”, cujo propósito foi dar assistência médica à distância, com o médico indo à residência do doente a fim de lhe prestar cuidados. Por uma série de motivos essa assistência foi sendo desativada progressivamente e findou suas atividades (GONÇALVES, 1999).

Depois de alguns anos, por volta de 1989, por iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde em ação conjunta com a Secretaria de Estado da Segurança Pública, foi proposto o atendimento de todas as solicitações de socorro urgente que entrassem pelo dígito telefônico 193. Inicialmente, houve um trabalho conjunto com a prefeitura do município de São Paulo, que atende pelo dígito telefônico 192 e por motivos políticos não prosseguiu. Foi então que Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo criou o atendimento pré-hospitalar, inicialmente chamado de “resgate”, nos moldes do SAMU francês devido a um convênio existente entre os governos da França e do Brasil (GONÇALVES, 1999).

O modelo francês de atenção às urgências diferia de outros, especialmente dos norte-americanos, pelo fato de propor um sistema com participação efetiva do médico – sistema medicalizado – tanto no atendimento direto aos doentes no local da ocorrência como - e é este

o ponto fundamental do sistema - na central de operações, promovendo a chamada regulação médica do sistema, ou seja, o início efetivo do exercício da telemedicina (GONÇALVES, 1999).

O modelo norte americano de atendimento pré-hospitalar móvel baseia-se na atuação de profissionais intitulados paramédicos, que passam por um processo de capacitação para o atendimento no local da ocorrência, existindo inclusive diferentes categorias de atuação e respectiva carga horária de treinamento, sendo os profissionais de maior qualificação autorizados a realizar procedimentos como intubação, punção de tórax e administração de medicamentos. Essa atuação se dá, em geral, sem supervisão médica e sem regulação (BRASIL, 2006).

Segundo Gonçalves (1999), a atividade pré-hospitalar móvel no Brasil, absolutamente pioneira no meio médico (pelo fato de não ser reconhecida e não estar regulamentada pelos órgãos competentes), sofreu algumas distorções. Por diversas vezes a autoridade e a responsabilidade médica não eram reconhecidas e nem respeitadas, tanto pelos médicos quanto pelo pessoal auxiliar de regulação e de atendimento direto aos doentes. No entanto, alguns fatos foram modificando essa realidade.

Um deles foi a proliferação responsável de serviços públicos de Atenção às Urgências no Brasil que foram organizados com base na presença efetiva do médico, tanto no atendimento como na regulação do sistema. Diversos Estados se tornaram referência dessa concepção de sistema, como o Paraná, o Rio Grande do Sul, o Ceará e São Paulo (GONÇALVES, 1999).

O I Simpósio Internacional de Atenção às Urgências Pré-Hospitalares realizado em Porto Alegre-RS, no ano de 1995 com a ajuda francesa, impulsionou a criação da “rede 192” - “Rede Brasileira de Cooperação em Emergências”, órgão formado por gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde do Brasil, cujo objetivo principal se assentava na participação efetiva para construção responsável e participativa de política pública na área das urgências (GONÇALVES, 1999).

A partir de 1997, afirma Gonçalves (1999), o referido Simpósio assumiu um caráter mais abrangente, não se limitando a discutir o pré-hospitalar, mas ampliando a discussão para a questão hospitalar das emergências, buscando coerência na construção da política pública de urgências que engloba a questão pré-hospitalar e a hospitalar. Dentro desse “*modus operandi*” buscou-se regulamentar de forma mais genérica e uniforme os diferentes sistemas de urgência em construção no Brasil, assim como alguns conceitos fundamentais básicos, a saber: Regulação médica do sistema, entendido como um

elemento ordenador e orientador da atenção pré-hospitalar que faz o enlace com o nível hospitalar e abarca duas dimensões de competência: a decisão técnica em torno aos pedidos de socorro e a decisão gestora dos meios disponíveis (GONÇALVES, 1999, p. XI).

Houve a definição dos profissionais que atuam no sistema em dois níveis: um oriundo da área da saúde – médico, enfermeiro e técnico em emergências (auxiliar de enfermagem) e outro não oriundo da saúde – socorrista, condutor, rádio operador e telefonista auxiliar de regulação. Nesse tópico também foram definidos os diferentes conteúdos curriculares para esses profissionais de acordo com a sua competência e o estabelecimento de normas técnicas para veículos de atendimento pré-hospitalar e transporte inter-hospitalar (GONÇALVES, 1999). Essas e outras definições estão publicadas na Resolução n.º 1.529/98 do Conselho Federal de Medicina (1998). Posteriormente, foram institucionalizadas as bases técnicas e as políticas propostas, as quais foram publicadas em diversas portarias e adotada a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2006).

Em suma, no Brasil a discussão sobre o atendimento pré-hospitalar móvel começou a tomar corpo no início da década de 1990 com o estabelecimento de uma Cooperação Técnica e Científica Franco-Brasileira, a qual foi mediada pelo Ministério da Saúde e o Ministério dos Assuntos Estrangeiros na França. A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo iniciou a prática da cooperação, adotou a concepção de modelo de atenção pré-hospitalar móvel centrada no médico regulador, contando, porém, diferentemente do modelo francês, com a participação de profissionais da enfermagem nas intervenções em casos de menor complexidade (BRASIL, 2006).

Para Machado, Salvador e O'dwyer (2011), a preparação da política federal para atenção às urgências no Brasil envolveu três momentos principais, conforme figura 4, a seguir.

Figura 4 - Momentos principais envolvendo as políticas federais de atenção às urgências no Brasil



Fonte: Elaborada a partir de Machado, Salvador e O'dwyer (2011)

No primeiro momento (1998-2002) destaca-se publicação de três portarias. Sendo a primeira, 2923/1998, um marco muito importante, já que o governo federal reconheceu a existência da carência dos serviços da área de atendimento às urgências e emergências dos grandes centros urbanos. Segundo Brasil (2002), o crescimento da demanda por serviços nessa área nos últimos anos que antecedia 2002 era devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede assistencial, que contribuía decisivamente para a sobrecarga dos serviços até então disponibilizados para o atendimento da população.

Complementando a primeira, a segunda portaria (PRT) foi a 479, divulgada em 16/04/1999. Ela discorre sobre mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências; estabelece critérios para classificação e inclusão dos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências; determina requisitos para as Unidades Hospitalares e traz várias outras diretrizes (BRASIL, 1999).

Ainda dentro desse elementar momento, tem-se a publicação da PRT 2048, disponibilizada ao público em 12/11/2002. Entre outras diretrizes, nela consta a aprovação do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e a determinação da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. No capítulo IV da referida portaria o Ministério da Saúde contempla o atendimento pré-hospitalar móvel, traz o conceito desse tipo de atendimento, trata das centrais de regulação médica, das equipes multidisciplinares, define tipos de veículos, componentes (materiais, equipamentos e medicamentos) e número de tripulantes necessários para cada tipo de viatura (BRASIL, 2002).

O segundo momento (2003-2008) representou um grande avanço na Política Nacional de Atenção às Urgências. Nesse período publicou-se seis portarias e um decreto. Na portaria 2072/2003 foi instituído o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências, definindo suas atribuições, responsabilidades e composição.

No ano de 2004 foram publicadas quatro portarias e o decreto 5055/2004 que instituiu o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU em Municípios e regiões do território nacional. Quanto às portarias, cada qual tem seus objetivos. De forma geral, o conteúdo das mesmas tratam de incentivos financeiros, prazos para implantação do SAMU 192, medidas de transferência de valores, atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das mesmas.

Em 2006, a PRT 3125/2006 instituiu o Programa de Qualificação da Atenção às

Urgências no Sistema Único de Saúde, cujo foco se concentra nos componentes pré-hospitalares fixos (nas Unidades Não Hospitalares de Atenção às Urgências) e Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2006). Em 12/09/2008 publica-se a portaria 491, que institui a câmara de assessoramento técnico à Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, ao Departamento de Atenção Especializada, à Secretaria de Atenção à Saúde, ao Ministério da Saúde - CGUE/DAE/SAS/MS (BRASIL, 2008).

O terceiro momento, na visão de Machado, Salvador e O'dwyer (2011), parece se configurar a partir do final de 2008, quando foram publicadas três portarias. O conteúdo das PRTs 2971 e 2972 envolve respectivamente assuntos relacionados à integração do veículo motocicleta – motolância - como parte da frota de intervenção e orientações relacionadas a continuidades do Programa de Qualificação da Atenção às Urgências. De 2009 a 2011 foi publicada a PRT 1.601, de 07/07/2011, que estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Nos subseqüentes 2012, 2013 e 2016, o Ministério da Saúde redefiniu as diretrizes para a implantação do SAMU 192 e sua Central de Regulação das Urgências. Definiu sobre o cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde - SCNES, das Centrais de Regulação das Urgências e das Unidades Móveis de Nível Pré-Hospitalar de Urgências pertencentes ao Componente SAMU 192 da Rede de Atenção as Urgências (BRASIL, 2017c).

Ademais, alterou a Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, redefinindo diretrizes para a implantação do SAMU 192 e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Incluiu também incentivos de custeio relacionados ao SAMU 192. Por fim, regulamentou a aplicação das emendas parlamentares que adicionarem recursos à Rede SUS no exercício de 2016, para aplicação no incremento do Teto de Média e Alta Complexidade e do Piso de Atenção Básica, com base no disposto no art. 38, § 6º, da Lei nº 13.242, de 30 de dezembro de 2015 (BRASIL, 2017c).

De maneira a facilitar a compreensão da evolução dos atos normativos do governo federal, apresenta-se em forma cronológica (apêndice A), as publicações disponíveis no sistema de legislação da saúde - Saúde Legis, do Ministério da saúde (BRASIL, 2017a).

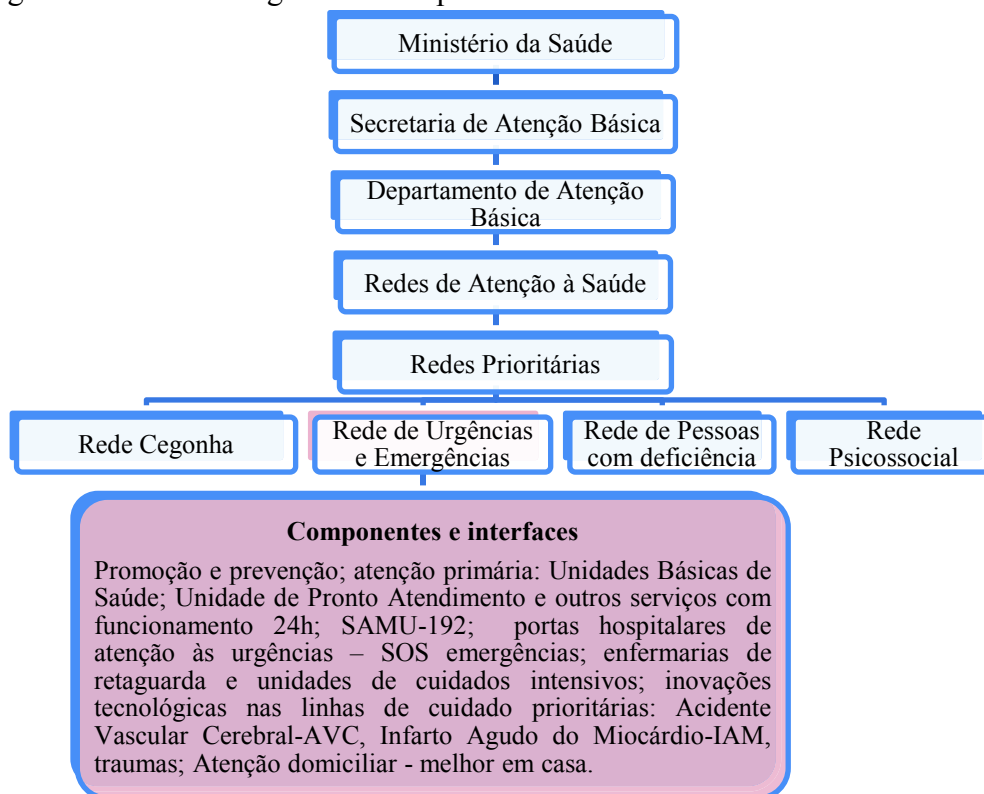
Inicialmente a preocupação do governo federal era o atendimento de urgência e emergência em locais fixos. A partir de 2002 é que surgiram as diretrizes para implementação do serviço de atendimento móvel de urgência 192. Dois anos após, em 2004, se instituiu esse

modelo de serviço nos municípios e regiões do território nacional. Nos anos seguintes os conteúdos das diversas portarias versaram sobre incentivos financeiros, programa de qualificação, câmara de assessoramento, inclusão de veículo motolância, implantação de unidade de pronto atendimento (UPA), redefinindo diretrizes, entre outras orientações. No tópico a seguir, apresenta-se informações mais específicas relacionadas à constituição, função e atuação do SAMU 192 no Brasil.

## 2.2 Constituição, função e atuação do SAMU-192

O SAMU 192 foi escolhido como componente estratégico na implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências desenvolvida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b). O SAMU 192 é uma das quatro redes prioritárias existentes atualmente (figura 5).

Figura 5 - Estrutura organizacional parcial do Ministério da Saúde



Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados de Brasil (2012b)

O Ministério da Saúde do Brasil, instituído em 1953 (lei nº 1.920), compõe o poder executivo federal, cuja função é proporcionar condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, diminuindo as enfermidades, exercendo controle das doenças endêmicas e parasitárias, melhorando a vigilância à saúde, contribuindo assim para a

qualidade de vida dos brasileiros. O desafio desse Ministério é garantir o direito do cidadão ao atendimento à saúde e dar condições para que esse direito esteja ao alcance de todos, independentemente da condição social de cada um (BRASIL, 2017a).

Os assuntos de competência do Ministério da Saúde são: política nacional de saúde; coordenação e fiscalização do sistema único de saúde; saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios; informações de saúde; insumos críticos para a saúde; ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; vigilância de saúde, especialmente drogas, medicamentos e alimentos; pesquisa científica e tecnologia na área de saúde (BRASIL, 2017a).

Sete secretarias estão subordinadas ao Ministério da Saúde: Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Atenção à Saúde; Executiva; Gestão Estratégica e Participativa; Gestão do Trabalho e Educação em Saúde; Especial de Saúde Indígena; Vigilância em Saúde. Todas essas secretarias são responsáveis pela elaboração, proposição e implementação de políticas de saúde, sendo, assim, as executoras das atividades finalísticas do órgão. Outras unidades compõem o Ministério: secretaria-executiva, o gabinete do ministro e a consultoria jurídica, responsáveis por atividades de assessoria e assistência direta às ações do ministro.

A Secretaria de Atenção à Saúde é um órgão específico singular e comporta os seguintes departamentos: Atenção Básica; Ações Programáticas Estratégicas; Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde; Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas; Atenção Hospitalar e Urgência; Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro. Constitui também essa secretaria as coordenações gerais de: Informação e Monitoramento de Serviços e Redes de Atenção à saúde; Planejamento e Orçamento; Política Nacional de Humanização. Os Institutos Nacionais de Cardiologia; Câncer José Alencar Gomes da Silva; Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad também estão vinculados a essa secretaria (BRASIL, 2014c), que tem como principal ação participar da formulação e implementação das políticas de atenção básica e especializada no país, observando atentamente os elementos básicos e elementares do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017a).

No que diz respeito ao Departamento de Atenção Básica (DAB) que integra a Secretaria de Atenção à Saúde, suas atribuições e competências estão definidas no Decreto 8901/2016 (BRASIL, 2016c). Esse departamento assiste às Redes de Atenção à Saúde e as prioritárias são: Rede Cegonha, que tem um recorte de atenção à gestante e à criança até 24 meses; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial (com prioridade para o Enfrentamento do Alcool, Crack, e outras Drogas); Rede de Atenção às



Doenças e Condições Crônicas: iniciando-se pelo câncer - intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero (BRASIL, 2012b).

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências objetiva articular e integrar todos os equipamentos de saúde, visando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. São componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências: promoção e prevenção; atenção primária: Unidades Básicas de Saúde; Unidade de Pronto Atendimento e outros serviços com funcionamento 24h; SAMU 192; portas hospitalares de atenção às urgências – SOS emergências; enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos; inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: AVC, IAM, traumas; atenção domiciliar – melhor em casa (BRASIL, 2012b).

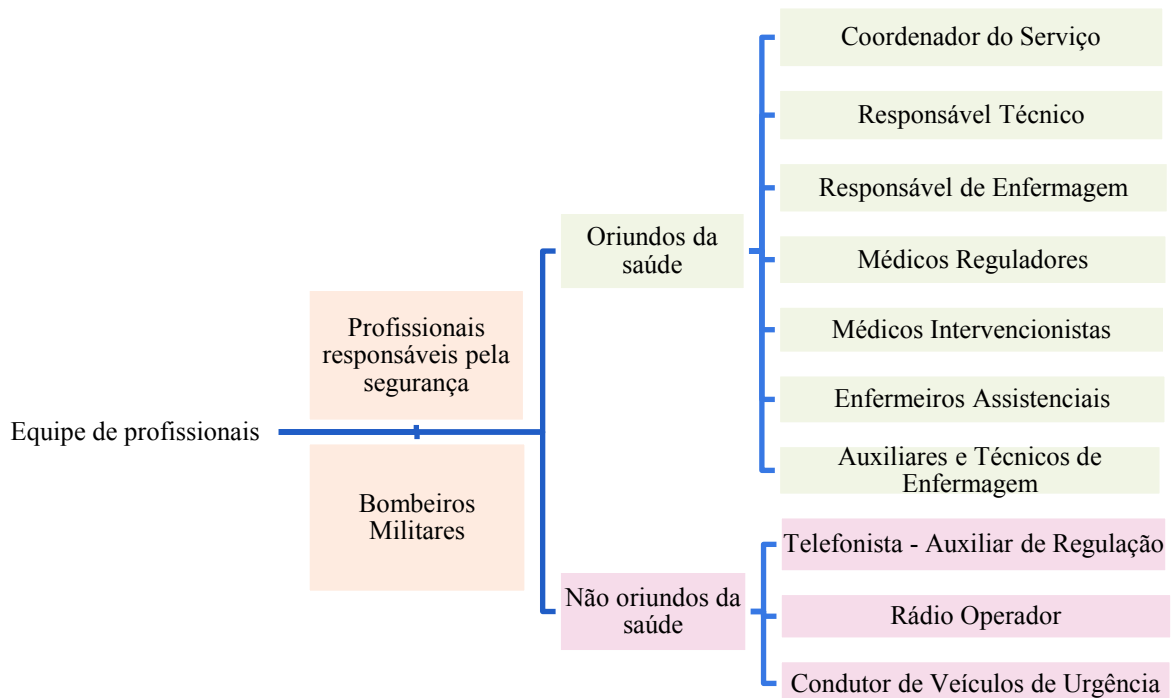
O SAMU 192 é um serviço pré-hospitalar gratuito que funciona 24 horas, prestando orientações e envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências, que é constituída

por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção (BRASIL, 2012c, Art. 2º, cap. 1, II).

O objetivo do SAMU 192 é chegar precocemente à vítima após ocorrência de alguma situação de urgência ou emergência de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras, que possa ocasionar sofrimento, sequelas ou mesmo a morte, conectando as vítimas aos recursos que elas necessitam em menor tempo possível (BRASIL, 2017a).

Além dos trabalhadores que atuam nas centrais de regulação das urgências, há aqueles que participam dos atendimentos no ambiente onde encontram-se as vítimas - residências, locais de trabalho, vias públicas. Esses atendimentos envolvem equipes de profissionais oriundos da saúde e não oriundos da saúde, conforme figura 6, a seguir:

Figura 6 - Equipes de profissionais vinculados diretamente ao SAMU 192 e de apoio



Fonte: Elaborada pela autora a partir de Brasil (2002)

Nem todas as situações permitem que os referidos profissionais do SAMU 192 desenvolvam o seu trabalho de maneira adequada e segura. Para tanto, contam com serviços de apoio de trabalhadores da área da segurança, como Policiais Militares, Rodoviários e também dos Bombeiros Militares. Isso se configura, segundo Brasil (2002), em ações pactuadas, complementares e integradas de outros profissionais não oriundos da saúde para o desempenho das ações de segurança, socorro público e salvamento, tais como: sinalização do local, estabilização de veículos acidentados, reconhecimento e gerenciamento de riscos potenciais (incêndio, materiais energizados, produtos perigosos), obtenção de acesso ao paciente e suporte básico de vida.

Situações em que as vítimas estejam presas após um acidente dentro de um automóvel e que impossibilitam o atendimento da equipe de saúde necessitam da atuação dos Bombeiros Militares, que possuem habilidades, ferramentas e equipamentos para remoção do acidentado para um local que permita o acesso dos profissionais do SAMU 192. Outra circunstância envolve atendimentos a baleados. Havendo suspeitas da proximidade do autor dos disparos, a polícia é acionada para dar suporte ao atendimento.

A equipe de trabalhadores do SAMU é multidisciplinar, pois envolve diversos profissionais com formação e habilitações necessárias para atender as atribuições de cada

cargo. No quadro 6, a seguir, têm-se resumidamente informações sobre cada profissional que compõe a força de trabalho do SAMU 192 no Brasil e integrantes do serviço de apoio.

Quadro 6 - Trabalhadores envolvidos nos atendimentos pré-hospitalares de urgências móveis

| <b>Equipe de profissionais</b>            | <b>Responsabilidades/exigências para o cargo</b>   |
|---|--|
| Coordenador do Serviço                    | Profissional com experiência e conhecimento comprovados na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas.   |
| Responsável Técnico                       | Médico responsável pelas atividades médicas do serviço.  |
| Responsável de Enfermagem                 | Enfermeiro responsável pelas atividades de enfermagem.   |
| Médicos Reguladores                       | Médicos que, com base nas informações colhidas dos usuários ao acionarem a central de regulação, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente.  |
| Médicos Intervencionistas                 | Médicos responsáveis pelo atendimento de reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte.  |
| Enfermeiros Assistenciais                 | Enfermeiros responsáveis pelo atendimento de enfermagem necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte.   |
| Auxiliares e Técnicos de Enfermagem       | Atuação sob supervisão imediata do profissional enfermeiro.<br>OBS: As responsabilidades técnicas poderão ser assumidas por profissionais da equipe de intervenção, sempre que a demanda ou o porte do serviço assim o permitirem.   |
| Telefonista - Auxiliar de Regulação       | Profissional de nível básico, habilitado a prestar atendimento telefônico às solicitações de auxílio provenientes da população, nas centrais de regulação médica, devendo anotar dados básicos sobre o chamado (localização, identificação do solicitante, natureza da ocorrência) e prestar informações gerais.   |
| Rádio-Operador                            | Profissional de nível básico habilitado a operar sistemas de radiocomunicação e realizar o controle operacional de uma frota de veículos de emergência, obedecendo aos padrões de capacitação.   |
| Condutores de veículos                    | Veículos Terrestres: Profissional de nível básico, habilitado a conduzir veículos de urgência padronizados pelo código sanitário e pelo presente Regulamento como veículos terrestres, obedecendo aos padrões de capacitação.<br>Veículos Aéreos: Profissional habilitado à operação de aeronaves, segundo as normas e regulamentos vigentes do Comando da Aeronáutica/Código Brasileiro de Aeronáutica/Departamento de Aviação Civil, para atuação em ações de atendimento pré-hospitalar móvel e transporte inter-hospitalar sob a orientação do médico da aeronave, respeitando as prerrogativas legais de segurança de voo, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento.<br>Veículos Aquáticos: Profissional habilitado à operação de embarcações, segundo as normas e regulamentos vigentes no país, para atuação em ações de atendimento pré-hospitalar móvel e transporte inter-hospitalar sob a orientação do médico da embarcação, respeitando as prerrogativas legais de segurança de navegação. |
| Profissionais Responsáveis pela Segurança | Policiais militares, rodoviários ou outros profissionais, todos com nível médio, reconhecidos pelo gestor público da saúde para o desempenho destas atividades, em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais Públicas de Regulação Médica das Urgências.   |
| Bombeiros Militares                       | Profissionais Bombeiros Militares, com nível médio, reconhecidos pelo gestor público da saúde para o desempenho destas atividades, em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais de Regulação.  |

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2002)

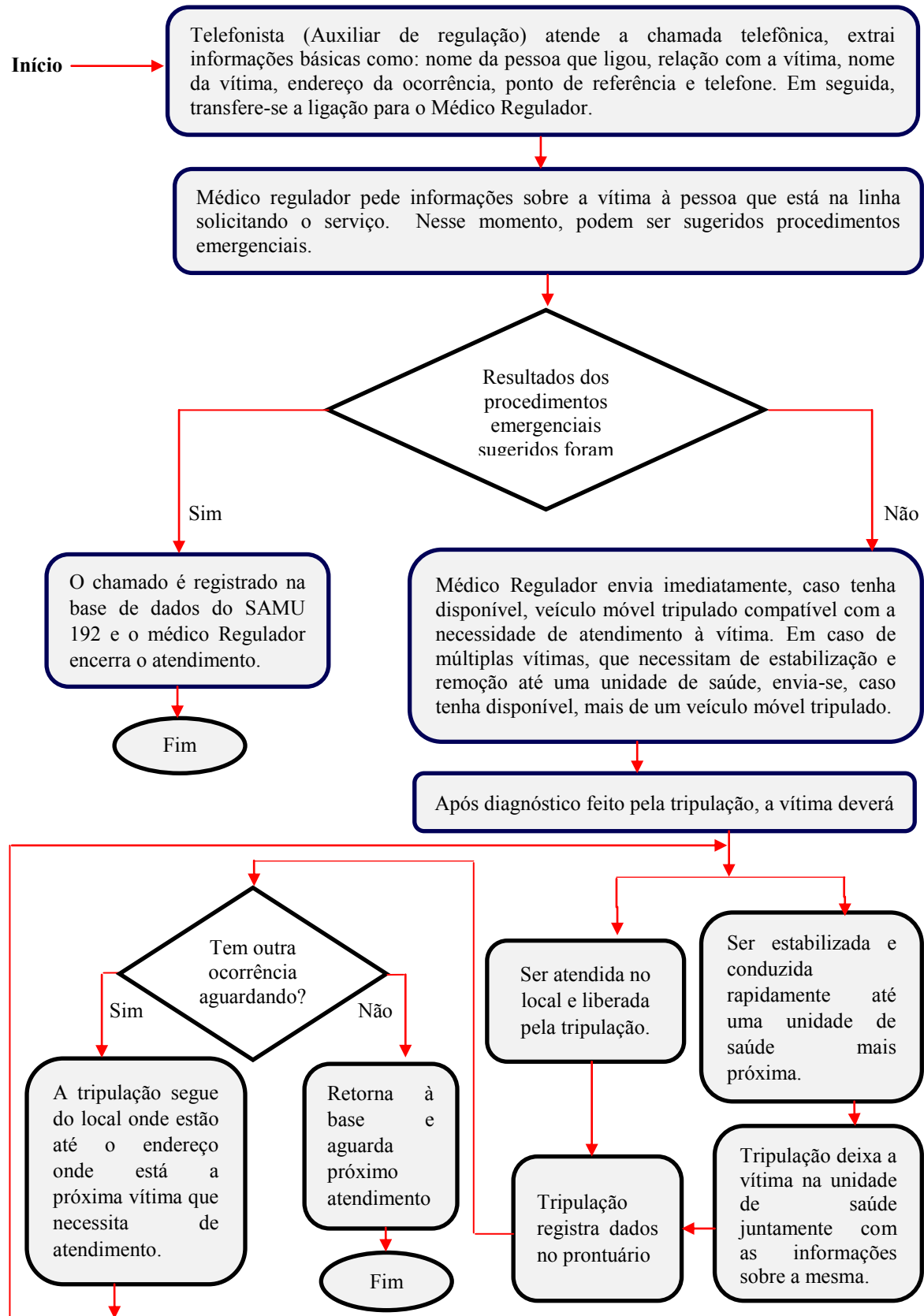
A força de trabalho do SAMU 192 é preparada para prestar serviços nas seguintes situações: ocorrência de problemas cardiorrespiratórios, maus tratos, casos de intoxicação

exógena, queimaduras graves, tentativas de suicídio, afogamentos, choques elétricos, em trabalhos de parto em que haja risco de morte da mãe ou do feto, em crises hipertensivas, quando houver acidentes/traumas com vítimas, em acidentes com produtos perigosos (BRASIL, 2017a).

O atendimento do SAMU 192 começa a partir do chamado telefônico, quando são prestadas orientações sobre as primeiras ações. A ligação é atendida por técnicos auxiliares da regulação, que identificam a emergência e coletam as primeiras informações sobre as vítimas e sua localização. Em seguida, as chamadas são remetidas ao Médico Regulador, que presta orientações às vítimas e aciona, se for necessário, o tipo de veículo mais adequado, podendo ser ambulâncias, veículos de intervenção rápida ou outros veículos (BRASIL, 2017a).

Na figura 7, a seguir, tem-se a representação gráfica do processo de atendimento do SAMU 192.

Figura 7 - Representação gráfica do processo de atendimento do SAMU 192



Fonte: Elaborada pela autora a partir dos dados de Brasil (2017a) e pesquisa de campo

Pode-se afirmar que o processo de atendimento do SAMU 192 ocorre numa sequência de três etapas principais. Na primeira, a equipe da central de regulação é quem faz os procedimentos iniciais. Na segunda, a tripulação da unidade móvel designada para o atendimento se desloca até a vítima e presta assistência, e a terceira etapa é aquela em que se transfere a responsabilidade do atendido, que necessita ainda de cuidados, para o estabelecimento hospitalar fixo de urgência.

Para garantir o atendimento pré-hospitalar móvel de maneira segura, eficaz e no menor tempo resposta, o Ministério da Saúde estabeleceu diversas classificações e funções dos veículos móveis para integrarem o SAMU 192. Os veículos terrestres, por exemplo, têm limitações de acesso e de velocidade quando se comparados à uma aeronave de transporte médico. Dependendo da situação da vítima, o tempo de deslocamento é decisivo na continuidade da vida.

Assim sendo, diversos tipos de veículos podem ser utilizados em atendimentos pré-hospitalares móveis, como descrito a seguir.

TIPO A - Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.

TIPO B - Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino.

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

TIPO D - Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.

TIPO E - Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil - DAC.

TIPO F - Embarcação de Transporte Médico: veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade.

VEÍCULOS DE INTERVENÇÃO RÁPIDA Este veículos, também chamados de veículos leves, veículos rápidos ou veículos de ligação médica são utilizados para transporte de médicos com equipamentos que possibilitam oferecer suporte avançado de vida nas ambulâncias do Tipo A, B, C e F. outros veículos: Veículos habituais adaptados para transporte de pacientes de baixo risco, sentados (ex. pacientes crônicos) que não se caracterizam como veículos tipo lotação (ônibus, peruas, etc.). Este transporte só pode ser realizado com anuência médica (BRASIL, 2002, cap. IV).

Para cada tipo de veículo existe um número de profissionais habilitados pelos Núcleos

de Educação em Urgências com formação curricular que atenda às exigências do cargo, conforme quadro 7, a seguir.

**Quadro 7 - Espécies de veículos e tripulação que os compõe**

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Ambulância do Tipo A                | 2 profissionais, sendo um o motorista e o outro um Técnico ou Auxiliar de enfermagem.  |
| Ambulância do Tipo B                | 2 profissionais, sendo um o motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem.  |
| Ambulância do Tipo C                | 3 profissionais militares, policiais rodoviários, bombeiros militares, e/ou outros profissionais reconhecidos pelo gestor público, sendo um motorista e os outros dois profissionais com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida.  |
| Ambulância do tipo D                | 3 profissionais, sendo um motorista, um enfermeiro e um médico.  |
| Aeronaves                           | O atendimento feito por aeronaves deve ser sempre considerado como de suporte avançado de vida. Para os casos de atendimento pré-hospitalar móvel primário não traumático e secundário, deve contar com o piloto, um médico, e um enfermeiro; Para o atendimento a urgências traumáticas em que sejam necessários procedimentos de salvamento, é indispensável a presença de profissional capacitado para tal. |
| Embarcações                         | A equipe deve ser composta 2 ou 3 profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida.   |
| Veículo de Intervenção Rápida (VIR) | Tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.   |
| Motolância                          | Conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância.  |

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2002)

Os veículos móveis do SAMU 192, além de transportarem os trabalhadores e vítimas, deverão conter materiais e equipamentos necessários para atender a ocorrência designada à equipe que tripula cada tipo de veículo. Por exemplo, uma Ambulância de Transporte (Tipo A) deve possuir, segundo Brasil (2002), sinalizador óptico e acústico, equipamento de radiocomunicação em contato permanente com a central reguladora, maca com rodas, suporte para soro e oxigênio medicinal. Para otimizar o tempo-resposta entre os chamados da população e o encaminhamento aos serviços hospitalares de referência, as ambulâncias são distribuídas estrategicamente (BRASIL, 2017a).

Para garantir tempo resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 regional ou sediado em Município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, pode-se estabelecer a infraestrutura denominada Base Descentralizada. Para tanto, a mesma precisa atender o Plano de Ação Regional com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s). Deverá, ainda, seguir a estrutura física padronizada pelo Ministério da Saúde, incluída a padronização visual (BRASIL, 2012c).

Para manter o componente SAMU 192 em funcionamento são necessários recursos financeiros. As despesas de custeio mensal são de responsabilidade compartilhada, acordo tripartido, entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, conforme seguinte proporção: a) União: 50% (cinquenta por cento) da despesa; b) Estado: no mínimo, 25% (vinte e cinco por cento) da despesa; c) Município: no máximo, 25% (vinte e cinco por cento) da despesa. O custeio é uma modalidade de repasse de recurso financeiro objetivando a capacitação e educação permanente, a manutenção das equipes efetivamente implantadas, reformas, insumos, manutenção de equipamentos e das unidades móveis de urgência (BRASIL, 2012c).

Segundo Santos (2016a, p. 2), os profissionais do SAMU 192 enfrentam diariamente situações variadas que se estendem desde os partos às paradas cardiorrespiratórias; das crises convulsivas ao politraumatizados; das intoxicações às queimaduras; das dores no peito às hipoglicemias e outras situações de urgência. Por isso, os trabalhadores que prestam serviços necessitam, além de ambulâncias, de materiais e equipamentos de boa estrutura, de gestão eficiente, de educação permanente e de ferramentas modernas de condução das ações e de apoio à tomada de decisão.

Nesse sentido, foram elaborados Protocolos Nacionais de Intervenção<sup>6</sup> para o SAMU 192. Tais protocolos auxiliam não somente na determinação de um padrão de assistência, mas apresentam uma descrição da melhor prática profissional no âmbito pré-hospitalar sem desrespeitar a autonomia do profissional e dos serviços. Existem dois tipos de protocolos: um de suporte básico de vida e outro de suporte avançado de vida (SANTOS, 2016a).

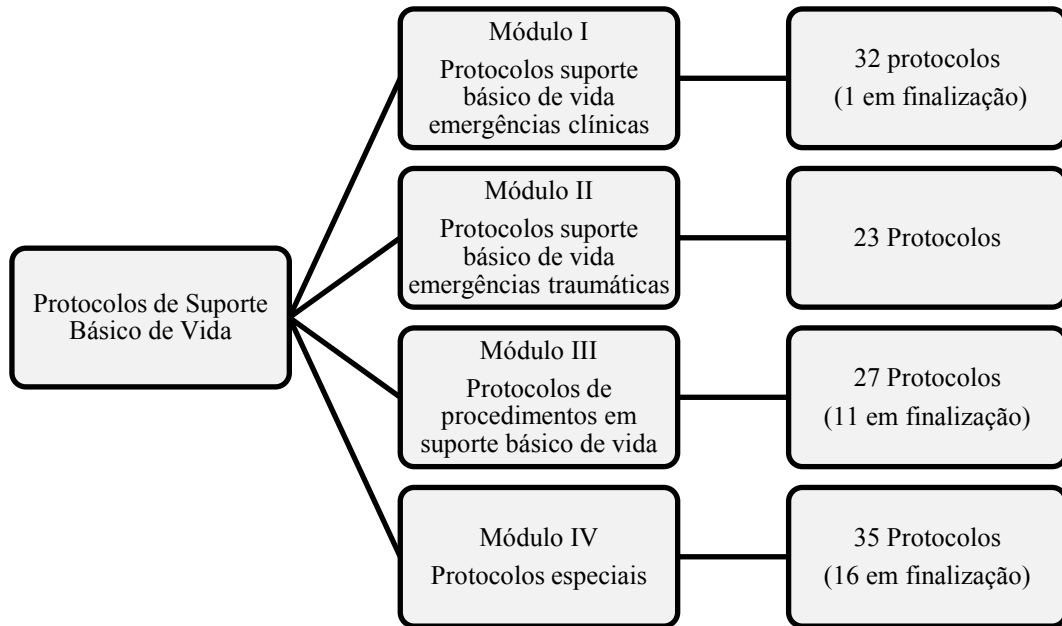
A configuração estrutural dos protocolos de suporte básico de vida é composta por quatro módulos de protocolos, conforme figura 8, a seguir.

---

<sup>6</sup> Lançados, em 2014, pelo Ministério da Saúde em parceria com o Hospital Oswaldo Cruz por meio do PROADI. Foram elaborados a partir da análise de experiências nacionais e internacionais de desenvolvimento de protocolos, da análise da legislação brasileira que rege o exercício profissional das diferentes categorias envolvidas no cuidado e sua base fundamental foi composta pela literatura científica mais recente sobre cada tema. Houve colaboração, na construção dos protocolos de profissionais médicos e enfermeiros, representantes de serviços diferentes e provenientes de todas as regiões do Brasil (SANTOS, 2016a).



Figura 8 - Configuração estrutural dos Protocolos de Suporte Básico de Vida



Fonte: Elaborada a partir dos dados de Brasil (2016b)

Os protocolos de suporte básico de vida e emergências clínicas, módulo I, auxiliam os profissionais no atendimento de casos clínicos como crise hipertensiva, crise convulsiva no adulto, dor abdominal não traumática e vários outros casos. O protocolo autoagressão e tentativa de suicídio, que compõe esse primeiro módulo, ainda não foi finalizado, está em elaboração.

Já os protocolos de suporte básico de vida e emergências traumáticas, módulo II, dão suporte às ações das equipes do SAMU 192 relacionadas ao atendimento de afogamento, síndrome do esmagamento, fratura exposta de extremidades e muitos outros casos.

Os protocolos de procedimentos em suporte básico de vida, módulo III, auxiliam a prática básica dos profissionais do SAMU 192 em relação ao manejo de vias aéreas, remoção de capacete, oximetria, colocação do colar cervical e outras práticas. Diversos protocolos desse módulo ainda estão em fase de finalização. São os que tratam de controle de hemorragias, compressão direta e torniquete, escala de coma de Glasgow e de acidente vascular cerebral de Cincinnati, avaliação da glicemia capilar, retirada rápida (1 ou 2 profissionais), técnica de acesso venoso, aferição de sinais vitais como pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, temperatura.

Nos protocolos especiais, módulo IV, constam diversos procedimentos, como por exemplo aqueles que envolvem os aspectos gerais de avaliação da segurança da cena, regras gerais de biossegurança, práticas para a segurança do paciente, dispensa de paciente na cena,

entre outros. Esse módulo possui uma variedade de protocolos que ainda não foram concluídos, estão em fase de finalização e seus conteúdos não estão acessíveis. São protocolos que abordam sobre: o papel e responsabilidade da equipe do SAMU 192; responsabilidades adicionais do condutor de veículos; regras gerais de condução de ambulância; regras gerais para estacionamento de ambulância; procedimentos iniciais em caso de acidentes com ambulância; consentimento para tratamento de menor; cuidados com pertences de pacientes.

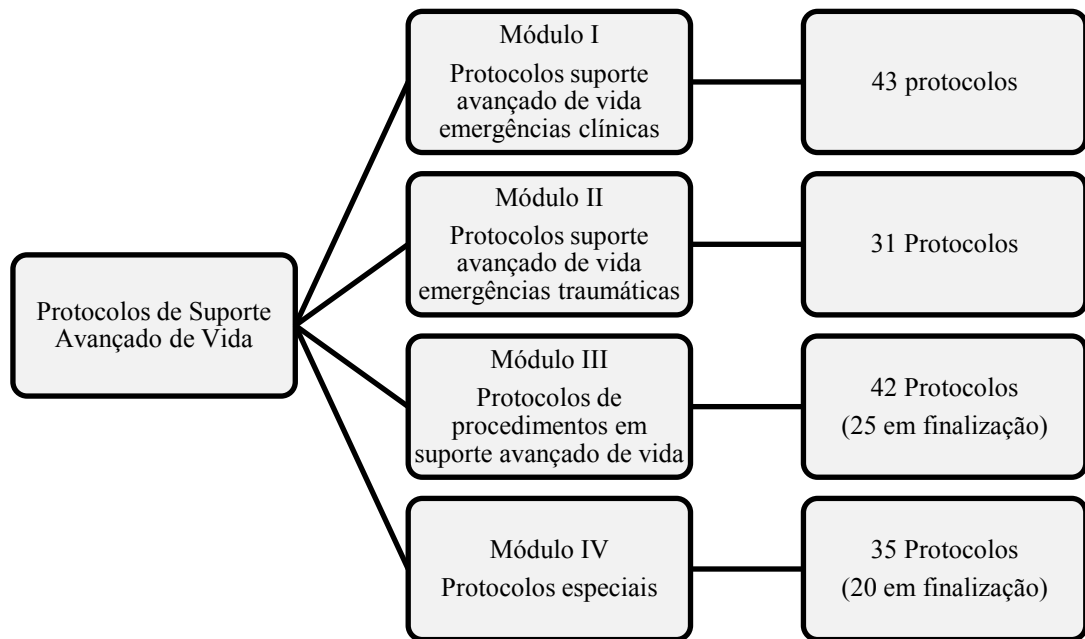
Os colaboradores<sup>7</sup> da formação dos protocolos ainda não terminaram o referido módulo IV, que tratará de conteúdos sobre: regras gerais de eventos envolvendo transporte aeromédico; sistematização da passagem do caso para a regulação médica; limpeza concorrente da ambulância (hipoclorito e álcool); limpeza terminal da ambulância (hipoclorito e álcool); limpeza de superfície/material biológico (hipoclorito e álcool); código Q e alfabeto fonético; acidente de trabalho com material biológico e outros acidentes (não biológicos); solicitação de apoio de suporte avançado de vida, suporte básico de vida e/ou resgate; presença ou suspeita de envolvimento de produtos perigosos; suspeita de maus tratos/abuso/negligência com crianças e idosos; suspeita de abuso sexual; anotações na ficha de atendimento.

Visando aprimorar a qualidade da assistência prestada, o Ministério da Saúde apresentou em 2014 os protocolos para o suporte avançado de vida. Esses são constituídos de procedimentos que auxiliam os profissionais do SAMU 192 no atendimento às vítimas em quadros emergenciais. A configuração estrutural desse grupo de protocolos pode ser vista na figura 9, a seguir.

---

<sup>7</sup> Profissionais médicos, enfermeiros, representantes de serviços apoiados por: técnicos das áreas temáticas do Ministério da Saúde, técnicos da linha de cuidados e sob a coordenação dos técnicos da Coordenação Geral da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (SANTOS, 2016a).

Figura 9 - Configuração estrutural dos Protocolos de Suporte Avançado de Vida



Fonte: Elaborada a partir dos dados de Brasil (2016a)

O módulo I possui diversos protocolos que auxiliam a equipe do SAMU 192 nas emergências clínicas como bradicardia, choque, inconsciência, crise convulsiva no adulto, hipotermia e vários outros casos de natureza clínica. Em geral, os protocolos desse módulo direcionam as ações dos profissionais em diversos aspectos que vão desde a exploração de elementos essenciais na entrevista com a vítima até aos procedimentos para avaliações, exames e abordagens no atendimento.

Já no módulo II, o foco da prescrição dos procedimentos é ajudar a equipe no atendimento de vítimas de traumas diversos, como cranioencefálico, face, ocular, abdominal aberto e fechado, raquimedular, membros superiores e inferiores, pelve e outras naturezas traumáticas - tamponamento cardíaco, amputação traumática, síndrome do esmagamento e compartimental, inalação de fumaça e vários outras.

O módulo III direciona as ações dos profissionais do SAMU 192 nos procedimentos relacionados a técnicas básicas de manejo das vias aéreas: manobras manuais de abertura de vias aéreas, aspiração e cânula orofaríngea; manejo de vias aéreas: máscara laríngea; contenção física e outros procedimentos. Ainda faltam os conteúdos, que estão em fase de finalização, de 25 protocolos que versam sobre o manejo de vias aéreas; controle de hemorragias; aferição de sinais vitais; sequência rápida de intubação; capnografia; punção de descompressão e intraóssea; operação básica de ventilador mecânica para transporte (adultos e

crianças); uso do nebulímetro; técnica de acesso venoso periférico; acesso venoso (jugular externo); escala de coma de Glasgow e de acidente vascular cerebral de Cincinnati; avaliação da glicemia capilar; retirada de pacientes: retirada rápida (1 profissional); técnica de acesso venoso; Eletrocardiograma 12 variações; Eletrocardiograma 2ª opinião/telecárdio.

O IV módulo, composto por protocolos especiais, trata de aspectos gerais de avaliação da segurança da cena, regras gerais de biossegurança, práticas para a segurança do paciente, dispensa de paciente na cena, atendimento a pacientes com necessidades especiais e a menores de 18 anos (desacompanhados) e outros procedimentos.

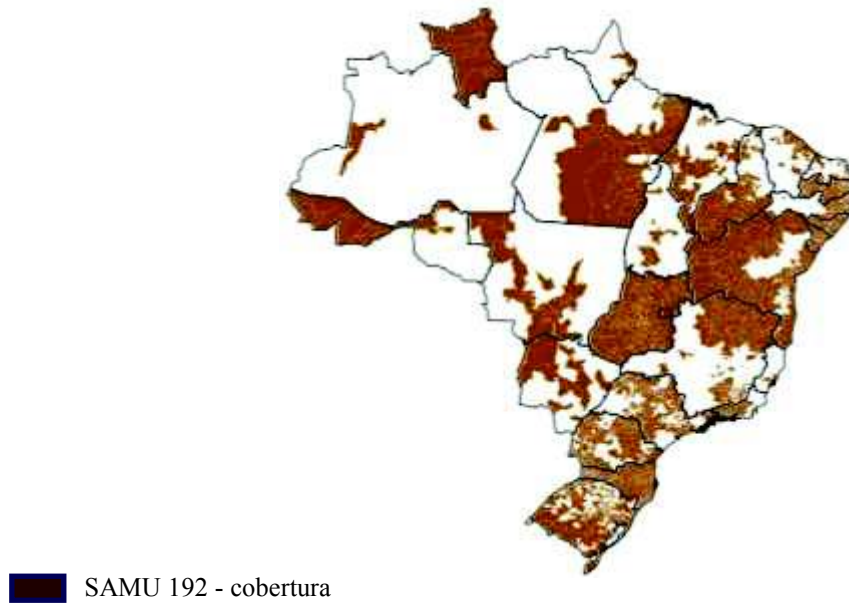
No entanto, diversos protocolos do referido módulo ainda estão em fase de finalização. São os que abordam sobre: papel e responsabilidade da equipe do SAMU 192; responsabilidades adicionais do condutor de veículos; regras gerais de condução de ambulância; regras gerais para estacionamento de ambulância; procedimentos iniciais em caso de acidentes com ambulância; consentimento para tratamento de menor; cuidados com pertences de pacientes; regras gerais de eventos envolvendo transporte aeromédico.

Ainda não estão disponíveis aos interessados, no módulo IV, os protocolos que tratam sobre: sistematização da passagem do caso para a regulação médica; limpeza concorrente da ambulância (hipoclorito e álcool); limpeza terminal da ambulância (hipoclorito e álcool); limpeza de superfície/material biológico (hipoclorito e álcool); código Q e alfabeto fonético; acidente de trabalho com material biológico e outros acidentes (não biológicos); solicitação de apoio de suporte avançado de vida, suporte básico de vida e/ou resgate; presença ou suspeita de envolvimento de produtos perigosos; suspeita de maus tratos/abuso/negligência com crianças e idosos; suspeita de abuso sexual; anotações na ficha de atendimento.

Compreende-se que o contexto de produção de serviços do SAMU é constituído de estrutura física, recursos materiais, equipamentos, veículos móveis, força de trabalho habilitada, protocolos para auxiliar na tomada de decisão e nas ações práticas. Todo esse contexto é mantido por recursos financeiros advindos das esferas de nível federal, estadual e municipal como foi já mencionado nesse capítulo.

Atualmente, o SAMU 192 cobre as 27 Unidades Federativas do Brasil (26 Estados - 1 Distrito Federal), como mostra a figura 10, a seguir. Está presente em 3.049 municípios, oferecendo cobertura a 157,3 milhões de brasileiros, o que equivale a 76,93% da população. Os atendimentos são oferecidos por meio de 189 centrais de regulação, que contam com 3.108 ambulâncias (2.525 básicas USB e 583 avançadas USA), 226 motolâncias, 13 embarcações e 7 aeromédicos (BRASIL, 2017b).

Figura 10 - Cobertura populacional do SAMU 192 em 2016

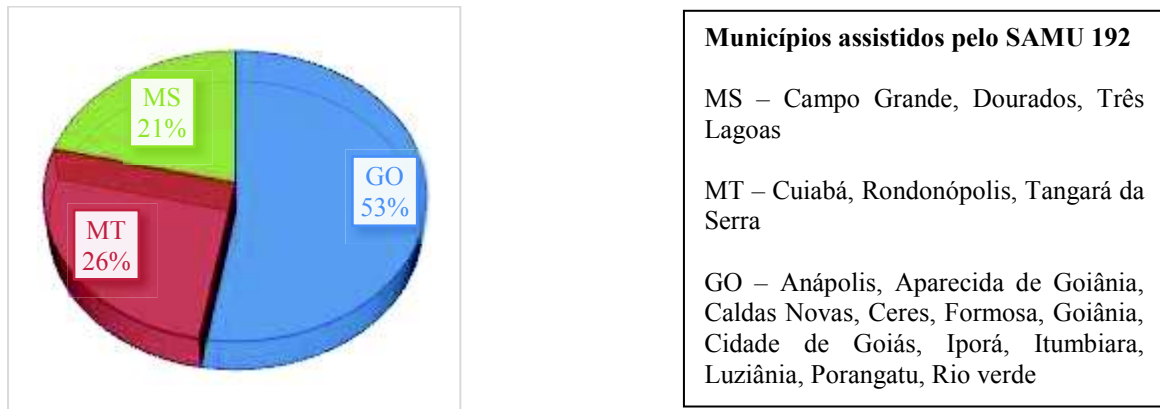


Fonte: Brasil (2017b)

Percebe-se que as cinco regiões do Brasil (sul, sudeste, centro oeste, norte e nordeste) têm acesso ao SAMU 192. No entanto, algumas Unidades Federativas possuem 100% de cobertura pelo SAMU 192, como Acre, Roraima, Goiás, Distrito Federal, Santa Catarina, Sergipe, Alagoas, Pernambuco e Paraíba. Outros Estados precisam ampliar o acesso e a abrangência dos serviços de atendimento móvel, como é o caso do Espírito Santo, Rondônia, Amapá. Existe, então, insuficiente oferta do referido serviço.

A região Centro Oeste do Brasil, local onde está atualmente instalado o SAMU 192 - campo desse estudo - é constituída pelos Estados de Goiás, Mato Grosso (MT) e Mato Grosso do Sul (MS). De acordo com estimativas do IBGE (2017) para o ano de 2015, esses Estados possuíam 12.527.402 (doze milhões, quinhentos e vinte sete mil e quatrocentos e dois) habitantes. Desse total, 53% vivem no Estado de Goiás 6.610.681 (seis milhões, seiscentos e dez mil, seiscentos e oitenta e um) habitantes. Mato Grosso possui 26% da população total que corresponde a 3.265.486 (três milhões, duzentos e sessenta e cinco mil, quatrocentos e oitenta e seis) pessoas e Mato Grosso do Sul tem 2.651.235 (dois milhões, seiscentos e cinquenta e um mil, duzentos e trinta e cinco) habitantes, conforme figura 11, a seguir.

Figura 11 - Distribuição dos percentuais de habitantes na região Centro Oeste e Municípios que possuem atendimento do SAMU 192



Fonte: Elaborada pela autora a partir dos dados do IBGE (2017), Brasil (2017b)

Sendo o Estado de Goiás mais populoso que os Estados do MS e MT, conseqüentemente, pelos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, ele possui maior número de centrais de regulação e unidades descentralizadas.

No Brasil os SAMUs 192 funcionam 24 horas por dia e seguem o mesmo processo de atendimento, conforme representação gráfica anteriormente apresentada na figura 17.

O tempo resposta do SAMU 192 varia em função de vários fatores como: distância, trânsito, disponibilidade de equipes e viaturas, dentre outros. No campo de estudo desta tese o tempo médio de resposta é de aproximadamente de 20 minutos<sup>8</sup>, contados a partir do atendimento do telefone pelo TARM até o momento em que a equipe chega ao local.

Na sede regional, onde está instalada a central de regulação médica, ficam três veículos de Unidade de Suporte Básico, dois veículos de Unidade de suporte avançado, duas motolâncias. Em dois pontos da cidade, onde está a sede regional, têm-se duas bases descentralizadas, cada uma com uma unidade de suporte básico.

Outras nove unidades móveis de saúde básica estão distribuídas estrategicamente em diversos municípios assistidos pelo SAMU 192, campo deste estudo. Tais municípios têm bases descentralizadas porque possuem baixa densidade demográfica. Então, para garantir tempo resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU

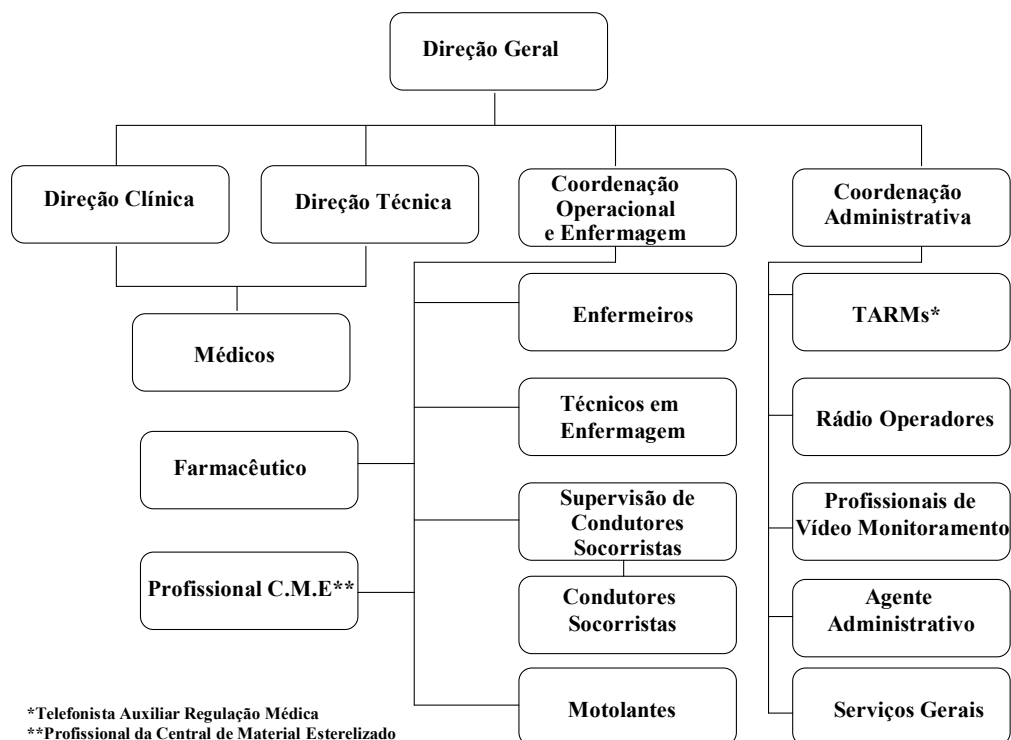
<sup>8</sup> Ainda não foram feitos estudos para detectar precisamente o tempo resposta (tempo entre o atendimento da chamada telefônica até a chegada no local da cena) do SAMU 192 em estudo. Nos computadores utilizados pelos atendentes para registrarem as informações necessárias sobre a solicitação do serviço existe um cronômetro que registra o tempo de atendimento do TARM (que não costuma ultrapassar um minuto) e tempo de atendimento do médico regulador (que comumente acontece em até um minuto e trinta segundos). Os demais tempos relacionados à distância, trânsito, tempo de atendimento, entrega da vítima na Unidade de Saúde habilitada ainda não foram medidos.

192 regional, montou-se infraestrutura em cada município, conforme configuração exigida pelo Ministério da Saúde, que possibilite abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento das ambulâncias.

No total a central de regulação do SAMU 192, campo deste estudo, assiste a 26 municípios. Desses municípios, o único que possui unidade de suporte avançado é aquele que hospeda a central de regulação. Caso aconteçam ocorrências em que o estado da vítima é grave e necessite de cuidados intensivos de tratamento, acontece o deslocamento das viaturas equipadas para o município onde se encontra a vítima e a mesma é transportada na unidade de saúde avançada até o hospital ou unidade de pronto atendimento que presta o serviço necessário.

O quadro operacional do SAMU 192, em estudo, da Região Centro-Oeste do Brasil é composto por 186 trabalhadores distribuídos (figura 12 – a seguir) nas seguintes categorias profissionais: técnicos em enfermagem (34), condutores socorristas (37), médicos (30), enfermeiros (23), telefonistas (22), profissionais de serviços gerais (10), rádio operadores (9), motolantes (9), profissionais de vídeo monitoramento (6), agentes administrativos (2), profissional da Central de Material Esterilizado (1), farmacêutico (1). Todos esses trabalhadores contribuem de forma direta ou indireta na prestação do serviço pré-hospitalar.

Figura 12 - Organograma do SAMU 192, em estudo, Região Centro Oeste do Brasil



Fonte: Elaborado a partir das informações disponibilizadas pela Coordenação Administrativa do SAMU 192, em estudo, Região Centro Oeste do Brasil (2015)

A configuração do vínculo empregatício desses trabalhadores ocorre de 3 formas: alguns ocupam cargo efetivo (26%), cuja investidura é por meio de concurso público e caracterizado pela estabilidade. Outros estão no cargo como comissionados (49%), livres de nomeação e de exoneração, preenchido sem concurso e caracterizado por não possuir estabilidade. Há, ainda, vários trabalhadores no cargo de agentes credenciados (25%), que exercem atividades específicas mediante remuneração do Poder Público credenciante.

As cargas horárias de trabalho variam em função do tipo de categoria profissional. Os condutores socorristas de ambulância trabalham em regime de 12/36, já os condutores socorristas de motolância seguem o regime de 12/60. Os técnicos em enfermagem e os enfermeiros fazem a carga de 12/60. Os médicos fazem plantões de 12 horas, podendo fazer até 24 horas seguidas.

A estrutura física das instalações onde funciona a central de regulação das urgências é composta por espaços que incluem sala de regulação, sala de repouso dos trabalhadores, banheiros, estacionamento para os veículos, sala de produtos farmacêuticos, sala de esterilização de materiais, banheiros, refeitório e outros. Os profissionais contam com materiais e equipamentos que possam ajudar a promover a sobrevivência da vítima.

Para os registros e acesso a informações, os profissionais (operador de frota, médico regulador, TARM – Técnico Auxiliar de Regulação Médica) da Central de Regulação do SAMU 192 contam com o sistema e-SUS-SAMU, que permite a regulação dos solicitantes/pacientes, gravando históricos de procedimentos médicos tomados, veículos enviados com seus respectivos horários e fornecendo relatórios de gestão e estatísticas.

Exibe-se, a seguir, o delineamento metodológico adotado para responder a pergunta problema do estudo, bem como os objetivos geral e específicos, e as questões norteadoras, itens já apontados na seção introdução desta tese e reapresentados no próximo capítulo.



## CAPÍTULO 3

### DELINEAMENTO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Neste capítulo apresenta-se o problema da pesquisa, as questões norteadoras, os objetivos e todo o procedimento relativo à execução do trabalho empírico. Descreve-se sobre os instrumentos e técnicas utilizadas na recolha planeada, sistemática e respectiva interpretação de dados. No final estão informações referentes ao campo de pesquisa e aos participantes do estudo.

A pesquisa empírica partiu da organização do trabalho para compreender o trabalhar dos profissionais de um SAMU 192 em operação na Região Centro Oeste do Brasil. O elemento central da presente proposta é a análise da vivência subjetiva de cada participante.

Sendo assim, a subjetividade é melhor compreendida a partir da pesquisa qualitativa. Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1998, p. 131) explicam que as pesquisas qualitativas partem do “pressuposto de que as pessoas agem em função de suas crenças, percepções, sentimentos e valores e que seu comportamento tem sempre um sentido, um significado que não se dá a conhecer de modo imediato, precisando ser desvelado”.

Visando obter uma visão ampla sobre os acontecimentos da vida real, adotou-se o estudo de caso que

representa uma maneira de se investigar um tópico empírico, seguindo-se de um conjunto de procedimentos pré-especificados. O estudo de caso costuma utilizar pelo menos duas técnicas de coleta de dados, a entrevista e a observação, mas pode também utilizar outras técnicas como, por exemplo, o questionário e a análise de documentos (YIN, 2001, p. 205).

Em particular, o estudo de caso do tipo descritivo possibilita ao pesquisador a descrição de fenômenos contemporâneos dentro de seu contexto real (YIN, 2005).

A Psicodinâmica do Trabalho se insere no campo da pesquisa-ação, pois “parte do campo, desenvolve-se no campo e a ele retorna constantemente” (DEJOURS, 1996, p. 158). “Não se trata exclusivamente de pesquisar e coletar dados para o desenvolvimento do conhecimento no campo, mas, sobretudo, o de se criar condições para se pensar, refletir e agir visando à transformação do trabalhar” (LANCMAN; UCHIDA; SZNELWAR, 2015, p. 86). Compreender as relações laborais requer mais do que uma simples observação, mas, principalmente, exige uma escuta voltada a quem executa o trabalho, pois este implica relações subjetivas meio evidentes que necessitam ser desvendadas (HELOANI, LANCMAN,

2004).

### **3.1 Problema de pesquisa**

A condição que facilitou a tarefa de formular o problema de pesquisa foi a imersão sistemática no estudo da literatura existente. A consulta em livros, relatórios, artigos, dissertações, teses e outras publicações sobre o tema foi a base para formular a seguinte pergunta problema: Como ocorre o trabalhar, a construção da subjetividade e da saúde dos trabalhadores que atuam em um SAMU 192 em funcionamento na Região Centro Oeste do Brasil, com base nas categorias de análise da Psicodinâmica do Trabalho?

### **3.2 Objetivo geral**

Descrever e analisar o trabalho dos profissionais que atuam em um SAMU 192, instalado na Região Centro Oeste do Brasil, e seu impacto na subjetividade desses trabalhadores com base nas categorias de análise da Psicodinâmica do Trabalho.

### **3.3 Objetivos específicos**

- Descrever e analisar o trabalho dos profissionais de um SAMU 192, em funcionamento, na Região Centro Oeste do Brasil com base na categoria organização do trabalho;
- Analisar a mobilização subjetiva dos trabalhadores, em estudo, enfocando suas vivências de prazer e sofrimento relacionadas ao seu cotidiano laboral; bem como as estratégias de defesas utilizadas para suportar as vivências de sofrimento;
- Identificar sinais de adoecimento ligados ao trabalho dos profissionais em estudo.

### **3.4 Estudo empírico – 1ª Etapa: pré pesquisa**

Nesta primeira etapa do estudo empírico foram realizadas visitas à organização e análise documental e depois foi constituída a demanda.

### 3.4.1 Análise da demanda

A demanda - demonstração de uma vontade - deve partir de um grupo de trabalhadores não institucionalizados, de alguns laborais isolados, de um grupo sindical, de um comitê de empresa ou de um Comitê de Higiene, Segurança e das Condições de Trabalho. Preferencialmente, a demanda é prerrogativa dos trabalhadores: uma demanda que não seja formulada pelos interessados não poderia ser atendida (DEJOURS, 2011).

Esta pesquisa não conseguiu atender de forma precisa todas as fases da metodologia em Psicodinâmica do Trabalho. Alguns estudos (MORAES; MOURA, 2015; SILVA, 2015; MACHADO, 2016; RAMOS, 2016; SANTOS, 2016b) que se propuseram a usar a clínica do trabalho, não seguiram a risca, tecnicamente, todos os passos do método original, mas mantiveram-se fiéis aos seus pressupostos. Os autores não partiram exatamente de um queixa ou pedido de intervenção, mas constituíram-se uma demanda, ou melhor, trabalhou-se a mesma.

Cabe registrar que a possibilidade de se fazer ajustes no método de pesquisa preconizado por Dejours é tratada por Mendes, Araújo e Merlo (2011, p. 176), quando afirmam que

na situação de pesquisa ligada a uma dissertação ou tese, porém, em que o interesse pelo estudo parte do pesquisador, nem sempre é possível a formulação da demanda pelos trabalhadores. Pode-se, contudo, apresentar uma proposta congruente com os interesses dos trabalhadores, que vá ao encontro de suas demandas implícitas, trazendo benefícios ao grupo.

Explicam Fleury e Macêdo (2015, p. 129) que, embora o procedimento metodológico em Psicodinâmica do Trabalho esteja

comprometido com uma série de requisitos, não deve ficar preso à sua prescrição, em razão da própria coerência entre a abordagem teórica e sua prática. O real do trabalho do pesquisador deve também diferenciar-se do planejado, do prescrito, exigindo o uso de sua engenhosidade, da sua inteligência prática para dar conta do real.

A fidelidade ao método de Dejours é muito importante, porém acredita-se que os resultados obtidos na escuta clínica coletiva a partir de uma demanda trabalhada não se distanciam, relevantemente, daqueles alcançados em uma demanda que foi constituída. Ressalta-se que o envolvimento dos trabalhadores pode ser maior quando partem deles próprios o interesse em serem pesquisados.

A abordagem teórico-metodológica da Psicodinâmica do Trabalho no Brasil foi

divulgada a partir do ano de 1987 com a publicação do Livro “A Loucura do Trabalho” na versão em língua portuguesa (DEJOURS, 1992). Pode-se considerar que a referida abordagem está na sua fase adulta, 30 anos de trajetória brasileira. Mesmo tendo três décadas de Brasil, ainda não é habitual o chamado por parte dos trabalhadores e dos sindicatos para estudos envolvendo a referida abordagem.

Na Região Centro Oeste, com exceção do Distrito Federal, ainda não é comum que a demanda parta dos trabalhadores. Isso ocorreu neste estudo, não houve o chamado dos trabalhadores, a autora desta tese não conseguiu aplicar de forma canônica o método da referida clínica nesta primeira fase. Assim, esta pesquisadora trabalhou a demanda, foram feitos convites e participaram do estudo alguns voluntários.

Como a demanda foi trabalhada não foi possível iniciar pelo acolhimento da mesma. Então, articulou-se primeiramente conhecer a organização em estudo, fazer a análise documental para depois conseguir voluntários para a pesquisa. Salienta-se que os demais procedimentos defendidos pela metodologia em questão foram atendidos.

#### 3.4.2 Visitas à organização e análise documental

No total foram realizadas quatro visitas de campo. A primeira delas, ocorrida em 18/05/2015, foi para apresentar a pesquisa à coordenação geral do campo em estudo, entregar a carta convite (apêndice C) e após o aceite, colher as assinaturas na declaração de instituição coparticipante da pesquisa. Nesse mesmo dia, a coordenação geral mostrou: as instalações de funcionamento, as viaturas e seus componentes, o sistema de regulação, os processos de esterilização dos materiais utilizados nos atendimentos, a farmácia, a área de convivência, locais de repouso das equipes de trabalho, o almoxarifado, dentre outros.

Ainda nesta data, 18/05/2015, a pesquisadora pode compreender onde se inicia o processo de atendimento e como este é finalizado. Após visitas a todos os departamentos, procedeu-se entrevistas com a coordenação geral e a coordenação administrativa, para levantar indicadores de adoecimento, número de trabalhadores, sistemas de vínculos e outras informações.

Em uma segunda visita (14/09/2015) ao campo de pesquisa foi realizada a análise documental. A coordenação geral e a coordenação administrativa forneceram as normas e manuais técnicos de regulação médicas das urgências, normas e rotinas específicas do campo de pesquisa em estudo. E também, os protocolos de suporte básico de vida e protocolos de suporte avançado de vida, quadro de escalas de turnos e dias de trabalho e carga horária,

organograma, registros de licenças médicas e afastamentos, portaria de habilitação da central do SAMU 192, em estudo; regimento interno do corpo clínico.

No dia 24/09/2015 fez-se uma terceira visita ao referido campo com o objetivo de acompanhar e conhecer mais sobre a rotina dos trabalhadores. Conversas informais, observações atentas foram feitas pela pesquisadora sem acompanhamento da gestão. Vez ou outra algum trabalhador se aproximava, interessado em explicar sobre sua rotina e falar sobre o seu trabalho. Algumas informações relevantes, extraídas durante conversas informais nos corredores e área de convivência, foram anotadas no diário de campo.

No dia seguinte, 25/09/2015, uma quarta visita foi feita. A pesquisadora ficou por cerca de duas horas acompanhando o serviço da regulação médica e anotando o que considerava importante no diário de campo. A escolha por observar mais atentamente os serviços na regulação foi para compreender como se inicia o processo de atendimento às vítimas.

Percebeu-se que os médicos reguladores, que também fazem as intervenções no campo, têm o papel fundamental no atendimento à população. As orientações iniciais do médico, em certos casos, são decisivas na sobrevivência da vítima. Diante disto, tentou-se, a partir de convites, formar um grupo de no mínimo seis trabalhadores para participarem das sessões de escuta clínica coletiva. No entanto, a trajetória da constituição da demanda foi longa, como descrito a seguir.

### 3.4.3 Constituição da demanda

O interesse em fazer a pesquisa no SAMU 192 partiu da própria pesquisadora por alguns motivos: cumprir exigências do Curso de Doutorado em Psicologia o qual está vinculada; estudar o processo de trabalho imaterial de uma organização pública, bem como sua força de trabalho exposta a situações laborais penosas (lidam com a morte, tem contato com pessoas acidentadas em estado de sofrimento); por acreditar que servidores públicos tem menos receio de falar sobre suas vivências e seu trabalho, do que os trabalhadores de uma organização privada; por achar que a esfera pública se apresenta menos burocrática, quando se trata de pesquisa; por supor que muitos trabalhadores não se percebem adoecidos, ou por manterem-se silenciados sobre suas patologias; por compreender que o compartilhar (no espaço de discussão) das estratégias de defesa individual podem-se tornar coletivas e minimizar o sofrimento; pelo convencimento de que sempre há algo a melhorar nas situações

laborais e a clínica do trabalho possui caráter interventivo, dentre outros motivos.

Assim, não se recorreu a sindicatos, não se esperou a demanda chegar, até mesmo por que ainda não funciona um Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho no Estado de Goiás para que os interessados possam se dirigir.

Para a efetivação da pesquisa no SAMU 192 foi trabalhada a demanda que se deu da seguinte forma: nos dias 03/10/2015, 10/10/2015 e 21/10/2015, a pesquisadora fez pessoalmente 36 convites. Desse total, 21 foram feitos à médicos que atuam nas funções como médico regulador e médico intervencionista. Nove convites foram feitos à condutores de ambulância e motolância, seis convites aos profissionais de enfermagem (técnico e graduados). Antes da entrega do convite físico, acontecia primeiro a apresentação da pesquisadora e posteriormente os objetivos do estudo. Ao final, foi perguntado sobre a disponibilidade e interesse dos trabalhadores em participarem das sessões de escuta clínica coletiva.

Todos os convidados demonstraram interesse em participar, mas o problema era conciliar o horário das sessões com os plantões no SAMU 192 e nos outros empregos, pois a maioria deles possui mais de um vínculo de trabalho. De posse dos dados sobre dia e horários disponíveis, a pesquisadora montou um cronograma para os encontros e sessões da escuta clínica com o coletivo voluntário. Teve-se o cuidado de equalizar datas e horários que permitissem o maior número possível de participantes. Foi necessário, então, formar dois coletivos de trabalhadores para a pesquisa: um composto por dois condutores de ambulância e três condutores de motolância e o outro constituído por seis médicos e três enfermeiras.

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

### **3.5 Estudo empírico - 2ª etapa: A pesquisa propriamente dita**

Para os encontros coletivos utilizou-se a sala de repouso dos médicos na própria instalação do SAMU 192, com espaço para acomodar até 8 pessoas. A sala está localizada em local de baixo nível de ruídos e temperatura agradável. As perguntas disparadoras se estruturaram a partir das duas categorias: organização do trabalho (incluindo os fatores psicossociais de risco); mobilização subjetiva (apêndice E). As sessões foram gravadas em

áudio e foram anotadas observações no diário de campo.

As sessões foram coordenadas por uma dupla de clínicos-pesquisadores (psicóloga e administradora) que conduziram as sessões, lançando perguntas disparadoras sobre o trabalhar dos participantes. Ao início de cada sessão, a dupla de clínicos retomava aos temas centrais das perguntas disparadoras, perguntavam se queriam acrescentar mais alguma fala e davam sequência nas demais questões do roteiro estruturado de perguntas.

### **3.6 Estudo empírico – 3ª etapa: validação e refutação dos resultados**

Os dados foram validados em duas etapas. A primeira ocorreu no início da segunda sessão de escuta clínica com o grupo dois (médicos e enfermeiras) porque houve a entrada de novos integrantes ao coletivo sendo necessária a validação dos dados para dar sequência ao estudo. A segunda etapa aconteceu em dois momentos: no dia 27/04/2017 (com duas participantes do grupo dois) e no dia 29/04/2017 (com dois participantes do grupo um).

### **3.7 Campo de pesquisa**

A pesquisa ocorreu com trabalhadores de um SAMU 192, habilitado em 2010 na Região Centro Oeste do Brasil para fazer atendimentos em vias públicas, residências, locais de trabalho à vítimas com agravo à sua saúde que possa levá-las ao sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte.

O solicitante do serviço faz a chamada telefônica gratuita a partir de qualquer telefone, fixo ou móvel, pelo número “192” e imediatamente é acionado na central de regulação das urgências da região de inserção do solicitante. A central é constituída por profissionais de três categorias: telefonistas auxiliares de regulação médica, médicos e rádio operadores. Todos capacitados para regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência.

Para os deslocamentos as equipes contam com os seguintes veículos: Viaturas - Unidade de Suporte Avançado (USA), Unidade de Suporte Básico (USB), Motolância (ML). Em situações que são necessárias atendimento aeromédico, a Central de Regulação Médica de Urgência solicita o helicóptero do corpo de bombeiros do Estado.

Os atendimentos feitos pelo SAMU 192 são de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras. Os veículos móveis são tripulados

por equipes capacitadas que inclui: médicos, enfermeiras, técnicos em enfermagem, condutores socorristas de ambulância e motolância.

### 3.8 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa, quadro 08, foram: três enfermeiras, dois condutores de ambulância Unidade Suporte Avançado, três condutores de motolância e seis médicos. Para resguardar o anonimato foram criadas siglas para identificação das falas dos participantes. Ficando da seguinte forma: Enfermeira 1 (E1), Enfermeira 2 (E2), Enfermeira 3 (E3), Médico 1 (M1), Médico 2 (M2), Médico (M3), Médico 4 (M4), Médico 5 (M5), Médico 6 (M6), Conductor Socorrista 1 – Unidade de Suporte Avançado (CS1), Conductor Socorrista 2 – Unidade de Suporte Avançado (CS2), Conductor de Motolância 1 (ML1), Conductor de Motolância 2 (ML2), Conductor de Motolância 3 (ML3).

Quadro 8 - Participantes da pesquisa, número de sessões e tempo de duração

| <b>Categoria</b>        | <b>Nº de participantes</b> | <b>Primeira sessão coletiva</b> | <b>Duração da escuta clínica coletiva</b> |
|-------------------------|----------------------------|---------------------------------|---|
| Enfermeira              | 3 (E1, E2, E3)             | 19/11/2015                      | 01h 27min                                 |
| Médico                  | 3 (M1, M2, M3)             |                                 |   |
| <b>Categoria</b>        | <b>Nº de participantes</b> | <b>Segunda sessão coletiva</b>  | <b>Duração da escuta clínica coletiva</b> |
| Conductor de ambulância | 2 (CS1, CS2)               | 26/11/2015                      | 03h 00min – dividida em dois momentos     |
| Conductor de motolância | 3 (ML1, ML2, ML3)          |                                 |   |
| <b>Categoria</b>        | <b>Nº de participantes</b> | <b>Terceira sessão coletiva</b> | <b>Duração da escuta clínica coletiva</b> |
| Enfermeira <sup>9</sup> | 3 (E1, E2, E3)             | 10/12/2015                      | 01h 20min                                 |
| Médico                  | 3 (M4, M5, M6)             |                                 |   |

Fonte: Dados da pesquisa

Devido à dificuldade de conciliar horários em decorrência do número de empregos a que estão vinculados, a segunda sessão foi dividida em dois momentos num mesmo dia e a terceira sessão não pode ser realizada com os mesmos participantes. As enfermeiras mantiveram-se as mesmas, mas os médicos foram outros.

<sup>9</sup> Mantiveram-se as mesmas nas duas sessões.



### **3.9 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes**

Inclusão: trabalhadores contratados formalmente pelo SAMU 192, campo de estudo, Região Centro Oeste do Brasil que constituem o quadro de pessoal para atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe da Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA) e que aceitaram participar da pesquisa.

Exclusão: trabalhadores não contratados, portadores de necessidades especiais surdos e mudos, visto que o método envolve escuta clínica e trabalhadores que não aceitaram participar do estudo.

### **3.10 Técnica de análise dos dados**

Durante as sessões os trabalhadores falaram sobre diversos assuntos relacionados ao trabalho. Para Dejours (2011, p. 136), o comentário feito no espaço de discussão coletivo é a matéria-prima para a análise dos dados. Assim, o material de pesquisa “é o resultado de uma extração obtida a partir do que foi dito sobre o que pôde ser reconhecido como discurso, em outros termos, daquilo que é uma formulação original, viva, engajada e subjetiva do grupo de trabalhadores”.

As falas dos participantes foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Foi constituída uma equipe composta por três investigadores clínicos (psicanalista, psicóloga, administradora) para a triangulação das análises. Em uma sala instalada na PUC - Goiás reunia-se uma vez por semana a pesquisadora principal e as demais colaboradoras para fazerem a análise dos dados.

Procedia-se a leitura das falas transcritas e marcavam-se os trechos enumerando-os com os componentes das subcategorias, conforme estrutura do quadro 9, a seguir.

Quadro 9 - Estrutura usada para análise do material empírico

| Categories                        | Subcategories   |
|-----------------------------------|---|
| <b>1. Organização do trabalho</b> | 1.1 Organização do trabalho   |
|                                   | 1.2 Condições de trabalho   |
|                                   | 1.3 Relações sociais de trabalho  |
|                                   | 1.4 Gestão do trabalho  |
|                                   | 1.5 Comunicação   |
| <b>2. Mobilização subjetiva</b>   | 2.1 Vivências de prazer (autonomia e liberdade, reconhecimento, sentido positivo do trabalho)               |
|                                   | 2.2 Vivências de sofrimento (falta de reconhecimento, sobrecarga de trabalho, sentido negativo do trabalho) |
|                                   | 2.3 Estratégias de defesas (individuais, coletivas), cooperação, confiança                                  |
|                                   | 2.4 Indicadores de adoecimento  |

Fonte: Elaborado pela autora

Posteriormente, a pesquisadora principal agrupou as falas dos participantes em categorias e subcategorias da Psicodinâmica do Trabalho. Para Dejours (2011, p. 140), toda a metodologia da Psicodinâmica do Trabalho sobre a “análise do material consiste assim destacar o paradoxo, em juntar cada proposta, cada comentário, cada ausência de comentário ao seu contexto e ao que se insere como contradição em relação ao tema inicial”.

A partir das falas categorizadas procedeu-se a exploração de seus conteúdos identificando as recorrências de aparições que tinham significados para atender o objetivo do presente estudo. O agrupamento dos temas formaram as categorias a partir do critério de semelhança e de significado. As verbalizações com maior destaque foram escolhidas para serem citadas no capítulo de resultados.

Destaca-se que as mesmas categorias definidas *a priori* se mantiveram *a posteriori*.

### 3.11 Procedimentos éticos da pesquisa

O projeto inicial que deu origem a esta tese foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Goiás para a apreciação. Após aprovação (protocolo 47109315.1.0000.0037 – anexo) a pesquisa se iniciou. Todos os participantes leram o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice D), dataram e assinaram antes da primeira sessão de escuta clínica. Todas as gravações foram cuidadosamente arquivadas depois das transcrições. Os dados brutos foram manuseados somente pelos clínicos pesquisadores.

Para se obter acesso aos dados sobre o objeto de estudo o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da coordenação geral do SAMU 192 que autorizou a pesquisa em questão. Para resguardar o campo de pesquisa e os participantes não foi inserida na lista de apêndices a declaração devidamente assinada (apêndice B - modelo de declaração utilizado).

A mesma possui carimbo e nomes completos dos autorizadores que permite a identificação do campo de pesquisa. A declaração datada, carimbada e assinada está armazenada nos arquivos do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição proponente.

## CAPÍTULO 4

### APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O propósito desta seção é revelar, analisar e discutir os achados desta investigação. Primeiramente, apresentam-se informações relacionadas aos participantes do estudo. Posteriormente, faz-se a apresentação e análise dos principais resultados encontrados nas categorias basilares ‘organização do trabalho’ e ‘mobilização subjetiva’. Na sequência, apresenta-se a discussão dos resultados de cada categoria.

#### **4.1 Apresentação e análise dos dados coletados na 2ª Etapa: A pesquisa propriamente dita - escuta clínica coletiva.**

Neste tópico estão apresentados e analisados os resultados encontrados no presente estudo que atendem ao objetivo 1: descrever e analisar o trabalho dos profissionais de um SAMU 192, em funcionamento na Região Centro Oeste do Brasil, com base na categoria organização do trabalho.

Os profissionais que participaram do estudo formam equipes de trabalho para atendimentos de suporte avançado. Cada trabalhador tem uma contribuição para efetivar o processo de trabalho no SAMU 192. Todos eles se envolvem nos atendimentos a pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e, quando solicitados, fazem a remoção de pacientes que necessitam de cuidados médicos intensivos, de um hospital ou unidade de saúde para outro (a).

Mesmo sendo trabalhadores de categorias diferentes (condutores, enfermeiras, médicos) eles trabalham juntos, vivenciam situações similares ou até mesmo iguais. Portanto, os resultados serão apresentados juntos. No entanto, é importante lembrar que as sessões clínicas foram realizadas separadas, ou melhor, constituíram-se dois grupos de participantes que podem ser conhecidos a partir de informações, a seguir, sobre aspectos demográficos, competências e atribuições, requisitos gerais para ocuparem os cargos.

A coleta de dados **do grupo 1** foi feita em duas sessões de escuta clínica coletiva<sup>10</sup>, com duração de uma hora e meia cada e realizadas em um mesmo dia (26/11/2015), com um

---

<sup>10</sup> Importante comentar que a transcrição das falas foi literal, mantendo o critério de SIC – Segundo Informações Colhidas.

breve intervalo de descanso. Participaram do estudo cinco sujeitos, dois condutores socorristas de unidade de suporte avançado e três condutores de motolância, sendo uma do sexo feminino, conforme quadro 10, a seguir.

Quadro 10 - Dados sócio demográficos dos participantes (condutores) – grupo 1

| Grupo 1                              |              |                           |                  |              |                   |                       |
|--------------------------------------|--------------|---------------------------|------------------|--------------|-------------------|-----------------------|
| Sigla <sup>11</sup> de identificação | Estado civil | Formação                  | Estado de origem | Nº de filhos | Tempo de trabalho | Nº de empregos extras |
| CS1                                  | Divorciado   | Nível superior incompleto | Santa Catarina   | 1            | 2 anos            | 1                     |
| CS2                                  | Solteiro     | Nível superior completo   | Tocantins        | 2            | 2 anos            | 2                     |
| ML1                                  | Divorciado   | Nível técnico             | Minas Gerais     | 2            | 10 anos           | 1                     |
| ML2                                  | Solteiro     | Pós graduado              | Tocantins        | 0            | 2 anos            | 2                     |
| ML3                                  | Divorciada   | Nível técnico             | Goiás            | 1            | 10 anos           | 0                     |

Fonte: Dados da pesquisa - informações retiradas da escuta clínica coletiva

Percebe-se que somente um participante é da Região Centro Oeste, os demais vieram de outras regiões. O ML1 e a ML3 já está no SAMU 192 a 10 anos e os demais completaram dois anos. Somente a ML3 não tem outros vínculos empregatícios, ou seja, se dedica apenas ao trabalho no SAMU 192.

Para atuar na função de condutor socorrista de USA o profissional precisa ter idade superior a vinte e um anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; habilitação profissional como motorista de veículos de transporte de pacientes, de acordo com a legislação em vigor prescrito no Código Nacional de Trânsito; capacidade para o trabalho em equipe; disponibilidade para a capacitação em educação às urgências, bem como para a recertificação periódica (BRASIL, 2002).

As competências/atribuições desses profissionais condutores de USA são:

Conduzir veículo terrestre de urgência destinado ao atendimento e transporte de pacientes; conhecer integralmente o veículo e realizar manutenção básica do mesmo; estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a central de regulação médica e seguir suas orientações; conhecer a malha viária local; conhecer a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema assistencial local, auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida; auxiliar a equipe nas imobilizações e transporte de vítimas; realizar medidas de reanimação cardiorrespiratória básica; identificar todos os tipos de materiais existentes nos veículos de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde (BRASIL,

<sup>11</sup> Condutor Socorrista 1 – Unidade de Suporte Avançado (CS1), Condutor Socorrista 2 – Unidade de Suporte Avançado (CS2), Condutor de Motolância 1 (ML1), Condutor de Motolância 2 (ML2), Condutor de Motolância 3 (ML3).

2002, cap. IV).

Para atuar na função de motolante o profissional deve ter ensino médio completo e curso regular de técnico de enfermagem, com certificado ou diploma registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição. Esse profissional deve exercer atividades auxiliares de nível técnico, sendo habilitado para o atendimento Pré-Hospitalar Móvel ao integrar sua equipe. Além da intervenção conservadora no atendimento do paciente, é habilitado a realizar procedimentos a ele delegados, sob supervisão do profissional enfermeiro, dentro do âmbito de sua qualificação profissional. Mais especificamente, o motolante deve: assistir ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem; prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave, sob supervisão direta ou à distância do profissional enfermeiro; participar de programas de treinamento e aprimoramento profissional especialmente em urgências/emergências; realizar manobras de extração manual de vítimas (BRASIL, 2002).

Os requisitos gerais para ocupar o cargo de motolante são: ser maior de dezoito anos; disposição pessoal para a atividade; capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; disponibilidade para recertificação periódica; experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação, bem como para a recertificação periódica (BRASIL, 2002).

Fazendo uma análise das exigências para ingresso nas duas referidas funções percebe-se a existência de alguns requisitos coincidentes. São eles: disposição pessoal para a atividade, equilíbrio emocional e autocontrole, capacidade para o trabalho em equipe, disponibilidade para a capacitação em educação às urgências e para a recertificação periódica.

A coleta de dados **do grupo 2** foi realizada em duas sessões (19/11/2015 e 10/12/2015) de escuta clínica coletiva, com duração respectiva de 1h27min e 1h20min. Participaram do estudo nove trabalhadores, sendo três enfermeiras e seis médicos (uma do sexo feminino), como bem foi apresentado no capítulo de metodologia, participantes da pesquisa. A partir das transcrições foi possível coletar alguns dados que caracterizam os sujeitos constituintes do grupo 2 de discussão coletiva. Assim, construiu-se o quadro 11, a seguir.

Quadro 11 - Dados sócio demográficos dos participantes (médicos e enfermeiras) - grupo 2

| Sigla <sup>12</sup> de identificação | Idade - Estado civil | Diplomado (a) | Pós Graduado | Tempo de trabalho | Nº de empregos extras | Vínculo               |
|--------------------------------------|----------------------|---------------|--------------|-------------------|-----------------------|-----------------------|
| E1                                   | 37 - Divorciada      | 2005          | Sim (1 esp.) | 5 anos            | 1                     | Concursada            |
| E2                                   | 44 - Divorciada      | 2008          | Sim (1 esp.) | 10 anos           | 1                     | Contrato              |
| E3                                   | 32 - Solteira        | 2012          | Sim (3 esp.) | 4 anos            | 1                     | Concursado            |
| M1                                   | 29 Solteiro          | 2012          | Em curso     | 2 anos e 6 meses  | 3                     | Contrato              |
| M2                                   | 33 Casado            | 2008          | Sim (1 esp.) | 5 anos            | 2                     | Concursado e contrato |
| M3                                   | 28 Casado            | 2012          | Em curso     | 2 anos e 6 meses  | 1                     | Contrato              |
| M4                                   | 33 Solteiro          | 2013          | Não          | 1 ano e 4 meses   | 3                     | Contrato              |
| M5                                   | 33 Casado            | 2008          | Não          | 5 anos            | 4                     | Concursado e contrato |
| M6                                   | 29 Solteira          | 2011          | Sim (1 esp.) | 3 anos            | 2                     | Contrato              |

Fonte: Dados da pesquisa - informações retiradas da escuta clínica coletiva

As enfermeiras possuem idades entre 32 e 44 anos e possuem especialização *lato sensu* e o tempo de trabalho no SAMU 192 compreende entre 4 e 10 anos. Duas enfermeiras são concursadas e uma é vinculada por meio de contrato. Todas elas possuem outro vínculo empregatício.

Quanto aos médicos, o mais novo tem 28 anos e o mais velho tem 33 anos. Todos são diplomados a partir de 2008. Dos seis médicos, somente dois ainda não fizeram uma pós-graduação. Entre os demais dois estão cursando e dois já concluíram a especialização *lato sensu*. O médico que tem menos tempo de trabalho no SAMU 192 é o M4, com um ano e quatro meses. Dois deles, M2 e o M5, já estão há cinco anos nesse trabalho.

Somente dois médicos são concursados e os demais são vinculados ao SAMU 192 por meio de contrato. O M1 e o M4 têm três empregos além do SAMU 192. O médico que possui o maior número de vínculos é o M5, quatro trabalhos extras SAMU 192.

As enfermeiras fazem no máximo dez plantões de 12 horas por mês. Já os médicos podem fazer até cinco por semana, desde que respeitem o intervalo de descanso de seis horas entre os plantões. O médico pode fazer até dois plantões seguidos, ou seja, trabalhar 24 horas ininterruptas. Existe flexibilidade de turnos para os médicos e podem efetuar trocas entre eles sempre que for conveniente. Já as enfermeiras podem fazer até três trocas ao mês. Os concursados recebem valores fixos mensais. Os contratados recebem por plantão.

<sup>12</sup> E1 (enfermeira 1), E2 (enfermeira 2), E3 (enfermeira 3), M1 (médico 1), M2 (médico 2), M3 (médico 3), M4 (médico 4), M5 (médico 5), M6 (médica 6).

Importante pontuar que durante os plantões os médicos revezam o trabalho. A cada duas horas e meia eles ocupam uma função, ora médico regulador, ora médico intervencionista. Os médicos reguladores são trabalhadores que ficam nas Centrais de Regulação Médica de Urgências atendendo aos chamados telefônicos do número público gratuito nacional 192 e, com base nas informações colhidas dos usuários, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações. Para tanto, utilizam-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema, imprescindíveis ao adequado atendimento do paciente (BRASIL, 2012c). O médico regulador, ao receber o caso, deve, num curto espaço de tempo (de 30 segundos a 1 minuto), por meio da utilização de técnicas específicas para esse fim, julgar a gravidade de cada caso (BRASIL, 2004b).

Os médicos intervencionistas são responsáveis pelo atendimento para reanimação e estabilização do paciente no local do evento e durante o transporte (BRASIL, 2002).

Para atuar como médico regulador e intervencionista é fundamental que o profissional tenha formação de nível superior em medicina, com diploma devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição. Além disso, estar habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar para atuar nas áreas de regulação médica, suporte avançado de vida, em todos os cenários de atuação do pré-hospitalar e nas ambulâncias, assim como na gerência do sistema (BRASIL, 2002).

Os requisitos gerais cruciais para a atuação nas funções de médico regulador e intervencionista são: equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade física e mental para a atividade; iniciativa e facilidade de comunicação; destreza manual e física para laborar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação; assim como para a recertificação periódica (BRASIL, 2002).

Competem aos profissionais médicos, no exercício do trabalho, as seguintes atribuições:

Exercer a regulação médica do sistema; conhecer a rede de serviços da região; manter uma visão global e permanentemente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento pré-hospitalar e das portas de urgência, checando periodicamente sua capacidade operacional; recepção dos chamados de auxílio, análise da demanda, classificação em prioridades de atendimento, seleção de meios para atendimento (melhor resposta), acompanhamento do atendimento local, determinação do local de destino do paciente, orientação telefônica; manter contato diário com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema; prestar assistência direta aos pacientes nas ambulâncias, quando indicado, realizando os atos médicos possíveis e necessários ao nível pré-hospitalar; exercer o controle operacional da equipe assistencial; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua



profissão; avaliar o desempenho da equipe e subsidiar os responsáveis pelo programa de educação continuada do serviço; obedecer às normas técnicas vigentes no serviço; preencher os documentos inerentes à atividade do médico regulador e de assistência pré-hospitalar; garantir a continuidade da atenção médica ao paciente grave, até a sua recepção por outro médico nos serviços de urgência; obedecer ao código de ética médica (BRASIL, 2002, cap. IV).

A atuação do médico nas intervenções e no socorro às vítimas/pacientes é acompanhada de profissionais de enfermagem. Estes são trabalhadores com formação de nível superior, titulares do diploma de enfermeiro devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição e são habilitados para ações de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel e assistenciais. Além disso, prestam serviços administrativos e operacionais em sistemas de atendimento pré-hospitalar (BRASIL, 2002).

Para atuar como enfermeiro no SAMU 192 é necessário que o mesmo atenda a alguns requisitos gerais, como: ter disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; capacidade física e mental para a atividade; disposição para cumprir ações orientadas; experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; iniciativa e facilidade de comunicação. É imprescindível, também, ter condicionamento físico para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação, bem como para a recertificação periódica.

Os enfermeiros (as) assistenciais são responsáveis pelo atendimento de enfermagem em situações de reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte (BRASIL, 2002).

Diversas são as competências/atribuições do cargo de enfermeiro, a saber:

Supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; executar prescrições médicas por telemedicina; prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas; prestar a assistência de enfermagem à gestante, a parturiente e ao recém nato; realizar partos sem distocia; participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde em urgências, particularmente nos programas de educação continuada; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe; obedecer a Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem; conhecer equipamentos e realizar manobras de extração manual de vítimas (BRASIL, 2002, cap. IV).

Percebe-se um portfólio variado de atividades atribuídas aos enfermeiros (as) do SAMU 192. Além de prestarem assistência à população-alvo do atendimento pré-hospitalar, promovem orientações e educação a profissionais da saúde em urgências, supervisionam e avaliam ações da enfermagem, dentre outras.

#### 4.1.1 Categoria I: organização do trabalho

A organização do trabalho comporta a divisão técnica do trabalho, ou melhor, prescreve quem realiza o quê e o como realiza (segundo quais modalidades, quais procedimentos, com quais ferramentas, quais máquinas, quais meios, que tipos de competências) e, também, planeja a divisão social e hierárquica do trabalho, que fixa as formas de comando e de coordenação, os níveis de responsabilidade e de autonomia, e tudo o que se destaca da avaliação do trabalho (DEJOURS 2009; MOLINIER, 2013).

Quase sempre a organização do trabalho produz vivências contraditórias entre as necessidades e desejos dos trabalhadores e a sua realidade laboral concreta. Por meio das falas dos participantes foi possível conhecer o sistema de vínculos trabalhistas, as condições de trabalho, a gestão do trabalho, as relações sociais de trabalho e a comunicação interna.

A maioria dos trabalhadores do SAMU 192 em estudo é contratada por tempo determinado, não possui plano de saúde e nem seguro de vida. No momento de enfermidade (hora que o trabalhador mais carece do cumprimento da função social do contrato de trabalho) recorre ao Sistema Único da Saúde (SUS):

“O plano de saúde nosso aqui é SUS” (ML3<sup>13</sup>).

“Às vezes a gente envolve em acidentes e não tem nenhum apoio da prefeitura ou até dos próprios colegas para liberarem uma ambulância pra nós” (ML1).

As verbalizações indicam que os contratos de trabalho em vigor no SAMU 192 não atendem as necessidades e desejos dos participantes. O plano de saúde não é concedido de forma voluntária aos trabalhadores pela organização pública em estudo. Esse benefício social deveria ser oferecido aos trabalhadores do SAMU 192, pois os mesmos estão expostos no ambiente de trabalho a vários fatores de risco como: chuva, sol, poeira, barro, calor, pacientes contaminados, manuseio de medicamentos. O seguro de vida, por sua vez, seria uma garantia de indenização aos beneficiários do segurado, em caso de morte natural ou por acidente pessoal.

Além da falta de benefícios, plano de saúde e seguro de vida, os contratos em vigor não concedem férias e nem repousos em casos de licença médica. Assim sendo, a situação

---

<sup>13</sup> Para resguardar o anonimato dos participantes foram criados códigos para substituírem os nomes dos mesmos: Condutor Socorrista 1 – Unidade de Suporte Avançado (CS1), Condutor Socorrista 2 – Unidade de Suporte Avançado (CS2), Condutor de Motolância 1 (ML1), Condutor de Motolância 2 (ML2), E1 (enfermeira 1), E2 (enfermeira 2), E3 (enfermeira 3), M1 (médico 1), M2 (médico 2), M3 (médico 3), M4 (médico 4), M5 (médico 5), M6 (médica 6).

laboral dos trabalhadores que fazem parte deste estudo apresenta precariedade no contrato de trabalho. A ausência de proteção social é evidenciada nas falas a seguir:

“Tem 10 anos que eu trabalho aqui sem férias interruptas [...] sou de contrato [...] trabalho há 10 anos sem folga, sem 13º, [...] aqui você não tem direito de apresentar o atestado. Eu (estava) de repouso do outro serviço, de licença médica com quase 30 dias e ainda continuei vindo [...], porque aqui você não tem direito a nenhum dia de atestado” (E2).

“Eu quebrei o pé e continuei vindo três meses de atestado” (M3).

Pode-se afirmar que esses profissionais não aprovam esse modelo de contrato o qual estão vinculados e vivenciam um duplo sofrimento. Um deles é a tensão de saber que se forem vítimas do evento do risco terão que recorrer ao Sistema Único de Saúde para se tratarem. E outro sofrimento durante o tratamento oferecido pelo referido sistema é a constatação das dificuldades do mesmo de atender a população com serviços de qualidade, a tempo e na hora.

Essas regras de contratação, como visto, são profundamente negativas para a construção da qualidade de vida no trabalho. A ausência do salário quando se está doente, a ausência de subsídios, férias e 13º são situações que inviabilizam o repouso, o descanso do trabalhador e ainda ocasionam sentimentos de desvalorização quando comparados a outros profissionais de iniciativa privada, por exemplo, que gozam dos benefícios sociais.

Cabe lembrar que esses trabalhadores do SAMU 192 possuem (em sua maioria) outros vínculos de trabalho. Dos cinco participantes somente um se dedica exclusivamente ao trabalho no referido campo de pesquisa. Provavelmente, um dos motivos de atuarem em outras organizações é o modelo de contrato a que estão submetidos.

O deslocamento das equipes até a o local da cena onde está a vítima precisa ser no menor tempo possível e a atenção e cooperação da população no trânsito é primordial. Os veículos de urgência possuem giroflexes e sirenes para alertarem os condutores dos veículos presentes no trajeto a darem passagem aos mesmos. No entanto, certos comportamentos de cidadãos expõem a equipe do SAMU 192, principalmente, aos riscos de acidente/mecânico:

“O cidadão condutor [...] eles não sabem olhar no retrovisor. Eles fecham o vidro e estão ouvindo música lá dentro e você vem com ambulância atrás com sirene ligada e você dando sinal de alerta do farol eles não veem, não veem e vai. Às vezes tem uns na faixa da esquerda, motoqueiro mesmo você dando sinal para ele passar pra mão da direita tem uns que fazem é te xingar e vai, continuam na mão da esquerda” (CS2).

“Muita gente no trânsito digitando no WhatsApp na hora que está dirigindo e você está atrás, buzina e sirene do lado e do outro não escuta. Às vezes tenta, tenta e não consegue passar do lado dele quando olha ele está lá. A viatura que vai para socorro, faz gesto tipo foda-se” (CS1).

Pelas falas compreende-se que a raiva, a indignação e a frustração são vivências de sofrimento dos condutores de USA, as quais são suscitadas pela falta de educação, de respeito e de reconhecimento não só pelo trabalho deles, mas, também, pela vida dos cidadãos que eles conduzem seus veículos pelas vias públicas. Sabendo da gravidade da vítima que os aguarda e da necessidade de chegarem no menor tempo possível no local, os condutores vivenciam estados de tensão e impotência, principalmente, por serem cientes de que um minuto faz a diferença no sucesso do atendimento.

Ao conduzirem veículos, os trabalhadores do SAMU 192, quando são pressionados pelo tempo, podem salvar muitas vidas, mas também se acidentarem, como foi o caso de um participante:

“Um cara saiu atrás dos carros e me acertou. Apaguei [...]120 dias parado, quebrei sete ossos, perdi o baço. Esses dias vi minha colega de trabalho quase caindo, o rapaz fechou ela [...] ela colocou o pé para não cair e teve que entrar no meio do quebra mola” (ML1).

A fala do ML1 evidencia um dano corporal e estético, visto que o mesmo sofreu fraturas e perda de órgão. O trabalhador ficou 120 dias ausente do emprego, se privando do convívio no trabalho e ainda tendo que arcar com seus próprios recursos financeiros para os deslocamentos para revisão, remédios e cuidadores. Ademais, a perda do baço não garante o funcionamento do organismo de forma completa e natural. Além do dano corporal, esse motolante também tem constrangimentos estéticos. Ao usar uma roupa de banho, fica exposta a cicatriz de mais de 50 cm na parte frontal de seu corpo.

De certa forma, a situação relatada pelo ML1 expressa a falta de atenção do cidadão no trânsito, pois o tráfego de veículos de urgência também é regulado pela legislação de trânsito nacional. Nesse caso, o uso do bom senso de motoristas dos demais veículos, aliado a uma cuidadosa atenção, facilitaria a passagem das ambulâncias e motolâncias. Estas, por transportarem os profissionais para o atendimento ou as pessoas que se encontram em condições de risco de morte, têm prioridade nas vias.

Outro ponto importante de se explorar é que a segurança do condutor e da equipe vem em primeiro lugar, mas dependendo da distância o condutor sente-se pressionado pelo tempo, que quanto menor melhor para a vítima. Os condutores de motolância, em especial, fazem o trajeto já articulando mentalmente como vão realizar os primeiros procedimentos de socorro à vítima. A atenção do mesmo no trânsito pode ficar prejudicada conforme verbalizado pela ML3:

“Toca a ocorrência e a gente já sai naquela adrenalina e você já vai analisando tudinho como está a vítima para você chegar no local da ocorrência (ML3)”.

Na fala da ML3 é possível perceber que sua função exige habilidades estratégicas nos deslocamentos e concomitantemente na mentalização e concentração do que vai fazer quando chegar ao local da cena. De certa forma, a mesma está preocupada com o tempo de deslocamento.

O SAMU 192 funciona 24 horas para proporcionar atendimento precoce, rápido, com transporte adequado às vítimas. Para tanto, requer trabalhadores atuando durante o dia e a noite.

A privação do convívio social é um dos aspectos negativos do trabalho em turnos. Na fala do ML2 percebe-se que sua presença no meio social é limitada:

“Se vou num casamento ou numa festa eu já fico pensando poxa não posso curtir igual todo mundo está curtindo eu vou ter que regrar certas horas aqui porque amanhã eu estou trabalhando de novo (ML2)”.

Esse profissional trabalha no SAMU em escala de 12/36, ou seja, trabalha 12 horas e descansa 36. No entanto, o mesmo atua em mais dois empregos. Isto significa que no horário que seria de descanso o mesmo está trabalhando, restando então pouco tempo para o lazer e para o convívio sócio familiar. Lembrando que a remuneração desse trabalhador não supre suas necessidades financeiras, por isso tem outros empregos. No SAMU faz-se revezamento entre os turnos diurno e noturno. Os condutores de motolância e de ambulância devem cumprir tanto horários diurnos quanto noturnos. Trabalham então em turnos alternados ou rodíziantes.

Os médicos e as enfermeiras também operam em revezamento de turnos e isso permite a adesão a outros empregos com vistas a melhorar os rendimentos financeiros. Essas duas profissões possuem características peculiares que dificultam a conciliação de trabalho com família e amigos, conforme verbalização:

“Eu tenho quatro empregos. Geralmente eu viro e não vou pra casa, então eu continuo o plantão e faço 24 horas seguidas no SAMU e depois dessas 24 horas uma quarta-feira vou pra casa e descanso, e a outra já emendo com outro serviço” (M2).

Quando estão no turno noturno os trabalhadores são forçados a inverter seu padrão normal de sono e andar na contramão da vida social. Os fragmentos de falas a seguir revelam essa interpretação:

“A gente atende [...] várias ocorrências noturnas aqui por tentativa de homicídio” (E2).  
 “A vida social minha é zero. De zero a dez se chegar a um é muito. Então independente de ser aqui e mesmo não sendo [...] a vida social é muito pouco” (E2).  
 “A gente não consegue se reunir nem para lazer, sair” (M2).  
 “Difícilmente eu consigo dedicar final de semana a minha família” (M1).

Convém destacar que se os profissionais citados atuassem somente no SAMU 192 a desordem biológica do organismo e o impacto negativo sobre a saúde física, mental e sócio familiar seria menor. Haja vista que não teriam outros horários a serem cumpridos e sobraria mais tempo livre para descanso, reposição de sono e convívio com amigos e familiares.

A remoção ou transporte de indivíduos nas ambulâncias pode acarretar na propagação de doenças infecciosas. Para tanto, existem as regras gerais de biossegurança para o período pós-atendimento, cujos procedimentos de desinfecção interna da ambulância são realizados pelo técnico em enfermagem na USB e pelo enfermeiro (a) na USA. É essencial que entre um atendimento e outro se faça a limpeza da ambulância e dos materiais e equipamentos.

No que tange à limpeza terminal das viaturas do SAMU 192 em estudo, esta é feita em um lava jato da Secretaria Municipal de Saúde, pois nas instalações da central de regulação:

“Não tem local para lavar a ambulância” (CS2).

Comumente, a higienização é realizada uma vez por semana ou quando no atendimento for identificada a presença de secreções, excreções e/ou outro líquido do corpo humano, ou ainda se houver informações reais de doença infectocontagiosa.

O lava jato que presta serviços para o SAMU 192 não funciona 24 horas. Isto significa que caso seja indispensável a limpeza terminal no período noturno isso não será possível. A não disponibilidade de um lugar próprio na sede para os procedimentos prescritos pelos protocolos pode incorrer na paralisação do veículo no pátio, em trabalhadores ociosos e em vítimas sem atendimento, já que o número de veículos em atividade é inferior à necessidade da população assistida e não existe um veículo reserva que possa ser usado para fazer os atendimentos que seriam atribuídos à equipe daquele veículo parado.

O fator em questão pode gerar no médico regulador sentimentos de impotência, frustração e raiva em decorrência da necessidade de negar o atendimento. A disponibilidade de lava jato nas próprias instalações do SAMU ou terceirizado que funcione por 24 horas evitaria a indisponibilidade do veículo no atendimento em virtude do tempo gasto para se chegar até ao lava jato contratado e evitaria também que o veículo ficasse muitas horas parado durante a noite, já que a prestação do serviço de higienização acontece somente durante o dia.

O número insuficiente de trabalhadores é um dos aspectos da organização do trabalho que impacta na atividade de atendimento:

“São poucos médicos para atender e são poucas telefonistas para atender [...]. Na avançada é difícil, mas você consegue atender com três” (M1).  
 “Se tivesse mais um profissional em cada USA o atendimento seria muito melhor” (E1).

Tais verbalizações sinalizam um hiato entre o trabalho planejado (prescrito) e o realizado (real), que pode gerar a elevação da carga de trabalho dos profissionais em atividade no SAMU 192 e comprometer a qualidade do serviço oferecido à população. Ao se pensar na qualidade de vida desses profissionais o ideal seria a contratação de mais pessoas para o atendimento telefônico e para o atendimento às vítimas nos locais das cenas.

Os chamados para casos de vítimas de arma de fogo ou de arma branca só podem ser atendidos na presença da polícia. A segurança da cena é eminente para garantir um atendimento pré-hospitalar adequado. No entanto, nem sempre os policiais conseguem estar juntos às equipes nas horas dos atendimentos, como evidencia a fala do CS1:

“Às vezes aciona a polícia para chegar junto com a gente e a gente chega primeiro e a polícia nem aparece [...] aconteceu da gente chegar no local e a polícia não estava” (CS1).

A situação relatada provavelmente estimulou sentimentos de impotência, frustração, desamparo e estado de insegurança pela ausência da polícia. A organização do trabalho do SAMU 192 prescreve que, quando necessário, a central de regulação deve acionar recursos de apoio e/ou especializado às equipes do SAMU 192, como: corpo de bombeiros, polícia militar, agentes de trânsito, companhia de água ou de energia elétrica, serviço aeromédico, concessionária de rodovias e outros.

Ao estarem desacompanhados de força de trabalho de apoio os trabalhadores do SAMU 192 em atendimento vivem situações de constrangimento, intimidação e medo, conforme verbalizações:

“As cenas que você vai sempre não são seguras” (M1).  
 “Acontece de tentar agredir a gente [...] sermos ameaçados [...] quando vai em boca de fumo aí tem traficante, briga de traficante, matou o outro, as vezes chega lá e fala: não vai atender ele não, se vocês atenderem a gente vai disparar em vocês também. Já aconteceu caso da gente chegar no local e a polícia não está e [...] aquela multidão em redor: bora SAMU, bora SAMU! Faz ele viver SAMU! Pressionando a gente [...]” (CS1).  
 “Teve colegas que já quebrou dedo e ficou defeituoso, agressões, cortes na cabeça” (ML3).  
 “Já teve outro que saiu no tapa” (CS1).  
 “Eu já fui agredido também [...]” (ML1).

“Eu também já” (ML3).

Pelas falas é possível compreender que o trabalho real desses profissionais é constituído de imprevistos e de situações tensas e problemáticas. O medo de agressão verbal e física se acentua quando a polícia não está dando suporte ao atendimento. Diante disto, os trabalhadores esquivam-se com ações estratégicas, conforme relato:

“Tem local que você vai não tem polícia e você tem que tirar ele, a vítima, de lá de qualquer jeito correndo” (E3).

A fala da E3 revela que a equipe se depara com conflitos psíquicos entre o desejo de realizar o seu trabalho e o estímulo do medo. Dependendo da cena da ocorrência, como vítima baleada ou ferida por faca ou outro objeto, o agressor pode estar escondido pelas redondezas. Ao perceber que a vítima está com vida, ele pode querer retornar para concluir o seu propósito de matá-la. A polícia estando presente no atendimento, provavelmente o agressor ficará inibido e a equipe do SAMU 192 se sentirá mais segura para realizar o trabalho.

Mas existem situações em que a equipe, mesma acompanhada pela polícia, se sente insegura:

“Mesmo com a polícia, às vezes você fica inseguro. Vocês estavam num local que DEUS me livre, é perigosíssimo” (M2).

“A própria polícia estava com medo” (M3).

Nos protocolos, a expressão avaliar ambiente, sujeitos e segurança aparece em diversos tópicos intitulado conduta. No entanto, pelo que se percebe, mesmo seguindo os escritos dos protocolos, a realidade da cena é imprevisível, ou não visível na sua integridade.

A questão da segurança da equipe nas instalações também foi citada, pois no local onde ficam de prontidão para os atendimentos não existe sistema de segurança nem guardas:

“A gente não tem policiamento aqui [...] ninguém é armado, ninguém tem treinamento, o portão está sempre sendo aberto, porque a ambulância precisa sair, não é um lugar seguro de trabalhar nem quando você está aqui e nem quando você está na rua” (M1).

Além da ausência de segurança armada, os muros são baixos, não tem cerca elétrica e nem sistemas de vigilância monitorada por áudio e vídeo. Tudo isso favorece a entrada de pessoas nas instalações do SAMU 192. Um dos médicos relatou um episódio preocupante:

“Esses dias teve um paciente que invadiu aqui e ficou aqui dentro. Ele estava sendo perseguido. Tomou um tiro e veio aqui para o SAMU e ficou aqui dentro e o cara



louco gritando querendo terminar de matar ele. Teve que chamar a polícia e o paciente aqui dentro baleado. Veio esconder aqui no gerador (M3)”.

A situação relatada sinaliza que os trabalhadores de plantão, provavelmente, vivenciaram estado de ansiedade ao perceberem o invasor como uma ameaça ou um perigo iminente.

A rotina dos profissionais do SAMU 192 é constituída de atendimentos a vítimas de acidentes (membros mutilados, decapitados), tentativas de suicídio, disparos de armas de fogo e vários outros. As situações envolvem a tomada de decisões rápidas, objetivando salvar vidas, seja de crianças, adolescentes, adultos ou idosos. Lidar com essas situações diárias exige auto controle emocional e adaptações do funcionamento psicológico do indivíduo a cada uma delas. No entanto, as equipes não contam com um profissional especializado em acompanhamento psicológico. De forma irônica, o M2 e a E3 afirmam que o auxílio psicológico deles é a pressão psicológica:

“Não temos acompanhamento psicológico” (M1).

“Nosso apoio é pressão” (M2).

“Pressão” (E3).

As verbalizações indicam que a pressão psicológica no trabalho é uma realidade presente no SAMU 192. Como consequência, ocorrem as vivências de sofrimento, que poderiam ser amenizadas com um aconselhamento psicológico. Este pode trazer benefícios à saúde mental dos trabalhadores, evitando a progressão do desequilíbrio psicológico diante das situações de sofrimento no trabalho e facilitando uma adaptação mais satisfatória do sujeito à situação em que se encontra, além de otimizar os seus recursos pessoais no confronto com as dificuldades e os problemas que emergem pelo trabalho realizado.

Na validação dos dados (em 27/04/2017), um dos participantes compartilhou com as pesquisadoras que o mesmo havia feito um atendimento num presídio naquele mesmo dia. Ao percorrer os corredores para chegar até à vítima, o socorrista ouviu verbalizações dos presos que demonstravam total insensibilidade, manifestando sentimentos de prazer pelo óbito. Esse clima de desumanidade, aliado à falta de respeito e à falta de valorização do profissional em ação, conduziu o mesmo a uma crise de pânico, que foi amenizada por uso de ansiolítico e apoio dos colegas da equipe.

O processo de atendimento do SAMU 192 finaliza quando a equipe de socorro entrega a vítima com sobrevivida em uma unidade de pronto atendimento e quando o estado da vítima atendida permite sua liberação no próprio local da cena. Um problema comum é que nem

sempre existe vaga na unidade de pronto atendimento, fazendo com que a vítima e a equipe fiquem aguardando:

“Você estar [...] com uma pessoa que está muito grave e corre risco de morrer a qualquer momento e precisa de um atendimento no local adequado. Muitas vezes esse local adequado não existe [...] esse paciente fica com você sob a sua responsabilidade e sob as condições mais inadequadas possíveis (M1)”.

Percebe-se aqui a presença de um entrave que dificulta a finalização do processo de atendimento. Esse constrangimento pode favorecer a ansiedade, sentimentos de desprazer, desgaste mental aos trabalhadores do SAMU 192 e ainda gerar conflitos interpessoais com os profissionais responsáveis pelo recebimento das vítimas.

Nos registros do Ministério da Saúde consta que o SAMU 192, objeto deste estudo, tem disponível sete unidades de suporte básicas, três unidades de suporte avançadas e três motolâncias (BRASIL, 2017b). No entanto, essa totalidade de veículos não está à disposição do município onde está instalada a central de regulação médica. As falas dos participantes revelaram que

“No papel a gente trabalha com sete unidades básicas [...] na prática roda três” (M2).  
 “No papel três USAs e roda duas” (E3).  
 “No papel era para ser quatro motolâncias e tem duas só. Então assim é (M2).  
 “A metade” (E3).  
 “Você tem o equipamento as vezes tem ambulância guardada [...]” (M2)”.  
 “Com pneu furado” (M1).  
 “Há 3 anos tinha a terceira USA. Já tem um ano que não funciona a terceira USA” (E3).

Menos viaturas<sup>14</sup> na ativa significa menos atendimento e, conseqüentemente, aquelas que estão em funcionamento ficam sobrecarregadas e as equipes também. Isso gera situações tensas, pois o médico regulador precisa negar o atendimento por falta de recursos. A verbalização do M2 faz referência a esta questão:

“O pior pra nós é quando a gente sabe que precisa de ambulância e não tem. Aí é cansada, porque a gente sabe que a pessoa está realmente grave, mas não tem. Aí simplesmente fala: infelizmente não tem. O pessoal do outro lado não entende, liga duas, três vezes em sequência e a gente tenta falar que não tem e orienta falar no bombeiro, o bombeiro fala que não tem também” (M2).

A insuficiência de veículos e de suas respectivas equipes faz com que os profissionais na ativa sejam submetidos a tomadas de decisões cujo resultado não é o desejado por eles.

---

<sup>14</sup> Pode ser justificada por vários motivos, os quais não foram explicitados pelos participantes. Mas os veículos precisam de manutenção, substituição por perda total (em casos de acidentes) e desfazimento (depreciação de frota).

Para o M2, em casos de múltiplas vítimas:

“Infelizmente [...] vai ter que escolher a que tem mais chance<sup>15</sup> [...]. Pode até dar suporte para todas as três, mas a gente só pode carregar uma de cada vez. Aí você meio que escolhe a vítima, mas é ruim nesse ponto. Mas direto a gente tem” (M2).

Escolher quem será transportado até uma unidade de pronto atendimento gera um desconforto à equipe, principalmente porque o papel dos seus componentes é prestar atendimento, visando manter a vida da vítima até que a mesma possa receber assistência em uma unidade de saúde adequada.

#### 4.1.1.1 Condições de trabalho

As condições de trabalho adequadas são essenciais para que os trabalhadores desenvolvam suas atividades laborais com qualidade e produtividade. Para Dejours (1992), as condições de trabalho envolvem os ambientes físico, químico e biológico, as condições de higiene, segurança e as características antropométricas do posto de trabalho.

Na sala de regulação do SAMU 192 ficam os TARMS, os médicos reguladores e os rádios operadores. Todos em um mesmo ambiente conversando, em muitas ocasiões conversam ao mesmo tempo:

“O ambiente é extremamente desconfortável [...] barulhento que não tem silêncio [...] o tempo inteiro o tom de voz é elevado. Às vezes é ríspido porque você tem que ser rápido [...]” (M1).

Esse fragmento de fala indica que no ambiente de trabalho a presença de ruídos incomoda. São muitas vozes juntas por 12 horas seguidas ou até mais. Nesse caso, os profissionais que dividem a sala de regulação podem sofrer danos auditivos por trabalhar em meio ao barulho constante, o que é desagradável e até mesmo irritante. O barulho pode interferir no desempenho das tarefas e na comunicação com os solicitantes.

As roupas utilizadas pela equipe não são recolhidas e lavadas em lavanderia especializada, cada profissional fica encarregado de fazer a limpeza e esterilização adequada de seu uniforme:

---

<sup>15</sup> Chance de sobreviver. Existem situações em que as necessidades de atendimento, excedem os recursos materiais e humanos disponíveis. Acontece, por exemplo, acidente de trânsito com cinco vítimas e o número de ambulâncias e suas equipes disponível varia de uma a três. A ambulância tem equipamento para a sobrevivência de uma pessoa.

“Roupa [...] tem que esterilizar [...] e lavar com os nossos meios, se você quiser ter uma outra roupa para você vestir do uniforme você tem que comprar ela com seus meios. Eu estou aqui tem três anos eu recebi duas peças de uniforme [...]” (M1).

Esse procedimento acaba sendo feito em casa. Isto significa que inclusive a família do profissional socorrista está exposta a riscos biológicos. Dependendo do local onde esta roupa é higienizada pode ocorrer a disseminação dos micro-organismos para as demais áreas. Outro ponto destacado na fala é o uniforme. São poucas peças disponíveis para trocar e quando ocorrem casos de sujidade pesada com sangue, vômito, fezes e/ou secreção de espirros, há o contato por mais tempo com micro-organismos maléficos, aumentando o nível de exposição ao risco biológico.

Nas horas em que não estão nas ocorrências as equipes ficam na base do SAMU 192. Durante esse período podem repousar ver televisão, ler ou realizar outras atividades. Mas, segundo o M2:

“Tem poucos locais de repouso e geralmente esses repouso são mistos, não são separados” (M2).

O fato das salas de repouso disponíveis serem usadas por trabalhadores do sexo feminino e masculino parece gerar um desconforto para os que frequentam as mesmas.

Outra questão destacada foi o acesso aos banheiros. Sobre eles, M1 explica:

“Poucos ficam vazios [...] um é pra homem e outro pra mulher [...] chegando da ocorrência todo mundo tem que tentar fazer o máximo de higiene pessoal possível que conseguir [...] fazer suas necessidades para ficar disponível já para outras situações” (M1).

A fala do M1 indica que o número de banheiros é insuficiente para atender a demanda dos usuários e aponta para a necessidade de aumentá-los para garantir que todos possam frequentá-los.

Para o desenvolvimento das atividades de trabalho no SAMU 192 os profissionais precisam de recursos materiais, equipamentos e veículos. Mas alguns depoimentos afirmaram que nem sempre eles estão à disposição:

“Às vezes falta máscaras, óculos, capacetes, lanterna, capa de chuva para você atender em determinados locais e determinadas ocorrências. É comum [...] chegar em casa [...] molhado seja de suor ou seja pela chuva, sujo de sangue, de barro e areia [...]” (M1).

“Os equipamentos [...] são muitas vezes sucateado, ambulância estragada, ambulância com pneu careca e sem freio” (M2).

Tais falas indicam que os profissionais têm realizado as atividades de trabalho mesmo não possuindo todos os recursos necessários. Essa forma de exercer a profissão pode acarretar em prejuízos à saúde dos mesmos por não oferecer segurança ao processo de atendimento. Além disso, pode interferir na qualidade da assistência prestada ao usuário ou até mesmo inviabilizá-la.

As equipes do SAMU 192 precisam de veículos seguros e em bom estado de conservação para darem o devido socorro à vítima. Contudo, a realidade revelada na escuta clínica não vai ao encontro da segurança e das adequações básicas. Os relatos das enfermeiras e do médico atestam tal compreensão:

“Nós já fizemos viagens à noite [...] chovendo com pneus carecas” (E3).  
 “Às vezes dizem assim: você é doida [...] entrar dentro da viatura com pneu tudo careca [...] e correndo daquele tanto” (E1).  
 “USA bateu com a equipe até com paciente. O paciente até viscerou” (M3).

Ao rodarem em veículos com pneus carecas, principalmente em dias chuvosos, a equipe corre risco mecânico/acidente, porque o carro pode deslizar com maior facilidade e o motorista pode perder o controle do veículo e causar um acidente. O pneu careca não possui os sulcos ou gomos para escoamento da água em dias chuvosos e isso reduz a capacidade de travagem, de deslocamento em curvas e risco de aquaplanagem.

A frota de veículos em atividade dificilmente tem um momento reservado para receber manutenção. Isso tem ocasionado situações de insegurança nos trajetos percorridos. A não manutenção também vem acompanhada da falta de recursos financeiros para consertos emergenciais, como pode ser lido nos trechos a seguir:

“Já chegou cair roda, porta da ambulância [...] Já chegamos a remendar pneu também com dinheiro nosso” (CS2).  
 “Eu mesmo já comprei óleo para motor do meu bolso [...]. Nós já arrumamos ambulância batida, tiramos farol de uma colocamos na outra, batemos com o ferro para o para-lamas voltar, trocamos as frentes, trocamos tudo para a viatura rodar e está rodando até hoje [...] já aconteceu da gente se reunir e arrumar ambulância para ela rodar [...] para não ficar três viaturas rodando e uma parada [...] remendar pneus, eles da moto leva ali e arruma pneu do dinheiros deles” (CS1).  
 “Para não ficar parada” (ML3).

Tomando por base que o atendimento é móvel, pressupõe-se que o mesmo só pode ser realizado se houver o veículo adequado para deslocar a equipe até ao local e depois seguir com a vítima para o apoio/unidade de atendimento mais próximo possível. Isso significa que o veículo é um recurso estrutural e fundamental para a prestação dos serviços.

Cabe ressaltar que toda organização necessita, para sua abertura e seu funcionamento,

de recursos financeiros compatíveis com os custos incorridos, como água, luz, pagamento de salários e despesas com alimentação, transporte, manutenção de máquinas e equipamentos e outras. Nesse sentido, é impossível que o SAMU 192 consiga prestar serviços à população sem recursos financeiros. A falta desses recursos, principalmente para manter em boas condições de uso as ambulâncias, conduz os trabalhadores a situações desgastantes, como a paralisação por impossibilidade de uso dos veículos ou por transitarem em veículos em condições precárias.

Além da falta de segurança pelo estado do veículo, o conforto térmico em certas situações de trabalho não existe. Nas falas do M2 é possível notar a insatisfação com as condições de trabalho:

“As ambulâncias [...] andam muito sucateadas, não tem ar condicionado [...] quebrou tudo e a gente anda no calor. Pensa isso meio-dia, às 13 h você andando, entendeu? Aí tem essa roupa que é uma lona no calor sem ar condicionado e sem nada” (M2).

O excesso de calor pode influenciar no rendimento e velocidade do trabalho, provocar fadiga, diminuir a concentração na execução das atividades, deixando os trabalhadores propensos a acidentes, além de impactar no estado de humor e bem-estar dos mesmos.

No SAMU 192 todos os profissionais que fazem o atendimento móvel devem usar o EPI obrigatório, constituído por “uniforme completo, apresentável com faixas refletivas e mangas longas, calçado fechado impermeável obrigatório, luvas de procedimento, óculos de proteção, máscara facial, capacete – para o caso de condutores de motolância” (BRASIL, 2016b, p. 223). O uniforme protege o corpo dos trabalhadores de possíveis agentes. No entanto, em algumas estações climáticas, por exemplo no verão, há ocorrência de muitas chuvas e o atendimento precisa ser realizado da mesma forma.

Ocorreu com um condutor de Motolância o adoecimento, ocasionado por longas horas de trabalho com a roupa molhada no corpo. Essa situação está evidenciada nas verbalizações dos participantes:

“Eu já adoeci, mas foi devido pegar chuva [...] a farda [...] seca em você [...]” (ML3).  
 “Não tem roupa reserva. Se a gente tiver voltando pra base e pegar chuva fica molhado” (ML1).

O fato é que, não tendo a roupa reserva duas situações, centrais poderão ocorrer: uma é que o trabalhador vai se manter molhado no trabalho, expondo-se a riscos físicos. A outra seria o trabalhador parar de trabalhar caso tenha se molhado nas primeiras horas de trabalho.

A consequência dessa segunda ação, parar de trabalhar, afeta diretamente o atendimento e pode ocasionar a morte de uma vítima, visto que os procedimentos iniciais para garantir a sua sobrevivência deixarão de ser realizados. A não efetivação do trabalho, por parte do trabalhador, vem acompanhada do sentimento da improdutividade.

A principal ferramenta tecnológica de comunicação entre a central e a equipe de intervenção é o rádio. No caso específico dos motolantes, eles fazem os primeiros procedimentos referentes à sua função em relação à vítima até que a viatura chegue e o médico e a enfermeira estabilizem-na. Durante esses primeiros atendimentos, feitos pelo motolante, existe a necessidade de comunicação direta e de qualidade com o médico. No entanto, as falas do ML2 e ML1 mostram outra realidade:

“Deveria ter uma comunicação mais direta [...] a comunicação ela é falha [...] via rádio não tem. Eles vão ligar no celular tem hora que seu celular está desligado. Você não tem uma comunicação direta com o SAMU” (ML2). “O celular é nosso inclusive” (ML1).

De acordo com esses relatos, a ausência do rádio comunicador dificulta a comunicação direta e rápida com a central de regulação. O aparelho celular, ao que parece, não é um instrumento de comunicação ideal para auxiliar no processo de atendimento. Diversas informações são passadas pelas equipes à central de regulação. Algumas estão relacionadas à situação encontrada no local da cena, estado do paciente, condutas tomadas. A central de regulação precisa orientar sobre o local de destino do paciente e outras questões relativas à ocorrência.

O rádio e o GPS são duas ferramentas essenciais para os condutores das ambulâncias e mais ainda para os condutores de motolância. A equipe do socorro, ao ser acionada, precisa rapidamente se deslocar até o local de atendimento. A ausência do GPS atrasa a saída da equipe em alguns atendimentos, pois nem sempre o condutor conhece todos os trajetos. Não sabendo do percurso os condutores se reportam a um mapa fixado numa parede no pátio de estacionamento dos veículos de urgência e tentam gravar na mente ou fazem uma anotação do percurso num papel ou até mesmo no motor da moto. As consultas de endereços ao mapa do município, feitas pelos motoristas, provavelmente levam mais tempo que acioná-las no aplicativo GPS. Com efeito, o tempo de atendimento é influenciado.

Proporcionar o máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente para o trabalhador é requisito mínimo para que o mesmo possa desenvolver bem as suas atividades. No entanto, quando se trata de questões ergonômicas, a escuta clínica também sinalizou a existência de fatores de riscos na área da ergonomia, como relatou o ML2:

“Manter compressão torácica naquela vítima até a unidade chegar [...] demora uns 15, 20 minutos [...] na mesma hora que a gente está fazendo um trabalho de parto, dez minutos depois estamos numa Parada Cardiorrespiratória (PCR) [...] você sai da PCR e vai para um tiroteio uma vítima com ferimento por arma de fogo... a gente saiu de uma queda em cisterna e foi num enforcamento [...] foi o que dez minutos de uma para outra (ML2)”.

O tempo é fundamental para a sobrevivência da vítima. Nesse caso, o ML precisa ter condicionamento físico compatível com a necessidade de compressão, sob pena de se lesionar ou até mesmo não ter condições de salvar o indivíduo em atendimento. Essa situação gera tensões, emoções negativas e medo de não conseguir realizar o trabalho, afetando diretamente a saúde mental e física desse trabalhador. Assim sendo, essa categoria de trabalhadores pode ser vítima da LER/DORT.

#### 4.1.1.2 Relações sociais de trabalho

O trabalho humano é mobilizado justamente quando a ordem tecnológico-maquinal é insuficiente (DEJOURS, 2011). Um trabalhador dificilmente executa suas atividades sozinho. Na maioria das vezes existem relações entre indivíduos (colegas e pares, chefes, clientes) no ambiente de trabalho. O viver junto com civilidade, respeito, cooperação e reconhecimento, pode-se dizer, favorece a conservação do equilíbrio mental do trabalhador.

O processo de atendimento às vítimas envolve um conjunto de ações integradas que são desenvolvidas pelos membros da equipe do SAMU-192. Para tanto, cada profissional põe em ação seus saberes e habilidades. Ou melhor, emprega esforços em prol da sobrevivência do atendido. No entanto, óbitos ocorrem. Independente do estado da vítima, os condutores socorristas da motolância, quando chegam primeiro no local, tentam todos os procedimentos possíveis para mantê-la com vida. Esses esforços, como verbalizado pelos ML2 e ML1, não são reconhecidos e nem respeitados por todos os médicos:

“Tem médico que chega [...] bate o olho e fala: não, não pode parar! e dá óbito ali. Não teve respeito pela equipe que ficou ali 15 e 20 minutos fazendo compressão” (ML2).

“Tem uns que não respeitam a equipe [...] no meu pensamento, poderia chegar avaliar: olham realmente parabéns vocês tentaram, mas no momento aqui não tem condições” (ML1).

Esses relatos indicam a insatisfação dos motolantes com o comportamento de alguns colegas de trabalho. A falta de consideração pelo colega e pelo seu trabalho pode interferir diretamente no relacionamento interpessoal dos trabalhadores, gerar conflitos entre os eles e



influenciar no resultado do trabalho. Conforme a M3 e E1, nem todos os líderes de equipes do SAMU 192 possuem condutas agradáveis:

“Tem colegas aqui que as vezes atrapalham o nosso serviço” (M3).

“Tem médicos [...] que comandam a equipe [...] tem uns que desestruturam” (E1).

“Grosseiro” (M3).

“Sem educação” (E1).

As verbalizações indicam que alguns líderes de equipes do SAMU 192 não possuem atitudes essenciais de um líder, como a empatia, o compromisso, o respeito. Isso, ao que parece, tem provocado insatisfações na equipe.

Parte integrante do sistema de atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar é a unidade de saúde que recebe a vítima atendida pelo SAMU 192. Acolher e atender adequadamente a demanda faz parte da responsabilidade dessas unidades que compõem os elos da cadeia de manutenção da vida. A equipe do SAMU 192 estabiliza a vítima e a conduz até a unidade de saúde competente. Mas, depois de tanto esforço, certos profissionais da rede de recebimento dificultam a entrada da vítima para receber os devidos cuidados, como explica o M2:

“Uma mulher que enfartou e tem que ir para o Hospital de Urgência do Município, a gente sabe que vai dar problema. Então a gente tem esse estresse de não ter esse apoio” (M2).

A falta de cooperação dos profissionais da unidade de saúde que recebem as vítimas estabilizadas para com a equipe do SAMU 192 favorece o desencadeamento de sentimentos de impotência, frustração e angústia.

Ninguém gosta de ser tratado com rispidez e desvalorização no ambiente de trabalho ou em qualquer outro lugar. Dificilmente relações agradáveis se edificam com atitudes grosseiras, mesmo que por poucos minutos. Na fala do M2 percebe-se a existência de mau trato pelo solicitante do serviço:

“Somos médicos reguladores, a gente regula se vai ou não vai, tem essa possibilidade. As pessoas [...] ligam com muita pedra na mão: quero que mande uma ambulância aqui” (M2).

Existem indícios de descontentamento dos médicos reguladores na forma como são tratados ao telefone. Os mesmos precisam colher as informações necessárias do solicitante sobre o estado da vítima que precisa de atendimento. A falta de educação pode afetar o desempenho e o bem-estar do médico regulador no trabalho.

A amizade no trabalho, em especial, pode ser compreendida como um vínculo significativo e importante que se estabelece entre os trabalhadores e que tem capacidade de proporcionar um bem estar subjetivo, atenuar a solidão, promover felicidade e saúde. Um dos participantes manifestou sentimento de frustração com as pessoas que ele considerava (ou considera) como amigos:

“O que eu fico chateado é que fiquei 120 dias parado [...] e quase não tive amigo para ir lá em casa me visitar” (ML1).

Na fala do ML1 entende-se que a falta de apoio, interesse e amparo por parte dos colegas indica que a amizade não ultrapassou os limites do trabalho.

As relações sociais positivas no trabalho são muito importantes. As mesmas podem influenciar na produtividade, no estado de satisfação, na motivação e no comportamento dos trabalhadores.

#### 4.1.1.3 Gestão do trabalho

Uma organização é composta por pessoas com papéis designados, que trabalham em conjunto para alcançar objetivos organizacionais (DESSLER, 2014). Para tanto, é necessária a gestão do trabalho para assistir e direcionar os esforços dos trabalhadores ao atendimento dos propósitos da organização. O gestor, portanto, além de se envolver na designação de tarefas específicas a cada trabalhador, precisa monitorar o desempenho do mesmo, aconselhá-lo, treiná-lo. Além disso, é importante que o gestor adote posição favorável à cooperação criativa, às boas relações de trabalho e à proteção da saúde dos trabalhadores.

Ter uma equipe de trabalho preparada para desenvolver as atividades proporciona, por um lado qualidade do serviço prestado ao usuário e, por outro segurança para os próprios trabalhadores.

Na fala do ML3 é possível perceber que houve um ponto de tensão e de emoções negativas na situação relatada. O desmaio do novo integrante da equipe ocasionou uma circunstância não esperada. A previsão era atender uma vítima e foram atendidas duas como sinaliza a escuta clínica:

“Caiu uma ocorrência de um baleado, chegamos nessa ocorrência o paciente estava gravíssimo. Esse colega que veio para fazer o treinamento não suportou e desmaiou dentro da ambulância. Então, eu já estava com o paciente grave e mais ele desmaiado. Eu passei o cinto nele e firmei bem ele lá tocamos para unidade de saúde. Prestamos o atendimento para o baleado e para ele. Aí, foi vê ele era

cardiopata, hipertenso, diabético e não tomava o remédio direito. Então, descompensou tudo, internamos os dois. Muitas das vezes não fazem um treinamento com o pessoal [...], passar pelo psicológico, tinha que ter isso, mas não tem” (ML3).

A falta de aptidão do recém-chegado à equipe para atender o paciente em situação de urgência resultou em perturbação emocional e o seu organismo respondeu de forma severa, conduzindo-o ao desmaio. O atendimento que seria dedicado a um socorro (uma vítima), desdobrou-se em dois. O tempo e a situação, nesse caso, exigiram dos trabalhadores da equipe procedimentos mais ágeis frente ao ocorrido.

Difícilmente o trabalho está isento de situações de constrangimentos e conflitos com parceiros de trabalho, subordinados, superiores e usuários. Por isso, ser capaz de adquirir e manter o autocontrole faz toda a diferença na realização do trabalho. Nessa situação, em especial, foram originados dois problemas centrais: o primeiro diz respeito ao tempo de atendimento à vítima que fez o chamado ao SAMU 192 e aos dois atendimentos que o ML3 teve que providenciar, desencadeando uma sobrecarga. O segundo foi o desconforto no deslocamento, pois a ambulância só tem espaço para uma vítima deitada na maca. Tiveram que transportar o colega amarrado pelo cinto ao banco.

A verbalização do ML2, a seguir, revela a importância do autocontrole emocional dos profissionais socorristas no desempenho de suas atividades de trabalho, as quais são desenvolvidas em ambiente pouco favorável à sua segurança e qualidade de vida no trabalho:

“Vai entubar um paciente na chuva, no escuro, numa situação de tiro, numa situação de risco eminente ali, que você pode ser a vítima, aí que está! Aí que tem que trabalhar o psicológico” (ML2).

Essas situações de trabalho indicam que os profissionais em atendimento precisam se concentrar nos procedimentos às vítimas e ainda controlar o sentimento de medo e a provável sensação de ansiedade.

Qualquer profissional que queira ter mais produtividade e qualidade no seu trabalho, bem como evitar possibilidades de desentendimentos ou desgastes nas relações com colegas e pares, precisa manter-se organizado. A desordem por parte do trabalhador dificulta o fluir do processo de atendimento, como está verbalizado por CS1:

“O que dificulta mais é a desorganização de alguns [...] se alguém demora chegar no plantão dificulta [...] porque a gente tem que fazer várias coisas ao longo do dia e não é só ocorrência. Tem que checar viatura, conferir e levar para abastecer” (CS1).

Pode-se considerar que a desorganização de colegas de trabalho favorece a origem de

conflitos e constrangimentos. Isso acarreta um estado de estresse negativo, emoções negativas e desgaste.

A participação efetiva dos trabalhadores, ou de seus representantes, nas tomadas de decisões favorece a busca constante de melhorias no ambiente, na organização e nas relações de trabalho. No entanto, nem todos os trabalhadores interessados participam de decisões importantes, como opinar sobre a remuneração. A fala dos participantes ML2 e ML3 demonstra a não satisfação com a contrapartida financeira recebida pelo trabalho que realizam e ainda fazem comparações com profissionais similares:

“Verba [...] se fosse bem administrada [...] daria [...] e não precisaria [...] fazer uma [...] carga horária de três serviços” (ML2). “A gente não recebe nem a metade do que o bombeiro recebe” (ML3).

Pelas verbalizações compreende-se que o motivo pelo qual recebem uma remuneração insuficiente é a má gestão pública dos recursos financeiros. Para complementarem os rendimentos necessários para sua sobrevivência, possuem outros empregos. Trabalhando mais esses trabalhadores podem sofrer com a sobrecarga de trabalho, podendo repercutir em acidentes de trabalho, exaustão, dentre outros.

Abrir espaço para que os trabalhadores possam participar das decisões relacionadas a seu próprio trabalho é essencial para a construção de ambientes laborais saudáveis. No entanto, nem todos os gestores valorizam as opiniões e as sugestões de seus trabalhadores, conforme as verbalizações seguintes:

“A gente vive num sistema que o que serve é dinheiro e número [...]. Eles estão preocupados com o número, eles não estão preocupados com a qualidade, às vezes, com a velocidade que você conseguir” (M2).

“Você não opina em nada. Está escrito [...] nos protocolos e Você rege” (E2).

“A gente não é ouvido. A gente conversa entre os colegas, mas a nossa opinião isso não tem valor nenhum” (M2).

A fala do M2 expressa que as partes interessadas não têm a mesma opinião sobre os resultados esperados. Quem executa está preocupado com a qualidade do serviço prestado e quem planeja, organiza e controla o trabalho considera, segundo BRASIL (2002), os indicadores de desempenho, que são: tempo médio de resposta, indicadores de adequação da regulação, taxas de mortalidade evitável e mortalidade geral no ambiente de atenção pré-hospitalar, mortalidade hospitalar imediata dos pacientes transportados (24 horas), casuística de atendimento de urgência por causa clínica.

É comum acontecer mudanças nas organizações, sejam em suas estruturas, tecnologias

ou pessoas. O processo de mudança na organização pode influenciar a vida profissional do trabalhador. Isso significa que a sua participação é essencial para, junto com os gestores, pensarem as melhores práticas de implementação de novas ideias, métodos e atitudes nas organizações. No SAMU 192, conforme declarações dos participantes,

“A mudança [...] acontece sem interferência da equipe [...]. Tiveram várias [...]. Nada que Você interfira. Tem as mudanças e Você acompanha” (E2).  
 “De cima pra baixo” (M1).  
 “Você se adéqua” (M3).

A partir dessas falas compreende-se que os trabalhadores do SAMU 192 não tiveram a oportunidade de discutir sobre as mudanças, mas simplesmente aceitá-las. Conhecer as razões das mudanças pode facilitar a aceitação das mesmas por parte dos trabalhadores e ainda levá-los a conhecer os seus possíveis impactos na execução das atividades, uso de tecnologias, comportamentos, atitudes e valores sociais. Cientes da necessidade de mudanças, os trabalhadores podem se preparar melhor para implementá-las.

Uma comunicação transparente e eficaz, pode-se dizer, é ferramenta essencial para gerar resultados positivos, propiciar desenvolvimento, reconhecimento, estabelecer diretrizes claras e alinhadas às expectativas dos trabalhadores e da organização. Mas, nem todos os gestores valorizam a comunicação:

“A gente não é ouvido. A gente conversa entre os colegas, mas a nossa opinião isso não tem valor nenhum [...]. Direção [...] a culpa não é deles, eles são muito pressionados para fazer o que o Secretário ou Prefeito quer” (M2).

Pelas falas compreende-se que os trabalhadores do SAMU 192 não têm tido a oportunidade de opinar sobre o seu próprio trabalho. Quem vivencia o trabalho real é quem mais entende das atividades que o constitui. Suas melhorias podem ser feitas com o compartilhamento de discussões, opiniões; e isso não tem sido viabilizado.

#### 4.1.2 Categoria II: Mobilização subjetiva do trabalhador

A mobilização subjetiva é o processo pelo qual o trabalhador faz uso de seus recursos psicológicos para o engajamento no trabalho, visando transformar as situações causadoras de sofrimento em vivências de prazer. Para Dejours (1994, p. 59), “o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza, o que corresponde a uma diminuição da carga psíquica do trabalho”.

Em referência ao objetivo de analisar a mobilização subjetiva dos trabalhadores em estudo, enfocando suas vivências de prazer e sofrimento relacionadas ao seu cotidiano laboral; bem como as estratégias de defesas utilizadas para suportar as vivências de sofrimento, esta seção apresenta os resultados e suas respectivas análises.

#### 4.1.2.1 Vivências de prazer nas situações de trabalho

As vivências de prazer emergem da sensação de bem-estar que o trabalho produz no corpo, na mente e nas relações sociais (FREITAS, 2007). Decorrem, segundo Maximo, Cançado e Jeunon (2012), do bom relacionamento entre os colegas, da liberdade de expressão, da colaboração e do vínculo de confiança. Surgem também pelo sentimento de respeito que os trabalhadores sentem por si próprios, a identificação que têm com a profissão, a possibilidade de ajuda ao outro e o reconhecimento do trabalho pelos usuários.

O trabalhar dos profissionais do SAMU 192 é constituído de experiências de prazer geradas por: autonomia e liberdade, sentimento de auto realização, reconhecimento simbólico, característica da ocorrência, sentido positivo dado ao trabalho e pelas boas relações sócio profissionais.

#### Prazer pela autonomia e liberdade no trabalho

As vivências de prazer nas situações de trabalho do SAMU 192 emergem da

“Liberdade de chegar na sala da direção e conversar ou com a diretora geral ou com a supervisora de enfermagem” (ML2).

E também pelas tomadas de decisões e providências da equipe, não descritas nos protocolos:

“É a gente que toma iniciativa [...] tem total liberdade para fazer o que [...] é melhor, mais conveniente daquela situação. Protocolo [...] a gente segue tranquilo. Agora o resto [...] a gente tem que improvisar o tempo inteiro” (M6).

Ademais, o prazer advém pela independência e liberdade de cada um nos intervalos entre uma ocorrência e outra:

“Horário livre você pode desempenhar qualquer função: estudar ou assistir televisão ou permanecer conversando com os amigos (E2).

Isto significa que possuem autonomia para decidirem a forma que consideram mais confortável e que propicie um aproveitamento no tempo de espera pelos atendimentos.

Os membros da equipe, para atenderem uma vítima de trauma (cranioencefálico, por exemplo), devem se orientar pelas condutas sugeridas no protocolo suporte avançado de vida - AT5/TCE. Essas condutas precisam ser adotadas, porém os movimentos, as providências e as decisões da equipe variam de acordo com a cena. Pode-se considerar que existe o exercício da autonomia, cuja precondição é a liberdade.

### Auto realização

A possibilidade de fazer o que se gosta e na área em que se tem afinidade proporciona aos trabalhadores do SAMU 192 vivências de prazer. Os participantes declararam que se sentem auto realizados:

- “Gosto muito da área, gosto muito do que faço [...] sempre gostei” (CS1).
- “O SAMU é um lugar que a gente vem de coração mesmo [...]. Pra mim o SAMU é tudo” (CS2).
- “Amo o que faço” (ML1).
- “Sou apaixonado no que faço [...]” (ML2).
- “Faço com muita boa vontade [...] de todo coração” (ML3).
- “É satisfação tanto pessoal quanto profissional [...]” (E1).
- “Gosto muito de urgência e emergência [...] eu acho fantástico [...] maravilhoso [...] o pré hospitalar é muito bacana, é apaixonante [...]” (M5).
- “Eu gosto demais [...] acho é bom, acho ótimo [...]” (M6).
- “Aqui não é só o dinheiro, você também tem que se adaptar [...] ao perfil” (M4).

As expressões gosto, amo, apaixonado, realização, satisfação, maravilhoso, fantástico, bacana se destacaram nas verbalizações. Elas indicam que o trabalho no SAMU 192 oportuniza aos trabalhadores a autorrealização. Compreende-se que a realidade laboral desses profissionais não se resume a aspectos financeiros, frustrações e contradições, mas também ao prazer, questão central na motivação, entusiasmo e engajamento no trabalho.

### Prazer pelo reconhecimento no trabalho

O reconhecimento foi uma das vivências de prazer citadas pelos participantes. O esforço deles tem sido reconhecido por colegas da equipe (entre pares), pelo governo, gestores da prefeitura e coordenação geral do SAMU 192, pela população/sociedade, pelos usuários e famílias de usuários, pelos familiares e amigos dos trabalhadores conforme explorado a seguir.

## Colegas e pares

As verbalizações dos participantes trazem indícios de que os atos de reconhecimento proferidos por colegas da equipe (entre pares) sobre os esforços produzidos no trabalho acontecem:

- “Os médicos falam bem da gente” (ML1).
- “O reconhecimento mesmo é mais no local de trabalho [...] na sua equipe [...]” (E2).
- “Reconhecimento [...] entre os colegas é sempre e constante” (E3).
- “Reconhecimento [...] é mais comum entre a equipe em si [...]” (M5).

Destaca-se que, caso o investimento do trabalhador no seu labor passe despercebido ou seja negado pelos outros, o sofrimento suscitado passa a ser uma ameaça para a saúde mental dos profissionais, haja vista que o reconhecimento gera sentimento de pertencimento a um coletivo de trabalho e dá sentido ao confronto com o real.

É importante ressaltar que o reconhecimento parece não ocorrer entre todos os colegas e pares, pois houve relatos de que alguns médicos não respeitam o trabalho realizado pela equipe. Na situação abaixo, relatada pelo ML2 e ML1, a frieza e o descaso do médico para com a vítima atendida pelos motolantes parece ocasionar vivências de desprazer aos mesmos:

- “Tem médico que chega e tem a cara de pau de bater o olho e falar: não, não pode parar! e dá óbito ali. Não teve respeito pela equipe que ficou entre 15 e 20 minutos fazendo compressão torácica e nem pela família. O cara nem para colocar esteto e fazer alguma coisa” (ML2).
- “Você olha um para outro e pensa: o tanto que a gente tentou aqui [...] no meu pensamento, o médico poderia chegar avaliar e dizer: olha realmente parabéns vocês tentaram, mas sem condições” (ML1).

Além da frustração e tristeza pela perda do atendido, ainda sofrem com a falta de valorização do trabalho realizado por eles até a equipe da USA chegar.

No caso de parada cardiorrespiratória é necessário confirmar se houve a parada total e irreversível das funções vitais. No caso de uma morte evidente ou óbvia, por exemplo, decapitação, esse procedimento seria desnecessário. O motolante é um profissional extremamente importante nos primeiros procedimentos para reanimar o indivíduo com parada, geralmente é quem inicia as manobras de ressuscitação cardiorrespiratória até a equipe de USA chegar para intervir. Esse profissional atua em diversas situações de intervenções, pois a motocicleta desenvolve melhor velocidade e conta com a agilidade necessária no trânsito para chegar antes da ambulância ao local onde se encontra o paciente, consegue chegar ao local de difícil acesso, presta auxílio direto na cena quando é necessário a



presença de mais um técnico de enfermagem para auxílio nos procedimentos e demais situações em que o emprego da motolância é benéfico.

A falta de reconhecimento e respeito pelo esforço dos condutores de motolância no atendimento resulta em sofrimento. O trabalho deles ocasiona sentimentos de ansiedade e tensão para os mesmos e para a família, os amigos e curiosos do atendido. A família, em especial, considera importante observar o atendimento para que possa ter certeza de que tudo foi feito para salvar a vida do paciente. A família, de certa forma, também é vítima, pois não esperava pelo ocorrido. Por isso, a forma de transmitir a notícia do óbito do paciente à família deve ser o menos traumática possível.

O sucesso de uma ocorrência depende do estado da vítima e do trabalho de vários profissionais. Estes, por sua vez, têm atribuições variadas. No tocante aos motolantes, eles devem ficar de prontidão aguardando a solicitação de atendimento de emergência. Pode acontecer que os mesmos fiquem ociosos entre um atendimento e outro. Muitos colegas de trabalho não compreendem que o trabalho dos motolantes é justamente ficar de prontidão, aguardando as chamadas de emergência para atendê-las:

“A metade da equipe do SAMU acha que nós ganhamos para ficar parado” (ML2).

O julgamento da metade da equipe do SAMU 192 ocasiona vivências de sofrimento aos motolantes, pois os mesmos acreditam existir uma falta de reconhecimento do trabalho deles por parte dos seus colegas e pares. No SAMU 192 cada profissional tem uma função e o sucesso de um atendimento envolve vários trabalhadores. Todos contribuem de alguma forma para o socorro às vítimas.

Os membros da comunidade profissional da rede de atendimento, aqueles profissionais que recebem ou deveriam receber a vítima com sobrevivida, também não reconhecem o trabalho da equipe socorrista em estudo:

“Essa parte do serviço da medicina que a gente faz que muitas vezes os colegas do hospital não reconhecem. Então assim chega lá muitas vezes a gente é hostilizado, eles querem que a gente fique esperando duas, três, quatro horas no hospital e eles não estão nem aí, então muitos não reconhecem” (M3).

“O único problema [...] é às vezes descaso quanto a recebimento” (M2).

“Dois plantões atrás a USB pegou um trauma gravíssimo porque as duas USAs estavam na rua. [...]. Chegando no Hospital de Urgências do município veio aquela dificuldade porque os médicos não queriam receber [...]” (E3).

Compreende-se que todos os esforços empreendidos pela equipe não são reconhecidos pelos profissionais responsáveis pelo recebimento da vítima na unidade hospitalar habilitada,

pois as falas evidenciam um descaso que implica em vivências de sofrimento. Os profissionais do SAMU 192 estudaram, passaram por treinamento, enfrentam obstáculos e riscos constantemente e na hora de finalizar o trabalho são hostilizados.

O reconhecimento, como foi mencionado, não vem de todos os pares/colegas. No relato, a seguir, existem indícios de que a falta de ajuda e solidariedade é percebida pelos participantes como uma forma de não reconhecimento:

“Às vezes a gente envolve em acidentes e não tem nenhum apoio [...] dos próprios colegas para liberarem uma ambulância pra nós” (ML1).

Os conteúdos da verbalização acima denotam que os participantes provavelmente se sentem desamparados, revoltados, tristes em não poder contar com os próprios pares/colegas de trabalho para enviarem veículos de socorro nas ocasiões em que precisam muito, como é o caso de estar acidentado.

#### Governo, gestores da prefeitura e coordenação geral do SAMU 192

Na percepção de um dos participantes, o governo, ao insistir em ofertar os serviços pré-hospitalares móveis para a população, está reconhecendo a importância do trabalho dos profissionais que atuam no SAMU 192, pois, do contrário, já haveria eliminado esse tipo de serviço público disponibilizado à sociedade:

“O SAMU é o único projeto que está funcionando, em quase todos os municípios do Brasil [...] com 12 anos de existência” (ML2).

Interessante que, ao mesmo tempo em que se sentem reconhecidos por pertencer à organização pública SAMU 192 e sentem prazer nisso, os participantes não se consideram recompensados financeiramente e valorizados como deveriam:

“O financeiro [...] não compensa [...]” (E1).

“Fazer com tanto amor e com tão pouco retorno financeiro [...]” (E3).

“Eu sou de contrato. [...] Trabalho há 10 anos sem folga, sem 13º [...]” (E2).

“Meu vínculo é concurso. [...] Eu tenho direito a férias e 13º, porém o salário é menor [...] contrato recebe melhor que o concursado” (E3).

“A questão do financeiro deixa muito a desejar” (ML2).

“Salário é pouco” (ML1).

“Um dos melhores lugares [...] pra estar vendo a situação dos funcionários, condições de trabalho, questão salarial é Brasília” (ML3).

“Somos técnicos de enfermagem e pilotos [...] duas funções em uma e o salário mal é o de uma [...] a gente não recebe nem a metade do que o bombeiro recebe” (ML3).

“O que serve é dinheiro e número. [...] Eles estão preocupados com o número [...] não com a qualidade [...] velocidade que você conseguir” (M2).

“Ninguém faz questão de que a população se torna esclarecida [...] querem que a gente seja táxi [...]” (M3).

“A gente não é ouvido. [...] Nossa opinião [...] não tem valor nenhum. A gente só lamenta os governantes não valorizar. Achar que a gente é mais uma dívida. Eles pensam mais ou menos desse jeito” (M2).

Pelas diversas manifestações de desprazer (falta de reconhecimento financeiro e de isonomia salarial, baixo investimento do governo na divulgação das atribuições do serviço, falta de plano de saúde, incompatibilidade de salário com as atribuições, falta de apoio da prefeitura e dos colegas de trabalho, vínculos contratuais precários, falta de interesse do governo sobre a opinião deles), atreladas à questão do reconhecimento do trabalho pelo governo, compreende-se que o prazer pelo reconhecimento está essencialmente ligado ao sentimento de pertencimento. Pode-se dizer que existe um contraste prazer/desprazer.

As falas denotam que os esforços despendidos e as dificuldades superadas pelos trabalhadores para conseguirem realizar o trabalho real não se mostram relevantes para a esfera governamental. A preocupação do governo é essencialmente com números e não com a qualidade do serviço prestado, pois nem ao menos faz questão de divulgar a função do serviço para a população. Prestar esclarecimentos à população sobre o objetivo do SAMU 192 poderia evitar as vivências de sofrimento dos médicos, pois quando estão na regulação precisam explicar para diversos solicitantes os motivos pelos quais o SAMU 192 não faz serviço de táxi.

Pelo trabalho realizado os motolantes consideram que o reconhecimento financeiro é baixo. Prova disto é o número de empregos que possuem. No SAMU 192 esses profissionais recebem menos de dois salários mínimos (já incluso auxílio insalubridade).

As enfermeiras, por sua vez, manifestaram insatisfação com os modelos de vínculos de trabalho atualmente em vigor no SAMU 192. Os mesmos não atendem suas necessidades, desejos e expectativas e configuram em falta de reconhecimento pelo trabalho realizado. Para a participante E2, o tipo de contrato que vigora na sua relação de trabalho com o SAMU 192 não permite tirar férias e não concede 13º salário, sendo causa de descontentamento. Esse modelo de contrato priva o descanso, o lazer com a família e com os amigos, não concede oportunidades financeiras de 1/3 de férias e nem 13º. A remuneração diferente para funções e cargas horárias iguais - uma ganha mais a outra menos, uma goza de férias e a outra não - também promove vivências de sofrimento.

O reconhecimento pelo trabalho, esforço, dedicação e comprometimento dos motolantes se manifesta também pelas ações da coordenação do SAMU 192 em estudo:

“Sempre a coordenadora geral consegue coisas boas para nós, equipamentos bons, capacetes” (ML1).

O empenho em fornecer materiais de qualidade é uma forma de reconhecimento interno na hierarquia na percepção desse participante. Na compreensão da enfermeira E2, o reconhecimento está em segundo plano. O esforço maior da gestão é criticar e não reconhecer:

“Estão mais empenhados em criticar do que reconhecer. [...] A gestão mesmo não reconhece [...] você trabalha com dificuldade e tudo. As vezes tem falta de material, mas você está firme, você está trabalhando. Mas reconhecimento é mínimo” (E2).

Percebe-se, a partir do relato, que o prazer pelo sentimento de reconhecimento do trabalho acontece, porém com baixa intensidade quando comparado com as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores nas rotinas de trabalho.

Em casos de acidentes, os trabalhadores do SAMU 192 não recebem apoio da prefeitura, órgão responsável pela secretaria de saúde do município em que os trabalhadores estão vinculados:

“Às vezes a gente envolve em acidentes e não tem nenhum apoio da prefeitura [...]” (ML1).

Essa falta de apoio da prefeitura é entendida pelos trabalhadores como uma manifestação de falta de reconhecimento.

### Usuários e famílias dos usuários

Alguns atendidos e suas famílias se sentem tão agradecidos a ponto de manifestar, via telefone ou pessoalmente, o quão foi importante o trabalho realizado pelos profissionais do SAMU 192. As verbalizações a seguir fundamentam a existência desse reconhecimento externo:

“Acontece de recebermos ligação de agradecimento [...] até mesmo na ocorrência elogiam” (CS1).

“Já teve familiares que veio aqui agradecer pelo atendimento prestado à vítima no local” (CS2).

“Algumas pessoas [...] ligam agradecendo [...] escreve uma carta [...] às vezes sai na imprensa [...]. Eu estava lá no Hospital de Urgências da Capital e chegou um senhor dizendo [...] nossa a família ficou muito agradecida [...] pelo atendimento da dona [...]” (M5).

As diversas ações de reconhecimento, dirigidas às equipes, indicam a existência de

uma valorização expressa por gratidão, admiração, respeito e satisfação decorrente do cuidado dispensado à vítima. Isso pode repercutir na satisfação de dever cumprido junto ao *status* a eles atribuído, no fortalecimento do espírito de equipe, de coesão e de motivação e na constituição da identidade dos trabalhadores.

Ressalta-se que nem todos os usuários e famílias de usuários reconhecem o trabalho dos profissionais do SAMU 192. Isso porque certos comportamentos sinalizam falta de respeito e ética na utilização do serviço de atendimento móvel de urgência:

“Muitas [...] vezes, chamam o SAMU para levar para a unidade de atendimento, porque o SAMU passa na frente, não quer chegar e esperar” (ML3).

“Muitos têm carro [...] dois, três carros na garagem e a pessoa tem condição de ir de carro [...] uma vez a gente foi chamado para uma ocorrência o rapaz passou um quadro que ele não estava [...] e chamou o SAMU porque ele tinha uma consulta e ia chegar atrasado nessa consulta [...] achou que o SAMU era um táxi pra ele” (CS1).

Ao utilizar o SAMU 192 para um conforto próprio, ou seja, conseguir um atendimento ou uma consulta na Unidade de Atendimento sem esperar é uma atitude desrespeitosa, pois os solicitantes, neste caso, não se enquadravam nas situações de urgência e emergência.

A ausência de atos de reconhecimento por parte de certos usuários e famílias de usuários sobre a importância do trabalho realizado pela equipe parece gerar um desconforto na relação de trabalho:

“Muitas pessoas não vê mais que obrigação [...] as vezes é um resgate [...] bem dramático, difícil [...], e tem sucesso e simplesmente obrigação [...]” (M2).

“Quando a pessoa morre, a pessoa está grave [...] a culpa é do SAMU” (M3).

A falta de valorização do empenho, da dedicação e do esforço da equipe em salvar vidas parece ser invisível aos olhos de certos usuários e/ou famílias de usuários. O efeito disso, pode ser o sentimento de frustração resultando em desmotivação, desânimo para os socorristas nas atividades de trabalho.

### População/Sociedade

Outro reconhecimento de origem externa, emergido nas falas, é aquele manifestado pela sociedade/população:

“A população é grata pelo o trabalho que a gente faz” (CS2).

“População [...] reconhece” (ML2).

“Saiu na televisão um atendimento que fizemos [...] até hoje tem hora que a gente sai na rua o pessoal vê e pergunta: foi você e tal? A gente é parado na rua o bom é

que a pessoa reconhece” (ML3).

Pode-se dizer que esse reconhecimento não se resume ao atendimento propriamente dito, só pelo que pode ser visto, mas pelo conjunto de procedimentos de engajamento no socorro às vítimas que envolve a superação de obstáculos - como o difícil deslocamento devido ao trânsito - e as próprias condições de trabalho - como a falta de equipamentos e outros recursos.

Mesmo com todas essas dificuldades, as equipes do SAMU 192 conseguem salvar vidas. Ao serem parados na rua pelas pessoas, os condutores intervencionistas experienciam momentos de prazer, ou seja, certificam-se que todo o esforço valeu e continua valendo a pena.

Ressalta-se que as expressões de reconhecimento da população/sociedade são raras:

“Algumas pessoas [...] ligam agradecendo [...] vem aqui [...] escreve uma carta [...] as vezes é mais decepção do que gratidão. [...] Tem situações que eu já vivi [...] que é muito bacana, mas tem situações na maioria das vezes que as pessoas só sabem dizer eu pago imposto, sou isso e sou aquilo e você tem que mandar ambulância, é obrigado e não sei o que lá [...]. Às vezes [...] o SAMU vai lá e faz o resgate e sai na imprensa que o Corpo de Bombeiros foi lá [...]. Isso acontece muito” (M2).

“Acho que a gente nunca vai ter um reconhecimento assim: nossa! Pegar no seu braço, bater no seu braço, muito obrigado! [...] Houve um tempo [...] que eles tentaram descentralizar a base [...]. Os profissionais começaram a ser coagidos verbalmente e com armas ao sair da base e fazer o que a população achava que era adequado ser feito e não que estava sendo gerido” (M1).

“Raramente você vai vê [...] caso que alguém veio e fez uma cartinha elogiando a equipe [...] o procedimento que salvou ou que infelizmente não deu” (E2).

“Já chegou cartinha agradecendo a gente, mas em três anos chegou uma cartinha” (E3).

Se por um lado as raras expressões de reconhecimento vindas da população/sociedade promovem vivências de prazer aos trabalhadores do SAMU 192, por outro lado a falta de reconhecimento, as críticas, as cobranças, as atitudes autoritárias, as ameaças das pessoas, a troca o mérito do sucesso do atendimento geram experiências de sofrimento.

Salienta-se que a população/sociedade confunde as atribuições do SAMU 192 com as do Corpo de Bombeiros 193 e os consideram como sendo a mesma coisa:

“A população brasileira não sabe qual é a diferença entre SAMU e Bombeiro [...] acham que é tudo igual. Chega com emblema SAMU nas costas desse tamanho e você está ouvindo a pessoa falando: olha o bombeiro está aqui me ajudando, auxiliando. E o emblema está lá” (ML2).

Essa falta de diferenciação por parte das pessoas das funções reais das duas

organizações públicas - SAMU 192 e Corpo de Bombeiros 193<sup>16</sup> - gera vivências de sofrimento a quem está realizando o trabalho. O reconhecimento do saber fazer, por sua vez, é endereçado a outros profissionais que operam em diferentes casos de socorro e salvamento.

Os motoristas de veículos comuns nas ruas não costumam manifestar reconhecimento pelo trabalho dos profissionais do SAMU 192. Pelo contrário, agem com desrespeito, não são gentis e nem empáticos no trânsito, o que dificulta os deslocamentos das equipes de socorro.

“O que prejudica mais [...] o tempo resposta [...] é a educação no trânsito e as manutenções das nossas viaturas [...] a maioria da população não sabe o que é legislação de trânsito” (ML2).

“Aconteceu comigo [...] o cidadão condutor, parou na frente da ambulância [...] e falou assim: está com pressa passa por cima! Acontece de tentar agredir a gente [...] ser ameaçado” (CS1).

Entende-se que durante os deslocamentos para os atendimentos é comum a equipe se deparar com motoristas infratores que não gostam de ceder passagem, que não se colocam no lugar do outro, que desconhecem a legislação de trânsito. É importante lembrar que esses comportamentos interferem na agilidade das conduções dos veículos de urgência e emergência e também indicam despreocupação com os problemas alheios e com a vida alheia, denotando pouca ou nenhuma importância ao trabalho de quem salva vidas.

Para alguns participantes, a ausência de atos de reconhecimento das pessoas em diversas situações de trabalho do SAMU 192 pode estar associada, dentre outros fatores, com a falta de investimentos em comunicação:

“O Governo Federal quando lançou o SAMU ele jogou para a população [...] não explica qual é o serviço real do SAMU” (ML2). “Não faz uma propaganda. Não faz nada” (ML1).

Nestas falas há indícios de que os participantes sentem-se frustrados e atribuem a culpa de serem pouco reconhecidos pela população/sociedade também ao governo, que tem investido pouco na divulgação da missão e importância do SAMU 192, dificultando assim a dinâmica do reconhecimento.

---

<sup>16</sup> O Corpo de Bombeiros 193 deve ser acionado em casos de: incêndios, desabamentos e deslizamentos, salvamentos aquáticos, choque elétrico, acidentes com pessoas presas às ferragens, queda de altura superior a 7 metros, vazamentos de produtos químicos ou tóxicos, pessoas perdidas em mata, mar ou montanha, resgate em alturas.

## Familiares e amigos dos trabalhadores

A esfera social, familiares e amigos dos trabalhadores também reconhecem a importância do trabalho deles no SAMU 192:

“O reconhecimento vem mais de familiar que te admira pelo o que você faz [...] pelo [...] ciclo de amizades [...]” (E2). “Por parte da minha família eu tenho reconhecimento [...]” (E1).

Essas falas indicam que os esforços produzidos no trabalho têm sido reconhecidos pela família e pelos amigos que os admiram e respeitam.

O apoio e reconhecimento do trabalho pelas famílias dos trabalhadores é importante para que os mesmos possam se sentir realizados, superar as dificuldades e amenizar o sofrimento decorrente das situações laborais. Mas o reconhecimento dessa esfera social não se apresenta como satisfatório:

“Família [...] a maioria [...] das pessoas hoje acham que ser médico é [...] atender dentro do consultório e fazer cirurgia e não é. Cada um tem um perfil e você vai descobrindo durante a vida” (M3).

Na compreensão do M2, o reconhecimento da família acontece, mas demora um pouco:

“Com o passar do tempo [...] acabam vendo que é aquilo que a gente gosta e entende mais [...]” (M2).

A experiência relatada indica que este participante foi tolerante e esperou pelo reconhecimento da própria família. A esperança pelo reconhecimento, pode-se dizer, é responsável pelo constante investimento no trabalho.

## Prazer pelas características da ocorrência

Quando os condutores socorristas chegam ao atendimento e a situação é tranquila, ou melhor, a vítima está bem, sem risco iminente de vida, eles se sentem aliviados e satisfeitos:

Esses dias mesmo a gente [...] pegou uma paciente. Falaram que ela estava inconsciente e chegamos lá não estava. Era uma senhorinha alcoólatra. A gente chegou lá e ela: não estou bem e tal. A gente até brincou, conversa, brinca. E saiu todo mundo satisfeito. É uma ocorrência que não é ruim porque você não vai transpirar demais, você não vai sujar ali, não é aquela correria, é uma coisa mais tranquila. Você volta bem mais tranquilo (ML3).



Pelos depoimentos pode-se dizer que a experiência do prazer advém pela característica da ocorrência. A mesma, nesse caso, exigiu menos do que a expectativa gerada pelos socorristas. Ao que parece o nível de exigência de estresse negativo foi ínfimo, acompanhado de pouco dispêndio de esforço físico. De certa forma, os socorristas consideram o trabalho penoso pelo desconforto da transpiração, sujeira e correria em uma ocorrência.

Não repetir tipos de ocorrência, atender vítimas com problemas neurológicos, se deparar com estados trágicos da vítima, desafiar os riscos do ambiente de trabalho e viver estado de tensão durante o atendimento são características da atividade de trabalho que promovem experiências de prazer para esses profissionais, conforme revelado a seguir:

“Nunca fiz uma ocorrência igual a outra [...] sempre é outro paciente, outro local, outro tipo de acidente [...]” (E2).

“A gente tem muito mais facilidade quando sai alguma coisa neurológica a gente fica feliz porque o Hospital de Urgências da Capital vai receber. Uma ocorrência boa pra gente é alguma coisa muito catastrófica para alguém” (M5).

“Se a cena oferece risco para equipe a gente pode negar o atendimento [...]. Mas a maioria a gente burla e passa por cima porque nós somos meio doido e sem noção [...]. Na cena eu fico tensa [...] mas na hora dá uma tensão e adrenalina lá em cima [...]” (M6).

Percebe-se que o trabalho realizado não é considerado enfadonho e rotineiro, sofre constantemente variações, seja do ambiente onde está a vítima, do tipo de acidente, do estado do paciente ou das condições de segurança da cena.

Importante comentar que as unidades de saúde, por não terem na maioria das vezes vagas disponíveis para receber a vítima atendida pelo SAMU 192, dificultam a finalização do processo de trabalho da equipe socorrista. No entanto, existem exceções, como é o caso do Hospital de Urgência da Capital, que, por meio do serviço de pronto atendimento de urgência, consegue atender as exigências demandadas pelo SAMU 192, principalmente casos neurológicos. Essa facilidade de entrega da vítima promove vivências de prazer.

Quanto mais grave é o estado da vítima, mais prazer sente a equipe em realizar os procedimentos. Isso, ao que parece, está no fato de se sentirem desafiados a salvar. Provavelmente, recorrem ao máximo às suas habilidades, competências e experiências para conseguirem estabilizar a vítima. Vencendo os desafios nesta situação, emerge-se o sentimento de prazer. Aliviar o sofrimento alheio e promover a sobrevivência do paciente são experiências que têm seu lado positivo, principalmente pelo sentimento de superação das dificuldades das condições e da organização do trabalho e pelo aumento do sentimento de autoconfiança e fortalecimento da equipe.

Interessante comentar que, se por um lado os socorristas sentem prazer em atender

vítimas sem risco iminente de perder a vida, em situações ambientais que exigem poucos esforços, correria e ainda permita que se mantenham limpos, por outro lado os médicos consideram que quanto maior o risco iminente da vítima perder a vida mais prazer eles vivenciam.

Outro ponto que chama a atenção é que ao fugirem do prescrito do trabalho (fazer atendimentos sem a presença da polícia, onde a mesma é necessária) os socorristas vivenciam também o prazer. Enfrentam situações para sofrerem os efeitos no corpo do hormônio adrenalina. Porém, viver circunstâncias tensas de forma continuada e a consequente descarga de adrenalina pode ocasionar problemas de saúde para o trabalhador.

### Prazer pelo sentido positivo do trabalho

O trabalho executado, seja ele qual for, para ser fonte de realização não deve ter como fim único a remuneração salarial, pois esta é uma consequência natural do trabalhar. No entanto, quando se constitui como um fim em si mesma, a remuneração empobrece o espírito do trabalhador. Encontrar o verdadeiro sentido do trabalho ajuda no enfrentamento dos desafios nas situações laborais.

Pelas verbalizações foi possível identificar que os profissionais em estudo vivenciam o prazer pelo sentido positivo que atribuem ao seu trabalho. Cada um atribui um significado para aquilo que faz:

O trabalho representa o ganha pão [...] e a expectativa de vida que eu criei pra mim desde a faculdade” (M1).

“É uma coisa que dá muito prazer de fazer [...] o pré hospitalar é muito bacana, é apaixonante [...]” (M5).

“Salvar uma vida [...] é uma realização [...] o serviço é gratificante” (E2).

“Sou apaixonado no que faço [...] não sei fazer outra coisa só trabalhar com urgência e emergência” (ML2).

“Faço o que eu gosto [...] com muita boa vontade [...] eu gosto muito” (ML3).

O trabalho, para os participantes, representa essencialmente sobrevivência, atendimento de expectativas, satisfação, vocação, realização pessoal e profissional. Pode-se dizer que existe uma sincronia entre o trabalho e o prazer experienciado. Mesmo diante das imprevisíveis circunstâncias que desencadeiam sentimento de insegurança, temores e ansiedade, os participantes atribuem significado positivo ao trabalho pelo prazer que o mesmo lhes proporciona.

Para o participante M5, o trabalho traz felicidade:

“Vou embora para casa [...] feliz, vou cantando (M5)”.

Mesmo depois de um dia de trabalho convivendo com as condições difíceis e por vezes se deparando com óbitos o participante M5 consegue se sentir feliz. Esse estado psicológico indica a presença de aspectos positivos na experiência laboral desse trabalhador.

É muito importante que o trabalhador identifique-se com o seu trabalho. Isso favorece experiências prazerosas no ambiente laboral. Para a participante M6 o trabalho no SAMU 192 tem sentido de relaxamento e tranquilidade:

“Quando eu estou vindo pra cá normalmente é a hora que eu fico mais relaxada, mais tranquila” (M6).

O estado de calma e relaxamento emerge justamente na hora em que se está indo para o trabalho no SAMU 192. Isto significa que o trabalho, para a M6, é relevantemente positivo a ponto de lhe proporcionar o bem estar até mesmo antes de começar a trabalhar.

Os participantes também atribuem valor a seu fazer profissional pelo sentido de ajuda concedido às pessoas, conforme trechos revelados pelos participantes:

“Sempre bom ajudar as pessoas [...] a gente quer chegar ao local e socorrer. A gente esquece a família, esquece o que está ao seu redor e quer chegar” (CS1).  
 “O papel nosso é salvar vida, chegar lá e estabilizar uma vida e deixá-la seguir o seu trajeto” (ML2).  
 “É muito gratificante você estar ajudando o próximo [...]. Você quer sempre ajudar” (ML3).

De acordo com os relatos pode-se afirmar que esses trabalhadores se sentem úteis no trabalho, que suas atividades laborais são significativas para eles e para as pessoas atendidas e que, apesar de lidarem na maioria das vezes com pessoas em situações de sofrimento e dor (fraturas, baleados, queimados), eles consideram seu trabalho prazeroso.

O aspecto da compaixão aflorou na fala de alguns participantes como um dos sentidos positivos do trabalho:

“A gente se coloca no lugar da pessoa que está lá do outro lado” (CS1).  
 “Eu mesmo já cheguei a levar paciente numa situação tão precária que eles não tinham dinheiro para comer e nem para voltar para casa. Aí eu já dei dinheiro para pagar passagens para eles voltarem de ônibus, para lanche também. A gente se comove com certas ocorrências. Então, a gente ajuda muito também” (CS2).

Pelos relatos pode-se dizer que os condutores socorristas não são indiferentes ao sofrimento do outro. Eles, ao serem despertados pelos sentimentos de piedade e empatia, se mobilizaram para ajudar o próximo. Entende-se que o envolvimento dos trabalhadores com o

trabalho é tão acentuado que os mesmos tiram de si para doar aos outros. Mesmo tendo uma remuneração insatisfatória, ainda conseguem ajudar alguém.

As declarações dos participantes ML2, CS2 e ML3 reafirmam a importância que o trabalho representa em suas vidas. O vício pela adrenalina ultrapassa os limites do trabalho. Nem quando está de férias o participante ML2 consegue se desligar do trabalho, como se pode verificar nos trechos a seguir:

“Quando sai de férias você passa 30 dias longe e na hora que está ouvindo uma sirene passar e tocar a gente sente falta, como se diz é um vício. Então você está na abstinência. Você [...]. Montar numa moto [...] e ir num atendimento não tem dinheiro que pague” (ML2).

“Pra mim o SAMU é tudo. Quando você sai de casa ou do outro trabalho para vim pra cá já vem com o coração alegre” (CS2).

“A gente cansa, mas é gratificante, cansa, mas é um cansaço que é bom demais” (ML3).

Conforme relatos dos sujeitos pesquisados pode-se inferir que o trabalho não é meramente um meio de sobrevivência, mas sim uma forma de realização pessoal e profissional.

Para o ML2, o seu afastamento do trabalho por motivos de saúde resultou em sofrimento psíquico:

“Eu sou apaixonado pelo serviço de atendimento móvel [...]. Fiquei quatro meses de licença médica e quando eu ouvia a sirene da ambulância eu pensava: nossa poderia estar ali dentro, ficava louco para entrar, louco para ir num atendimento” (ML2).

O distanciamento do trabalho implicou em sentimento de impotência, frustração, inutilidade em virtude do impedimento do exercício laboral. Depreende-se que o trabalho é central na vida deste trabalhador. Há indícios de que o mesmo se identifica com o trabalho, se reconhece no que faz e percebe a importância da sua função.

Outro significado atribuído ao trabalho é a sensação do dever cumprido:

“Você põe sua cabeça no travesseiro e dorme” (ML2).

“Você tem sua consciência boa” (ML3).

Cumprir as atribuições inerentes à função que exercem é de vital importância para que os condutores socorristas de ambulância e motolância possam ficar com a consciência tranquila e descansar. Na realidade experienciam sentimentos de satisfação por estarem salvando vidas. A confiança da família e dos amigos da vítima, depositada nesses profissionais, os fazem sentir como anjos salvadores.

Emergiu também na escuta clínica o aspecto positivo completude e importância. Para os participantes, o trabalho realizado pelo SAMU é mais completo e importante do que aqueles realizados por outro tipo de organização pública de atendimento à população:

“O SAMU foi criado para atender casos clínicos. O bombeiro trauma. Mas depois [...] o SAMU está com os clínicos e com os traumas” (CS1).

“O SAMU [...] eu acho que é o único projeto no Brasil certo, que anda [...] que serviu e que está atuando” (ML2).

Numa ocorrência em que a vítima de acidente está viva e presa entre as ferragens precisa-se chamar o corpo de bombeiros, pois as equipes do SAMU 192 não possuem equipamentos para cortar a lataria do veículo. Nesse caso, a vítima é retirada pelo corpo de bombeiros e a equipe do SAMU 192 faz os procedimentos para manter a sobrevivência do atendido.

Dessa forma, as equipes do SAMU são preparadas para estabilizarem a vítima, já o corpo de bombeiros possui especialistas em resgate de vítimas nas situações em que o acesso até elas pela equipe do SAMU é comprometido por diversas razões.

Dependendo da cena em que se encontra a vítima, o trabalho do SAMU 192 não pode ser realizado. O corpo de bombeiros<sup>17</sup>, nas ocasiões em que é necessária a sua atuação, é primordial para que as equipes do SAMU 192 possam realizar os procedimentos necessários para estabilizar a vida da vítima.

Outro sentido conferido ao trabalho pelos participantes é o da responsabilidade:

“Responsabilidade enorme nas mãos” (M4).

“Porque você tem uma vida, você precisa manter essa vida” [...] (E2).

No momento do atendimento o médico e sua equipe têm a vida e a morte da vítima na mão. Essa situação, de certa forma, gera um peso alto de responsabilidade para o médico intervencionista e a enfermeira que lidam diretamente com os procedimentos protocolares de socorro.

---

<sup>17</sup> O corpo de bombeiros foi criado no Brasil por meio do Decreto nº 1.775, de 2 de Julho de 1856. Inicialmente foi constituído para combater incêndios. Com o passar dos anos suas funções foram sendo ampliadas de modo a atender praticamente todas as áreas de proteção à vida. Atualmente atua no combate à incêndios de qualquer natureza, faz salvamento aquático; captura animais que ofereçam risco à sociedade, fazem desencarceramento em acidentes rodoviários e ferroviários. Além disso, procedem a intervenções em acidentes elétricos, hidráulicos, redes de gás e materiais perigosos; fazem corte de árvores com risco iminente de queda e resgates diversos, como vítimas de acidentes presos às ferragens. Ademais, analisam projetos e fazem inspeções, checam denúncias.

O trabalho representa também integração. O núcleo de competência de cada profissional (médico, enfermeira, condutor socorrista) deve estar integrado em uma ação conjunta para salvar vidas. E isso ocorre, como bem afirma uma participante:

“É um trabalho em equipe, realmente um trabalho em equipe. Não existe o seu serviço e o meu serviço. Todo mundo junto em prol do paciente” [...] (E3).

Essa integração revela que entre os pares existe o reconhecimento da importância do trabalho por eles executado, concedendo sentido positivo à execução das atividades desenvolvidas no SAMU 192.

Para o participante M5,

“Às vezes é melhor ter plantão do que ficar em casa (M5)”.

Depreende-se que o trabalho é um refúgio e um abrigo prazeroso que se apresenta melhor do que o próprio lar. Mesmo oferecendo sensação de conforto, proteção, relaxamento, bem-estar físico e emocional o espaço doméstico por vezes não é o preferível.

Pelos relatos de alguns médicos compreende-se que as características do trabalho que envolvem o atendimento a pacientes em consultório médico não carregam tanto sentido positivo quanto as características do trabalho no SAMU 192. Para eles, o trabalho que dá prazer, promove satisfação e tem sentido é aquele com características desafiadoras e que proporciona resultado imediato.

“Eu [...] não tenho perfil muito de ter consultório [...] eu gosto justamente de coisas diferentes [...] exercer tantas várias partes da medicina [...]” (M6).

“Se me colocar dentro do consultório eu fico doído eu não gosto [...]” (M5).

“Eu não tenho muito perfil de consultório e não tenho muita paciência na verdade, então assim eu gosto muito de urgência e emergência aqui” (M4).

De acordo com os relatos compreende-se que existe um encontro de oportunidades na atividade de trabalho realizada pelos médicos. Atuarem no SAMU 192 significa satisfazerem suas necessidades de viver situações limites, diferentes e desafiadoras, que estimulam a liberação do hormônio adrenalina, fazendo com que se sintam vivos, importantes, fundamentais. Os infortúnios das vítimas produzem sentido ao trabalho dos socorristas, pois as atividades que eles realizam objetivam tirar ou amenizar o sofrimento do outro. Existe uma relação dicotômica entre sofrimento e prazer. Quanto mais difícil o caso, mais prazeroso se torna o trabalho.

### Prazer pelas boas relações sócio profissionais

As relações interpessoais têm conexão com as vivências de prazer provenientes da integração, sintonia e confiança existente entre os trabalhadores que compõem a equipe de atendimento da USA:

“A equipe é boa [...] agradável para trabalhar” (M6).

“Eu estou [...] tão habituada com o pessoal, os amigos, eu sinto falta do dia que eu não venho [...] a gente tem uma sintonia boa [...] já sabe o que o outro quer. Só de você olhar já entende” (E1).

“Não existe o seu serviço e o meu serviço. Todo mundo junto em prol do paciente” (E3).

Um ponto que chama a atenção é a afinidade e sintonia entre a equipe. Identificam-se tanto um com o outro que, pelo olhar, eles fazem a leitura das necessidades uns dos outros. Percebe-se também que o cultivo de boas relações de trabalho favorece a realização das atividades laborais, pois os trabalhadores se unem para superar os desafios e atingir os objetivos prescritos e almejados pelo SAMU 192. A participante E1 sente falta dos colegas de trabalho nos seus dias de folga. Isso demonstra o quão a companhia dos colegas lhe faz bem. A ausência dos mesmos origina o sentido de incompletude para o dia vivido longe da equipe.

#### 4.1.2.2 Vivências de sofrimento nas situações de trabalho

As análises clínicas indicam que as vivências de sofrimento no trabalho dos profissionais em estudo decorrem da sobrecarga de trabalho e de papéis; das situações laborais em que não podem usufruir da flexibilidade, autonomia e liberdade; da intensidade de atendimentos e jornada de trabalho; da falta de vagas nas unidades de pronto atendimento e hospitais; dos óbitos; do tempo ocioso; da frustração; do turno de trabalho; da pressão no trabalho; das exigências emocionais; da falta de ética e do bom senso dos usuários; das exigências de cuidados com a vítima; do não encontro do endereço; do sofrimento das vítimas; da forma de tratamento do solicitante; da atividade de regulação; do choque com a realidade de trabalho; das cobranças e pressão psicológica; das situações de trabalho; dos riscos inerentes à profissão.

## Sobrecarga de trabalho

Pela fala dos condutores socorristas das ambulâncias de suporte avançado compreende-se que eles sentem-se sobrecarregados. Além de lidarem com muitas ocorrências diárias, ainda têm a função de checar a viatura, conferir equipamentos dela pertencentes e fazer o seu abastecimento:

“Tem muitas ocorrências (CS2)”. “A gente tem que fazer várias coisas ao longo do dia e não é só ocorrência. Tem que checar viatura, conferir e levar para abastecer” (CS1).

Essa sobrecarga advém justamente pelo número de ambulâncias em funcionamento. Atualmente a demanda pelo serviço é maior que a oferta. Como a população precisa ser assistida pelo SAMU 192, ocorre a sobrecarga de trabalho. As ambulâncias ficam ocupadas o tempo todo, sobrando pouco tempo para pausas de descanso da equipe e para a manutenção dos veículos.

A fala da E2, a seguir, sinaliza que o número de USAs e suas equipes é insuficiente para atender a demanda da região em que a central de regulação médica é responsável. Isso impacta diretamente na qualidade de vida desses profissionais, na própria execução das atividades laborais e na continuidade ou não das vidas das vítimas. Decorre dessa situação a imposição de que as ambulâncias em atividade, e suas respectivas equipes, acelerem o atendimento.

“Tem noite [...] que não para. Você chega na unidade e repõe ou mal dá tempo de repor já tem outra ocorrência e você sai. Há poucos dias [...] nós passamos quase a noite toda na rua. Isso com duas unidades USA, uma chega e sai, a outra chega e sai. Tem vez que você nem chega, de onde você está [...] vai para outra ocorrência” (E2).

“Dois plantões atrás a USB pegou um trauma gravíssimo porque as duas USAs estavam na rua” (E3).

“Além das pessoas que fazem ligações das ruas, de casa [...] as unidades de saúde ligam aqui para pegar um paciente [...] para levar para o hospital de urgência da capital ou hospital de urgência do município [...]” (M4).

A disposição de material no veículo de socorro é extremamente importante para o atendimento das vítimas. A falta de uma cânula para traqueostomia, do material para cricotiroidostomia e/ou do conjunto de drenagem torácica podem inviabilizar os procedimentos necessários em uma vítima que precise de uma intervenção com esses ou outros materiais que, se presume, devem estar disponíveis para a equipe socorrista. Atender a diversas ocorrências, uma seguida da outra, sem intervalo para refeição, higienização,



descanso físico e mental faz com que esses trabalhadores se ancorem na zona do sofrimento.

### Sobrecarga de papéis

O sofrimento também emerge em decorrência da sobrecarga de papéis. Para o M1 e a E2, o pertencimento a grupos diferentes exige papéis diferentes. A mais do número de funções que exercem no SAMU 192, os trabalhadores têm aquelas ligadas à família, aos estudos e a outros ambientes de trabalho:

“Geralmente você divide o horário de folga com os estudos e família” (M1). “Tem [...] carga de serviço doméstico em casa [...] carga horária a cumprir no outro local e vai agravando [...]” (E2)”.

Cada função (trabalhador, estudante, pai, mãe) solicita um comportamento típico dos participantes desta pesquisa. O papel de trabalhador difere do papel de estudante. A colisão dos dois pode originar situações de conflito. Conciliar de forma saudável essas situações parece não ser fácil. O M1, nos seus intervalos de folga, que são poucos, pois atua em 4 empregos, intercala estudos e família. A E2 tem que desempenhar o papel de dona de casa e trabalhadora extra SAMU 192.

### Situações que não permitem flexibilidade, autonomia e liberdade

A flexibilidade, a autonomia e liberdade, embora presentes, não imperam em todas as situações de trabalho no SAMU 192. Uma delas, causadora de sofrimento ao participante CS1, é quando ao final do seu turno de trabalho, minutos antes, surge uma ocorrência e o mesmo precisa ir:

“Eu fico chateado quando toca a ocorrência perto de ir embora” (CS1).

Pode-se dizer que o trabalho tem horário para começar, mas nem sempre tem horário para encerrar. Um turno que se encerra, por exemplo, às 19h00min, pode ser prolongado por várias outras horas. Supondo-se que falem 5 minutos para encerrar o turno e o colega que irá ocupar o posto de trabalho do turno seguinte ainda não chegou, o profissional que encerraria seu trabalho às 19h00min, terá que ir nessa ocorrência. A mesma poderá ser rápida ou demorada, isso vai depender da situação da vítima. Caso seja demorada, esse trabalhador terá menos tempo de folga, já que trabalha em sistema de escalas no SAMU 192 e em outros

empregos. Isso poderá ocasionar sobrecarga de trabalho, exaustão e culminar em acidentes de trabalho.

Estar de prontidão na central de regulação médica para atender as ocorrências que surgirem faz parte da atribuição dos cargos que exercem os condutores, motolantes, médicos e enfermeiras. Se acontecerem duas ocorrências, as duas únicas equipes de USAs que atendem uma região de 600.000.00 mil habitantes devem se deslocar até os locais das cenas e se, por acaso forem acontecendo outras ocorrências em seguida, a equipe não terá tempo para sua alimentação:

“Se der tempo e não tiver ocorrência você janta” (E2).

Isso significa que esses trabalhadores ficam à mercê da sorte, pois não podem decidir “vamos parar tudo e jantar”.

Uma situação relatada pelo M1, que provoca sofrimento, é quando a equipe está com uma vítima estabilizada dentro do veículo de socorro e não há um local disponível para deixá-la:

“Um problema [...] comum nosso aqui é você estar na cena com uma pessoa que está muito grave e corre risco de morrer a qualquer momento e precisa de um atendimento no local adequado. Muitas vezes esse local adequado não existe” (M1).

Ficar com a vítima até que apareça uma vaga em uma unidade de saúde habilitada é angustiante pelo risco de morte que o paciente corre. A equipe precisa aguardar junto com a vítima por uma vaga em local adequado ao estado da mesma, visto que não podem simplesmente deixá-la em qualquer unidade de saúde.

Outra fonte de sofrimento está associada ao exercício da autonomia e da liberdade via comunicação. Esta abrange e alcança somente pares e colegas:

“A gente não é ouvido. A gente conversa entre os colegas, mas a nossa opinião isso não tem valor nenhum [...]” (M5).

No relato mencionado existem sinais de que a hierarquia não ouve as opiniões e as ideias dos trabalhadores. O fato de não serem ouvidos implica em sentimento de frustração, impotência e desvalorização dos mesmos. A comunicação efetiva no ambiente de trabalho pode ser capaz de evitar problemas operacionais, de gestão e conflitos interpessoais. É provável que uma relação hierárquica menos burocratizada e mais dialogada seja fundamental para o relacionamento saudável entre os trabalhadores, para a motivação e envolvimento no

trabalho. Pode ainda ser um dado determinante para o trabalho coletivo.

Outro fator desencadeante de sofrimento psíquico no trabalho, especialmente aos médicos, é o controle por meio de gravações, em áudio, das conversas que acontecem durante o atendimento telefônico na central de regulação médica. Isso porque os médicos reguladores podem fazer prescrições (dependendo do estado da vítima) e a gravação resguarda-os de transtornos que possam ocorrer.

“Toda ligação é gravada. [...] O Secretario exige a gravação e você tem que mostrar o que você falou e o que a pessoa falou [...] você está atendendo muita gente e está de madrugada uma fala que está com dispneia e você não entende [...] eles pegam [...] mínimos detalhes que tá gravado [...]. Se morrer a culpa é sua” (M2).

Pela fala do M2 nota-se que as gravações das ligações se tornam ameaçadoras, um instrumento de punição e pressão. O monitoramento das ligações acaba se transformando numa ferramenta de controle, trazendo sofrimento e medo.

O fato de mencionarem este tipo de controle do trabalho indica certo receio e descontentamento por parte dos participantes. Mesmo sendo uma medida preventiva de segurança, a falta de confidencialidade dos conteúdos das conversas entre os solicitantes do serviço e os médicos atendentes parece incomodá-los.

Pelas verbalizações pode-se afirmar que existem vários fatores que dificultam o agir dos trabalhadores de acordo com suas próprias vontades. Um deles é que o número de veículos de suporte avançado é insuficiente para atender a população. Isso sobrecarrega as equipes, que acabam se submetendo à dependência de ocorrências para solucionarem suas necessidades básicas, como a alimentação. Ademais, dependem de vagas disponíveis para conseguirem encerrar o processo de atendimento e também não compartilham pensamentos e opiniões no âmbito da gestão pública.

### Intensidade de atendimentos e jornada de trabalho

A diversidade de atendimentos em intervalos curtos de tempo sinaliza uma rotina de trabalho intenso. O resultado dessa intensificação de atividade é, sobretudo, o cansaço físico:

“Dependendo da quantidade de ocorrência [...] no dia você vai embora baqueado, cansado. Porque você usa muito a força, braço, perna” (ML3).

Essa situação deve repercutir no grau de satisfação, no desempenho das atividades profissionais e pessoais. Com o tempo poderá ocorrer desgaste físico e mental dos

trabalhadores.

Uma vez que a recompensa financeira pelo trabalho no SAMU 192 é insuficiente para os condutores de ambulância e motolância, esses profissionais possuem outros empregos:

“O pessoal que está conduzindo a viatura passa quase 36 horas direto. [...] por isso acontece acidentes é devido essa escala [...] financeiramente eu não consigo me manter” (ML2).

Ao trabalharem 36 horas seguidas ocorre a privação do sono. Essa condição pode comprometer a saúde e a qualidade de vida desses trabalhadores. Caso tivessem vínculo empregatício somente no SAMU 192, essa sobrecarga horária não ocorreria. Além de terem o descanso comprometido, ainda se deparam com o intenso número de atendimentos que precisam realizar na unidade. Os atendimentos são constantes, porque o número de veículos em funcionamento não é suficiente para atender a demanda da população dos municípios que prestam essa assistência.

A duração normal do trabalho, para os empregados em qualquer atividade privada, não excederá de 8 (oito) horas diárias, desde que não seja fixado expressamente outro limite (BRASIL, 1943, Art. 58). No SAMU 192 há médicos que trabalham 24 horas ininterruptas. Essa carga horária incide em privações de sono e prejudica o convívio social e quando é acompanhada de muitos atendimentos incorre em sobrecarga e pressão, que podem ocasionar desgaste corporal, emocional ou cognitivo em proporções variáveis.

“Faço 24 horas seguidas no SAMU [...] você pode fazer até cinco plantões por semana” (M5).

“Difícilmente eu consigo dedicar final de semana a minha família” (M1).

“Eu tenho dois empregos [...] são escalas noturnas de 12/60. Às vezes você está dormindo tranquilo de repente te acorda: ocorrência, ocorrência. Você acorda até confuso, desorientado [...]. [...] Tem noite também que não para” (E2).

“Já tem um ano que não funciona a terceira USA” (E3).

“Terça-feira agora teve um baleado [...] a gente chegou o pessoal tinha pegado ele e mandado lá para o hospital de urgência do município e aí virou pra gente: vocês demoraram demais” (M2).

Trabalhar 24 horas seguidas é uma escolha dos médicos e não uma imposição da organização do trabalho. Eles enfrentam longas horas de trabalho no SAMU 192 e ainda trabalham em outros empregos. Isso gera uma sobrecarga de trabalho que é agravada pela pressão da população, que fica impaciente, por vezes, diante da demora ocasionada principalmente pela insuficiência de veículos, de equipes e pela dificuldade de mobilidade no trânsito.

### Falta de vagas nas unidades de Pronto Atendimento e Hospitais

As dificuldades dos trabalhadores de finalizar o processo de atendimento geram vivências de sofrimento porque as unidades de saúde, na maioria das vezes, não possuem vagas para receber a vítima estabilizada:

“Não é incomum, às vezes, a gente chegar num local e não querer ser recebido com o paciente, até a própria equipe de saúde ser hostil da sobrecarga que eles já estão tendo. Muitas vezes eles estão com números de pacientes maior do que eles podem atender, com um número de equipamentos deles já esgotados [...] mas eles têm que te receber. Então, esse é um momento sem dúvida mais estressante de todos, é esse” (M1).

“A gente, às vezes tem as unidades de saúde, as UPAS, que tem uma salinha de estabilização que tem mais suportezinho às vezes. Então, um paciente não tão grave pode estar indo para esses locais. Quando a gente pensa em alguma coisa neurológica aí nosso escape é o hospital de urgências da capital [...] a gente tem muito mais facilidade [...] a gente fica feliz porque [...] vai receber. Uma parada cardíaca [...] e ter que ir para o hospital de urgência do município, a gente sabe que vai dar problema. Então a gente tem esse estresse de não ter esse apoio” (M2).

“Quem deveria receber nem sempre recebe ou faz corpo mole e demora a receber para tentar te forçar a sair dali e nem sempre é por preguiça e incompetência, porque eles também estão sobrecarregados, então é uma cadeia dominó de sobrecarga” (M1).

“Alguns problemas a gente não tem muito que fazer só com a ambulância, por exemplo, se for trauma abdominal que está sangrando você não tem como operar e não tem como fazer nada. Cabeça, então assim a gente tem certo limite de ajudar o paciente” (M2).

Finalizar o atendimento não tem sido fácil, excetuando os casos em que as vítimas tiveram problemas de natureza neurológica. Essa dificuldade de entrega do paciente gera alguns transtornos e as poucas ambulâncias em funcionamento perdem tempo nas unidades de saúde devido à dificuldade de aceitação da vítima. Com isso a população fica prejudicada, o que gera um incômodo para o médico regulador, que tem que dizer ao solicitante que não há viaturas disponíveis, expondo-o a possíveis violências verbais. Pode também ocorrer demora nos atendimentos e a população ficar nervosa e agitada por não ter o serviço disponível quando precisa, o que se reflete em agressões verbais e até físicas às equipes.

Ademais, as relações sócio profissionais poderão ficar extremamente enfraquecidas, pois ambos os lados (SAMU e unidade hospitalar de atendimento em urgência e emergência) precisam prestar o atendimento ao cidadão necessitado. Para o M2, existem entraves que ocupam as USAs. Às vezes, as ocorrências acontecem todas ao mesmo tempo e sobrecarregam os recursos materiais e humanos:

“É um baleado ali e de repente é outro, vem outro tem o terceiro e tem acidente. É difícil” (M2).

“Fazer transporte de vítimas de um hospital para o outro. Isso é outra coisa que

sobrecarrega muito as unidades” (M1).

Essas falas revelam a necessidade de um dimensionamento adequado de recursos que seja compatível com a demanda. A desproporção entre o número de viaturas/equipes e a demanda da população pode aumentar, sobretudo, o risco de morte da vítima, a sobrecarga de trabalho para os profissionais e possíveis adoecimentos.

As ambulâncias de suporte avançado são preparadas para deslocar uma única vítima de cada vez. Nas situações em que a ocorrência envolve múltiplas vítimas e os recursos são insuficientes para o atendimento de todas as vítimas a equipe passa pelo transtorno da escolha. Decisão que esses profissionais não gostariam de tomar.

“Ocorrência de desmoronamento numa indústria [...]. Eram três vítimas graves [...] precisaria de três USAs [...] não tinha condições de liberar três unidades, primeiro porque não tem três unidades, só tem duas” (M1).

“Múltiplas vítimas infelizmente [...] a gente só pode carregar uma de cada vez. Aí você meio que escolhe a vítima, mas é ruim nesse ponto. Mas direto a gente tem” (M5).

“Quatro ou cinco baleados. Aí vai as duas USAs para dois pacientes e os outros três que estão baleados? Vai ter que ficar de USB. Mas chega lá tem um morto. Então a gente acaba escolhendo os dois mais graves para ficar na USA e os outros vão ter que ficar de USB senão tiver USB aí a gente pede bombeiro, a gente vê o que faz” (M2).

Estar diante de vítimas em situações graves com capacidade de atendimento limitada provoca vivências de sofrimento nos profissionais que estão atuando na ocorrência. Uma delas é a frustração diante da expectativa criada sobre o trabalho de salvar vidas. Impossibilitados de atender a todos os necessitados, se sentem também impotentes diante da situação. O corpo de bombeiros é um parceiro importante do SAMU. Mas não realiza certos procedimentos específicos da saúde como o SAMU 192. O bombeiro faz resgate, primeiros socorros e atendimento às vítimas com traumas. Em caso de acidente com vítima presa em ferragem, por exemplo, aciona-se o Corpo de Bombeiros para tirá-la e o SAMU 192 faz o atendimento.

Diante da insuficiência de recursos disponíveis, os médicos reguladores têm sofrido ofensas dos requerentes do serviço:

“O pior pra nós é quando a gente sabe que precisa de ambulância e não tem. Aí é cansa, porque a gente sabe que a pessoa está realmente grave, mas não tem. Aí simplesmente fala: infelizmente não tem. O pessoal do outro lado não entende liga duas, três vezes em sequência e a gente tenta falar que não tem e orienta falar no bombeiro, o bombeiro fala que não tem também. Realmente é muito desgastante e a gente é muito ofendido” (M2).

Neste relato depreende-se que os sentimentos de impotência e frustração ligados à negação do atendimento e as ofensas levam os médicos, no serviço de regulação, a um desgaste mental, vivências de mal-estar e sofrimento no trabalho, podendo afetar sua saúde física, psíquica e social.

As USAs ficam concentradas na central de regulação médica<sup>18</sup> do SAMU 192 que é foco desta pesquisa. Dependendo do local da ocorrência, a probabilidade de atendimento dentro do tempo resposta previsto, de 15 minutos, é mínimo:

“Poucas ambulâncias para atender uma área muito grande. Têm determinados bairros, setores que a ambulância não consegue chegar antes de 15 minutos. Isso para um paciente que o coração parou de bater 15 minutos são determinantes para a morte” (M1).

O tempo do atendimento e o estado em que se encontra a vítima são determinantes para a sua sobrevivência. Sabendo disso os médicos reguladores e a equipe de socorristas, quando atendem solicitações de casos graves, cujo paciente está numa região distante da base, vivenciam o sofrimento psíquico. Primeiro porque o médico regulador ao tomar conhecimento do estado da vítima e do local onde a mesma se encontra, distante da base, poderá ter sensações de tensão e apreensão, resultantes da percepção de que o meio de transporte terrestre tem dificuldade de mobilidade na cidade. O segundo sofrimento surge quando a equipe se mobiliza para chegar o mais rápido possível, mas nem sempre consegue por causa da distância a ser percorrida da base até o local da ocorrência. Se a vítima for a óbito no intervalo entre solicitação e chegada da equipe a população poderá não compreender a demora e agredir verbalmente ou até fisicamente os socorristas.

O número de trabalhadores sugerido pelo Ministério da Saúde para atendimento pré-hospitalar móvel com USA é três: um enfermeiro(a), um médico(a) e um condutor socorrista. Para o M1, esse número de profissionais não é suficiente, mas consegue realizar o trabalho:

“Na avançada é difícil, mas você consegue atender com três” (M1).

A verbalização do M1 indica a existência de uma sobrecarga de atividades nas ocorrências. Os procedimentos poderiam ser menos desgastantes para a equipe, caso houvesse outro profissional para ajudar. O número de trabalhadores que constituem as equipes de USAs não oferece, pode-se dizer, qualidade de vida no trabalho.

A percepção dos trabalhadores de que a gestão pública (esferas federal, estadual e

---

<sup>18</sup> Na validação dos dados em 27/04/2017, as participantes E2 e M6 relataram que uma USA foi descentralizada permitindo maior agilidade nos atendimentos.

municipal) se preocupa mais com o dinheiro do que com a vida das pessoas promove sentimentos de desilusão, desgosto, angústia aos profissionais envolvidos no SAMU 192:

“Infelizmente preocupam muito com dinheiro e não com a população” (M5).

Para o M5, o sistema de alocação de recursos financeiros, materiais e humanos destinados aos serviços do SAMU 192 não tem sido suficiente para atender a demanda por atendimento. Para ele, o motivo do desequilíbrio oferta versus demanda está relacionado à preocupação da gestão pública em maior grau com os recursos financeiros ao invés das pessoas.

### Óbitos

Lidar com a morte traz sofrimento a esses trabalhadores e o sentimento de perda os chateia. Mesmo sabendo que a vida da vítima não depende somente da equipe de socorro, mas também do estado em que se encontra a mesma, eles sentem que o papel deles não foi cumprido:

“Fico chateado quando eu chego numa ocorrência que poderia ter sido acionada antes, poderia ter dado certo, ter êxito no atendimento e aquela vida poderia estar hoje viva [...]. Chegar lá [...] conseguir fazer o papel nosso que é salvar vida, chegar lá e estabilizar uma vida e deixar aquela vida seguir o trajeto dela” (ML2)”.

Na profissão de socorrista no SAMU 192 a vida e a morte se encontram muito próximas e o objetivo maior é distanciar a morte da vítima. Mesmo a morte fazendo parte da rotina da vida laboral desses profissionais, eles manifestam sentimentos pesarosos de que algo poderia ter sido feito para evitar que a vítima viesse a falecer. Trabalham contra o tempo e em certos casos demora-se muito acionar a unidade, outra hora perde-se muito tempo no deslocamento devido ao trânsito.

Diante do fracasso da ocorrência, em que a situação da vítima culminou em óbito, os profissionais da equipe da USA se deparam com o estado de frustração pelo impedimento da promoção da sobrevivência do paciente:

“Você chega numa ocorrência [...] numa vontade de salvar aquela vida principalmente quando é um jovem, um adolescente, uma criança e você não conseguiu [...] não por sua incompetência, mas porque a evolução do caso não te deu condições de salvar. Você se frustra por não ter salvado [...]” (E2).



Mesmo diante do inevitável, o sentimento de impotência se impõe à realidade. Médicos e enfermeiras, quando presenciam a morte de jovens, adolescentes ou crianças, entram em sofrimento psíquico por não alcançarem a satisfação da necessidade de ordem pulsional, vencer a luta contra a morte.

### Ociosidade

Outra vivência de sofrimento experienciada pelos condutores socorristas de ambulância e motolância são os períodos de ociosidade:

“Você sai de casa e vem de manhãzinha trabalhar e às vezes você fica o dia inteiro à toa [...] sem fazer nada, pessoal da Unidade de Saúde Básica ralando [...] e nós nas motos à toa” (ML1).

O sentido do prazer relacionado ao trabalho impera. Ficar ocioso e os outros trabalhando causa sofrimento. Ao saírem para o trabalho têm em mente salvar vidas, mas dependendo da ocorrência esses condutores não são acionados.

### Frustração

As motos priorizam os atendimentos de emergências clínicas feitos pela equipe da USA. Comumente eles chegam antes da equipe (médico, enfermeiro, condutor socorrista de ambulância) pela mobilidade no trânsito e fazem os primeiros procedimentos:

“Se tiver uma emergência quem sai é a unidade avançada. A unidade avançada saindo mais as motos eles (médicos, enfermeiros, condutores socorristas) vão ficar tranquilos. Então quando eles chegam, em muitas situações, não vai ter mais nada para eles fazerem. Vão só acabar de darem alguns ajustes e conduzir a vítima” (ML1).

Efetivar os cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave faz parte das atribuições dos motolantes, que ao chegarem no local da ocorrência realizam os procedimentos necessários e possíveis para que a vítima consiga aguardar a chegada da equipe da USA. Dependendo da situação em que a vítima está, os próprios motolantes conseguem estabilizá-la, restando ao médico e à enfermeira pequenos ajustes para concluir o processo de atendimento.

Então, a carga de trabalho, em certas situações, é maior para eles, ou melhor, o envolvimento e o engajamento no atendimento se concentram mais nos motolantes e,

dependendo do volume de trabalho existente, a sobrecarga de trabalho ocorrerá para esses profissionais e, conseqüentemente, irão vivenciar o sofrimento.

Os trabalhadores do SAMU 192 vivenciam também um sofrimento que está relacionado ao local de atendimento, que por vezes não permite a realização do socorro à vítima:

“Tem local muito insalubre de não dá para atender o paciente” (E3).

Depois dos esforços despendidos para chegarem até o local da cena, onde está o paciente, vem a frustração de não poderem, médicos e enfermeiras, realizarem o atendimento. Nesse caso, emerge os sentimentos de tristeza, angústia, tensão e de raiva, que denotam experiência de sofrimento psíquico para os socorristas.

### Turno de trabalho

Se os condutores socorristas tivessem vínculo empregatício somente no SAMU 192 em estudo, provavelmente teriam mais tempo para viver momentos de lazer e entretenimento.

“Se vou num casamento ou numa festa eu já fico pensando poxa não posso curtir igual todo mundo está curtindo eu vou ter que regrar certas horas aqui porque amanhã eu estou trabalhando de novo” (ML2).

Não poder fazer o que muitos fazem gera sofrimento. Este é ocasionado, principalmente, por terem mais empregos e, por conseguinte, ser necessário restringir as horas de convívio social.

### Exigências emocionais

Os condutores de veículos, tanto de ambulância quanto de motolância, lidam com um trânsito caótico, principalmente nos horários de pico, e se deslocam para locais de difícil acesso. Comumente os integrantes das equipes de socorro enfrentam familiares e amigos nervosos com a situação da vítima, prestam atendimento à crianças esmagadas ou violentadas, atuam em situações de parto - já houve caso em que a mãe estava morta por enforcamento -, e várias outras situações fazem com que a rotina desses trabalhadores seja bastante tensa.

Mesmo a morte fazendo parte da rotina desses trabalhadores eles ainda se sensibilizam, principalmente quando se trata de criança. Atender crianças não é como atender

um idoso. A criança tem uma vida inteira para ser vivida, já um idoso teve a oportunidade de viver longos anos.

O impacto da perda decorrente da morte de uma criança produz sentimento de tristeza, angústia e sofrimento à equipe do socorro. E, se nesse caso a criança for vítima de balas, isso desperta a raiva pela ação perversa de um adulto e a decepção com o atirador pela falta de sensibilidade e respeito a um inocente:

“Criança comove todos. [...] fizemos de tudo mesmo [...] mas infelizmente com cinco dias do acidente a criança foi a óbito. [...] criança [...] comove mesmo. Você se coloca muito no lugar da mãe e do pai na situação. Então, você tenta fazer o seu tudo e seu máximo” (ML3).

Tais falas indicam que as exigências psíquicas, diante dessa situação, são causadoras de sofrimento. O prazer no trabalho, nessa ocorrência, não emergiu. Mesmo fazendo de tudo, a criança faleceu. Ocorreu um confronto do desejo de salvar vidas com as imposições da realidade de trabalho e o estado da vítima.

Outro sofrimento experienciado pelos condutores de ambulância e motolância advém da consciência do risco que correm principalmente quando estão no trânsito, pois eles precisam usar ao menos duas habilidades: prender a atenção no trânsito e articular mentalmente como procederão na cena da ocorrência.

“Toca a ocorrência a gente já sai naquela adrenalina e você já vai analisando tudinho como está a vítima para você chegar no local da ocorrência [...] a gente corre muito risco” (ML3).

Isso significa que o condutor de motolância, quando é acionado para chegar primeiro no local do atendimento, tem que estruturar e organizar o pensamento, durante o trajeto, de como serão as primeiras ações com a vítima. Essa estratégia leva ao ganho de tempo. Deixar para pensar em tudo o que vai fazer no local da ocorrência acarreta em mais tempo para efetuar os primeiros socorros. Para adiantar e ganhar tempo o médico regulador passa as informações mais importantes para o motolante. Este, por sua vez, analisa mentalmente a situação e planeja suas ações. De certa forma, existe um ponto de tensão em fazer duas coisas ao mesmo tempo, o que causa uma vivência de sofrimento.

### Falta de ética e do bom senso

A falta de ética e do bom senso também geram vivências de sofrimento aos condutores

dos veículos. O serviço prestado pelo SAMU 192 tem como prioridade atender casos de urgência e emergência. Partindo desse princípio, a vítima que é encaminhada pelo SAMU 192 até à unidade de atendimento tem prioridade no atendimento. E o cidadão, para não enfrentar a fila do Sistema Único de Saúde, faz o chamado ao SAMU 192 sem a devida necessidade. Ir até o local indicado pelo solicitante do serviço e se deparar com uma pessoa sem risco de vida torna-se um sofrimento no trabalho, pois foge do sentido do trabalho desses condutores, que é de salvar vidas.

“Muitas vezes, chamam o SAMU para levar um cidadão para a unidade de atendimento, porque o SAMU passa na frente, não quer chegar e esperar. Mas dependendo da situação a gente chega no médico plantonista e passa a situação: doutor o paciente tem condição de esperar. Pode esperar. Porque tem muitos, muitos que são bem abusados” (ML3).

Usar o SAMU 192 como táxi também gera vivências de sofrimento aos condutores. Eles declararam que se sentem frustrados quando percebem que o motivo da solicitação do serviço é simplesmente realizar o transporte de um indivíduo.

“Umás coisas acontece e a gente fica chateado. Tem vezes que você chega na residência e a pessoa tinha condição de pegar um ônibus e ir, aí tira [...] a oportunidade de você atender realmente quem precisa ali na frente. Aí você vai orientar [...] a pessoa fica nervosa com a gente, que a gente está lá e quem paga o salário da gente é ele, entendeu. Tem paciente ou acompanhante que chega falar isso pra gente, sabe. É chato” (ML3).

Pensar que outra pessoa em estado de urgência ou emergência deixou de ser atendida por causa de uma solicitação desnecessária provoca tensão nos condutores.

### As exigências de cuidados com a vítima

Dependendo do estado da vítima e da cena da ocorrência, os condutores, ao ajudarem no atendimento, passam por situações difíceis, preocupantes e tensas. Para tanto precisam estar bem fisicamente e psicologicamente para desempenharem devidamente o seu papel num ambiente de trabalho, cuja conjunção, nessa situação, provoca intensas emoções nesses profissionais:

“Tem certos procedimentos que pode agravar o estado do paciente, lesionar uma coluna tornando o paraplégico. Então, o socorrista tem que ser muito bem preparado para isso” (CS2).

A partir desses depoimentos compreende-se que os sentimentos de medo, insegurança,

impotência e ansiedade imperam em diversas circunstâncias. O trabalho se torna desafiante e perigoso ao mesmo tempo e influencia diretamente nas emoções, pois o inesperado pode acontecer (receberem um tiro) e as condições ambientais podem atrapalhar o socorro à vítima.

### Estado de tensão da vítima

Dependendo da ocorrência, os condutores socorristas podem encontrar familiares e/ou amigos e preocupados com o estado da vítima. É comum até mesmo a própria vítima se encontrar em estado de tensão nervosa. A respeito dessa situação o ML2 relatou sobre a importância da autoridade para se conseguir realizar o trabalho:

“Tem hora que você tem que gritar com a vítima mesmo, você tem que ser autoridade ali no momento. Juiz nenhum vai sair de lá e vai chegar fazer essa função não por quê? Porque você foi treinado [...] para aquilo. Então você tem que estar capacitado para isso naquele momento” (ML2).

Ele precisa reagir adequadamente diante da vítima em estado grave e ainda tentar ajudá-la no estado de tensão psicológica para conseguir realizar os procedimentos adequadamente. Se acontecerem várias ocorrências com essas características, esse motolante poderá ter sua saúde mental e física prejudicada.

Outra situação relatada e que promove vivências de sofrimento está relacionada ao atendimento de vítimas com parada cardiorrespiratória. Para o ML2, além do preparo psicológico é preciso estar bem fisicamente. Ficar entre 15 e 20 minutos fazendo compressão torácica em vítima com pulso ausente exige esforço físico e muita calma:

“Como está meu preparo físico? [...] manter compressão torácica naquela vítima até a unidade chegar [...] vai demorar uns 15, 20 minutos. [...] Então numa situação dessas a gente tem que calcular o que vai fazer [...] a gente tem vida e morte na mão toda hora. Toda hora você sabe que qualquer momento vai acontecer alguma coisa. Você fica ali ô” (ML2).

Mesmo alternando com o socorrista parceiro, o ML2 considera um momento tenso, pois eles têm que conseguir fazer os procedimentos e ainda controlar a ansiedade vinculada ao medo do paciente falecer. Ter calma e paciência em muitos momentos do trabalho, pode-se dizer, é fundamental para desenvolver as atividades laborais, tomar decisões assertivas, obter a eficácia e a satisfação no trabalho.

### Não encontrar o endereço

Os sentimentos de frustração, tristeza, impotência e estresse são suscitados pelas situações em que o condutor de ambulância e motolância não encontram o endereço. O sofrimento se instala quando chegam ao local e nada encontram:

“Endereço errado quase todo dia acontece de nos passar” (CS1).  
“50% é culpa da Telefonista Auxiliar da Regulação Médica e 50% é culpa de quem está ligando” (ML1).

A solicitação de atendimento de emergência/urgência é feita via telefone 192 à central de regulação médica. As ligações nem sempre são inteligíveis na sua íntegra devido a ruídos e interferências na linha telefônica. Isso dificulta o trabalho da Telefonista Auxiliar da Regulação Médica na identificação do fato ou situação ocorrida, do endereço e da prioridade que acredita ser a melhor para a situação relativa às informações repassadas pelo solicitante.

Além dos ruídos e interferências nas linhas telefônicas, há a tensão e o nervosismo dos solicitantes do serviço à central de regulação médica. As pessoas não convivem diariamente com situações de urgência e emergência e quando se deparam com uma dessas situações ficam tensas e nervosas no momento de relatar o endereço à Telefonista Auxiliar da Regulação Médica e com isso cometem certos enganos que fazem com que o local da ocorrência não seja encontrado.

### Sofrimento das vítimas

Outra provável causa de sofrimento psíquico está associada ao sofrimento alheio:

“Você chega no local e [...] depara com muitas cenas [...] desagradáveis [...] esmagamento de cabeça, olho para fora, vísceras, crianças torcidas no meio, mãe que dá a luz antes da hora e o neném morre, a mãe desesperada porque o filho está morrendo, a questão social [...]” (M1).

Conviver com as vítimas em estado grave, com risco iminente de morte desencadeia sofrimento psíquico aos socorristas. A dificuldade de lidar com cenas desagradáveis pode desencadear sentimentos de desprazer, tristeza, ansiedade e interferir na forma de lidar e continuar com as atividades de trabalho.

### Forma de tratamento do solicitante

Algo que parece incomodar bastante os médicos quando estão na regulação médica das urgências é o atendimento aos solicitantes do serviço via telefone:

“No serviço de atendimento de urgência as pessoas ligam por qualquer bobeira [...] besteira e a gente nega e a pessoa fica agressiva e a pessoa xinga [...]. Você não pode xingar e as pessoas te xingam, te mandam enfiar ambulância no lugar e você muito obrigado e tal. Então assim você não pode responder quando você desliga o telefone dá um nervo! De repente essa mesma pessoa liga três minutos depois já xingando, já liga xingando. Então é complicado” (M2).

Pelo relato compreende-se que, ao terem que tolerar solicitantes mal informados sobre o serviço e mal educados, os médicos vivenciam o sofrimento no trabalho. Estes precisam ser calmos, cautelosos, contidos no trato com o solicitante.

### A atividade de regulação

Fazer o trabalho de regulação médica, ao que parece, é um momento em que os médicos vivenciam situações de sofrimento intenso:

“Deus me livre ficar só no telefone não aguento. O psicológico vai embora” (M2).

Além de terem que tomar decisões rápidas, precisam estar atentos às falas dos solicitantes em meio a ruídos ocasionados pelas vozes dos demais trabalhadores (TARMs e Rádio Operadores) da sala de regulação, precisam suportar solicitantes mal-educados, incompreensivos e chantagistas, que provavelmente não sabem como funciona o sistema e/ou estão passando por um trauma que os impede de perceber a realidade dos SAMUs.

### Choque com a realidade

A partir das informações passadas pelo rádio operador, a equipe socorrista imagina um provável cenário onde a vítima se encontra. Mas quando chega até o local encontra uma realidade diferente:

“Não tem como [...] prevê. Você imagina a cena [...] chega lá está totalmente diferente [...]” (E1).

Esse choque com a realidade desperta sentimento de insegurança e tensão emocional

(sensação de apreensão, de incerteza) frente à situação real do trabalho. Principalmente porque as tarefas são imprecisas, exigindo o planejamento, organização e tomadas de decisão das mesmas no momento do atendimento e no menor espaço de tempo possível. Lidar com o inesperado implica na capacidade de inventar soluções para controlar a situação de trabalho.

### Cobranças e pressão psicológica

O médico regulador, a partir de informações colhidas dos solicitantes quando acionam a central de regulação, é o responsável pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações. No entanto, o número de veículos e equipes disponíveis, o tempo de deslocamento, o estado de saúde da vítima e a disponibilidade de leitos nas unidades de referência não dependem do médico regulador. Mas como o contato direto com o solicitante, familiares, amigos e curiosos é feito por ele, o mesmo é alvo de cobrança e pressão psicológica:

“O tempo inteiro [...] quem é cobrado somos nós [...] o médico [...] se falta ambulância a culpa é sua, se a ligação demorou a culpa é sua, se ambulância demorou-se chegar a culpa é sua para a pessoa que está solicitando. Então esse é um lugar de muita agressão psicológica” (M4).

“Você não pode falhar e não pode demorar. Isso nem sempre depende de você porque a ambulância não anda, os equipamentos são devassados [...] nem sempre mesmo você chegando rápido [...] consegue salvar o paciente. É um paciente que foi mal atendido pela rede, pelo sistema de saúde ele está sendo mal atendido há 10 anos. Mas quando essa bomba estoura vem estourar na nossa mão. É o cara que não tratou a hipertensão, não tinha vaga na consulta. Deu três, quatro infarto e foi mal tratado, não tinha leito de hospital, etc. faliu o rim e começou a fazer hemodiálise e não consegue vaga na hemodiálise ele morre. Aí chama. Aí toda insatisfação da família ela cai em cima de você ali na hora que o paciente acontece com ele o que ninguém queria que acontecesse” (M1).

Os médicos, ao serem responsabilizados e culpados por “tudo” de forma injusta, vivenciam o sofrimento no trabalho. Os mesmos precisam suportar as cobranças e a pressão psicológica com alto grau de paciência e controle emocional para conseguirem realizar o trabalho a eles atribuído. Os constrangimentos vivenciados por essas situações podem provocar estados de tensão, desprazer, aborrecimento e raiva.

### Situações de trabalho

Os médicos comentaram sobre os estados de excitação, sofrimento, aborrecimento, ansiedade e aceleração que vivenciam nas situações de trabalho:



“Geralmente é o habitual nosso [...] chegar molhado [...] de suor, [...] chuva, [...] sangue, [...] barro e areia [...] com os nervos a flor da pele. Porque quando você está nessa situação você fica no mais ligado possível, você chega aqui taquicardia, suando [...]. Se você precisava dormir por algum motivo e ainda que o plantão termine tranquilo você não consegue fazer. Às vezes você está dormindo tranquilo de repente te acorda: ocorrência, ocorrência. Você acorda até confuso, desorientado. Você vai parar o coração mesmo quando você está quase chegando na ocorrência já” (M2).

“E aí você já acelera de novo” (M1).

“Você já acelera de novo” (M2).

“Porque está com uma responsabilidade enorme nas mãos. Muitas vezes a gente chega aqui e você demora uns 30, 40 minutos até você voltar a sua condição normal [...]” (M1).

Os relatos revelam que as condições do ambiente onde realizam os atendimentos não são confortáveis. Isso, aliado às exigências dos procedimentos eficazes para a sobrevivência da vítima, faz com que os socorristas continuem fortemente ligados às atividades de trabalho. Mesmo tirando um intervalo de uma ocorrência para a outra, eles não conseguem se desvincular facilmente, ou melhor, voltarem ao normal.

Diversas situações promovem as vivências de sofrimento nos trabalhadores socorristas e eles não contam com intervenção psicológica de um profissional especializado:

“Não temos acompanhamento psicológico” (M1).

“Nosso apoio é [...]” (M2).

“Pressão” (E3).

Isto significa que a superação dos elementos psíquicos conflituosos é realizada sem a ajuda de um profissional. Além de vivenciarem cenas de sofrimento alheio de diversas naturezas, ainda lidam com a pressão no trabalho vinda primeiramente dos próprios solicitantes.

As vivências de sofrimento se manifestam com maior intensidade quando os profissionais socorristas fazem atendimento a crianças (pessoas com até 12 anos de idade, incompletos – lei 8.069 13/07/1990) ou outras situações que envolvem as mesmas.

“Algum tipo de ocorrência [...] choca [...]. Regulei uma gestante que estava com 34 semanas e ela se enforcou. [...] teve morte cerebral, mas conseguiu salvar a criança. Recentemente uma menina de 06 anos que eu fui foi vítima de estupro, provavelmente foi da família dela. Isso causa certo sofrimento [...] mas a gente vai ultrapassando isso. Quando [...] é uma criança eu prefiro regular a ter que ir na ocorrência [...] porque é uma que me choca. [...] Até 10, 11 anos de idade eu não vou, mas a partir dos 11 [...] eu [...] dou conto de ir” (M6).

“Eu choco quando é criança também” (E1).

“O que mais choca a gente é criança” (E2).

“A gente tem contato muito íntimo com a morte” (M5).

“Faz muita ocorrência [...] no mês [...] salva muito, mas muitos falecem. A morte pra nós é rotina” (E2).

As falas dos sujeitos participantes M6, E1, E2 e M5 exprimem um consenso de que a vivência de sofrimento na relação com o trabalho é maior quando o atendimento é dirigido a crianças. Esses trabalhadores também são pessoas comuns, possuem família, amigos e sofrem ao ver uma pessoa sofrer, morrer e por saberem que não podem fazer nada. Presenciar o nascimento de um bebê órfão à nascença e se depararem com a contradição entre o papel de proteção da família e a violência que nela se dá ocasiona um choque de valores, vivências de medo, raiva, frustração e impotência.

Durante o atendimento, principalmente quando as situações são dramáticas, o sofrimento é inevitável. Por mais que existam protocolos, regulamentos, treinamentos que os capacitam para o trabalho, existem situações reais que nem sempre favorecem o acerto nos procedimentos da primeira vez:

“Ocorrência num acidente ou alguma coisa assim, geralmente são situações mais dramáticas [...] ali na hora tudo tá dando errado e não está dando certo e você tenta um trem e tenta outro [...] por fim dá certo” (M2).

Neste fragmento de fala há indícios de que durante as tentativas de acertos nos procedimentos o M2 viveu um estado de tensão por pensamentos negativos e de fracasso. É no confronto do sujeito com o mundo real do trabalho que os sentimentos de impotência, ou de irritação, de raiva ou ainda de decepção e de desamparo se manifestam.

Os locais onde os socorristas fazem o atendimento são diversificados, como residências, espaços públicos e privados. As condições do local da cena, como os incêndios, podem interferir no socorro ou às vezes até inviabilizá-lo: “Tem local muito insalubre de não dá para atender o paciente” (E3).

Se esforçar para chegar ao local e se deparar com um ambiente que não permite a realização do trabalho suscita emoções negativas como: frustração, raiva, impotência e tristeza. Entrar em uma ambulância com condições precárias, enfrentar um trânsito difícil e presenciar o sofrimento da vítima sem poder fazer nada é angustiante. O objetivo do trabalho, salvar vidas, não é alcançado.

### Riscos inerentes à profissão

É comum os trabalhadores da área da saúde, principalmente aqueles que trabalham em regime de plantão, ter mais de um emprego:

“A gente chega muito apressado [...] venho de outro emprego [...]” (M2).

“Você precisa desdobrar e fazer plantão extra e tudo para poder conseguir ter uma melhor condição de vida em casa” (E2).

“Aqui a gente faz 24 h e as vezes você vai para outro emprego e você pode fazer mais. Mas no SAMU é 24 [...] seguida. Você pode fazer até cinco plantões por semana” (M2).

“Eu mesmo faço três SAMUs” (M1).

“A carga horária de médico e das meninas da enfermagem [...] 84 horas semanais, 96 horas semanais as vezes mais. [...] o pessoal trabalha muito [...] o pagamento do concurso aqui é irrisório comparado a outras aéreas [...] tem o plano de carreira, mas a prefeitura enrola mais que cumpre o programado” (M2).

“Final de semana [...] muito raramente vai num clube [...] festinha [...]” (E2).

“Quem é da área da saúde é assim mesmo. É normal” (M2).

“Todo mundo não só aqui” (M3).

Atuar em mais de um emprego garante benefícios financeiros por um lado e por outro tem-se o sofrimento que se manifesta pela sobrecarga de trabalho e pela privação da vida social. A vida se torna corrida para esses profissionais, pois os mesmos se inserem em ambientes organizacionais com culturas diferentes. Trabalhar até mais de 96 horas por semana interfere no bem estar desses trabalhadores, já que resta pouco tempo para atividades físicas, para o lazer com a família e para o convívio com os amigos.

#### 4.1.2.3 Estratégias de defesa (psíquicas) individuais para lidarem com o sofrimento no trabalho

Ao lutarem contra o sofrimento laboral, os trabalhadores do SAMU 192 desenvolvem com frequência estratégias de defesa (psíquicas) individuais, são elas: racionalização, ideologia defensiva, negação, bloqueio de pensamentos, sublimação.

A característica do trabalho de socorrista é lidar com vidas em situação de fragilidade, de imprevisibilidade e com a execução de procedimentos agressivos e invasivos, dependendo do estado da vítima. Aguentar firme, controlar-se, não chorar e ser autoridade faz parte do comportamento profissional dos condutores socorristas e demais componentes da equipe de emergência. Mas, por vezes, as vítimas, familiares, amigos e/ou curiosos na cena da ocorrência acabam rotulando os socorristas, de forma geral, como pessoas frias e insensíveis:

“Esse pessoal é muito frio, não tem sensibilidade” (ML2).

Para atenuar o sofrimento e buscar explicações lógicas dos motivos pelos quais são rotulados com uma imagem negativa, o ML2 utiliza a estratégia de defesa (psíquica) individual denominada racionalização, também empregada pela participante E2 como forma de aceitar os óbitos diários.

Morrer um, dois e até seis em uma noite é normal para a E2, que justifica sua frieza, estado como é vista pelo outro (família, amigos, população), partindo do ponto de vista de que a morte vai chegar para todos. Assim sendo, morrer é normal para ela:

“Às vezes você chega [...] como foi trabalhou muito? [...] uns baleados, uma parada, morreu seis essa noite. Nossa! como morreu seis pessoas? Uai morreu fazer o quê?” (E2).

O estado de surpresa do interlocutor nesse trecho permite compreender que as pessoas que não convivem diariamente com a morte têm dificuldades de entender como um socorrista enfrenta de forma natural as situações tristes e dramáticas que culminam, por vezes, no falecimento da vítima.

A racionalização foi identificada em várias falas dos participantes. Uma delas se refere ao porquê dos maus tratos dos solicitantes, pelo telefone, para com os médicos intervencionistas:

“Na maior parte do tempo as pessoas não são desesperadas ao telefone, elas são mal educadas mesmo. Porque elas se sentem no direito de cobrar por um atendimento melhor de saúde porque acham que merecem isso pelos impostos que pagam e etc. mas [...] a pessoa que enfrenta isso não é quem gera os recursos mal geridos, quem rouba dinheiro público [...] é um profissional que não tem nada a ver com isso” (M1).

Para o M1, a falta de educação dos solicitantes ao telefone é justificável. Pagar os impostos obrigatoriamente e não obter contrapartida quando se necessita provoca sentimentos de raiva, frustração e impotência aos contribuintes. Estes descarregam toda a ira e insatisfação com os serviços públicos no trato com os médicos reguladores, pois são eles que, se necessário, negam o atendimento por falta de recursos. O M1, mesmo sendo injustamente mal tratado, se coloca no lugar do cidadão e suporta o sofrimento desse tipo de situação do trabalho.

Para o M3, as acusações direcionadas à equipe pelo óbito da vítima que foi atendida e a falta de reconhecimento do trabalho realizado são justificáveis:

“Quando a pessoa morre [...] a culpa é do SAMU. É porque precisa colocar culpa em alguém. A psicologia explica bem o estado de nervosismo da pessoa. Porque partiu para agressão” (M3).

A equipe justifica que esse comportamento é comum diante de uma situação difícil. Como é a equipe que está ali naquele momento, ela se tornam o alvo mais próximo. A equipe para evitar a angústia e manter o autorrespeito, entende e até perdoa o comportamento

indevido das pessoas.

Outra justificativa está relacionada a fazer atendimentos sem a presença da polícia, quando esta foi solicitada e não compareceu:

“A polícia tem inúmeras ocorrências para atender e muitas vezes [...] não consegue [...]” (M1).

O fato de os policiais não conseguirem dar a assistência às equipes do SAMU 192 se justifica, segundo o M1, pela sobrecarga de ocorrências que os mesmos têm.

Há casos em que mesmo a equipe chegando rápido no local da cena e fazendo todos os procedimentos necessários, a vítima vai a óbito. Esse momento é tenso, porque a família e amigos precisam achar uma explicação pela morte do ente querido. Nesse caso, a equipe se torna alvo da descarga de insatisfação, raiva e frustração das pessoas que possuem laços afetivos com o (a) falecido (a):

“Nem sempre mesmo você chegando rápido e etc. Você consegue salvar o paciente. É um paciente que foi mal atendido pela rede, pelo sistema de saúde ele está sendo mal atendido há 10 anos. Mas quando essa bomba estoura vem estourar na nossa mão. É o cara que não tratou a hipertensão, não tinha vaga na consulta. Deu três, quatro infarto e foi mal tratado, não tinha leito de hospital, etc. faliu o rim e começou a fazer hemodiálise e não consegue vaga na hemodiálise ele morre. Aí chama. Aí toda insatisfação da família ela cai em cima de você ali na hora que o paciente acontece com ele o que ninguém queria que acontecesse” (M1).

Depois de todos os esforços para tentar salvar a vítima, a equipe ainda sofre com o descontentamento da família que é descarregado nos profissionais, e também com a dor da perda da vida. A racionalização, então, emerge como estratégia coletiva de defesa para os trabalhadores suportarem o constrangimento e o sofrimento engendrados por essa tensa situação de trabalho. Pela fala do M1 pode-se dizer que o SAMU 192 é um “saco de pancadas”, porque é em suas mãos que muitas vítimas mal assistidas pelo sistema de saúde pública no Brasil falecem. Mesmo considerando injusto a falta de reconhecimento da família pelo trabalho executado e de serem culpados pela morte da vítima, o M1 compreende o comportamento da família.

Para diminuir a percepção do sofrimento em relação à falta de reconhecimento da população, os participantes justificam que:

“O reconhecimento da população vai ser pouco porque ela também passou por momentos de crise naquele momento. Então para eles virem aqui te agradecer acho meio difícil [...]” (E2).

“Não sei se é por uma questão que não tem contato [...] posterior com o paciente, com familiar [...]” (M2).

Pelas verbalizações compreende-se que os participantes estão racionalizando o tempo todo. Para eles é muito difícil ignorar que a população não reconhece a importância do trabalho deles. Dói, por isso precisam procurar explicações que justifiquem a falta de reconhecimento. Para os participantes, a população não reconhece a importância do nosso trabalho porque o contato é rápido ou porque as pessoas (família, amigos e curiosos) estão tensas na hora do atendimento e não porque somos ruins de trabalho.

A morte significa a interrupção da vida de uma pessoa, de sua história, da sua presença junto à sua família, amigos, sociedade e, comumente, esse fato provoca sentimentos dolorosos nos indivíduos que tinham relações sociais com o falecido. Mas, presenciar o falecimento de alguém também é muito penoso. Ainda mais quando essa situação é vivenciada constantemente:

“Tem paciente que está tão grave que mesmo você fazendo de tudo você vai perder ele, alguns problemas [...] não tem muito que fazer só com a ambulância [...]. A gente tem contato muito íntimo com a morte. Geralmente pacientes jovens, crianças que é mais impactante, porque idoso tem aquela cultura que o idoso às vezes ele vai morrer” (M2).

“A morte pra nós é rotina. [...] salva muitos, mas muitos morrem também [...]. Muitos consideram que a gente seja fria demais, sem coração. Nossa! vocês nem preocupam com a morte de uma pessoa. Mas a morte é consequência da vida [...]. Está vivo um dia vai morrer” (E2).

Quando o óbito é de idoso os profissionais aceitam com menos pesar, pois o mesmo já viveu muitos anos ao se comparar com a idade de recém-nascidos, crianças ou jovens. Convém mencionar que os profissionais ligados à área da saúde, como médicos e enfermeiras, são aconselhados a não demonstrar os sentimentos e, se possível, se distanciar emocionalmente dos pacientes. Mas, agindo assim acabam sendo censurados e criticados. Para suportar o sofrimento desse julgamento, a equipe trata a morte como sendo natural e inevitável.

Para os participantes, mesmo quando há utilização de todos os equipamentos de segurança no trabalho, bem como da observação das normas previstas, atingir 100% de segurança é algo praticamente impossível, pois:

“O risco é constante” (E2).

A explicação para suportar o sofrimento de desenvolverem as atividades de trabalho em condições inseguras e que podem causar ou favorecer a ocorrência de acidente, adoecimento se baseia nas características do trabalho dos profissionais da área da saúde. Mesmo tendo comportamentos seguros, os riscos são inerentes à profissão, fazem parte da

rotina de trabalho, são normais.

Insatisfeitos com a estrutura, com os veículos e com os equipamentos, o ML1 e ML3 fazem uso da estratégia defensiva racionalização. Em geral, para eles, todos os SAMUs passam por dificuldades:

“Todo SAMU no Brasil passa por dificuldades. Muitos SAMUs do interior é pior do que o nosso” (ML1).  
“É tem muitos ainda pior [...]” (ML3).

Pensar assim é uma forma de minimizar o sofrimento deles, pois sabem que outros trabalhadores também realizam o trabalho em meio à falta de recursos.

Independente dos tipos de atendimentos e das condições de trabalho, os condutores socorristas desenvolvem o seu trabalho da melhor maneira, visto que os mesmos escolheram a profissão e é nela que querem se manter:

“Não tem como eu ficar revoltada se eu escolhi [...] minha profissão [...] aqui a gente está a favor da vida e socorrer [...]” (ML3).

Essa forma de pensar caracteriza um estado de alienação por meio da ideologia defensiva. Com efeito, minimizam ou camuflam o sofrimento psíquico ocasionado pelas circunstâncias desagradáveis de trabalho. Porém, dificultam as transformações nas situações de trabalho. A falta de recursos para o andamento do trabalho pode levar os trabalhadores a desenvolverem suas atividades sem prazer no que fazem, perdendo o estímulo de exercer suas funções.

Diante das grosserias que enfrenta na central de regulação médica, o M4 desvia seu pensamento e cria em sua mente uma situação contrária do que está vivendo. Frente aos xingamentos e à má educação do solicitante, o médico se comporta como gostaria que o solicitante se comportasse:

“Você não pode xingar e as pessoas te xingam, te mandam enfiar ambulância no lugar e você muito obrigado e tal” (M4).

Em virtude dos sentimentos de raiva, frustração, impotência e insatisfação decorrentes dos constrangimentos vividos nesse tipo de situação, o médico investe na ironia para transmitir a ideia de desaprovação da forma como foi tratado. Ele diz de forma sutil o oposto daquilo que pensa, em tom de crítica.

Para driblar a tensão, a ansiedade e o medo das prováveis consequências da contaminação por agentes biológicos, a M6 utiliza como estratégia individual de defesa a

negação, se valendo de risos, ironia e chiste:

“Esses dias eu estava tomando antibiótico porque entrei em contato com um paciente que morreu com oito horas de meningite. Gosto demais disso aqui [...] me dá tanto prazer que eu fico rindo. [...] acho que a gente é meio doido. Acho é bom, acho ótimo. Ainda tiro onda [...] estou usando antibiótico! (M6)”.

A M6, como meio de superar o sofrimento e continuar realizando o seu trabalho, desloca suas tensões e preocupações para o prazer de rir de si mesma, brincar com a situação, ironizar.

Depois de vivenciar a situação de medo, a E3 sorri com os colegas que fazem brincadeiras:

“Na cena eu fico tensa [...] depois que passa a gente [...] ri e brinca da situação do medo [...]” (E3).

Essa estratégia de defesa é uma forma encontrada pelo grupo para liberarem as emoções ou os sentimentos que foram reprimidos na situação vivenciada. O termo mais apropriado para representar esse comportamento do grupo é catarse.

Os motolantes também recorrem às brincadeiras com os colegas para não pensar constantemente no trabalho, especificamente nas cenas dos atendimentos:

“O pessoal brinca demais, se diverte demais [...] se você ficar concentrado demais, você trabalhar demais seriamente com aquilo ali você não vai dar conta. “[...] Quem entra aqui senão conseguir quebrar o gelo ele(a) não tem resistência [...] as vezes é bom se divertir, bom brincar” (ML2).

É por meio das brincadeiras que conseguem descontrair e desconcentrar parcialmente do trabalho. Se algum trabalhador não se incluir no que consideram o escape, poderá não resistir ao sofrimento engendrado pelo trabalho.

Os plantões das enfermeiras e dos médicos socorristas/intervencionistas no SAMU 192 são permeados por situações complexas, imprevisíveis e inseguras que exigem controle emocional, paciência, prudência, tomada de decisões, dentre outras. Esse cenário toma conta do trabalhador por 12 ou até 24 horas seguidas. Para evitar que a relação com o trabalho avance até a esfera doméstica, a E2 e o M3, ao encerrarem o plantão, passam a pensar em outras coisas, bloqueando os pensamentos relacionados ao trabalho:

“Consgo me desligar [...]. Quando estou no [...] eu desligo de casa e quando eu estou em casa eu desligo dos outros serviços e não fico remoendo, não fico lembrando e não levo nada” (E2).  
 “Para casa também não levo não” (M3).



“Estando em casa nem lembro que existe SAMU a não ser quando passa o barulho próximo lá de casa” (E2).

Compreende-se, a partir das verbalizações, que essa estratégia de defesa psíquica se configura como uma alternativa que o trabalhador busca fora do ambiente do trabalho para conseguir aproveitar os benefícios que o tempo livre pode gerar em sua vida, sem pensar no trabalho.

Para realizarem os atendimentos os profissionais precisam ter à disposição os materiais e equipamentos adequados. Sem os mesmos fica difícil realizarem o socorro às vítimas. Diante de materiais velhos e desgastados em decorrência do próprio uso, esses trabalhadores dão asas à imaginação e improvisam:

“Tem os materiais que estão muitos velhos e desgastados do próprio uso. Muita coisa a gente tem que improvisar. O material de trauma as vezes você não tem aqueles tirantes tudo bonitinho para amarrar você tem que improvisar com atadura, umas mochilas rasgadas e você tem que ficar remendando com esparadrapo senão os trem caem, entendeu. [...] Colar, às vezes, não tem com boas condições e tem que ficar pregando esparadrapo, então é tudo remendado a maioria das coisas” (E1).  
“A gente tenta fazer o melhor com o que tem na mão” (M2).

As verbalizações da E1 e do M2 indicam que o grupo faz uso da inteligência astuciosa para garantir, mesmo que remendados e amarrados, o efetivo uso dos materiais e equipamentos necessários para realizarem o trabalho. Por certo tempo esses trabalhadores poderão continuar insistindo nessa estratégia e obter a satisfação sublimatória. No entanto, chegará o momento em que os materiais e equipamentos não terão condições de aceitar mais os improvisos. Dessa forma, se a organização do trabalho não os livrarem desse constrangimento, provavelmente o trabalho não poderá ser realizado em decorrência de recursos inadequados.

#### 4.1.2.4 Estratégias operatórias individuais para ajustar o trabalho e minimizar o sofrimento

Identificou-se também o uso de estratégias operatórias (ajustes em sua forma de trabalhar) pelos trabalhadores para darem conta do descompasso entre o trabalho prescrito e o trabalho real, conforme quadro 12:

Quadro 12 - Estratégias operatórias individuais utilizadas pelos trabalhadores no ambiente de trabalho e fora do ambiente de trabalho

| No ambiente de trabalho         | Fora do ambiente de trabalho (para compensar o sofrimento)     |
|---------------------------------|--|
| Cooperação (acordo com colegas) | Atuar em mais de um emprego                                    |
| Doar dinheiro                   | Estudar condutores para compreender o comportamento do cidadão |
| Não se sujarem                  | Lazer  |
|                                 | Orar pelos colegas e vítimas                                   |
|                                 | Esterilizar e lavar roupas com recursos próprios               |

Fonte: dados da pesquisa

Os profissionais socorristas do SAMU 192 devem estar de prontidão para atenderem diversos tipos de emergência de natureza clínica ou traumática. Qualquer indivíduo, quer seja um cidadão de bem, quer seja um bandido ou criminoso, deve ser atendido:

“Uma época fiquei sem sair para baleados [...] estava bastante revoltada. Por mim, tinham que morrer todos. Então, eu deixei de sair em ocorrência por algum tempo até eu me estabilizar de novo e ficar de boa [...] (M6)”.

A M6, diante do sofrimento de indignação em atender criminosos, elaborou uma estratégia operatória para conseguir realizar as atividades de trabalho. Em comum acordo com os colegas, ela ficou certo tempo sem vivenciar esse sofrimento para adquirir estabilização emocional perante o atendimento dado àquele tipo de indivíduo. A M6 acha tão penoso salvar a vida de um bandido que ela chega a desejar a morte do mesmo.

Além do sofrimento causado pela revolta do atendimento ao criminoso, a M6 também sofre muito quando a ocorrência envolve crianças:

“Eu tenho muita dificuldade de sair em ocorrência com crianças. Geralmente quem me salva é o [...]. Eu assumo a regulação dele [...]. Maioria dos meus colegas, graças a Deus, eu consigo negociar” (M3).

Ir um no lugar do outro é uma estratégia operatória, construída pela M6 para que a mesma não vivencie esse tipo de sofrimento psíquico que parece ultrapassar seu limite máximo de exigência emocional.

Impulsionado pelo sentimento de piedade e compaixão, o CS2, frente ao real do trabalho, faz doação de dinheiro para as vítimas em situação de precariedade financeira:

“Já cheguei a levar paciente numa situação tão precária que eles não tinham dinheiro para comer e nem para voltar para casa” (CS2).

Essa situação expressa de forma clara que o trabalho prescrito não é compatível com o trabalho real. Por meio da fala do CS2 é possível afirmar que o constrangimento de estar diante de uma pessoa desprovida de recursos financeiros fez com que o CS2 construísse uma

estratégia operatória: tirar de si para ajudar o próximo.

O macacão e a bota que os socorristas utilizam para efetuarem os atendimentos fazem parte de um equipamento de proteção individual. O SAMU 192 atualmente não tem lavanderia para esterilização e lavagem das roupas e botas. Assim sendo, os próprios socorristas se encarregam de providenciar a higienização adequada de seus uniformes:

“Essa roupa a gente tem que esterilizar [...] e lavar [...] com os nossos meios, se você quiser ter [...] outra roupa [...] você tem que comprar [...]” (M1).

No ato da contratação os socorristas recebem dois macacões e uma bota. No entanto, ao que parece esse quantitativo não é suficiente. Assim, os mesmos recorrem aos próprios recursos financeiros para aumentarem o número de peças disponíveis, e/ou também tentam não se sujarem durante o atendimento à vítima para não terem que trocar de roupa:

“A gente tenta no máximo não sujar” (M2).

As verbalizações acima revelam a existência de estratégia operatória contra o risco de exposição biológica. Usar o macacão sujo por várias horas favorece uma provável contaminação. Para diminuir o nível de exposição eles preferem fazer investimentos financeiros, arcando cada um com os custos de aquisição de mais peças e/ou ainda recorrerem às manobras de não se sujarem. Importante pontuar que, além da preocupação em realizar adequadamente todos os procedimentos na vítima, ainda precisam estar atentos para evitar a sujidade. Ou melhor, precisam administrar na integralidade os esforços mentais e os movimentos físicos entre a vítima e si mesmo.

Diante do sofrimento advindo pela falta de reconhecimento financeiro, os condutores recorrem a outros vínculos empregatícios para garantirem melhores rendimentos:

“Ministro curso de primeiros socorros para bombeiros civis e trabalho em outra empresa prestando consultoria em primeiros socorros para empresas técnicas de segurança do trabalho” (ML2).

“Trabalho em dois SAMUS” (ML1).

Tais falas indicam a falta de valorização financeira pelos serviços prestados por esses trabalhadores. Ao aderirem a outros empregos, ficam expostos ao risco da sobrecarga de trabalho e a outras situações que podem favorecer o adoecimento físico e mental.

Os médicos e enfermeiras têm uma carga horária diária bem ampliada quando se compara com o Art. 58, porque em média trabalham aproximadamente 13 horas por dia (considerando os outros vínculos). O regime de trabalho adotado no SAMU 192 é o sistema

de plantão. As enfermeiras trabalham em escala 12/60. Os médicos socorristas e reguladores podem fazer no máximo 60 horas por semana. Nos períodos em que deveriam estar de descanso esses profissionais estão trabalhando em outros empregos, porque consideram os rendimentos financeiros fornecidos em contrapartida pelos serviços prestados no SAMU 192 insatisfatórios.

Diante da falta de educação no trânsito manifestada pelos cidadãos, o ML2 pretende estudar condutores de veículos comuns para compreender o que motiva tal comportamento:

“Estou querendo fazer mestrado em educação no trânsito [...] para entender [...] como é que sai a mente do cidadão pra rua depois que ele tira sua primeira habilitação” (ML2).

As vivências de sofrimento pelo convívio com cidadãos desrespeitosos com os veículos de urgência e emergência são tão acentuadas que o ML2 almeja fazer uma pesquisa para descobrir o que está por trás desse comportamento. Ele se sente muito incomodado com aqueles condutores que não respeitam a lei de trânsito, pois o tempo resposta nos atendimentos do SAMU 192 é primordial para a sobrevivência da vítima.

Para enfrentar o sofrimento no trabalho e esquecer-lo por certo tempo, o ML2 procura o lazer:

“Você tem que conseguir se divertir [...] você tem que esquecer o serviço um pouco, porque senão você começa entrar em parafuso” (ML2).

A participante E1 também utiliza a mesma estratégia para esquecer os aborrecimentos do trabalho:

“Tem que sair mesmo senão a gente não aguenta” (E1).

Ao se inserirem em contextos diferentes a que estão habituados, esses profissionais têm a oportunidade de recarregam suas forças físicas e mentais, evitando o desgaste mental excessivo. Com isso podem manter o padrão de rendimento e produtividade, uma vez que a realização do trabalho sem descanso pode levar à perda do desempenho.

Desligar-se do trabalho, nesse caso, pode-se afirmar, é uma estratégia considerada positiva, pois a mesma minimiza o sofrimento e favorece o equilíbrio psíquico pelo prazer da diversão. Tal situação permite entender que a vida não é só trabalho, para além do prazer e sofrimento pelo trabalho pode se buscar o prazer na vida social.

Uma forma também de atenuar o sofrimento pelo trabalho é a prática de orações.

Quando está sozinha a ML3 pensa nos colegas de trabalho e nas vítimas atendidas e ora por eles:

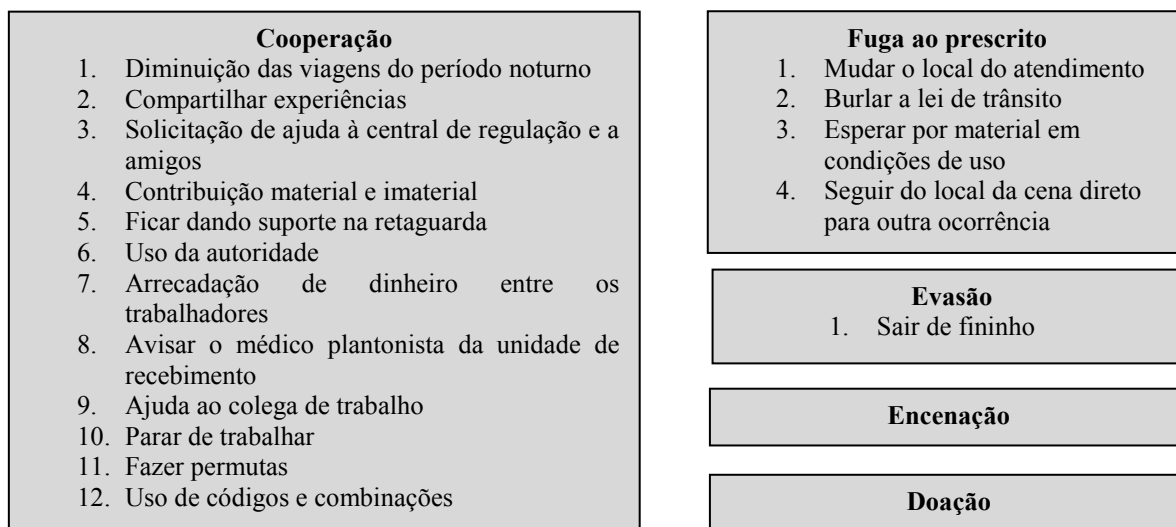
“Eu deito, eu faço minhas orações, eu peço proteção e saúde para os meus colegas de trabalho [...] e para aqueles pacientes [...]” (ML3).

O contato permanente com a dor da vítima e/ou morte e com os riscos inerentes ao trabalho dos socorristas leva a ML3 a buscar um suporte em DEUS, para que o mesmo guarde as vidas de seus colegas e amenize o sofrimento das vítimas.

#### 4.1.2.5 Estratégias operatórias coletivas para lidarem com o sofrimento e as dificuldades no trabalho

As análises clínicas dos dados apontam que os trabalhadores em estudo recorrem a diversas estratégias operatórias, conforme figura 13, para conseguirem trabalhar:

Figura 13 - Estratégias operatórias coletivas utilizadas pelos trabalhadores



Fonte: Dados da pesquisa

A escuta clínica identificou indícios de que os trabalhadores do SAMU 192 buscam superar as contradições que surgem no confronto com o real do trabalho por meio da cooperação horizontal e confiança:

“Equipe bacana, local agradável de trabalhar [...]” (M2).

“Não existe o seu serviço e o meu serviço. Todos [...] juntos em prol do paciente” (E3).

“Pessoas [...] da equipe que tem mais experiência [...] a gente sempre tira alguma

ideia [...] tirar experiência de quem já tem experiência [...]” (M1).

“Eu tenho muita dificuldade de sair em ocorrência com crianças. [...] Eu assumo a regulação [...] eu prefiro não ir [...] maioria dos meus colegas graças a Deus eu consigo negociar” (M6).

“A gente aqui é mais assim [...] hoje eu não cheguei bem, então você assume pra mim a viatura? A gente troca assim” (E3).

Compreende-se, a partir das verbalizações, que o grupo possui boas relações, é integrado, troca experiências e funções, coopera entre si e confia uns nos outros. Pelo menos entre os pares existe o reconhecimento da importância do trabalho que desenvolvem e esses aspectos favorecem um convívio laboral menos angustiante.

As relações de confiança estabelecidas no ambiente de trabalho abrem espaço para a cooperação, o compromisso, a circulação de ideias inovadoras, a superação das diferenças, aumentando a satisfação no trabalho e a melhora da comunicação.

No SAMU 192 cada profissional tem sua função e tarefas a serem realizadas. Os médicos fazem revezamento entre os atendimentos telefônicos na central de regulação médica e as intervenções. Ficam por duas horas e meia na central de regulação e depois duas horas e meia de prontidão para os atendimentos de ocorrências. O prescrito é ter sempre médicos reguladores e intervencionistas na quantidade necessária para atender o número de habitantes que povoam o município onde está instalada a central e demais municípios assistidos. Assim sendo, quando é necessário os médicos podem fazer trocas de plantões, um pode cobrir o outro.

Essa flexibilidade permitiu ao grupo elaborar a estratégia operatória troca de funções. A M6, quando está como intervencionista, ao ser acionada para sair em ocorrências que envolvem crianças solicita a um de seus colegas, que está regulando, que seja feita a troca de posto:

“Eu tenho muita dificuldade de sair em ocorrência com crianças. [...] geralmente quem me salva é o [...]. Eu assumo a regulação dele [...] ele vai. [...] maioria dos meus colegas graças a Deus eu consigo negociar” (M6).

Tal relato sugere que a experiência do sofrimento no trabalho não é sempre acompanhada de uma descompensação, porque o trabalhador desenvolve estratégias operatórias eficazes contra as situações desagradáveis. A negociação pelas trocas foi a forma encontrada pela M6, com o apoio do grupo, para evitar sua exposição ao constrangimento, difícil de suportar quando é preciso atender crianças.

Já as enfermeiras só fazem trocas quando o estado físico e/ou mental indica a necessidade de realizarem um trabalho menos penoso. Assim, a profissional que teria que

fazer as intervenções assume a supervisão e vice versa.

“A gente [...] é mais assim a [...] está na supervisão: hoje eu não cheguei bem, então você assume pra mim a viatura? A gente troca assim. [...] para não acontecer injustiça entre a gente [...]. Cada um tem sua vez e o que tocar vai pegar” (E3).  
 “Deixar de ir porque o atendimento pode [...] me prejudicar emocionalmente [...] não tem como, você tem que ir” (E2).

As falas revelam que o trabalho implica em angústias e sofrimentos. As enfermeiras fazem trocas não por causa do tipo de ocorrência ou idade da vítima, mas por outros motivos. O grupo estabeleceu regras de trabalho para lidar com o sofrimento de forma a não privilegiar um em detrimento do outro pelas características da cena e das vítimas envolvidas.

Os trabalhadores do SAMU 192, para conseguirem realizar o real do trabalho, se unem para alcançar o objetivo central de suas atividades laborais que é salvar vidas:

“A gente considera o SAMU como uma família, temos nossas brigas igual toda família tem, mas é divertido, e de certa parte somos unidos, tem uma união certo [...] no final de tudo e sempre, dá certo as coisas” (ML2).

A comparação do coletivo de trabalho com a família revela a existência de laços afetivos, confiança e conformidade de esforços para atingir os resultados.

O SAMU 192 faz também o serviço inter hospitalar que ocorre mediante solicitação de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha obtido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência exibido, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para o prosseguimento do tratamento. O deslocamento poderá ocorrer em qualquer hora do dia ou da noite, isso vai depender da necessidade do paciente. Mas, perante as condições inseguras dos veículos para os deslocamentos, a equipe acordou entre si pela diminuição das viagens no período noturno:

“As ambulâncias [...] andam muito sucateadas [...]” (M2).  
 “Nós já fizemos viagens à noite, madrugada chovendo com pneus carecas” (E3).  
 “Por causa desses motivos a gente parou de fazer viagens noturnas. Por causa do risco da equipe” (M2).  
 “Diminuiu” (E3).

Essa estratégia operatória foi a forma encontrada pelo grupo diante do comprometimento das condições de uso das viaturas por falta de manutenção preventiva. O trabalho continua a ser realizado, porém com menor frequência, para evitar possíveis acidentes com a equipe e com as vítimas assistidas.

Os socorristas seguem os protocolos clínicos e traumáticos para realizarem os

atendimentos. Mas nem tudo que está prescrito parece atender de forma eficaz a todas as vítimas:

“Às vezes dá errado [...] mas a gente chega e compartilha com o colega [...] a gente volta da ocorrência discutindo [...] o que poderia ser melhor” (E3).

Compartilhar experiências com os demais colegas de trabalho é uma estratégia operatória desenvolvida para estenderem o aprendizado. Ou melhor, revelar as práticas que não deram certo, mesmo seguindo as prescrições. Agindo assim os trabalhadores podem aliviar o sofrimento das tentativas, erros e acertos nos procedimentos. Na opinião da E3 existe um terreno fértil para se implantar o espaço de discussão coletivo. No entanto, em grupos de trabalhadores que não sinalizam esse compartilhamento não há como implantar esse espaço.

De acordo com o estado da vítima, o médico regulador indica a especialidade adequada (psiquiatria, ortopedia, pediatria, cirurgia) e a unidade de saúde habilitada para recebe-la. O rádio operador verifica se existe vaga disponível no local sugerido e comunica a equipe que está mantendo a vida do atendido. Mesmo verificando a existência de vagas, pode ocorrer a ocupação das mesmas durante o tempo de deslocamento, ou nem mesmo existir vagas nas unidades de saúde previamente consultadas:

“Muitas vezes fomos ao Hospital de Urgência [...] e estava lotado [...]. Então a gente liga aqui e pede para os meninos que nem é serviços deles para tentar ligar para algum local [...] pra gente não perder a viagem e tenta manter o paciente. [...]. Muitas vezes fazemos ligações entre colegas conseguindo um destino para o paciente porque o sistema não funciona. A gente salva mais se conseguir chegar em tempo hábil se dependesse só da gente. Mas não é [...]” (M2).

Pela verbalização do M2 é possível compreender que o exercício laboral leva o indivíduo a pensar e agir diferente das prescrições da organização do trabalho. Ao invés de ficar na passividade aguardando por uma vaga, a equipe mobiliza seus esforços e solicita ajuda na central de regulação e ainda a amigos lotados em outras unidades de saúde.

Diante do constrangimento decorrente da falta de recursos para manutenção e consertos das ambulâncias, os trabalhadores recorrem ao coletivo de trabalho para prosseguirem na atividade e cumprir a tarefa.

“Eu mesmo já comprei óleo para motor do meu bolso [...]. Nós já arrumamos ambulância batida tiramos farol de uma colocamos na outra, batemos com o ferro para o para-lamas voltar, trocamos as frente, trocamos tudo para a viatura rodar [...]” (CS1).

“Já chegamos a remendar pneu também com dinheiro nosso” (CS2).



Cientes de que sem viaturas é impossível o deslocamento das equipes até os locais da ocorrência e prestarem o atendimento, os trabalhadores recorreram a estratégia operatória contribuição material e imaterial para deixar os veículos em condições de uso para atender as demandas da população.

Outra estratégia operatória identificada por meio da fala do participante CS1 é ficando dando suporte na retaguarda para a equipe na hora do atendimento em cenas inseguras:

“A primeira reação é chegar lá e realizar o atendimento da vítima. E conforme eles vão atendendo, são profissionais que têm que atuar no paciente, nós como condutores podemos ficar mais por trás tentando amenizar essa situação” (CS1).

Percebe-se a existência da divisão de tarefas, união e confiança entre os componentes da equipe. Enquanto o médico e a enfermeira desenvolvem o trabalho, o condutor fica na retaguarda observando as pessoas que se encontram no local da cena e preparando-se para intervir caso seja necessário.

Dar socorro a uma vítima que apresenta sentimentos de medo, aflição, irritação requer em certas situações o uso da autoridade como estratégia operatória para acalmá-la:

“Tem hora que você tem que gritar com a vítima mesmo, você tem que ser autoridade ali no momento” (ML2).

O falar alto com a vítima é necessário para que os atendentes consigam realizar as avaliações e os procedimentos essenciais a sobrevivência da mesma.

Diante do abuso do usuário em solicitar o SAMU 192 sem estar verdadeiramente inserido no quadro de urgência ou emergência, simplesmente para não aguardar na fila de espera pelo atendimento, faz com que integrantes da equipe que prestou o atendimento não pactuem com o usuário:

“A gente chega ao médico, o plantonista, e passa a situação: doutor o paciente tem condição de esperar. Por que tem muitos [...] que são bem abusados (ML3)”.

Na situação verbalizada pelo ML3 o sofrimento pela falta de ética do cidadão solicitante e/ou desconhecimento da real função do SAMU 192 foi minimizado pela estratégia operatória avisar o médico plantonista da unidade de atendimento que o paciente pode esperar.

A participante ML3 foi infectada por um vírus ou bactéria e sofreu inflamação nos pulmões, a pneumonia. Não tendo plano de saúde para se tratar, os próprios médicos do SAMU 192 deram assistência:

“Eu peguei uma pneumonia [...] Mas graças a DEUS fiz o tratamento [...] os médicos daqui de dentro me ajudaram com o tratamento [...]” (ML3).

Nesse trecho é possível afirmar que a estratégia operatória ajuda ao colega de trabalho é uma forma de amenizar o sofrimento ocasionado pelas situações de trabalho. Na hora da doença os médicos ajudam como podem. Eles assumem uma responsabilidade que não está prescrita nas atribuições de médico socorrista e regulador. Então, impera o espírito de solidariedade.

Não tendo EPI reserva, como o macacão, os motolantes, caso se molhem por causa de atendimento na chuva, utilizam como estratégia operatória parar de trabalhar, código FA:

“Se eu me molhar em atendimento, eu baixo. Não tenho condições de trabalhar” (ML2).  
 “FA” (ML3).  
 “FA” (ML2).  
 “Baixa a moto” (ML1).

Cientes das possíveis consequências de trabalharem molhados, os motolantes em comum acordo decidiram que diante da referida situação é mais conveniente parar de fazer os atendimentos. Pelas falas concatenadas dos participantes, essa estratégia operatória funciona como regra.

Na falta de um desses recursos e dos demais, por motivos de atrasos de entrega dos fornecedores, deficiência de recursos financeiros ou outros, o trabalho pode até ser inviabilizado. Mas, para evitar que os estoques de materiais e equipamentos zerem, os trabalhadores juntam esforços e fazem permutas com unidades de saúde ou até mesmo com outros SAMUs:

“Tem equipamento que está acabando e [...] tem que fazer troca [...] para não deixar acabar” (M2).

Essa fala indica a existência de estratégia operatória utilizada pelos trabalhadores para evitar o possível sofrimento de terem que prosseguir na atividade e cumprir a tarefa sem a presença de todos os recursos necessários.

Diante das surpresas desagradáveis que aparecem no desenvolvimento das atividades laborais, os trabalhadores precisam buscar o controle da situação para conseguirem realizar o trabalho:

“A gente conversa em código (E3)”.  
 “Num olhar ou então dentro da viatura mesmo antes de chegar dependendo da

situação a gente já combina vamos chegar lá e vamos fazer assim e assim” (M3).  
 “Eu já coloquei um em óbito dentro da viatura. Porque a gente chegou o cara já estava em óbito [...] vocês demoraram e deve estar morto. Muita gente e escuro era as 3 hs da manhã. Aí [...] entubou eu fiz acessos e saímos correndo o cara parado e a gente massageando, aí nem colocou monitor para dedurar a gente (risos). Aí quando a viatura chegou: vamos falar? O policial chegou e aí? Ele já está em óbito. Ele: não fala porque eu não tenho polícia para dar apoio aqui. Eu: ahãm? Era uma única viatura e o local era muito perigoso. [...] vamos colocar dentro da viatura, fingimos que estava vivo e aí deslocamos eles vieram escoltando a gente até o [...] pra deixar o óbito lá porque não tinha outro jeito” (E1).

O uso de códigos e combinações é uma estratégia operatória utilizada pela equipe para resistirem ao sofrimento vivenciado pelo medo, pela angústia e ainda como forma de prevenir contra possíveis agressões verbais e/ou físicas. Diante das pessoas reclamando que demoraram, pela possibilidade do óbito da vítima e pelas condições da cena, a equipe demonstra fazer adequadamente o seu trabalho e saem do local.

Sair de fininho do local da cena é outra estratégia operatória identificada na escuta clínica:

“Saímos um por um [...]. O motorista foi na frente, ligou a ambulância e quando entrou o último da equipe fomos embora [...] (M4)”.

Em função do estado de tensão e nervosismo dos familiares, amigos e curiosos pelo óbito da vítima e da ausência da polícia no local, a equipe, após constatar a morte da vítima baleada, comunica o acontecido e rapidamente deixa o local impulsionados, pode-se dizer, pelos sentimentos de angústia e o medo.

Comumente, o atendimento se encerra quando a vítima socorrida é entregue em uma unidade de saúde habilitada. Caso ocorra óbito durante o atendimento, a equipe conduz o falecido até uma unidade de saúde, mas esse procedimento leva tempo.

“O baleado foi a óbito e a gente tentou ressuscitar, mas não deu certo. Aí a central ligou e falou: têm três crianças soterradas a outra USA foi pra ocorrência [...]. Pensei o cara já está morto [...] até eu ir à unidade de saúde levar ele vai demorar muito [...] a gente foi direto chegou lá fechou a ambulância [...] uma criança já tinha sido encontrada morta e duas [...] foram encontradas [...] soterradas e também mortas” (M2).

Na situação relatada pelo M2 identifica-se mais uma estratégia operatória, fuga ao prescrito, utilizada para conseguirem atender a demanda de trabalho, no menor tempo possível. O tempo para o baleado não ia fazer diferença, mas para as crianças soterradas sim. Então, para ganhar tempo a equipe seguiu de onde estava para o local da cena indicada pela central de regulação.

Os atendimentos, comumente, são feitos no local onde a vítima está. Mas, diante de uma situação insegura e sem a assistência da polícia, a equipe ignorou essa prática comum. Estrategicamente colocaram o indivíduo em atendimento dentro da viatura e se deslocaram até um local mais seguro para continuarem os procedimentos necessários:

“A gente chegou a polícia não estava lá, tivemos que fazer o atendimento e eu com medo e as pessoas super mau encaradas. Eu falei: vamos sair daqui e a gente conseguiu levar a viatura até afastar um pouco. Fizemos o atendimento no meio da avenida parada [...]” (E1).

A solução para amenizar o medo (sofrimento promovido pela situação de trabalho) e se livrar de uma dificuldade de trabalho penosa foi a decisão da equipe de mudar o local de atendimento.

Os condutores precisam driblar o trânsito e fazer o percurso o mais rápido possível. Para isso utilizam como estratégia operatória burlar a lei de trânsito. Mesmo tendo prioridade nas vias, tem certas situações que inviabilizam a passagem das ambulâncias e das motolâncias:

“Eu fui na mão certa, pulei o canteiro e subi na contramão” (CS1).  
 “Eu e a minha parceira [...] chegamos rapidinho” (ML1).

Esses relatos demonstram o quão são comprometidos com o tempo resposta. Conscientes de que o tempo faz a diferença, os condutores fazem manobras seguras, porém não comuns.

Chegar na base após uma ocorrência atendida e já imediatamente ter outra a ser feita exige que os profissionais aguardem, por vezes, pelos materiais. No caso, serão os mesmos que utilizaram, pois não têm reservas. Assim sendo, precisam esperar pela lavagem e esterilização dos mesmos:

“Material [...] reserva [...] caso a gente tiver num período muito tumultuado [...] não tem, você tem que esperar lavar e processar tudo para poder colocar na viatura [...]” (E1).

Esperar por material em condições de uso foi a estratégia operatória encontrada pelo grupo para que consigam proceder adequadamente o atendimento às ocorrências. Sabendo que o fator tempo é crucial para o indivíduo que está aguardando, a equipe vivencia uma espera angustiante.

Diversos recursos materiais são necessários para que o serviço de atendimento móvel

de urgência se efetive. Alguns deles são: sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; suportes de soro; cadeira de rodas dobrável; respirador mecânico de transporte; oxímetro não-invasivo portátil; monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica; bomba de infusão com bateria e equipo; maleta de vias aéreas e seus constituintes como: máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais, cateteres de aspiração e nasais; adaptadores para cânulas; seringas, lidocaína geleia e "*spray*", algodão, gases e vários outros recursos materiais (BRASIL, 2002).

Perante a pressão da comunidade no local da cena, os integrantes da equipe da USA recorrem à estratégia operatória encenação momentânea:

“O Médico chega a pegar o monitor e monitorizar [...] pra dizer que está fazendo alguma coisa porque viu que o cara está morto [...]. Ele fez o trabalho dele” (CS1).  
 “Ou até mesmo colocar o morto na viatura e sair”. “Tirar do local” (ML3).

Mesmo com evidências de morte, eles mantêm a calma e fazem os procedimentos, até mesmo os desnecessários, para não serem agredidos ao anunciarem o óbito. Impossibilitados de controlar a tensão da população, a equipe se coloca como agentes ativos frente ao desafio de saírem ilesos do atendimento. A estratégia operatória do coletivo para continuarem trabalhando foi impulsionada pelo medo ligado à atividade profissional que gera sofrimento psíquico aos trabalhadores.

Outra estratégia operatória identificada nas situações de trabalho foi a arrecadação de dinheiro entre os componentes da equipe para ajudar vítimas atendidas em situação financeira precária e também para comprar seus próprios alimentos, que vez ou outra faltam no estoque da unidade onde trabalham.

“Acontece de ter trabalho de parto e a mãe não ter uma fralda. A gente reúne [...] e faz um kit para o bebê” (ML3).  
 “Já dei dinheiro para a pessoa voltar de táxi [...] A gente faz vaquinha para dá dinheiro para pessoa” (CS1).  
 “Cafê da manhã, almoço [...] é a prefeitura que custeia. Às vezes falta. Então a gente faz um rateio entre os profissionais que estão aqui e compra o que está faltando. Uma, duas vezes por mês acontece” (ML2).

Reunir recursos financeiros foi uma maneira de ajudar quem precisa e garantir as refeições básicas da equipe de plantão. A realidade do trabalho, comum a todos, faz com que exista um consenso do coletivo para dar conta das situações de trabalho não previstas nos manuais e protocolos do SAMU 192.

#### 4.1.2.6 Adoecimentos relacionados ao trabalho

Os indícios de adoecimentos identificados nas falas dos participantes relacionam-se com as condições climáticas, o ambiente onde atendem as vítimas e fazem a regulação, a carga horária de trabalho, dentre outros.

A falta do prazer no trabalho pelo desgaste mental faz com que o M2 perca o equilíbrio emocional:

“Tem hora você desgasta a cabeça [...] fica estressado e as vezes tem telefonema que você vai atender e [...] não gosta do jeito que o solicitante fala que te agride verbalmente [...] você está tão cansado que as vezes [...] perde a paciência” (M2).

Pela fala do M2 nota-se que o estresse e o cansaço provocam uma instabilidade psíquica frente ao confronto com o trabalho. Ao que parece as estratégias individuais e coletivas de defesas se exauriram diante de um ritmo de trabalho intenso, que segue por até 24 horas seguidas no SAMU 192 e depois se prolonga em outros empregos, incompatível com o bem-estar desse profissional.

As ocorrências atendidas pelo SAMU 192 são feitas em ruas, residências, praças e outros lugares. Ou seja, o ambiente de trabalho é variado e imprevisível. Assim sendo, os profissionais socorristas precisam conviver com situações de trabalho desagradáveis, incluindo atendimentos debaixo de chuva, meio ao barro e areia, dentre outros. Tais situações fazem com que o trabalho se torne desgastante aumentando assim o cansaço, a fadiga que são frutos da busca por resultados positivos durante a ocorrência.

“É o habitual nosso. [...] chegar “com os nervos à flor da pele”, taquicardio, suando [...]” (M1).

Nessa fala do M1 é possível compreender que a ansiedade e a aceleração são resultantes do sofrimento emergido também pelas condições onde o trabalho é executado.

A prática de roubos, tráfico, assassinatos, sequestros, estupros são temas associados à violência social que constituem quase que rotineiramente reportagens veiculadas pela mídia jornalística brasileira. De certa forma, é inegável que as pessoas ao serem vítimas dessas práticas e/ou assistirem cenas consideradas chocantes e desumanas sintam raiva, nojo, medo, insegurança e angústia a ponto de desejarem a morte dos indivíduos que cometem os delitos. A M6, ao ser chamada para atender ocorrências de baleados, cujo indivíduo é bandido e/ou traficante era tomada pelo sentimento da indignação:

“Por mim tinham que morrer todos logo” (M6).

Ocupar uma viatura com equipe multiprofissional para atender um criminoso e/ou traficante era motivo de revolta para a M6. Salvar uma vida que pode destruir outras é considerado por ela como o ápice do sofrimento. Tanto é que a M6 ficou por certo tempo sem fazer atendimentos, o que configura um estresse pós-traumático. Mas diante do compromisso com o trabalho de atender todas as vítimas, o que resta é cumprir o que lhe é atribuído, manter a vida do indivíduo independente de quem ele seja.

O SAMU 192 faz atendimentos a pessoas acidentadas, vítimas de incêndio, crianças violentadas fisicamente e/ou sexualmente, atropeladas, feridos por armas de fogo e/ou arma branca e várias outros. Isso significa que a rotina das equipes socorristas é permeada de vivências de sofrimento físico e/ou mental. Para a E2, o sofrimento alheio, o óbito não influencia suas emoções.

“Teve uma ocorrência no [...] durante o dia, todo mundo chorou [...] eu acho que se eu tivesse no plantão [...]. Eu tinha feito tudo [...] profissionalmente, mas ter chorado pela gestante porque faleceu não. Eu já passei por tanta coisa tão diferente [...] que nada me abala. Eu ainda não cheguei a me emocionar de chorar em ocorrência até hoje [...]” (E2).

“Eu também não chorei não” (M6).

Na fala da E2 existe indicativo de estado de embotamento afetivo. A E2 tem dificuldades em expressar emoções e sentimentos. Isso é mecanismo de defesa, operação mental inconsciente destinada a impedir que determinados conteúdos mentais tenham acesso à consciência.

O trabalho é importante, mas em excesso promove o adoecimento do trabalhador (a):

“Eu já estressei muito aqui e diminuí a carga. Antes eu tomava algumas medicações [...] revoltei e parei de tomar todos. [...] tive que abandonar plantão. Hoje por exemplo, foi uma escolha que eu fiz trabalhar só no SAMU. Eu saí dos dois outros lugares que eu trabalhava e não trabalho mais no final de semana [...] rara as vezes [...] sábado a noite eu estou [...] hoje eu não trabalho nos finais de semana. Saio e tenho minha vida social [...] estou viajando [...]. Mas eu já adoeci” (M6).

A verbalização da M6 revela que o adoecimento pelo trabalho ocorreu em decorrência do desgaste físico e emocional, levando-a ao tratamento médico e à diminuição da carga de trabalho, pois a mesma possuía três empregos. Provavelmente, o trabalho ocupava intensamente a rotina laboral da participante, privando-a de momentos sociais e familiares, do gozo de férias, do cuidado com a saúde preventiva.

## 4.2 Discussão dos resultados

### 4.2.1 Categoria I - Organização do trabalho

As análises clínicas evidenciaram que organização do trabalho no SAMU 192 tem fatores específicos que ocasionam conflitos psíquicos aos trabalhadores. Um desses fatores é o modelo de contrato de trabalho que não atende as necessidades dos mesmos, sobretudo quando não concede direitos sociais e sindicais aos mesmos.

A flexibilização da legislação trabalhista no Brasil foi estimulada pela globalização que, segundo Lima (2004), colaborou para o aumento da precarização, da exploração do trabalho e do trabalhador. Para a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2007), os contratos de trabalho precários podem afetar a saúde dos trabalhadores, bem como sua segurança.

A pesquisa de Guimarães, Silva e Santos (2015) com condutores socorristas de veículos do SAMU 192 do Município de Fortaleza-CE identificou que os mesmos recebem por mês um pouco acima de um salário-mínimo: em torno de mil reais. Todos os condutores relataram a necessidade de serviços extras para complementação de renda. Os serviços assumidos em outras organizações geralmente são na área de saúde, o que pode agravar mais ainda as condições de trabalho, já que utilizam as horas de descanso em plantões e, muitas vezes, realizando as mesmas tarefas de motoristas-socorristas. A metade dos profissionais ouvidos são concursados. Mas a outra metade é terceirizada, prática de contratação crescente entre a categoria e que é causa de insatisfações e desentendimentos entre pares. O estudo de Marques (2013), também com trabalhadores do SAMU 192 de Fortaleza-CE, revelou que 76% dos entrevistados possuem mais de uma atividade profissional além daquela assumida no referido SAMU 192. O fato de buscarem outras atividades remuneratórias indica que isso é estratégia de sobrevivência.

A precariedade dos vínculos empregatícios dos profissionais de saúde do Estado do Rio de Janeiro é uma questão importante e quase dramática até o momento. As condições de trabalho desvalorizam a atividade regulatória e assistencial (“SAMU é um grande bico”). Os gestores estão com dificuldades de manter médicos nas ambulâncias em decorrência do salário e da exposição à violência (O'DWYER, MATTOS, 2012). A dominância de vínculos frágeis entre os profissionais de nível superior e o SAMU 192 pode ensejar insatisfações, desinteresse ou mesmo desresponsabilização em relação ao produto final da prática cotidiana de salvar vidas (SILVA *et al.*, 2009).



Se por um lado a organização economiza recursos financeiros com contratos flexíveis de trabalho, por outro pode-se deparar com trabalhadores sobrecarregados (acúmulo de funções, pressão do tempo) por atuarem em outros empregos. Essa lógica instrumental só colabora para a possibilidade de adoecimento, acidentes e mortes relacionadas ao trabalho.

No Brasil foi aprovada uma reforma trabalhista (Lei nº 13.467 de 13/07/2017) que altera vários pontos da Consolidação das Leis do Trabalho. As férias, que eram de 30 dias corridos, podem ser parceladas, foi consentida a flexibilização da jornada de trabalho, mudou-se o sistema de remuneração, descanso e outras alterações (BRASIL, 2017e). As implicações negativas para a força de trabalho brasileira poderão ser nefastas à sua condição de vida e saúde.

A falta de esclarecimento e cooperação da população é outro fator que gera conflitos intrapsíquicos, identificado nas falas dos trabalhadores. Ressalta-se que outras pesquisas também identificaram esse fator, confirmando que o mesmo se faz presente em outros serviços pré-hospitalares móveis.

Uma das principais atribuições dos condutores de ambulância ou motolância é dirigir de forma rápida até ao local da ocorrência, sendo os principais responsáveis pelo “tempo-ouro” de atendimento. Para isso, recorrem por diversas vezes a práticas como buscar espaço nas vias de trânsito, recorrer à alta velocidade e realizar ultrapassagens perigosas. Além das possibilidades de contaminação pelo toque com as vítimas dos acidentes com perfuro cortantes, dentre outras que são próprias da função, os condutores se deparam com um trânsito caótico e o desrespeito às leis de trânsito por parte da população, segundo Guimarães, Silva e Santos (2015).

Um estudo realizado por Pinto, Zambroni-de-Souza (2015) com motoristas de Unidade de Terapia Intensiva Móvel revelou que a falta de cooperação no trânsito, por parte de outros motoristas, além das variabilidades habituais (engarrafamentos, horários de pico, chuva, entre outros), dificulta a ação rápida desses profissionais no trajeto para as ocorrências.

Somados à questão do deslocamento no trânsito, as equipes são alvos de indivíduos que praticam trotes<sup>19</sup> usando a linha telefônica 192. Para Pitteri e Monteiro (2010), as falsas chamadas atrapalham a gestão e o funcionamento do serviço. Esse tipo de atendimento inviabiliza a disponibilidade do serviço a quem realmente necessita. Para Almondes, Sales e

---

<sup>19</sup> Somente em Brasília, no Distrito Federal, o serviço recebe 100 mil ligações por mês, nas quais, aproximadamente, 25 mil são trotes feitos por crianças. De acordo com técnicos do Ministério, as falsas chamadas ocupam as linhas telefônicas sem necessidade, causando atrasos no serviço e fazendo com que um atendimento prioritário deixe de ser feito com a devida rapidez, podendo levar à morte do paciente (BRASIL, 2012d)

Meira (2016), certas particularidades (incluindo o fator em análise) do trabalho dos profissionais do SAMU 192 acentuam ainda mais os níveis de estresse e ansiedade, deixando-os, assim, mais suscetíveis a fatores de vulnerabilidade física e psicológica, a acidentes de trabalho e ao adoecimento.

A fim de diminuir as possibilidades de prejuízos à saúde da vítima a ser atendida, ou melhor, as complicações, sequelas e aumentar a sobrevivência da mesma, a equipe tenta chegar ao local da cena em um menor tempo possível. Para tanto, os condutores usam suas habilidades para ganhar tempo no deslocamento. Ciconet (2015), ao avaliar fatores que influenciam o tempo resposta, identificou possíveis atitudes que podem influenciá-lo. São elas: a destreza no acolhimento, a escuta cuidadosa, o saber fazer com qualidade, o partir acreditando na necessidade da rapidez e primando por ela.

Em função do perfil epidemiológico das ocorrências, as emergências pré-hospitalares demandam por um tempo resposta menor, pois as situações tempos-dependentes costumam ser as mais críticas e as responsáveis pelo maior número de sequelas e comprometimentos no estado da vítima. Em diversas partes do mundo estudos têm revelado uma redução da morbimortalidade, tanto em eventos decorrentes de trauma quanto de causas clínicas, em decorrência do atendimento pré-hospitalar com menor tempo-resposta. Assim sendo, menores são as sequelas, as complicações, o tempo de internação e o custo total do tratamento das vítimas. Além disso, costumam ser menores o tempo de reabilitação e o custo dessa etapa (BRASIL, 2009C).

O trabalho em turnos alternados (diurno e noturno) é um fator da organização do trabalho necessário para a oferta do serviço por 24 horas. Porém, ocasiona uma desorganização do ritmo normal do sono noturno dos trabalhadores. Para Izu (2011), o trabalho noturno traz prejuízos à saúde do trabalhador, tanto no aspecto físico, quanto psíquico, emocional e social, visto que o homem tem sua vida social e ritmo orgânico ligado ao dia, ou seja, acordar pela manhã, com a luz do sol, e dormir à noite, quando o sol se põe.

Os efeitos do trabalho noturno sobre a saúde do trabalhador, advindos da desregulação do ritmo circadiano, envolvem sintomas que podem ser físicos e emocionais, havendo distúrbios do aparelho digestivo, cardiovascular, endócrino, entre outros como a melatonina, que possui atividade oncostática e antioxidante. Os ritmos circadianos estão presentes em diversas funções corpóreas, por exemplo: temperatura corporal, corticosteroides e eletrólitos do soro e urinários, funções cardiovasculares, secreção de enzimas gástricas, número de leucócitos do sangue, força muscular, estado de alerta, humor, memória imediata e a longo prazo (IZU, 2011). Laborar à noite e dormir durante o dia leva o trabalhador a se isolar de

seus parentes e amigos (OIT, 1986; SPECTOR, 2012) e gera uma insatisfação social (SILVA, *et. al*, 2010).

O trabalho em turnos e o trabalho noturno impactam negativamente na saúde física e mental dos trabalhadores e interferem também nas relações sócio familiares, pois o lazer, a convivência social e familiar ficam prejudicados e restritos. Além disso, geram dificuldades conjugais e interferem nas relações íntimas. No aspecto físico ocorrem, por exemplo, privações do sono, insônia ou sonolência, irritabilidade, fadiga crônica. No campo mental provocam transtornos afetivos e psicossomáticos, estado depressivos sazonais, humor, cognição, desgaste emocional, conforme Fischer (2003), Narciso e Pinto (2013).

Destacou-se também nas falas dos participantes a questão da ausência de local próprio para lavar ambulância. Ambientes adjacentes à Central Médica de Regulação, como lava jato, são recomendados, mas a estrutura física atual do SAMU 192 em estudo não possui. Após o transporte, principalmente de pacientes com doenças infectocontagiosas, é indispensável o cumprimento de requisitos mínimos de prevenção de contaminação (limpeza e desinfecção das ambulâncias). O estudo de Silva *et al* (2009) no SAMU 192 de Fortaleza-CE constatou problemas estruturais em sua central de regulação, porém não afirmou claramente quais são eles.

A força de trabalho insuficiente também emergiu como um fator que causa descontentamento aos trabalhadores e pode prejudicar a qualidade do trabalho. Para Almondes, Sales e Meira (2016), as equipes do SAMU 192 encaram a pressão vivenciada pela necessidade, muitas vezes, de um atendimento rápido e eficaz para um melhor prognóstico do paciente. Nesse sentido, contar com equipes de trabalho treinadas, habilitadas e comprometidas com o trabalho é importante no processo e no tempo do atendimento.

Para os participantes da pesquisa, o número de médicos, telefonistas e integrantes das equipes de USA não é compatível com a demanda do SAMU 192. O número de trabalhadores atuantes atende ao prescrito pelo Ministério da Saúde e, no entanto, a realidade dos atendimentos revela ser necessário mais profissionais, principalmente nos atendimentos telefônicos e nas intervenções. Ademais, o suporte da força policial quase sempre não é obtido nos atendimentos, as instalações da central de regulação são desprotegidas e os trabalhadores são desassistidos por apoio psicológico.

A falta da polícia nos locais onde a mesma se faz necessária foi fortemente evidenciada em diversos momentos da escuta clínica. A presença dos militares pode evitar danos provenientes de possíveis agressões verbais e físicas. Para Marques (2013), um problema muito sério refere-se à integridade dos trabalhadores do SAMU 192. Situações de

violência tanto por parte da população quanto por parte dos marginais, que normalmente se utilizam de artifícios para assaltarem os integrantes das equipes, têm crescido nos últimos anos.

O estudo realizado por Guimarães, Silva e Santos (2015) com condutores socorristas do SAMU 192 de Fortaleza-CE revelou que os mesmos já foram vítimas de chutes na boca, agressões verbais, pedradas, hostilidade da população, tiros e até casos em que homicidas terminam de matar as vítimas atendidas no interior das ambulâncias, ameaçando as equipes de morte.

É notório que os episódios envolvendo violência psicológica e física se repetem em outros SAMUs. As situações de trabalho vivenciadas pelas equipes são penosas e complexas, cujas consequências prováveis são ansiedade, angústia, baixa autoestima, irritabilidade, depressão, sentimento de incapacidade, lesões físicas.

Importante seria o apoio psicológico. A atuação de um psicólogo (a), com intervenções terapêuticas em indivíduos envolvidos com fatores estressantes e traumáticos, ajuda na reabilitação do indivíduo, procurando exercer influência no funcionamento psicológico, promovendo as condições necessárias para que este funcionamento seja mais adaptativo, de acordo com a situação (ALMONDES; SALES; MEIRA, 2016).

A falta de estrutura para recebimento de vítimas socorridas é um fator da organização do trabalho que dificulta o desenvolvimento das atividades laborais no SAMU 192. Destaca-se que as equipes trabalham para prestar atendimento no menor tempo possível. No entanto, a agilidade por muitas vezes é perdida na finalização do serviço, pois os profissionais ficam muito tempo aguardando para entregarem a vítima na unidade de saúde (local onde se dará sequência ao atendimento do socorrido) e deixam de atender outras ocorrências. As implicações disso é o sentimento de impotência, frustração e conflitos nas relações sociais.

O SAMU 192 tem sido reconhecido pela agilidade e qualidade do serviço prestado, porém enfrenta resistência dos profissionais responsáveis pelo recebimento de pacientes atendidos pelo SAMU, não por desconsiderar a regulação do SAMU, mas pelos problemas estruturais que a rede de serviços apresenta (ORTIGA, 2014).

Almeida *et al.* (2016), ao analisar 2635 atendimentos realizados pelo SAMU 192 do Município de Botucatu/SP (entre 01 de agosto de 2011 e o dia 31 de janeiro de 2012), evidenciou que, embora existam várias possibilidades de desfecho dos atendimentos, a maioria das vítimas que acionou o SAMU 192 foi encaminhada para o atendimento hospitalar. Os casos clínicos foram os que apresentaram (quando comparados as ocorrências traumáticas, gineco-obstétricas, psiquiátricas) maior índice de pacientes liberados no local do

atendimento após avaliação da equipe.

A quantidade de veículos insuficientes para o atendimento é mais um fator da organização do trabalho que ocasiona constrangimentos aos trabalhadores. O atendimento pré-hospitalar móvel inclui a utilização de diversos meios e métodos disponíveis para conceder respostas adequadas às solicitações, as quais poderão variar de um simples conselho ou orientação médica ao envio de uma USB ou USA ao local da ocorrência. O número de viaturas disponíveis no SAMU 192 que é campo deste estudo atende ao prescrito pelo Ministério da Saúde. Entretanto, a realidade da demanda sugere mais veículos e equipes. Esse problema estrutural é um dos responsáveis pela exposição dos trabalhadores ao risco da violência e pelas mortes, sequelas das vítimas que não conseguem atendimento por causa da indisponibilidade de viaturas e equipes.

O estudo de O'Dwyer e Mattos (2013) revela que esse problema é recorrente também no Rio de Janeiro. Por várias vezes esses autores presenciaram, no trabalho de campo, orientações da central de regulação para desvio de rota das ambulâncias como estratégia de privilegiar o caso mais grave. Em Fortaleza, a pesquisa de Guimarães, Silva e Santos (2015) evidenciou que a disponibilidade limitada de ambulâncias e profissionais está aquém das necessidades.

Todavia, os achados de Aratani (2016) revelam que o desequilíbrio de oferta (viaturas e equipe) versus demanda não ocorre em Campo Grande, pois os veículos têm capacidade para atender toda a demanda populacional e em quantidade superior à necessidade estimada.

Quanto às condições de trabalho, os trabalhadores mencionaram diversas situações que dificultam a execução das tarefas laborais e que podem afetar a saúde dos mesmos.

A presença de ruídos desconfortáveis na sala de regulação do SAMU 192 (local onde trabalham juntos os TARMS, médicos reguladores e os rádios operadores) foi igualmente detectada nos estudos de Paiva e Avelar (2011) e Soares (2006) sobre as atividades profissionais dos trabalhadores do SAMU 192 que integram a equipe de regulação. Mas os socorristas das USBs e USAs, de acordo com a pesquisa de Zapparoli e Marziale (2006), também convivem com nível elevado de ruído. Para Brasil (1978), os tempos de exposição aos níveis de ruído não devem exceder os limites de tolerância. Por exemplo, para o nível de ruído dB (A) 85, a máxima exposição diária permissível é de 8 horas.

A recomendação do Ministério da Saúde é que as salas de regulação médica possuam isolamento acústico, iluminação e temperatura adequadas e uma dimensão que leve em conta o tamanho da equipe e o número de postos de trabalho, considerando que cada posto de trabalho utiliza 2 m<sup>2</sup> de área, projetando-se, também, os espaços dos corredores de circulação

e recuos, além das portas e janelas (BRASIL, 2004b).

Os estudos de Silva *et al.* (2014a), a partir de uma revisão bibliográfica analítica, apontam que os ruídos estão relacionados a doenças psicológicas, como estresse, irritabilidade e alterações no processo de comunicação e humor, sendo que o trabalhador pode desenvolver danos ao sistema neurológico, circulatório, digestório, endócrino, imunológico, vestibular, muscular, nas funções sexuais e reprodutivas e no sono.

A ausência de lavanderia própria para limpeza e esterilização adequada dos uniformes pode favorecer contaminação bacteriana. Nematian *et al.* (2012) explicam que as condições de lavagem de roupas do trabalho em casa diferem muito daquelas realizadas por lavanderias especializadas. Normalmente, em casa usa-se uma temperatura mais baixa e os alvejantes muitas vezes não são adicionados devido ao colorido das roupas, etc. Há estudos documentados sobre a contaminação de roupas hospitalares por patógenos relevantes como o *Staphylococcus aureus meticolina* resistente [MRSA], o *Enterococcus sp vancomicina* resistente [VRE] e o *Clostridium difficile*.

Segundo Alencar *et al.* (2016), a exposição aos materiais biológicos é uma constante no cotidiano dos profissionais atuantes no atendimento pré hospitalar, pois os mesmos convivem com situações propícias ao contato com material biológico, como: imobilização de vítimas, retirada de ferragens, punção venosa, glicemia, administração de medicações e reencape de agulhas, dentre outras atividades que certamente aumentam a vulnerabilidade dos profissionais em relação aos riscos biológicos.

A exposição ao risco biológico é inerente ao trabalho do socorrista, mas a ocorrência dos eventos depende essencialmente das condições de trabalho e do auto cuidado. Assim sendo, o empregador deve fornecer os EPIs adequados aos profissionais, promover a conscientização sobre prevenção de riscos e o trabalhador precisa investir nas ações auto protetivas. Os eventos dos riscos biológicos podem acarretar em prejuízos à saúde dos socorristas e em danos financeiros com tratamentos, interferindo na qualidade do atendimento prestado aos usuários, pois o estado de saúde do trabalhador repercute diretamente no desenvolvimento das suas atividades laborais.

Alojamento para repousos mistos e número de banheiros insuficientes. De acordo com Brasil (2004b) a estrutura física das centrais de regulação médica de urgências deve conter, dentre outros, dimensionamentos técnicos, alojamento para repouso das equipes e banheiros com chuveiros. Esses estabelecimentos assistenciais de saúde não têm atendido às necessidades e desejos dos trabalhadores pesquisados. Essa insatisfação inclusive foi mencionada no estudo realizado por Paiva e Avelar (2011) com os profissionais do SAMU

192. Os mesmos consideram os locais para descanso, guarda de pertences, troca de roupa e os banheiros inadequados. Os participantes da pesquisa de Luchtemberg e Pires (2017) também citaram que as instalações do SAMU 192 a qual estão vinculados são inadequadas.

Os achados de Dal Pai *et al.* (2015), envolvendo as condições de trabalho de profissionais da emergência médica pré-hospitalar e hospitalar dos países Reino Unido, Japão, Suécia, Estados Unidos, Noruega e Brasil, indicam que esse aspecto é reconhecido como requeredor de investimentos.

Condições de trabalho adequadas podem proporcionar conforto, segurança, saúde e satisfação ao trabalhador, favorecendo o envolvimento do mesmo com o trabalho e a produtividade. A disposição de móveis, pintura dos espaços, decoração, arranjo físico das instalações são medidas simples que podem tornar o ambiente de trabalho agradável e harmonioso.

Recursos materiais insuficientes ou inadequados é uma realidade recorrente em outros SAMUs. Em Fortaleza, Estado do Ceará, foi realizada uma pesquisa por Guimarães, Silva, Santos (2015) com condutores-socorristas, a qual revelou a existência de veículos mal conservados, sem buzina, sirene e até sem freio de mão. Esses dados assemelham-se ao estudo realizado com 63 enfermeiros em um SAMU 192 de um estado da região sul do Brasil. Houve relatos indicando condições precárias das viaturas em circulação. Na visão de Dessler (2014), a segurança não é apenas um caso de obediência às leis ou generosidade. A mesma precisa ser gerenciada de modo a zelar continuamente pela integridade física dos trabalhadores.

A ausência de equipamento de proteção individual reserva pode comprometer a saúde e a segurança do trabalhador em seu ambiente de trabalho. Segundo Brasil (2017g), o Equipamento de Proteção Individual deve ser fornecido ao trabalhador pelo empregador, que tem a responsabilidade de orientar e treinar o trabalhador sobre o uso adequado, guarda e conservação do mesmo, devendo ser substituído imediatamente quando danificado ou extraviado. O empregador deve ainda responsabilizar-se pela higienização e manutenção periódica do equipamento e comunicar ao Ministério do Trabalho e Emprego qualquer irregularidade observada. Quanto ao empregado, o mesmo deve usar o EPI utilizando-o apenas para a finalidade a que se destina, se responsabilizar pela sua guarda e conservação, comunicar ao empregador qualquer alteração que o torne impróprio para uso e cumprir as determinações do empregador sobre o uso adequado.

Marques (2013, p. 124), ao estudar profissionais do SAMU 192 de Fortaleza/CE, identificou que os “uniformes fazem parte de um item de insatisfação dos trabalhadores com a atividade pela inviabilidade de, com apenas uma peça, conseguirem atender aos plantões e

horas extras”.

Para um maior controle da transmissão de microrganismos no atendimento pré-hospitalar é necessário que haja vigilância epidemiológica, treinamento e educação dos profissionais, reconhecimento da importância de todos os fluídos corporais, secreções e excreções e adoção de precauções-padrão para todos os pacientes, independentemente de estarem ou não infectados. Considera-se precauções-padrão a higienização das mãos e o uso de EPI, como máscaras, luvas, avental, óculos protetores e escudo facial (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017).

Considera-se EPI “todo dispositivo ou produto de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho” (BRASIL, 2017g, p. 1).

Destacou-se também na escuta clínica experiências desagradáveis decorrentes do condicionamento físico incompatível, do socorrista, com a necessidade de movimentos repetitivos intensos para compressão torácica. As doenças típicas decorrentes de atividades no trabalho que exigem esforço excessivo, má postura é a LER/DORT. Segundo Rosa *et al.* (2008), essa enfermidade é conhecida como a doença da modernidade e tem causado inúmeros afastamentos do trabalho, cuja quase totalidade evolui para incapacidade parcial e, em muitos casos, para a incapacidade permanente com aposentadoria por invalidez.

O estudo de Guimarães, Silva e Santos (2015) revelou existir profissionais condutores socorristas que sofrem de dor na coluna, lombar, nos tendões e nas articulações em virtude do esforço repetitivo. Sobretudo, a maior causa dessas dores é em decorrência do peso das macas, consideradas pelos participantes inadequadas.

A partir de uma pesquisa sobre a incidência de LER/DORT em trabalhadores de enfermagem, Rosa *et al.* (2008) sugerem uma maior atenção direcionada às posturas adotadas pelos trabalhadores na execução das atividades laborais, elaborando-se programas de treinamento e esclarecimentos, além de mobiliários adequados à execução das tarefas, bem como se faz necessário disponibilizar instrumentos e equipamentos ergonomicamente idealizados, visando a redução da incidência das doenças relacionadas ao trabalho.

Para além dessas conformidades ergonômicas, mencionadas pela autora supracitada, a resistência física no desempenho de atividades laborais de socorrista no SAMU 192 é importante, pois o trabalhador carrega pesos, faz massagem cardíacas por longo tempo, movimentando a vítima, dentre outras. Para se alcançar um preparo físico adequado o trabalhador precisa de tempo, dinheiro e persistência na prática de exercícios físicos. Os efeitos proporcionados por treinos corporais podem favorecer a saúde do trabalhador e prevenir a



ocorrência de doenças relacionadas ao trabalho.

A falta de recursos tecnológicos (GPS, rádio) pode aumentar o tempo resposta, impactar na qualidade do atendimento, gerar frustração à população no aguardo pela equipe e sofrimento aos trabalhadores que sabem o valor do tempo para o ser humano em estado de urgência. O uso do GPS, sobretudo em cidades pequenas, pode até não fazer muita diferença, mas em cidades grandes o mesmo é indispensável para facilitar a localização, no menor tempo possível, do endereço onde está a vítima. A indisponibilidade desses recursos pode gerar situações de agressões verbais e físicas por parte dos solicitantes e usuários em decorrência da demora da equipe em chegar ao local da cena. Segundo Luchtemberg e Pires (2017), as condições de trabalho as quais se submetem os trabalhadores do SAMU 192 influenciam nos resultados esperados, podendo os mesmos serem motivo de satisfação ou insatisfação.

O desenvolvimento do trabalho no SAMU 192 é subsidiado por processo comunicativo. Este deve ser usado como ferramenta contínua, propiciadora de segurança e clareza aos profissionais pelo fato de lidarem diariamente com situações estressantes que requerem atenção redobrada e perfeito entendimento das informações transmitidas (SANTOS *et al.*, 2012).

A comunicação realizada via rádio é um dos elos que sustenta a estrutura do SAMU 192, já que as relações se efetivam, em grande parte, através dessa configuração de comunicação, constituindo as realidades da equipe, dando significação às suas práticas e constituindo suas verdades. A constante exposição dos diálogos da equipe pelo rádio acaba por induzir, nos trabalhadores, a consciência de um estado de constante vigilância (VELLOSO, *et al.* 2014).

A comunicação entre socorristas (condutores, técnicos em enfermagem e as enfermeiras) e os profissionais da central de regulação médica precisa ser clara, sem interferências, para viabilizar condutas ágeis, adequadas e pertinentes a cada caso. Segundo Brasil (2009c, p. 15), “medicamentos e soluções poderão ser utilizados, desde que sempre sob orientação do Médico Regulador da Central de Regulação das Urgências – SAMU 192 e de acordo com protocolos padronizados pelo serviço”.

A falta ou insuficiência de recursos financeiros foi recorrente em todas as falas dos participantes da pesquisa. Os indicadores estão associados à carência de recursos na regulação e no ato do trabalho. Outros SAMUs no Brasil compartilham de dificuldades similares, pois os recursos essenciais não têm sido suficientes para ofertar o serviço compatível com a demanda.

O estudo de O’Dwyer e Mattos (2013), realizado no Rio de Janeiro, apontou

problemas de interrupção da ligação porque os sistemas telefônicos e de computação disponíveis para as centrais de regulação são insuficientes para o volume de atendimentos, falta de respirador em Unidade de Suporte Avançado, indisponibilidade de viaturas para o número de solicitações. Os autores evidenciaram frustração dos demandantes com os atrasos e indisponibilidade de recursos. Os achados de Fernandes (2017) revelam que o volume de demanda recebido pelo SAMU de São Paulo é superior à sua capacidade de estrutura.

A gestão do Trabalho no SAMU não adota políticas que possam equilibrar as relações de trabalho e garantir a produtividade de todos. Principalmente quando não estimula o comprometimento e o engajamento dos trabalhadores com o trabalho; permite a inserção de trabalhadores sem preparo psicológico para atuarem em funções que exigem esse requisito; não envolve os trabalhadores na tomada de decisão e nas mudanças organizacionais; não constitui um espaço de discussão coletivo; não estimula a cooperação, respeito, solidariedade entre os trabalhadores.

A falta de controle e organização do trabalho pelo trabalhador pode influenciar negativamente nas relações sócio profissionais, no humor dos colegas, na qualidade e produtividade do trabalho. O estudo de Luchtemberg e Pires (2017) cita alguns elementos que dificultam a realização do trabalho dos socorristas e dentre eles destaca a falta de comprometimento de alguns profissionais.

A pesquisa de Velloso *et al.* (2014) revelou que a vigilância permanente se faz presente na estrutura do SAMU, à medida que qualquer profissional, independentemente de sua posição formal, está em condição de supervisionar o trabalho dos colegas. Isso se deve ao fato de que são os próprios pares que têm acesso ao trabalho uns dos outros, com maior frequência do que um supervisor formalmente estabelecido na estrutura.

O preparo psicológico de colegas da equipe é importante para que consigam fazer os atendimentos de forma eficaz. Segundo Rocha (2013), entre os desafios de atuar como socorristas no SAMU 192 encontram-se: a necessidade de saber lidar com a dor, o sofrimento e a morte com prontidão; o raciocínio rápido e a tomada de decisão assertiva, sobretudo diante de imagens desagradáveis nas cenas de atendimento e, ainda, de encontrar estratégias para desenvolverem suas atividades laborais em cenários de violência urbana, nos quais correm risco de vida.

Comumente, os departamentos responsáveis pelo recrutamento e seleção de trabalhadores utilizam algumas ferramentas para melhor conhecer o candidato e propiciar assim mais assertividade nas escolhas. Segundo Dessler (2014), alguns tipos básicos de testes podem ser utilizados, com destaque para os de habilidades cognitivas, motoras e físicas e a

avaliação da personalidade.

Para Moreno-Jiménez (2011), os trabalhadores do setor de serviços necessitam fazer uma autorregulação de suas emoções, inibindo as negativas durante a execução das atividades. Considerando isso e outras características imprescindíveis para ocupações de funções no SAMU 192, o Ministério da Saúde estabeleceu algumas condições gerais para contratação. Segundo Brasil (2002), para ocupar a função de condutor de veículos de urgência terrestres, o candidato deve apresentar, além de outros, os seguintes requisitos: disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole e dentre as várias competências/atribuições, destinadas a este profissional estão: auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida; ajudar a equipe nas imobilizações e transporte de vítimas; realizar medidas de reanimação cardiorrespiratória básica; identificar todos os tipos de materiais existentes nos veículos de socorro e sua utilidade.

A participação dos trabalhadores na tomada de decisões relacionadas ao SAMU 192 não é uma prática. Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2012), os trabalhadores devem influenciar ativamente as decisões de gestão, pois a participação dos mesmos ajuda a desenvolver meios eficazes para os protegerem. Na fase de planejamento ajuda-os a identificar as razões da adoção de determinada medida, facilita a busca de soluções práticas e a disponibilidade para respeitar o resultado final. Se os trabalhadores tiverem a oportunidade de participar na criação de sistemas de trabalho seguros, igualmente poderão aconselhar, sugerir e solicitar melhorias, contribuindo, assim, para o desenvolvimento de medidas de prevenção de acidentes de trabalho e doenças profissionais em tempo oportuno, eficazes e com um custo razoável.

A falta de participação nos processos de mudanças na organização dificulta o envolvimento e o compromisso dos trabalhadores. Além disso, a gestão perde a oportunidade de receber contribuições dos mesmos, que vivenciam a realidade de trabalho. Mudar processos e estruturas de trabalho para aprimorar a oferta de serviços podem ser experiências dolorosas. Explica Araújo (2009) que o impacto de uma mudança organizacional deve ser congruente com os valores sociais mais simples. Adverte ainda que sem a sensibilização das pessoas, objeto do processo de mudança, pouco ou muito pouco se conseguirá que justifique o esforço despendido.

A não inserção dos trabalhadores nas discussões, análises, planejamento e implementação de inovações e mudanças parece ter relação com a cultura da organização pública no Brasil. Alguns traços específicos, segundo Pires e Macêdo (2006), caracterizam o ambiente relacional de uma organização pública, que são: o burocratismo, a interferência da

política externa à organização, o autoritarismo centralizado, o paternalismo, a aversão ao empreendedorismo e, por fim, a descontinuidade da gestão, que ocasiona a reforma de projetos de curto prazo com conflitos de objetivos e gestão nem sempre profissionalizada.

A falta de espaço de discussão pode dificultar as transformações necessárias da organização do trabalho. Sua existência pode viabilizar a abertura para falas e escutas relacionadas às situações do cotidiano de trabalho e seus constituintes, como sofrimentos, angústias, vivências de prazer e êxitos obtidos. Para Dejours (2011), a organização do trabalho prescrita funciona não como uma prescrição, mas como uma referência. As dificuldades encontradas, as descobertas, as invenções e os aperfeiçoamentos podem ser debatidos em espaços de discussão, em que a comunicação é central.

Para Guimarães Júnior e Macêdo (2015), o espaço de discussão coletivo, na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, privilegia a fala e o pensar sobre o trabalho, em diálogo aberto e ético. Dejours (2016a) defende que o confronto de opiniões a respeito dos modos operatórios e ordens só pode acontecer de fato em um espaço de deliberação.

As relações sociais que se expressam no trabalho dos profissionais do SAMU possuem algumas peculiaridades negativas, consideradas desconfortáveis por alguns participantes. São elas: amizades que não ultrapassam as fronteiras do trabalho, desrespeito de colegas e pares durante a execução das atividades e também a falta de cooperação de profissionais das unidades receptoras das vítimas e solicitantes do serviço. Afirmam Arnemann e Winter (2012) que o viver junto pressupõe a construção de laços de pertencimento grupal que se fortalecem no convívio coletivo e a partir do olhar do outro.

Poder contar com os colegas de trabalho para resolver os problemas do dia a dia e dividir os momentos difíceis, incluindo aqueles vivenciados fora do ambiente profissional, é saudável. Explica Boschco (2011) que o trabalhador, ao ser afastado do trabalho por motivos de adoecimento ou acidente, experiencia sentimentos de inutilidade e sensações de falta do trabalho, pois este se apresenta como organizador do próprio ritmo e rotina da vida do trabalhador.

As boas relações sociais de trabalho reduzem as dimensões do sofrimento, desgaste e desvalorização (GUIMARÃES; MARTINS, 2010) e contribuem na manutenção de um ambiente de trabalho positivo, produtivo e coeso (DESSLER, 2014). Além disso, afirmam Cardozo e Silva (2014), aumentam a motivação dos envolvidos, facilitam o alcance dos resultados da organização e intensificam o crescimento pessoal e profissional dos trabalhadores.

Dentre os diversos fatores capazes de impulsionar positivamente o relacionamento

interpessoal estão o respeito, a empatia e o bom humor. Um trabalhador de mau humor dificulta a comunicação, motivação, cooperação e a integração do coletivo laboral ao qual faz parte (SILVA *et al.*, 2008). Outros fatores importantes que favorecem as boas relações sociais no trabalho são a união e a cooperação. Segundo Martins *et al.* (2012), as equipes de trabalho devem manter-se unidas e, considerando a singularidade de cada um, devem superar as limitações e enfrentar obstáculos, buscando os mesmos objetivos, crescendo juntos e fortalecendo seus vínculos de trabalho. Assim, evitam situações que impeçam o crescimento coletivo. A cooperação, afirma Dejours (2016a), não é automática, ela pressupõe que os gerentes, cuja atribuição é dirigir equipes, disponham de uma teoria de cooperação e que a coloque em prática, essencialmente na linha vertical hierárquica.

De forma geral, a organização do trabalho no SAMU 192 em estudo, bem como suas condições de trabalho, gestão e relações sociais estabelecidas, têm ocasionado conflitos intrapsíquicos em decorrência da realidade laboral não atender às necessidades, aspirações e interesses dos profissionais atuantes.

Diversas forças contraditórias operam sobre o trabalhador, a começar pelo vínculo de trabalho insatisfatório, com salários definidos a partir de leis e convenções construídas sob a ótica capitalista, perpassando pela realização de atividades laborais com recursos materiais insuficientes e equipamentos inadequados. E mais: encarando a insuficiência de veículos e suas precariedades, enfrentando cenas inseguras decorrentes de indivíduos mal educados e ameaçadores, atuando em turnos alternados, com número de trabalhadores e estrutura insuficientes para garantir agilidade e qualidade na prestação do serviço. A tudo isso ainda se soma a convivência com entraves na finalização do serviço.

Ademais, as condições de trabalho apresentam desconfortos provenientes de ruídos na sala de regulação, da convivência em alojamentos mistos e da quantidade limitada de banheiros disponibilizados. Os profissionais em estudo têm encontrado dificuldades em realizar as atividades laborais porque os recursos (materiais, financeiros, tecnológicos) não apresentam conformidade com as necessidades de execução das mesmas. Para Luchtemberg e Pires (2017), o gestor do SAMU 192, ao proporcionar boas condições de trabalho aos profissionais atuantes, terá em contrapartida a ampliação do nível de satisfação dos mesmos e mais eficácia no atendimento aos propósitos dos serviços oferecidos.

A gestão do trabalho do SAMU 192 também é causa de conflitos intrapsíquicos nos trabalhadores. Lembrando que as diretrizes e políticas são elaboradas em âmbito nacional, o que limita os recursos materiais, financeiros, tecnológicos, deixando pouca margem de manobras aos gestores para adotarem sugestões importantes da força de trabalho atuante e que

favoreçam um ambiente de trabalho saudável.

Os estudos realizados no Brasil por Silva *et al.* (2009), Silva (2010), Paiva e Avelar (2011), Marques (2013), O'Dwyer e Mattos (2013), Ortiga (2014), Silva *et al.* (2014b), Ciconet (2015), Guimarães, Silva e Santos (2015), Luchtemberg e Pires (2017), Fernandes (2017) fazem referências às dificuldades encontradas pelos trabalhadores do SAMU 192 na realização de suas atividades laborais, sobretudo pela falta de materiais, equipamentos e viaturas. Assim sendo, pode-se dizer que existem indícios de que as políticas de implantação dos SAMUs no Brasil atendem ao princípio da quantidade em detrimento da qualidade dos serviços prestados.

Os resultados gerais da 1ª categoria 'organização do trabalho' indicam que a discrepância entre a organização do trabalho prescrito e a organização do trabalho real deriva essencialmente das deficiências na concepção, organização e gestão do trabalho, bem como de um contexto social de trabalho problemático, podendo ter efeitos negativos a nível psicológico, físico e social, tais como estresse relacionado com o trabalho, esgotamento ou depressão.

#### 4.2.2 Categoria II: Mobilização subjetiva do trabalhador

A mobilização subjetiva envolve o engajamento singular do trabalhador na dinâmica de construção e de evolução da organização do trabalho. De maneira espontânea ele faz uso de sua inteligência frente ao real e à sua resistência ao domínio ao gerar opiniões e ao integrar-se em debates visando contribuir no ajuste da gestão e organização do trabalho (DEJOURS, 2012b).

##### 4.2.2.1 Vivências de prazer nas situações de trabalho

As vivências de prazer dos profissionais pesquisados estão relacionadas com a autonomia e a liberdade que possuem no acesso à gestão do trabalho, no uso da inteligência prática nas atividades de trabalho e no livre arbítrio durante as horas em que estão de prontidão.

A pesquisa de Arnemann e Winter (2012) revelou que, mesmo com uma rotina baseada em rígido controle (protocolos prescritos), os intervencionistas encontram saídas para exercer a autonomia e a liberdade na criação de novas alternativas na rotina de suas funções.

Repensam “o fazer” coletivo a cada final de atendimento, reavaliam os procedimentos, investindo sua subjetividade e autorizando-se a desenvolver novos métodos de trabalho. Essa abertura para criar resulta em vivências de prazer e, conseqüentemente, em saúde psíquica dos trabalhadores.

Do mesmo modo, a sensação de autonomia e de liberdade de ação foi identificada em diversos estudos com distintos profissionais, como *design* de moda (Souza, 2010), empreendedores (Guimarães Júnior, 2012), sócio educadores (Feitosa; Moraes, 2015), escritores literários (Bueno, 2012). Nessas pesquisas, a autonomia e a liberdade são condições saudáveis nos enfrentamentos das dificuldades que emergem das situações laborais; são também grandes compensadores que produzem sentido ao trabalho e fatores fundamentais para a mobilização do prazer no trabalho. Segundo Dejours (2007), permitir liberdade ao trabalhador para rearranjar seu modo operatório e para encontrar os gestos que são capazes de lhe fornecer prazer é uma situação que favorece a saúde do sujeito que trabalha.

A autorrealização se apresenta como um dos aspectos fundamentais das vivências de prazer dos trabalhadores do SAMU 192 que é campo deste estudo. As insatisfações dos profissionais em relação aos riscos presentes nas situações de trabalho, bem como a falta de valorização financeira e reconhecimento simbólico, são compensadas pela satisfação em salvar vidas humanas. Isso é recorrente no estudo de Guimarães, Silva e Santos (2015) com condutores socorristas, que reconhecem a importância do próprio trabalho, sentem-se recompensados por aliviarem a dor e o sofrimento das vítimas.

A satisfação com o trabalho envolve um conjunto de sentimentos favoráveis que os indivíduos apresentam em relação ao mesmo, e quanto maiores forem os fatores de satisfação maior poderá ser o empenho do profissional em prestar uma assistência qualificada, refletindo um serviço de melhor qualidade (NUNES, 2010). Na percepção de Bateman e Snell (2012), as pessoas têm diferentes necessidades que as motivam na direção de metas diferentes. A medida e os modos em que as necessidades de uma pessoa podem ser satisfeitas no trabalho afetam o seu desempenho profissional.

As teorias de motivação, originadas por volta da década de 1930, enfatizam os aspectos conscientes da vontade humana causadora do desempenho. Por que as pessoas agem, por que fazem o que fazem? A resposta a essas questões, dadas pelos primeiros teóricos de motivação, era a de que os indivíduos agiam em prol do objetivo de satisfazer algumas de suas necessidades ou evitar sanções provenientes do ambiente (BENDASSOLI, 2007).

Quanto ao reconhecimento de natureza simbólica, a análise Psicodinâmica do Trabalho permitiu identificá-lo como operante e significativo no coletivo de trabalhadores

estudado. Os dois tipos de julgamentos foram detectados: o de utilidade, relacionado à linha vertical constituída por superiores hierárquicos e usuários, e o de estética, vindo de uma linha horizontal, isto é, dos colegas e pares.

O estudo de Romanzini e Bock (2010) com enfermeiros do SAMU 192 de Fortaleza revela que quando o atendimento é realizado de forma adequada, dentro daquilo que é estipulado, com equipe integrada, sem ocorrer falhas significativas, mesmo que não haja sucesso na tarefa de salvar a vida da vítima, o trabalho é considerado positivo para a equipe, porque conseguiu fazer o que tinha que ser feito da melhor maneira possível.

O reconhecimento do trabalho realizado pelos socorristas com base no julgamento de beleza, proferido pelos colegas e pares, foi recorrente em diversos relatos, indicando a existência de uma fonte de prazer. Essa forma de reconhecimento também emergiu no estudo de Romanzini e Bock (2010) com enfermeiros do SAMU 192 de Porto Alegre.

Segundo Dejours (2012a, 2016b), o reconhecimento depende do julgamento dos outros sobre a qualidade do trabalho executado pelo trabalhador, ou seja, sobre o fazer e não sobre o indivíduo. Os colegas e pares são trabalhadores que conhecem bem as regras de trabalho e podem julgar a conformidade com sua originalidade em relação às normas em prática. É graças ao reconhecimento sobre o fazer que se pode respeitar e manter relações de cooperação com pessoas. O reconhecimento é um combustível necessário para que o trabalhador consiga suportar o real do trabalho. Reitera Gernet (2012) que o reconhecimento do trabalho participa da realização do ser no campo social. Essa dinâmica permite compreender de forma particular como, graças ao trabalho, alguns trabalhadores conseguem consolidar a própria identidade e conjurar, por vezes, durante toda a vida, o risco da doença mental e somática.

O reconhecimento do trabalho proferido pelo governo e gestores - julgamento de utilidade – foi sinalizado pela escuta clínica. Na percepção de alguns trabalhadores, o governo, ao manter funcionando o SAMU 192, transmite-lhes a ideia do seu reconhecimento sobre o trabalho que realizam. A coordenação geral do campo em estudo, ao empenhar suas forças para melhorar as condições laborais, sobretudo na aquisição de melhores equipamentos de trabalho, mostra para os profissionais a concessão de reconhecimento.

Os condutores socorristas do SAMU 192 de Fortaleza sofrem com a falta de reconhecimento de seu trabalho por parte da gestão (GUIMARÃES; SILVA; SANTOS, 2015). Para Ribeiro e Mancebo (2013), a ausência de reconhecimento e de valorização do trabalho que os servidores públicos realizam é motivo de preocupação, pois tem sido cada vez mais comum o pensamento de que o trabalho para essa categoria assume apenas o sentido de



porto seguro para atendimento de suas necessidades financeiras frente à instabilidade do mercado.

A busca da satisfação movida pelo princípio do prazer via reconhecimento - elemento chave na construção da identidade do trabalhador – sobre o fazer, proferido pelos outros, é indispensável para que o trabalhador consiga permanecer na normalidade diante da organização do trabalho. Graças ao reconhecimento, trabalhar não é apenas produzir bens ou serviços, é também “transformar-se em si mesmo”. Ao ser reconhecido pelo trabalho realizado, o trabalhador pode, eventualmente, voltar esse reconhecimento de seu saber-fazer para o registro de sua identidade (DEJOURS, 2011, 2012b).

O reconhecimento manifestado por usuários e familiares de usuários do SAMU 192 em estudo revela ser tímido em decorrência do número de demonstrações recebidas pelos profissionais atuantes. Segundo Rocha (2013), o reconhecimento dos usuários e dos familiares de usuários é percebido e valorizado pelo profissional socorrista, que se sente gratificado e motivado. Conforme Dejours (2004, p. 78),

o trabalho não prospera apenas no mundo objetivo e no mundo social, mas ainda no mundo subjetivo – o do reconhecimento. Uma recompensa simbólica, ou mesmo “moral”, é o que mobiliza a inteligência do trabalhador e favorece a transformação do sofrimento em prazer.

A retribuição simbólica pelo reconhecimento do trabalho dos socorristas vem também da população. O estudo de Rocha (2013) revelou que a natureza do trabalho executado e o reconhecimento da população funcionam como fatores de satisfação no trabalho, fortalecendo o espírito de equipe, de coesão, de motivação e de esforço da identidade profissional. Os achados de Melo e Magalhães (2016) indicam que a população, ao reconhecer o trabalho dos profissionais do SAMU 192, viabiliza sentimentos positivos (orgulho daquilo que o trabalhador produz). Essa vivência é determinante para que esse trabalhador confira sentido ao seu trabalho.

Para Merlo (2016), o verdadeiro impacto psicológico está ligado à uma dimensão emblemática. Esse é o verdadeiro reconhecimento qualitativo pelo serviço prestado. Trabalha-se por esse reconhecimento, o qual passa por avaliações de julgamentos emitidas por atores bem precisos, com os quais os trabalhadores se interagem no trabalho. Somado a isso está a afirmação de Ferreira (2011, p. 53): “o reconhecimento no trabalho contribui para o desenvolvimento e a consolidação da identidade individual e coletiva dos trabalhadores, e, assim, agrega sentido humano ao trabalho”.

A família e os amigos são outros atores que reconhecem o trabalho dos socorristas do

SAMU 192. Segundo Edwards e Rothbard (2000), o indivíduo infeliz no trabalho procura satisfação e recompensas na esfera familiar. Para Dejours (2012b), o trabalho atua junto com o sofrimento e o reconhecimento. Se o reconhecimento não surge, os trabalhadores engajam-se em estratégias defensivas para evitar a doença mental, com implicações sérias para a organização do trabalho.

Além do reconhecimento, os profissionais em estudo vivenciam o prazer no trabalho pelas características das ocorrências. As atividades ou operações que, por suas naturezas, exigem menos esforços físicos e mentais, com reduzido teor de complexidade e penosidade, possibilitam vivências de prazer.

As equipes socorristas do SAMU 192 estão sujeitas a lidarem todo o tempo com o inesperado em situações de urgência e emergência das mais variadas origens e gravidades (ROCHA, 2013). Para isso, o processo laboral deve ser ágil, eficiente e integrado, numa dinâmica acelerada de trabalho, atendendo e acompanhando pacientes com risco iminente de morte (LANCINI; PREVÉ, BERNARDINI, 2013).

Vítima morta e/ou quando há crianças envolvidas são situações que podem desestabilizar as equipes (ROMANZINI; BOCK, 2010). A maior proporção dos atendimentos realizados em Palmas, em 2008 e 2009, foi de casos clínicos (41,6%) e causas externas (42,6%), destacando-se os acidentes de motocicletas (PITTERI; MONTEIRO, 2010).

Dentre os elementos que favorecem a transformação do sofrimento em prazer no trabalho do SAMU 192 está o sentido positivo atribuído pelos profissionais às suas atividades laborais. Segundo Gernet (2012, p. 62), “a transformação do sofrimento em prazer se torna possível pela interpretação do sentido dado à tarefa”.

Um trabalho que tem sentido é feito de maneira eficiente e leva a alguma coisa, é intrinsecamente satisfatório, é moralmente aceitável, é fonte de experiências em relações humanas satisfatórias, garante a segurança e a autonomia, é um trabalho que mantém o trabalhador ocupado (MORIN, 2001).

Além disso, o significado positivo do trabalho promove prazer a quem o exerce, a pessoa gosta de suas atividades e aprecia o que faz. O sentido de satisfação no trabalho está relacionado à contribuição pessoal do indivíduo para o próprio labor. Ademais, o trabalho faz sentido se quem o executa tem a sensação de superar desafios e perceber sua contribuição e responsabilidade no trabalho executado (MORIN; TONELLI; PLIOPAS, 2007).

Ao estar “carregado de sentido, o trabalho torna-se autorrealizador, vincula o homem a esferas que vão além da subsistência e das necessidades materiais humanas e oportuniza a aproximação do sujeito ao grande potencial de desenvolvimento humano” (ARAÚJO; LEAL,

2009, p. 1). Mas “quando o trabalho perde o sentido, a própria vida tende a perder seu sentido, dado o lugar central que este ocupa em nossas vidas” (UCHIDA, 2007, p. 112).

O prazer pelas boas relações sócio profissionais é contemplado no ambiente psicossocial do trabalho no SAMU 192 em estudo. Esse resultado se assemelha à pesquisa de Melo e Magalhães (2016) com diferentes categorias profissionais (técnicos em enfermagem, enfermeiros e condutor socorrista), que consideram o SAMU 192 de Fortaleza-CE uma grande família. As boas relações sociais de trabalho é um fator determinante na atribuição ao sentido positivo do trabalho.

No estudo de Rocha (2013) os socorristas mencionaram a necessidade de estarem em harmonia com suas equipes para atender de forma adequada ao paciente que precisa do SAMU 192. A pesquisa de Carrión-García, López-Barón e Strauss (2015) com trabalhadores de diversos setores empresariais da Colômbia aponta que as boas relações interpessoais no trabalho contribuem para um ambiente organizacional saudável e para o bem estar de seus integrantes.

#### 4.2.2.2 Vivências de sofrimento nas situações de trabalho

A experiência do real do trabalho no SAMU 192 provoca situações de contradição entre as necessidades, aspirações e expectativas dos trabalhadores em relação à organização, às condições e relações sociais de trabalho. Segundo Arnemann e Winter (2012), por mais que se tenha a descrição da organização do trabalho (rotinas, protocolos, procedimentos), as informações sobre o registro do chamado da vítima e ambulâncias preparadas, os trabalhadores enfrentam uma realidade distinta da prescrita ao executarem as suas ações laborais.

A sobrecarga de trabalho é uma vivência de sofrimento proveniente da diversidade de atividades que precisam ser realizadas em curto espaço de tempo, porque a oferta de serviços não atende à demanda da região de atuação do SAMU 192 estudado nesta pesquisa. Em virtude da insuficiência de recursos materiais, de equipamentos e de força de trabalho, os profissionais desta pesquisa, frente às solicitações dos usuários, precisam acelerar as providências necessárias para proverem os atendimentos. Diante de uma remuneração insatisfatória a eles concedida, aderem a outros empregos que podem impactar na qualidade do trabalho realizado e na saúde dos mesmos.

Outros estudos realizados no Brasil identificaram situações de sobrecarga de trabalho no SAMU 192. Um deles é o de Luchtemberg e Pires (2017) e o outro de Guimarães, Silva e

Santos (2015). Os enfermeiros(as) do SAMU 192, devido ao cansaço, perdem a destreza, acarretando acidentes com perfuro cortantes, além de intoxicação por produtos químicos, como hipoclorito de sódio que é usada na desinfecção da ambulância (SILVA *et al.* 2014b).

Outra vivência de sofrimento identificada foi a sobrecarga de papéis. Muitas vezes, durante o percurso os profissionais vão tomando ciência da ocorrência, tentando pensar o melhor modo do acolhimento à vítima e qual a situação e o ambiente no qual provavelmente irão encontrá-la (MARQUES, 2013). Esse resultado corrobora com o estudo de Guimarães, Silva e Santos (2015), cujos participantes - condutores de ambulância - revelaram que, além de conduzirem as viaturas, atuam como auxiliares, executando procedimentos necessários ao atendimento das vítimas. Para Moraes (2013b), a experiência prolongada do sofrimento desestabiliza o trabalhador e pode conduzi-lo a descompensações.

Situações no trabalho que não permitem flexibilidade, liberdade e autonomia ocasionam vivências de sofrimento. Uma delas é a obrigatoriedade de estar fisicamente de prontidão na central de regulação médica durante o horário escalado, podendo se estender em consequência da imprevisibilidade das ocorrências. Isso equivale a dizer que tem hora marcada para começar a trabalhar, mas nem sempre tem horário para encerrar. Salienta-se também que não são todas as refeições que os profissionais conseguem fazer, pois as mesmas dependem dos intervalos entre um atendimento e outro.

Além disso, a dificuldade de deixar a vítima na unidade de atendimento, os pensamentos e ideias não exteriorizados na linha vertical ascendente, as conversas gravadas entre solicitante e atendente indicam insatisfação associada a condicionantes que limitam a flexibilidade, a autonomia e a liberdade.

Um ambiente de trabalho sem inovação e sem liberdade de participação dos trabalhadores prejudica diretamente o bem estar de todos e, sobretudo, o rendimento do trabalho (RIBEIRO; SANTANA, 2015). A sensação de liberdade para realizar o trabalho é essencial para atender às demandas dos usuários do SAMU 192 que, na maioria das vezes, atua sob pressão (ROCHA, 2013).

A intensidade de atendimentos e a jornada de trabalho são outras vivências de sofrimento relevantes que emergiram na escuta clínica coletiva. Dependendo da demanda, os profissionais têm aumentada a carga de trabalho. Ou melhor, labutam mais no mesmo espaço de tempo.

Resultado semelhante aparece na pesquisa realizada por Melo e Magalhães (2016) com profissionais do SAMU 192 de Fortaleza-Ce. Os participantes do estudo relataram que durante o dia não param, atendem ocorrências praticamente o dia todo. Os condutores

socorristas, estudados por Guimarães Silva e Santos (2015), também fizeram referência à existência de ritmo intenso de trabalho.

Atenta-se que é comum aos trabalhadores do serviço em estudo preencherem seus intervalos dos dias de trabalho com outros empregos. Pode-se afirmar que o acúmulo de intensidade laboral, caso o outro vínculo também os exponha ao trabalho intenso, dobra as chances desses profissionais serem vítimas de agravos à saúde física e mental.

Vegian e Monteiro (2011), ao estudarem os profissionais do SAMU 192 do Município de Campinas, Estado de São Paulo, identificaram, nos relatos relacionados à jornada de trabalho, trabalhadores que cumpriam até 132 horas semanais. Dentre todas as categorias estudadas (auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, motorista, operador de rádio, tarms, porteiro, farmacêutico, gerência), os médicos (44,7%) eram os que trabalhavam mais horas na semana.

A insuficiência de força física e intelectual de trabalho, materiais/equipamentos é um problema recorrente em outros SAMUs 192 no Brasil. Os trabalhadores estudados por Paiva e Avelar (2011) sinalizaram para a necessidade de melhorias no aspecto estrutural. Os sujeitos da pesquisa de Luchtemberg e Pires (2017) citaram que as instalações da base do SAMU 192, região Sul do Brasil são inadequadas (falta local apropriado para procedimentos de lavagem e esterilização de materiais e da viatura) e os veículos estão em condições precárias. Além da falta de manutenção preventiva das ambulâncias e equipamentos, os trabalhadores também possuem dificuldades de comunicação via celular (há situações nas quais as operadoras de telefonia móvel não cobrem a área).

A falta de equipamentos de localização, como GPS e de comunicação (rádio), similarmente foi referenciada no estudo de Marques (2013). O processo comunicativo entre as equipes e a central de regulação médica era feita por telefones celulares, de uso particular de um dos integrantes de cada equipe.

A investigação de Pitteri e Monteiro (2010) no SAMU 192 de Palmas, Estado do Tocantins, traz indícios de que a falta de ambulâncias ou a indisponibilidade por estarem atendendo outras ocorrências são fatores potenciais que interferem e causam um aumento do tempo resposta.

O estudo de Melo e Magalhães (2016) com diferentes categorias profissionais que atuam no SAMU Fortaleza, Estado do Ceará, aponta precariedade das ambulâncias. Situação semelhante aparece na pesquisa de Guimarães, Silva e Santos (2015). Os sujeitos pesquisados afirmaram que quase sofreram acidentes em virtude da falta de manutenção (especialmente de sirene, sinaleiras e freios) adequada dos veículos e que, cotidianamente, lidam com

equipamentos inadequados. As macas são consideradas por eles pesadas, e somadas aos pesos das vítimas tornam-se difíceis de serem manuseadas (essa inapropriação resulta em dores na coluna, lombar, tendões e articulações). É muito comum se depararem com episódios de violência e houve casos em que homicidas terminam de matar as vítimas atendidas no interior das ambulâncias, ameaçando as equipes de morte.

Segundo Rocha (2013), como medida protetiva para a equipe tem-se a pactuação entre o SAMU e a polícia, que possui treinamento e capacitação para atuarem juntos, evitando a possível violência na cena. No entanto, a presença da polícia pode resultar em atraso para a chegada da equipe até a vítima.

O sofrimento engendrado pela dificuldade de entrega da vítima atendida pelo SAMU 192 na Unidade Hospitalar fixa também apareceu na pesquisa de Rocha (2013) com enfermeiros do SAMU 192 de Belo Horizonte.

A respeito do EPI, salienta-se que o artigo 166 - seção IV da CLT preceitua que a organização contratante é obrigada a fornecer aos trabalhadores, gratuitamente, equipamento de proteção individual em condições adequadas ao risco e que esteja em perfeito estado de conservação e funcionamento sempre que as medidas de ordem geral não ofereçam completa proteção contra os riscos de acidentes e danos à saúde dos laborais (BRASIL, 1977).

Importantes reflexões devem ser atribuídas às forças contraditórias entre o que é necessário/ desejável pelo trabalhador do SAMU 192 e o real que se apresenta diante deles na experiência laboral. Para Dejours (2012a, p. 177), “o real resiste e se manifesta sempre de uma forma que põe em xeque o querer” do sujeito.

Destaca-se que a equipe da Unidade de Suporte Avançado de Palmas, Estado do Tocantins, funciona com equipe ampliada por um técnico de enfermagem, situação que é além do que preconiza o Ministério da Saúde (PITTERI, MONTEIRO, 2010).

A falta de um psicólogo como forma de apoio aos profissionais do SAMU 192 parece ser unânime no Brasil. Nos estudos consultados não foi evidenciado a presença dessa categoria profissional durante os atendimentos e na central de regulação. No entanto, Melo e Magalhães (2016) afirmam que o acompanhamento psicológico seria uma das estratégias para diminuir danos à saúde dos servidores que laboram nesse tipo de serviço.

A presente pesquisa revela que os profissionais em estudo salvam vidas de outros enquanto arriscam suas próprias vidas e saúde. Um fator contraditório considerado de forma isolada pode até ser menos prejudicial à saúde dos profissionais, mas quando se apresenta em conjunto (exposição a ruídos na sala da central de regulação médica, privação da esfera íntima no compartilhamento das salas de repouso mistas, número de banheiros insuficientes,

ausência de lavanderia para higienização, falta de EPI reserva, número de viaturas insuficientes, falta de vaga na unidade receptora, incompatibilidade entre demanda e oferta, falta de rádio para comunicação direta com a central de regulação, verba insuficiente para manter os veículos funcionando, cenas inseguras com ausência da polícia, falta de guardas na central de regulação médica, falta de psicólogo, número de integrantes da USA não compatível com a qualidade de vida dos profissionais), as probabilidades de danos indesejáveis à saúde dos trabalhadores são maiores.

Presenciar os óbitos são experiências desagradáveis de sofrimento para os profissionais do SAMU 192 em estudo. Segundo Medeiros e Lustosa (2011), o contato com a morte provoca em quem a assiste uma dor psíquica. Sentimentos de culpa e de insegurança, tristeza e pesar, emergem com maior intensidade, levando o indivíduo à introspecção e ao isolamento, a episódios de choro e a uma profunda tristeza.

Apesar da morte ser uma condição natural da vida, ou seja, comum no cotidiano dos profissionais de saúde do SAMU 192, há que se ressaltar que eles são formados para manter a vida e, em geral, têm muitas dificuldades no enfrentamento de situações de morte. Esta é referida como uma situação causadora de desconforto e que, muitas vezes, os impede de trabalhar diariamente, culminando na desistência de atuar no referido serviço (ROCHA, 2013).

O tempo de trabalho ocioso coloca os profissionais do SAMU 192 em situação incômoda perante os seus colegas, podendo afetar a honra e o autoestima dos mesmos. Essa vivência de sofrimento decorre da imprevisibilidade da demanda.

A ociosidade, para os enfermeiros do SAMU 192 de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, é positiva. Segundo eles, os momentos de pausa entre um chamado e outro contribuem para a construção de vínculo entre os componentes da equipe e intequipes, além de favorecer o aprendizado dos profissionais, por meio da discussão dos casos atendidos. A constituição dessa conexão entre os profissionais beneficia o atendimento às vítimas, objetivo geral comum no trabalho do grupo (ROCHA, 2013).

Os achados de Navarro, Guimarães e Garanhani (2013) revelaram que o trabalho em equipe na área da saúde é consciente da necessidade da interdependência entre os membros da equipe na divisão das tarefas e das ações para que se possa atingir as metas e os objetivos comuns.

Para Faria e Ramos (2014), o tempo de trabalho comporta tanto o tempo de trabalho vivo como o de trabalho morto. Tempo de trabalho vivo é o período em que o trabalhador está efetivamente realizando suas tarefas, com exceção dos períodos de paradas e interrupções de

trabalho. Tempo de trabalho morto é exatamente aquele em que o trabalhador, estando à disposição para o trabalho na organização, não o executa devido a interrupções no processo de produção de serviços ou produtos.

A frustração também compõe o grupo de vivências de sofrimento dos trabalhadores do SAMU 192 em estudo. Os estudos de Pinto e Zambroni-de-Souza (2015) com motoristas de ambulância revelou que os mesmos, ao conseguirem resgatar usuários com vida, potencializam seu valor de vida para salvar outras pessoas. Entretanto, enfrentam situações de impotência quando não conseguem resgatar/salvar usuários em atendimento.

A experiência do sofrimento no trabalho no SAMU 192 advém também pela pressão do tempo. Segundo o Conselho Federal de Medicina (1995, p. 3666), existe a situação de urgência caracterizada pela “ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”. E a situação de emergência entendida como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”.

Para Silva e Nogueira (2012), as condições de tráfego e a educação no trânsito impactam sobremaneira no tempo resposta e influenciam no tempo de chegada da equipe ao local da ocorrência e daí ao serviço de referência. Segundo dados que constam no PHTLS (2007), a assistência pré-hospitalar móvel realizada em vítimas em áreas urbanas nos países referências leva em média um tempo resposta que varia entre 6 a 8 minutos e o tempo de transporte até uma unidade de saúde referência é de 8 a 10 minutos adicionais, perfazendo ao final do processo um período que varia entre 15 a 20 minutos.

No Brasi o tempo resposta varia muito. O SAMU 192 de Manaus leva 2 minutos para chegar no local da cena. Já os de Curitiba e Distrito Federal chegam em 10 minutos. O de Recife leva 15 minutos e do Rio de Janeiro 9 minutos (MINAYO; DESLANCHES, 2008). Em Palmas a equipe chega em menos de 10 minutos. Ribeirão Preto, média de 31 minutos e mediana de 14 minutos. O SAMU 192 de São Paulo leva 12 minutos (PITTERI; MONTEIRO, 2010). Teresina tem tempo resposta de 13,6 minutos (SILVA; NOGUEIRA, 2012). Porto Alegre tem como tempo médio de resposta 19 minutos, sendo que para atendimentos clínicos levam até 20 minutos e traumáticos 18 minutos (CICONET, 2015). Salienta-se que nem todos os Estados possuem estudos sobre o tempo resposta dos atendimentos realizados pelo SAMU 192. Até a presente data não havia sido encontrado pesquisas científicas sobre esse tempo desenvolvidas nos estados de Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.



O trabalho executado em turnos alternados rodíziantes é causa de vivências de sofrimento aos trabalhadores, sobretudo quando é realizado no turno noturno. Este, por sua vez, ocasiona conflitos nos ritmos biológicos, familiares, sociais, originando prejuízos para a saúde física e mental dos trabalhadores. Essa realidade laboral também é vivida por outros profissionais do SAMU 192 no Brasil, haja vista que o serviço funciona por 24 horas.

Reis e Braga (2015), ao analisarem evidências científicas em diversas publicações, disponíveis nas bases de dados PUBMED/MEDLINE, LILACS e na biblioteca virtual SciELO, sobre os impactos do trabalho noturno na saúde de trabalhadores de enfermagem, identificaram alterações endócrinas, desconforto gástrico e postural; hipertensão; aumento dos níveis de colesterol, estresse e alterações na qualidade de sono/repouso; cansaço/desgaste; diminuição/ausência de tempo para lazer, família, isolamento social e depressão.

A pressão do trabalho é uma vivência de sofrimento que se mostra relevante e abrangente na rotina laboral dos profissionais do SAMU 192, região Centro Oeste do Brasil. Os mesmos têm sido alvos de pressão da população e da gestão, que utiliza de vários indicadores para avaliar os resultados obtidos com a oferta do serviço.

É possível dizer que a avaliação do desempenho do trabalho prejudica a qualidade de vida dos trabalhadores, pois a mesma tem potencial de gerar angústia, ansiedade e insatisfação. Dejours (2012a) explica que é difícil mensurar o trabalho em si, pois os resultados não têm qualquer proporcionalidade com o trabalho e os sofrimentos subjetivos experienciados antes, durante e depois do serviço realizado.

Uma forma de avaliar o funcionamento do SAMU 192 no Brasil é a utilização de indicadores, como: número geral de ocorrências atendidas no período; tempo mínimo, médio e máximo de resposta; identificação dos motivos dos chamados; quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de USA e USB; localização das ocorrências; idade e sexo dos pacientes atendidos; identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; e pacientes (número absoluto e percentual) referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento (BRASIL, 2012c).

Outra circunstância de sofrimento é o nível de exigência emocional associado à função de socorrista, pois durante o processo de trabalho no SAMU 192 as exigências emocionais dos trabalhadores em estudo se estabelecem em várias situações críticas e inesperadas dentro de um cenário emocionalmente desgastante que requer atenção intensa e exacerbada, inviabilizando, na maioria das vezes, momentos de relaxamento e/ou desatenção. Isto porque estão expostos diariamente a um grande número de fatores que contribuem para o

aumento da carga psíquica de trabalho, alguns dos quais inerentes ao próprio trabalho desses trabalhadores, outros claramente decorrentes da lacuna entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Para Molinier (2013, p. 90), “a organização prescrita do trabalho nunca é infalível, persistem sempre zonas de sombra, situações não previstas que escapam a todo procedimento já repertoriado”.

Na concepção de Dejours (1994) o trabalho torna-se ameaçador para o aparelho psíquico quando ele se opõe à sua livre atividade. Ou melhor, quando o desejo do trabalhador se contrapõe à realidade de trabalho, impedindo-o de empregar suas aptidões psíquicas (inteligência, criatividade, pensamento), fantasmáticas ou psicomotoras, ocorre uma retenção de energia pulsional, constituindo a carga psíquica de trabalho e ocasionando vivências de sofrimento. O trabalho também é perigoso ao corpo físico quando o trabalhador emprega excessivamente suas aptidões fisiológicas, constituindo a carga física, a qual está diretamente associada ao esforço físico e ao desgaste das estruturas corporais para a realização de determinado trabalho.

A carga psíquica constitui, junto com a carga cognitiva, a carga mental do sujeito ligada ao trabalho. A carga cognitiva refere-se às exigências mentais na realização do trabalho e pode manifestar-se nas situações de necessidade intensa de memorização, atenção, concentração, acuidades visual e auditiva, além de tomada de decisões. Alguns fatores atuam como atenuadores da carga de trabalho psíquica. Dentre eles, destaca-se a satisfação pelo trabalho bem realizado, ou seja, a missão de salvar a vida das pessoas traz reconhecimento profissional e alivia parte da sobrecarga causada pela atividade.

A carga psíquica, segundo Dejours (1994), é constituída pelos elementos afetivos e relacionais com a tarefa. A diminuição da carga psíquica do trabalho ocorre pelo prazer que o trabalhador experimenta.

Ser cauteloso, rápido, eficiente e eficaz num ambiente de trabalho complexo e imprevisível, como é o do SAMU 192, exige altas doses de preparo emocional. Enfatiza Carvalho (2009) que o trabalhar envolve atitudes, emoções e sentimentos de enorme diversidade que são manifestados, reproduzindo a forma particular de cada indivíduo de lidar com a realidade. Gondim *et al.* (2010) explicam que as emoções, em especial, são estados afetivos ativados por processos neurofisiológicos que preparam o organismo para a ação, a dimensão biológica. Corroborando, Zanelli (2004, p. 209) diz que “as emoções estão intimamente relacionadas à percepção da prontidão para a ação do organismo e são desencadeadas pelas sensações fisiológicas”.

A pesquisa de Romanzini e Bock (2010) revela que as experiências negativas dos

enfermeiros do SAMU 192 de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, estão relacionadas às constantes mudanças de membros das equipes, ao preparo insuficiente dos médicos e dos profissionais da enfermagem recém-ingressos no quadro de pessoal, ao despreparo das pessoas na rua, às ocorrências em que houve falhas na comunicação e também quando a unidade móvel chega ao local da ocorrência e já é tarde demais. Isto é, quando já não há o que fazer, quando a vítima já está morta ou é uma criança.

Para os enfermeiros do SAMU 192 de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, as questões mentais e emocionais estão diretamente relacionadas às pressões nas situações de trabalho, à exposição de cenas desagradáveis que geram sofrimento e desmotivação, sobretudo ao contato cotidiano com a morte e a situações incompatíveis com a vida e situações de quase morte (ROCHA, 2013).

As emoções são positivas (bem-estar, segurança, otimismo, autoconfiança, alegria, tranquilidade, autocontrole e bom humor) ou negativas (ansiedade, medo, insatisfação, frieza, tristeza, raiva, desprazer e aborrecimento) na visão de Gondim *et al.* (2010). No atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência os socorristas devem ter em mente que não podem agravar lesões já existentes ou gerar lesões que não existiam (CARVALHO, 2004).

Para Rego (2009), os trabalhadores com os maiores níveis de bem-estar afetivo no trabalho autodescrevem-se como detentores de superior desempenho individual. As dimensões de bem-estar mais proeminentes são o entusiasmo e o vigor. Esse autor acredita que os laborais mais entusiásticos/otimistas e vigorosos/ativos são mais empenhados no trabalho, aplicam o seu potencial e energia na realização das tarefas, buscam ativamente a resolução de problemas e o aproveitamento de oportunidades, são mais perseverantes diante dos obstáculos, estabelecem relações sociais mais frutuosas e cooperativas e, assim, conseguem realizar com eficácia suas funções.

O medo, em especial, explica Molinier (2013), é um perigo psíquico bastante comum. Em todo caso, para se poder trabalhar, o medo deve ser superado. Caso contrário o corpo desmorona. Alguém com medo não é confiável nem para si, nem para os outros. Para Baptista, Carvalho e Lory (2005, p. 2), o medo suscita “quando existe um estímulo desencadeador externo óbvio que provoca comportamento de fuga ou evitação”. A ansiedade, por sua vez, é o estado emocional aversivo sem desencadeadores claros que, obviamente, não podem ser evitados. A ansiedade pode incluir a tristeza, a vergonha e a culpa, como pode, igualmente, ser composta por cólera, curiosidade, interesse ou excitação. A *American Psychiatric Association* (2014) afirma que a ansiedade é mais frequentemente associada à tensão muscular, à vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela

ou esquivada; ou seja, a ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Para Dejours (1994, p. 29), “o medo, a angústia no trabalho, e também a frustração e a agressividade, podem aumentar as cargas cardiovasculares, musculares, digestivas, etc.”.

As constantes experiências emocionais desagradáveis, como a ansiedade, medo, raiva, tristeza e frustração são capazes de provocar problemas psicológicos, sofrimento e esgotamento mental (GOLLAC; BODIER, 2011). A intervenção psicológica ajudaria os socorristas a lidarem melhor com seus recursos e limites. Para Ortiga (2014), o SAMU 192 opera em um ambiente tenso e em muitos casos com risco de comprometimento da saúde, exigindo conhecimento técnico-científico, segurança e estabilidade emocional do trabalhador.

Os trabalhadores do SAMU 192 em estudo sofrem violência no trabalho durante o desempenho de suas funções. A intimidação e a agressão verbal e física se apresentam como práticas nocivas e onerosas adotadas pela população.

A intimidação envolve a promessa de causar ao sujeito passivo um mal definido, injusto e grave. O intimidado deve ter a ameaça como passível de realização, de modo que reconheça o perigo que ela representa. A tentativa ou a efetivação da ameaça pode ter consequências danosas para o sujeito ativo e por derivação no caso de revide para o destinatário original da ameaça. O medo da realização dos males prometidos é o elemento a rigor que configura a violência (ROSA, 2003).

A agressão verbal se configura pelo uso de palavras atemorizantes, objetivando causar apreensão, receio ou medo no sujeito passivo. Para a *Health and Safety Authority* (2007), essa forma de violência transgride as regras verbais por meio da humilhação, degradação e desrespeito para com a dignidade e o valor do indivíduo. Os efeitos da violência laboral podem ser imediatos e/ou de longo prazo. A situação pode culminar em agressões físicas, como lesões e luxações, que exigem tratamento e/ou encaminhamento hospitalar. Já no campo psicológico a experiência da violência resulta muitas vezes em perda de autoconfiança, medo, sentimento de insegurança, perda de controle e até pânico. Os trabalhadores que não experimentam a violência, mas que trabalham na área ou que tenham sido testemunhas dessas situações, podem sofrer efeitos semelhantes. Ou melhor, têm a saúde psicofísica afetada gravemente, segundo a Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho (2007).

Para Marques (2013), um problema apontado como muito sério pelos profissionais socorristas do SAMU 192 de Fortaleza, Estado do Ceará, refere-se à integridade dos mesmos e ao risco diante de situações específicas de violências tanto por parte da população quanto por parte dos marginais, que normalmente se utilizam de artifícios para assaltarem os integrantes das equipes.

Quase todos os profissionais atuantes em regime de plantão no SAMU 192 em estudo possuem mais de um vínculo empregatício, ou seja, complementam suas rendas prestando serviços em outros locais. Ter mais de um emprego parece ser uma peculiaridade da profissão.

O aumento de rendimentos é o principal motivo de adesão a outras atividades pelos condutores socorristas do SAMU 192 de Fortaleza, Estado do Ceará, estudados por Guimarães, Silva e Santos (2015). Todos relataram a necessidade de serviços extras para complementação de renda (recebem por mês um pouco acima de um salário-mínimo). Dobrar plantões trabalhando em outros locais é uma prática comum.

A pesquisa de Vegian e Monteiro (2011) com 197 trabalhadores de diversas categorias profissionais (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos e auxiliares de enfermagem, motoristas das ambulâncias, telefonistas e operadores de rádio e aqueles envolvidos na administração e gerência) do SAMU 192 de Campinas, Estado de São Paulo, revelou que 42,1% dos participantes possuem outro vínculo empregatício. O total de horas trabalhadas na semana varia entre 36 horas e 70 horas. No estudo de Guimarães, Silva e Santos (2015) consta que a prática de complementação de renda com plantões resulta numa média semanal de 70 horas de trabalho para os condutores socorristas.

A pesquisa de Dalri, Robazzi e Almeida, (2010) com 64 trabalhadores entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, lotados em duas Unidades Públicas de Urgência e Emergência de uma cidade do Estado de Minas Gerais revelou que o número de horas semanais de trabalho varia de 44 a 136. As consequências de extensas cargas horárias, segundo os participantes, são as alterações de saúde: algias, cansaço mental e estresse, distúrbios do sono, alterações cardiovasculares.

Um percentual diferente foi encontrado no estudo de Serra (2014). Dos 135 participantes (15 médicos, 15 enfermeiros, 48 auxiliares e técnicos de enfermagem, 29 condutores e 28 assistentes administrativos - telefonistas e operadores de frota - da Central de Regulação Médica de Urgência) que atuam no SAMU 192 de Campo Grande, Estado do Mato Grosso do Sul, 75,4% não trabalham em outro emprego.

O tema relacionado ao reconhecimento foi recorrente nas discussões coletivas, abordado como um desejo de obtê-lo mais significativamente ou referido como presente no cotidiano laboral. A dinâmica do reconhecimento opera de forma tímida no coletivo de trabalho do SAMU 192 em estudo.

Segundo Dejours (2012b), o trabalhador, ao mobilizar sua inteligência e sua subjetividade para realizar o trabalho, aspira por uma retribuição, não apenas material, o

salário, mas uma retribuição simbólica, ou mesmo moral na forma de reconhecimento. Este, explicam Dejours e Bègue (2010, p. 41), “é capaz de transformar o sofrimento do trabalho em prazer, no sentido do fortalecimento da identidade”.

Exercer ofícios em mais de um local de trabalho indica insatisfação salarial ou apenas uma opção profissional. Os achados deste estudo sugerem que a motivação em laborar em outros locais de trabalho está fortemente relacionada à falta de reconhecimento financeiro e de concessão de benefícios sociais. Então, o governo e os gestores precisam rever as políticas remuneratórias (salário e benefícios agregados), pois profissionais remunerados de forma condizente à sua função e às atividades desenvolvidas se sentirão mais valorizados, permanecerão por mais tempo vinculados à organização pública e provavelmente terão menores impactos negativos à saúde. Para Vasconcelos *et al.* (2012), todas as pessoas que trabalham buscam a qualidade de vida, tanto pessoal quanto profissional pelo fato de se passar a maior parte do tempo trabalhando em organizações.

Os enfermeiros do SAMU 192 de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, se sentem valorizados e reconhecidos pelos pacientes/vítimas, pela família, pela população e pelo próprio serviço (ROMANZINI; BOCK 2010). A satisfação intensa do trabalhador em relação ao seu trabalho ocorre apenas quando o mesmo obtém o reconhecimento da utilidade e da qualidade do trabalho executado (DEJOURS, 2009).

Destaca-se que na pesquisa de Silva *et al.* (2014b) há indícios de que a população não reconhece o trabalho dos enfermeiros(as) e técnicos(as) que atuam na USB e USA do SAMU 192 em uma cidade da região central do Rio Grande do Sul. O desconhecimento da população em relação à real função do SAMU 192 é algo que leva, muitas vezes, ao deslocamento desnecessário dos veículos e da equipe, prejudicando quem realmente encontra-se em uma situação de emergência, além de repercutir diretamente na qualidade e no sucesso do atendimento das ocorrências.

Outras categorias de profissionais no Brasil não se sentem reconhecidos pelo trabalho executado. O estudo de Lima (2011) aponta que a falta de reconhecimento é a principal forma de sofrimento do cuidador social do abrigo de crianças e adolescentes do município de Macaé, localizado no Estado do Rio de Janeiro.

Os técnicos administrativos de uma Universidade Pública Federal, participantes da pesquisa de Ramos (2016), manifestaram a ausência de reconhecimento material e imaterial e suas consequências, como a perda de interesse pelo trabalho, desmotivação laboral e frustração. Nesse caso, mesmo tendo cargos equivalentes, não há paridade salarial, causa de descontentamento no coletivo.

A configuração do vínculo de trabalho, manifestada como precária por alguns participantes deste estudo, é uma fonte de sofrimento que pode se tornar hostil ao engajamento profissional; ou melhor, colocar em risco a mobilização subjetiva do trabalhador.

Azevedo e Tonelli (2014) afirmam que estudos sobre a estruturação do mercado de trabalho no Brasil indicam a disseminação de variados contratos de trabalho fora do padrão CLT. Os trabalhadores, segundo esses autores, são o elo mais frágil desse contexto devido ao fato de individualmente possuírem menos recursos para maximizar os aspectos positivos e minimizar os aspectos negativos associados aos contratos de trabalho que diferem dos tradicionais.

Hazan (2013) assevera que numa situação de desemprego o grau de empregabilidade<sup>20</sup> do trabalhador tende a ser enorme. Ele, o trabalhador, terá que tornar-se intercambiável e polivalente em diversas ocupações se quiser manter-se pelo trabalho assalariado. A sua necessidade de ser “empregável” fará com que ele se sujeite a todo tipo de contrato, até mesmo à falta de contrato.

O sofrimento é inevitável e onipresente. Ele tem raízes na história singular de todo indivíduo, sem exceção, e é experienciado também na relação complexa entre o trabalhador e a organização do trabalho. Quando resta aos trabalhadores nada além de pressões fixas, rígidas e incontornáveis que consagram a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo ou o sentimento de impotência e a falta de reconhecimento, emerge então o sofrimento patogênico. O trabalho funciona como um mediador para a saúde. Mas se a situação de trabalho, as relações sociais laborais e as decisões gerenciais primarem pela lógica defensiva e não essencialmente pela criativa, o trabalho funcionará como um mediador da desestabilização e da fragilização da saúde (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994).

Quando não existe margem de negociação entre as imposições da organização do trabalho e o desejo do trabalhador, o mesmo não consegue transformar seu sofrimento em algo saudável para si, inserindo-se no campo de domínio de sofrimento com propriedades capazes de induzir o aparecimento de doenças. Isso porque o mesmo não encontra vias de descarga pulsional nas atividades de trabalho (DEJOURS, 2011). “O não reconhecimento de utilidade do trabalho é uma das fontes principais para a gênese do sofrimento patogênico” (LANCMAN; UCHIDA; SZNELWAR, 2015, p. 84).

---

<sup>20</sup> Um conceito no qual se estabelece para os profissionais, empregados ou não, a obrigatória preocupação no sentido maior de se manterem permanentemente atualizados e empregáveis, diante das exigências de formação, em face das habilidades, especializações e talentos que o mercado de trabalho requer (CARVALHO, 2006, p.57).

#### 4.2.2.3 Estratégias de defesa (psíquicas) individuais para lidarem com o sofrimento no trabalho

Para Dejours (2012b), o medo do acidente, da mutilação ou da doença profissional, o temor de não estar à altura do exercício da tarefa ou das responsabilidades e a irritação diante do absurdo das tarefas repetitivas provocam conflitos intrapsíquicos que exigem, por vezes, a elaboração e implementação de estratégias individuais e coletivas de defesa.

Particularmente no SAMU 192 os profissionais têm se deparado com conflitos intrapsíquicos entre suas necessidades, desejos, expectativas e sua realidade laboral. Para evitarem o adoecimento e se manterem na normalidade eles mascaram o sofrimento experienciado por meio de justificativas diversas para suportarem condutas agressivas (verbais e físicas) de solicitantes do serviço e de pessoas que presenciam o atendimento e, também, para conseguirem conviver com a morte e com as vítimas em estados dramáticos e extremos de sofrimento. Dejours (2007, 2011) afirma que para continuar a laborar apesar do medo, o trabalhador precisa formular estratégias defensivas contra o sofrimento a ele imposto.

A racionalização como estratégia individual de defesa é utilizada pelos socorristas para justificarem a impressão negativa da população de que são frios e insensíveis no trato com as pessoas e com a morte. Esse achado contribui com a afirmação de Dejours (2016b) de que as estratégias individuais de defesa produzem uma negação da percepção do que faz os trabalhadores sofrerem. Então, essas estratégias têm por princípio diminuir e paralisar a capacidade de pensar com vistas a salvaguardar o equilíbrio e a vida psíquica. Porém, elas podem ser negativas se provocarem uma estabilidade psíquica artificial, alienando o trabalhador e não provocando mudanças no contexto de trabalho.

Os trabalhadores do SAMU 192 de uma cidade da Região Central do Rio Grande do Sul fazem uso da racionalização para justificarem a falta de bom senso de uma parte da população que solicita o serviço sem necessidade. Como forma de amenizar as vivências de sofrimento envolvidas nessas situações os socorristas jogam a culpa das solicitações indevidas na falta de conhecimento da população sobre a função do SAMU 192 (SILVA, *et al*, 2014b). Outras diferentes categorias de trabalhadores no Brasil têm recorrido à racionalização como estratégia coletiva de defesa. Algumas delas são os auditores-fiscais (Machado, 2016) e os gestores (Santos, 2016b).

Os socorristas destacados nesta pesquisa tratam as vivências de sofrimento provenientes da organização e condições do trabalho como sendo naturais, algo inerente à profissão. É obrigação lidarem com as situações reais laborais e se adaptarem a elas. Ou seja,



buscam desenvolver suas atividades enfrentando a dinâmica do trabalho e se apoiando, dentre outros recursos, na ideologia defensiva. Essa foi a forma encontrada pelos profissionais estudados para disfarçarem os conflitos internos, perante a si mesmos e perante aos outros.

A ideologia defensiva possui certas características: seu objetivo é mascarar, conter e ocultar uma ansiedade particularmente grave é elaborada por um grupo social particular relacionada à natureza da organização do trabalho e é destinada a lutar contra um perigo e um risco real. Essa defesa, para ser operatória, deve obter a participação de todos os interessados e ser dotada de uma certa coerência e, por fim, tem sempre um caráter vital, fundamental, necessário. As ideologias defensivas, estabilizadas após certo tempo, favorecem o surgimento do desencorajamento e a resignação diante de uma situação que não gera mais prazer e não ocasiona senão o sofrimento e o sentimento de injustiça (DEJOURS, 1994).

Os socorristas recorrem às estratégias individuais de defesa para controlarem a raiva, a frustração, a insatisfação e driblarem a tensão, a ansiedade e o medo: ironia, sarcasmo, risos, chistes. Dejours (1992, p. 41) diz que “é preciso admitir que é sobretudo individualmente que cada operário deve se defender dos efeitos penosos da organização do trabalho”.

Os indivíduos são constantemente ameaçados pelo sofrimento psíquico provocado pela própria condição humana — a morte, o envelhecimento, a doença, ameaças do mundo externo, a natureza com suas fúrias —, pelos companheiros de descrença (Moraes, 2008), pelo trabalho (DEJOURS, 2012b). Em face dessas exigências os sujeitos criam defesas regressivas contra o sofrimento psíquico, que são a neurose, o delírio, as drogas, o autoabandono, o êxtase e as sublimações. O humor é uma forma sublimada de lidar com as dores do existir sem perder a graça, é um dos caminhos onde o princípio do prazer triunfa sobre o princípio da realidade dentro do campo da saúde psíquica, em que o desejo se realiza e se contrapõe à pulsão de morte, cuja situação-limite de encontro com o real se inscreve no campo das representações, produzindo um efeito simbólico (MORAIS, 2008).

O autor supracitado comenta que o chiste, por sua vez, é um modelo para se pensar o inconsciente. Composto apenas de palavras ou de um jogo de palavras, existe nele um levantamento da inibição e uma criação quando uma representação inconsciente pega carona numa pré-consciente e apresenta-se ao consciente do piadista, que a conta ao terceiro e produz nele um efeito, constatado pela risada (MORAIS, 2008). A piada só é piada se o terceiro é tocado por ela e a referenda com o riso.

Muitos pacientes neuróticos, sob tratamento psicanalítico com Freud, costumavam sorrir mesmo quando o conteúdo desvelado não justificava absolutamente o riso (FREUD, 1980). O uso de chistes foi bastante recorrente na pesquisa de Santos (2016b).

Trabalhadores capazes de fazerem brincadeiras e de rirem de seus próprios infortúnios laborais possuem chances de produzirem respostas de defesas efetivas contra as vivências de sofrimento no trabalho. O riso e a brincadeira catártica traduzem os incômodos das situações angustiantes vividas pelos socorristas na rotina laboral. Almeida (2010) menciona que a catarse é uma forma de liberar emoções, sentimentos e tensões reprimidas.

As cenas as quais os socorristas se deparam exercem pressão negativa, abalam seus subconscientes com imagens bruscas, violentas e aterrorizantes, que constituem fatores de desmotivação no trabalho. Às vezes, quando esses trabalhadores chegam para atender a vítima, o sinistro acabou de ocorrer e as mesmas ainda estão em situações resultantes do evento causa. Ou seja, encarceradas em veículos automotivos, presas a máquinas de trabalho, debaixo de demolições ou nas situações clínicas sendo atendidas por familiares e leigos (ROCHA, 2013). Segundo Huffman, Vernoy e Vernoy (2003), o uso do bom-humor para lidar com os problemas do dia-a-dia é uma alternativa eficaz para alterar o mal humor, eliminar a depressão, diminuir a raiva e a tensão.

O estudo de Pires (2011) revela que os profissionais de uma companhia de teatro da cidade de Goiânia minimizam as vivências de sofrimento no trabalho (relacionadas à sobrecarga na realização das tarefas, ao medo, à insegurança e à falta de reconhecimento, de autonomia, de liberdade e de tempo) com choro ou riso. Para Dejours (2011), as estratégias de defesa, na prática, têm a função de atenuar o sofrimento, sem, todavia, proporcionar a cura. O papel das mesmas é de freio à reapropriação, à emancipação e à mudança.

Os enfermeiros de Unidades da Estratégia Saúde da Família de um município da região central do Estado do Rio Grande do Sul, participantes do estudo de Freitas *et al.* (2016), usam a estratégia de defesa individual negação, com intuito de evitar a frustração e de barrar sentimentos de impotência, de desânimo e de ineficácia. Para ficarem com a "consciência tranquila" reconhecem suas limitações e as usam como forma de prevenir o desencadeamento de um sofrimento maior.

Diversas adversidades do contexto organizacional, que emergem no confronto do sujeito com o seu trabalho, têm levado muitos trabalhadores a recorrerem às estratégias de defesa denominadas banalização e fuga. Para tanto, adotam comportamentos individuais específicos vistos como saídas frente à ansiedade concreta do trabalho: o alcoolismo como fuga, atos de violência e a loucura com todas as formas de descompensação, psicóticas, caracteriais e depressivas (DEJOURS, 1992). O trabalhador que busca o alívio ingerindo bebida alcoólica, medicamentos e usando drogas, consegue bloquear seu consciente temporariamente com essas substâncias, mas com o fim de seus efeitos o sofrimento volta a

incomodar e o sujeito tende a recorrer a essas estratégias novamente, inserindo-o num ciclo vicioso.

Bloquear os pensamentos relacionados às situações experienciadas no trabalho quando não estão laborando é uma estratégia de defesa individual utilizada por alguns profissionais para protegerem a integridade do seu ego. Se estão com a família ou os amigos, eles concentram a atenção dos pensamentos no momento presente em que estão vivendo. Segundo Freud (1939 [1934-38]), p. 4887), “o ego faz uso de diversos procedimentos para desempenhar sua tarefa, que, para exprimi-la em termos gerais, consiste em evitar o perigo, a ansiedade e o desprazer”. O autor afirma ainda que existe um número extraordinariamente grande de mecanismos inconscientes utilizados por nosso ego na descarga de suas funções defensivas. Mas os mecanismos defensivos possuem também papel patogênico por ocasionarem uma alienação cada vez mais ampla quanto ao mundo externo e um permanente enfraquecimento do ego.

O uso da inteligência astuciosa (arte da improvisação) para a sublimação satisfatória é uma das estratégias de defesa frente ao sofrimento de desenvolver o trabalho com recursos insuficientes e/ou más condições de uso. Nos estudos consultados não foi encontrada ação similar. Mas Ortiga (2014) ressalta que em vários momentos, em função das características do local da ocorrência e da urgência da intervenção, são necessárias a criatividade e a improvisação, principalmente em áreas em que o apoio do rádio é limitado, inviabilizando o contato com o médico de apoio na central de regulação.

O trabalhar em outros SAMUs 192 também é permeado de dificuldades. O estudo de Guimarães, Silva e Santos (2015) identificou a falta de material e as condições precárias das viaturas como fatores de maior empecilho para a realização das atividades relacionadas ao socorro às vítimas.

Situação parecida acontece com os profissionais que integram as equipes do SAMU 192 e trabalhadores da Central de Regulação Médica de Urgências (CRMU) do Recife. Os mesmos têm enfrentado em suas rotinas de trabalho dificuldades, como: frota de ambulâncias velha e sucateada, déficit de ambulâncias de Unidade de Suporte Básico de Vida (USB) e Unidade de Suporte Avançado (USA), déficit de recursos humanos, comunicação deficiente entre a CRMU 192/Recife e os demais pontos da rede e, também, a superposição das atividades dos bombeiros e do SAMU 192 (ALMEIDA *et al.* 2015).

#### 4.2.2.4 Estratégias operatórias individuais para ajustar o trabalho e minimizar o sofrimento

A falta de autonomia para escolher as vítimas a serem atendidas é um componente de insatisfação que gera sofrimento para alguns trabalhadores do SAMU 192. Fazer acordo com o colega é uma estratégia operatória para fugir do aspecto doloroso da realidade (atender criminoso, bandido) e manter o equilíbrio psíquico. Segundo Dejours (1992), escolher as técnicas operatórias, os instrumentos e os materiais empregados permitem ao trabalhador, dentro de certos limites, adaptar o trabalho às suas potencialidades, competências, necessidades de sua personalidade, aspirações, motivações e desejos. Diante da impossibilidade da autonomia, o sofrimento se agrava nas situações de trabalho.

A estratégia operatória não se sujam durante o atendimento é utilizada pelos socorristas para evitarem a troca do uniforme e do EPI, indispensáveis para desenvolverem o trabalho. Em outras pesquisas consultadas tal estratégia não foi encontrada. Na pesquisa de Rocha (2013) os participantes comentaram que a roupa utilizada por eles durante o trabalho é muito quente e pesada, mas que a mesma é necessária para se protegerem. Houve participante do estudo de Luchtemberg e Pires (2017) que também faz menção ao desconforto em usar o uniforme.

A solidariedade para com o próximo é outra estratégia operatória elaborada pelos socorristas para aliviarem o sentimento de impotência e decepção frente às pessoas em situação de vulnerabilidade social envolvidas no processo de trabalho do SAMU 192. Para Dejours (2012b), entre a realidade laboral e suas respectivas prescrições e os procedimentos existe um hiato irreduzível que se deixa conhecer pelo trabalhador sob a forma de fracasso ou sob o efeito de surpresa desagradável.

Atuar em mais de um emprego é uma estratégia operatória recorrente por parte de outros trabalhadores do serviço pré hospitalar móvel no Brasil frente ao sofrimento advindo pela falta de reconhecimento financeiro. Entre os enfermeiros do SAMU 192 de uma cidade da Região Metropolitana do Recife, estudados por Silva (2014), quase todos possuem mais de um vínculo. A busca por outro emprego teve como objetivo o aumento da renda mensal, a fim de suprir suas demandas básicas de sobrevivência. Houve um participante que afirmou ser necessário ter dois, três, quatro vínculos para se obter uma remuneração razoável. O mesmo acontece com os condutores socorristas de veículos do SAMU 192 do Município de Fortaleza, Ceará, pesquisados por Guimarães, Silva e Santos (2015). Todos recorrem a outros vínculos empregatícios motivados pela baixa remuneração.

A pesquisa de Silva *et al* (2014b) com enfermeiros e técnicos do SAMU 192 instalado em uma cidade da região central do Rio Grande do Sul menciona que a desvalorização salarial é um fator que fragiliza o serviço. A maioria dos sujeitos (médicos reguladores, TARMs,

rádio operadores) pesquisados por Paiva e Avelar (2011) dedica seu tempo a atividades de trabalho extra SAMU 192.

Os achados semelhantes relacionados à utilização da estratégia operatória atuar em mais de um emprego sugerem que a mesma conduz à minimização do sofrimento, mas não à ressignificação e transformação do aspecto nocivo falta de reconhecimento financeiro presente no ambiente de trabalho. Essa defesa pode se transformar em patologia da sobrecarga, por exigir do trabalhador carga de trabalho extensa, decorrente da adesão a outras atividades laborais. O descanso, o lazer, a vida social podem ser ameaçadas, privadas.

Segundo Dejours (1992), a recompensa financeira - o salário - contém significações concretas (sustentar a família, ganhar as férias, pagar as melhorias da casa, pagar as dívidas) e também mais abstratas na medida em que o salário contém sonhos, fantasias e projetos de realizações possíveis. No caso inverso, o salário pode conduzir todas as significações negativas que implicam as limitações materiais que ele impõe.

Quanto à estratégia operatória estudar para compreender o comportamento do cidadão, não foram encontrados estudos que a enfatizassem. Talvez porque as vivências de sofrimento decorrentes da falta de educação, respeito, responsabilidade, comprometimento não imperam nas condutas das populações assistidas pelos SAMUs estudados no Brasil. E, conseqüentemente, não criam situações constrangedoras aos condutores socorristas e demais integrantes da equipe de USA.

O Art. 74 do Código de Trânsito Brasileiro (1997) determina que a “educação para o trânsito é direito de todos e constitui dever prioritário para os componentes do Sistema Nacional de Trânsito” (BRASIL, 1997, cap. VI, art. 74). No entanto, a realidade que se apresenta parece não condizer com essa recomendação. Mesmo com giroflex e sirenes ligados, os condutores não respeitam as equipes socorristas do SAMU 192 em estudo. Se esse comportamento for recorrente no Município de Fortaleza, Ceará, o deslocamento das equipes para os atendimentos se tornará praticamente impossível. Guimarães, Silva e Santos (2015) trazem relatos que revelam veículos sem buzina, sirene e até sem freio de mão. É provável que usem tons de voz elevados para abrirem os caminhos no trânsito e também sinais com os membros do próprio corpo.

Os acidentes de trânsito no Brasil, de acordo com o estudo de Costa e Manguiera (2014), estão relacionados predominantemente ao veículo motocicleta, cujos pilotos encontram-se na faixa etária jovem. O uso do álcool, alta velocidade, inexperiência por parte de alguns e o não uso de equipamentos de proteção individual (EPI) necessários para a utilização desse veículo acabam contribuindo de forma direta para o aumento da

morbimortalidade da população, sendo indispensável a atuação de autoridades e profissionais de saúde para que haja um envolvimento da população nas ações preventivas.

A pesquisa de Bôas e Silva (2015) aponta que as vítimas mais comuns de acidentes de trânsito são crianças, pedestres e idosos. Esses autores reforçam a necessidade de um olhar interdisciplinar, pois os impactos e consequências causados no trânsito pelo alto índice de violência são preocupantes e exigem, portanto, uma visão ampliada e embasada por diferentes áreas do saber.

Desviar a atenção do trabalho por meio do lazer, acompanhados pela família e/ou pelos amigos, é uma estratégia operatória utilizada por alguns participantes da pesquisa. Para Aquino (2010), o lazer é um conjunto de atividades desenvolvidas no resíduo do tempo cotidiano após cumprir-se todas as obrigações, seja de caráter profissional e voltadas ao trabalho, seja de caráter social. O tempo adquire um papel fundamental como mediador da relação entre trabalho e lazer.

O lazer oferece condições favoráveis à desativação da tensão emocional. O mesmo, segundo Gomes (2014), é uma prática social e uma necessidade humana que pode ser satisfeita de múltiplas formas, segundo os valores e interesses dos sujeitos, grupos e instituições em cada contexto histórico, social e cultural.

Caminhar e frequentar academia foi uma estratégia operatória adotada por enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva para diminuir o estresse pelo trabalho (MARTINS; ROBAZZI, 2009). Para Surdi e Tonello (2007), lazer e saúde são partes fundamentais da vida dos indivíduos e se relacionam a todo instante no cotidiano bem como se correlacionam com outros aspectos para melhorias na qualidade de vida. O trabalhador precisa desse tempo em seu cotidiano para proporcionar um aumento significativo de seu bem estar.

Explica Dejours (1992) que ao se levar em conta o custo financeiro das atividades fora do trabalho (esporte, cultura, formação profissional) e do tempo absorvido pelas atividades inelásticas (tarefas domésticas, deslocamentos), poucos são os trabalhadores que podem organizar o lazer de acordo com seus desejos e necessidades fisiológicas. Entretanto, alguns conseguem usá-lo harmoniosamente de maneira a contrabalançar os efeitos nocivos da organização do trabalho.

Buscar apoio na religião é outra estratégia operatória que emergiu na escuta clínica. A oração, segundo Esperandio e Ladd (2013), exerce um papel importante na constituição subjetiva de seus praticantes, sobretudo nos aspectos relacionados à saúde mental. Os sujeitos reportam diminuição da ansiedade, incremento das habilidades para administrar as situações de estresse e sofrimento, impulso para a cooperação mútua, maior senso de direção e

propósito na vida quando têm o hábito de orar.

Os enfermeiros de todos os turnos que trabalham nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) I e II do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, estudados por Martins e Robazzi (2012), buscam na oração forças para continuarem as tarefas de cuidar dos pacientes, principalmente aqueles que apresentam risco de morte iminente e, muitas vezes, para que consigam afastar a impotência sentida diante dos fatos ali vivenciados. Essa estratégia operatória é adotada individualmente, alguns rezam sozinhos em algum canto do local de trabalho e ainda coletivamente. Em situações de plantões tumultuados a equipe toda recorre à oração, solicitando condições para poderem cuidar da pessoa assistida por eles. Alguns consideram a oração uma válvula de escape quando percebem que nada mais pode ser feito e também como forma de alívio.

A indisponibilidade de unidade própria ou terceirizada, intra ou extra serviço de saúde para higienização e esterilização de roupas utilizadas no SAMU 192, faz com que os próprios trabalhadores esterilizem e lavem suas roupas com recursos próprios. Essa estratégia operatória, pelo que se percebe, foi a solução mais prática e menos onerosa financeiramente.

Para cada tipo de sujidade das roupas, pesada ou leve, faz-se necessário práticas preventivas aos riscos associados a elas. Para Brasil (2009a), não existe um processo único e ideal para a lavagem de vestuários utilizados em atividades de trabalho na saúde. Aquelas roupas com sujidade pesada (roupas com sangue, fezes, vômitos e outras sujidades proteicas) precisam de um ciclo completo de lavagem: umectação, enxágues, pré-lavagem, lavagem, alvejamento, enxágues, acidulação e amaciamento. Já as roupas com sujidade leve (roupa sem presença de fluidos corpóreos, sangue e/ou produtos químicos) dispensam as etapas de umectação, primeiros enxágues e pré-lavagem, sendo que o ciclo inicia-se na etapa de lavagem.

Cuidados essenciais no transporte, manuseio e lavagem de roupas contaminadas precisam ser adotados com vistas a evitar contaminações. Oliveira, Silva e Gabarccio (2012) afirmam que jalecos, aventais e uniformes devem ser considerados na cadeia de disseminação de microrganismos resistentes.

Estratégias operatórias diferentes das encontradas no presente estudo aparecem em outras pesquisas. Uma delas, realizada por Marques (2013), traz o caso de um (a) médico (a) que precisou atestar a morte de dois adolescentes e que afirmou fazer o que era preciso, em seguida deu as costas e saiu do local para não ver choro, não sentir nada. Para Dejours (2008), atenuar o sofrimento no trabalho envolve, na maioria das vezes, tentativas de opor uma denegação à percepção daquilo que faz sofrer.

#### 4.2.2.5 Estratégias operatórias coletivas para lidarem com o sofrimento e as dificuldades no trabalho

As análises indicam que os trabalhadores do SAMU 192 utilizam diversas estratégias operatórias coletivas para darem conta do descompasso entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Para Dejours (2012b), os trabalhadores que são vítimas impotentes e passivas expostas aos riscos reverterem suas atitudes, prosseguem na atividade e cumprem a tarefa.

Os atos cooperativos identificados neste estudo e que são fomentados nas relações de confiança e de união dos trabalhadores sugerem a cooperação como condição de fortalecimento da mobilização subjetiva utilizada pelas equipes de trabalho no SAMU 192, como alternativa para se realizar o trabalho. Para Dejours (2011, 2012b), a cooperação exige relações de confiança entre os trabalhadores. A confiança é uma luta, diz respeito sobretudo à ordem do deontológico, isto é, da construção de acordos, normas e regras que se adequem à forma de realizar o trabalho. A confiança é uma das grandes dificuldades do trabalho coletivo e constitui um fator importante nos relacionamentos interpessoais, especialmente como base para a cooperação. Afirma ainda o autor que confiança e lealdade são indissociáveis.

No convívio profissional, a relação entre os integrantes da equipe do SAMU 192 de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, é baseada na confiança, pois um depende do outro, o que contribui para o aprendizado diário de todos. Essa dependência se deve principalmente ao tamanho da equipe, composta por três profissionais na USA e dois ou três na USB. O enfermeiro confia no condutor e confia no médico, e essa reciprocidade ocorre entre todos os profissionais, porque se faltar confiança o atendimento fica prejudicado. Quando a confiança existe, o trabalho em equipe funciona. Os participantes da pesquisa em Belo Horizonte consideram a confiança como fator primordial para a realização de um trabalho de qualidade, já que ela representa o sentimento de certeza de que o outro sabe como agir, o que deve fazer e quando deve intervir na abordagem à vítima (ROCHA, 2013).

Os achados de Pinto e Zambroni-de-Souza (2015, p. 49) evidenciaram que, mesmo diante das “variabilidades cotidianas da atividade de trabalho, os motoristas de ambulâncias produzem modos operatórios para darem conta das situações de trabalho, cooperando para solução dos problemas e/ou manejando as imprevisibilidades no trabalho em equipe”. Para Dejours (2007), as estratégias defensivas coletivas contribuem de maneira decisiva para a coesão do coletivo de trabalho.

O aspecto da cooperação foi um tema que se destacou no estudo de Arnemann e Winter (2012). Sua falta ou sua presença é sentida e valorizada pelos trabalhadores do SAMU



192 de um município do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. O processo de cooperação no referido campo de pesquisa estende-se para além das fronteiras internas de trabalho e amplia o espírito cooperador para outras instituições que atuam concomitantemente no resgate das vítimas.

Os trabalhadores que prestam atendimento pré-hospitalar estão expostos a distintos tipos de ambientes e circunstâncias que podem influenciar diretamente no processo de atendimento. Assim, a coesão do coletivo, como acontece em uma família, é uma estratégia de defesa coletiva que favorece o enfrentamento do trabalho (LÚCIO; TORRES; GUSMÃO, 2013; MELO; MAGALHÃES, 2016). A falta de coesão entre a equipe e a desvalorização salarial são fatores que fragilizam o serviço (SILVA *et al.*, 2014b). A “percepção de união e cooperação entre trabalhadores gera satisfação laboral” (MOSCHEN; MOTTA, 2010). Grupos de trabalhadores “têm um poder muito forte nas organizações, e esse poder pode ser utilizado em favor da busca do cumprimento de objetivos organizacionais ou contra tais objetivos” (ALBUQUERQUE; PUENTE-PALACIOS, 2004, p. 359).

Diminuir as viagens noturnas foi uma estratégia operatória frente às condições precárias das viaturas. Os condutores socorristas estudados por Guimarães, Silva e Santos (2015) costumam fazer os deslocamentos em baixa velocidade, pois os veículos disponíveis não oferecem segurança. Essa foi a solução encontrada para prestarem o serviço. A pesquisa de Melo e Magalhães (2016) menciona que a precariedade das ambulâncias é um dos fatores que influencia o sentido do trabalho atribuído pelos profissionais do SAMU 192.

O compartilhamento de experiências é outra estratégia operatória identificada neste estudo. Atitudes similares aparecem na pesquisa de Rocha (2013). Entre um atendimento e outro os trabalhadores permanecem juntos nas bases do serviço à espera de mais um chamado, dividindo suas dúvidas e seus anseios e discutindo sobre a alegria ou sobre a tristeza do atendimento. Esses profissionais buscam estudar constantemente sobre traumas, haja vista que cada atendimento é diferente um do outro, dificultando a aplicação de procedimentos baseados em experiências anteriores. Então, diante do novo e do inesperado nos atendimentos, sentem a necessidade de buscar atualização permanente, aperfeiçoamento diário para a execução do serviço com eficiência e qualidade.

Para Molinier (2013), o viver junto integra as experiências vividas no trabalho. A qualidade da convivialidade influencia na construção e na reiteração das estratégias coletivas de defesas, presentes nas situações de trabalho que apresentam discrepâncias entre o trabalho prescrito e o trabalho real.

O estudo de Pereira e Lima (2009) com profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares

ou técnicos de enfermagem e motoristas, além de bombeiros militares) do SAMU 192 de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, revela que a qualidade do atendimento está muito relacionada ao funcionamento da equipe. Todos os integrantes devem estar habilitados e preparados para executarem um conjunto de ações necessárias para a sobrevivência da vítima. Muitas vezes, os procedimentos são realizados concomitantemente e cada um desenvolve uma tarefa, tornando o atendimento ágil e rápido. Esse tipo de integração tem sido descrito nas situações de emergência em que é necessário realizar ações de formato articulado, em que os profissionais agem de forma cooperativa, sintonizada e precisa, sob a coordenação do médico. Essas intervenções configuram um trabalho coletivo no qual, dada à gravidade da situação, está presente a cooperação, a cumplicidade e a solidariedade entre os profissionais envolvidos.

A contribuição material e imaterial entre os trabalhadores com dinheiro e mão de obra próprias para consertarem as ambulâncias desativadas - por causa de pneu furado, falta de óleo ou batida no trânsito-, é uma estratégia operatória em resposta ao sofrimento pelas possibilidades de se acidentarem e de negarem o atendimento a quem necessita.

Contribuir com recursos financeiros para comprarem seus próprios alimentos, que vez ou outra faltam no estoque da Unidade onde trabalham, foi a solução encontrada pelos trabalhadores para não ficarem sem alimentação. O estudo de Paiva e Avelar (2011) possui verbalizações que revelam um modo de agir similar. Os participantes também já recorreram à vaquinha para comprarem água.

A pesquisa de Freitas (2014) com enfermeiros atuantes nas unidades Estratégia Saúde da Família do Município de Santa Maria, Estado do Rio Grande do Sul, traz achados similares. Os participantes revelaram que unem esforços para improvisarem os materiais que lhes faltam através das vaquinhas (cada trabalhador contribui com uma quantia de dinheiro para comprar o que precisa na unidade). Efetuam mudanças de salas, trazem equipamentos de casa - ou compram com o próprio dinheiro - seguindo uma lógica de hierarquia, em que o enfermeiro compra o mais caro e o técnico o mais barato, ou revezam entre si os gastos com a Unidade, o que lhes gera um certo conforto temporário.

O uso da autoridade na hora do atendimento é outra estratégia operatória utilizada pelos socorristas frente a vítimas que dificultam os procedimentos necessários às suas sobrevivências. Lesões torácicas e abdominais, fraturas e ferimentos são eventos passíveis de dores, cujas consequências podem exceder a parte emocional. A irritação e a agressão, por exemplo, sugerem a exaustão de quem (os socorristas) está envolvido na situação. A colaboração do indivíduo que está sendo assistido pela equipe do SAMU 192 é muito

importante para facilitar o trabalho da mesma. Para Brasil (2002), equilíbrio emocional e autocontrole são requisitos exigidos para as pessoas que querem atuar como socorristas.

Milani *et al.* (2012) explicam que a dor é simultaneamente um fenômeno psíquico e somático. Ela não se deixa aprisionar no corpo, implica o indivíduo em sua totalidade, sendo um fato existencial, além de fisiológico. O seu limiar de sensibilidade não é o mesmo para todos. As organizações psíquicas internas influenciam a atitude face à dor e os comportamentos de resposta que podem ser a expulsão, a negação e o desprezo.

O tom de voz alto não é recomendado com indivíduos em crise de saúde mental. No protocolo de suporte avançado de vida estão prescritas diversas condutas, entre elas: aproximar-se de forma tranquila, identificar-se e explicar o motivo da aproximação, disponibilizar-se ao “bom encontro”, ou seja, estar aberto ao contato e trocas de forma respeitosa e acolhedora (BRASIL, 2016a).

A iniciativa de arrecadação de dinheiro entre os trabalhadores para ajudar vítimas e/ou famílias das vítimas em situação financeira precária foi a estratégia operatória construída pelos socorristas para suportarem o sofrimento ao presenciarem os efeitos da desigualdade econômica. A pesquisa de Abreu *et al.* (2012) revela que um dos motivos que leva o solicitante a procurar o SAMU 192 é a dificuldade financeira. Especialmente para os mais pobres o custo do deslocamento é decisivo na procura pelo serviço.

O ambiente social demanda empatia, humanitarismo e sociabilidade (MAGALHÃES; TEIXEIRA, 2015). Mas, o contato rotineiro dos socorristas com pessoas em situações de vulnerabilidade social pode gerar acúmulo progressivo de angústia. Mesmo sendo louvável, a intensificação do comportamento solidário (ajuda financeira) pode acarretar em prejuízos financeiros aos socorristas.

A estratégia operatória avisar o médico plantonista da unidade de atendimento que o paciente pode esperar foi a solução encontrada pelos socorristas frente ao sofrimento de se depararem com usuários em estados de saúde que não se incluíam no *status* de urgência ou de emergência. A pesquisa de Silva *et al.* (2014b) menciona que muitas ocorrências recebidas pelo SAMU 192 não precisariam do tipo de atendimento oferecido e a população aciona-o sem necessidade. Veronese, Oliveira e Nast (2012) citam que os solicitantes do SAMU 192 têm um bom conhecimento sobre o serviço, porém em certos momentos ficam evidenciadas algumas inadequações, por exemplo, a ideia de que o SAMU 192 serve apenas para transportar pessoas para os hospitais, independentemente do nível de gravidade da situação a ser atendida.

O estudo de Abreu *et al.* (2012) revela que é comum casos em que o pai e a mãe não

têm condições de levar o filho ao hospital por não terem o dinheiro para a passagem. A solicitação ao SAMU 192 é motivada pela necessidade de um meio de transporte para deslocamento até ao serviço de saúde, visto que o solicitante não tinha recurso próprio.

Vieira e Mussi (2008) acreditam que não é suficiente apenas ofertar os serviços pré-hospitalares móveis, mas é crucial que a população esteja educada quanto à sua responsabilidade para utilização desse serviço. Assim sendo, o público precisa ser capacitado para reconhecer rapidamente as situações clínicas que requerem ativação e obtenção rápida do SAMU-192. Se a população não estiver preparada para o uso adequado do SAMU-192, as chamadas poderão deixar de ser feitas ou serem indevidas, ocasionando demanda excessiva ao sistema de atendimento e impedindo que a população se beneficie da sua melhor resposta.

Os participantes da pesquisa de Silva *et al.* (2014b) apontaram como sugestão estratégica para melhorar a qualidade e eficiência do serviço o uso da mídia, por ser um meio potencial de informação para auxiliar a população a compreender a importância e a real função do SAMU 192.

Buscar ajuda com outros profissionais da área da saúde é uma estratégia operatória presente na rotina laboral de outros trabalhadores do SAMU 192 no Brasil. Ciconet (2015) cita a existência de dificuldades na finalização do processo de atendimento que são decorrentes da superlotação das unidades hospitalares que recepcionam os atendidos. Diante dessa situação, os profissionais do SAMU 192 usam as relações interpessoais para garantir a acolhida dos socorridos.

As unidades hospitalares habilitadas para receberem as vítimas em estado de urgência ou emergência têm por finalidade oferecer o atendimento inicial, estabilizar o quadro clínico do indivíduo e redirecioná-lo para a especialidade. A falta de vaga ou a má vontade dos responsáveis pelo recebimento das vítimas vai ao encontro do desejo dos trabalhadores do SAMU 192, originando as vivências de sofrimento. Carter, Pouch e Larson (2014) comentam que a equipe, enquanto aguarda o acolhimento do socorrido, fica indisponível para atender outras solicitações.

Não tendo EPI reserva os trabalhadores do SAMU 192 não saem para fazer os atendimentos. Essa conduta gera sofrimento, considerando que o sentido positivo do trabalho é atender as ocorrências e salvar vidas. No entanto, é uma medida necessária por não estarem adequadamente protegidos contra possíveis situações que ameçam a segurança e a saúde dos mesmos. Segundo Brasil (2017g), a organização é obrigada a fornecer aos empregados, gratuitamente, EPI adequado ao risco, em perfeito estado de conservação e funcionamento.

O descumprimento da referida obrigatoriedade pode contribuir para os acidentes de

trabalho e, por conseguinte, os afastamentos do profissional, bem como influenciar no nível de serviço oferecido, gerar despesas para a organização e para o próprio indivíduo, que na maioria das vezes arca sozinho com os custos de recuperação de sua saúde.

O ambiente de trabalho dos profissionais em estudo abriga diversos fatores de risco que, direta ou indiretamente, podem afetar a segurança e a saúde dos mesmos. Oliveira e Paiva (2013) fizeram um estudo para estimar a prevalência dos acidentes por exposição a material biológico, as características e as condutas pós-acidente entre os profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliar de enfermagem e condutores) do atendimento pré-hospitalar de quatro municípios de Minas Gerais, Brasil. Evidenciaram como fatores desencadeantes dos acidentes a realização de atividades como: punção venosa, glicemia capilar, medicação intradérmica e reencape de agulha, sutura, medicação intramuscular e retirada de cateter intravenoso, imobilização do paciente, realização da higienização do material utilizado, intubação orotraqueal, assistência ao parto, contenção mecânica do paciente assistido, fixação de máscara de oxigênio ao rosto do paciente e acondicionamento de resíduos produzidos pelo atendimento.

Ainda, conforme os autores, essas atividades ocasionaram acidentes nos profissionais por via percutânea através do manuseio de materiais impregnados de sangue, tais como agulhas ocas, vidros, lancetas, agulhas de sutura, metais, lâminas e cateteres intravenosos, por via mucosa pelos agentes sangue, vômito, suor, o líquido amniótico e a secreção traqueal, por via fluídos corporais com a pele íntegra cujos agentes são: sangue, secreção e líquido amniótico.

Grande parte dos técnicos de enfermagem do SAMU 192 de Itaúna, Estado de Minas Gerais, estudados por Guimarães *et al.* (2011), relatou um fornecimento inadequado dos EPIs pela instituição, já que costuma receber somente luvas. Durante o atendimento utilizam luvas de procedimento, macacão e botas. Os óculos de proteção não foram citados como EPI utilizado nas atividades do serviço. Esses equipamentos seriam a barreira de proteção da via ocular, que nesse caso, está exposta aos vários riscos de contaminação. É comum a esses profissionais o contato com secreções, fluidos e dejetos que podem ser projetados contra eles na assistência ao paciente. Esses socorristas têm contato direto com o paciente, realizando procedimentos invasivos, preparando medicações, administrando medicamentos, realizando curativos e outros procedimentos que os mantêm sempre em constante contato com material biológico.

Esperar por material em condições de uso, fazer permutas de materiais e equipamentos são estratégias operatórias frente às dificuldades fomentadas pelas condições de trabalho

inadequadas. Para Freitas *et al.* (2016), adaptar a dinâmica de trabalho com o que têm disponível é uma forma de minimizar as barreiras encontradas pelos trabalhadores no desenvolvimento de suas atividades, evitar o desgaste e o sofrimento. Segundo Silva (2014), o trabalhar do SAMU 192 é permeado de carência de materiais. É comum faltar látex, copos, papel higiênico.

A ausência de certos recursos gera, segundo O'Dwyer e Mattos (2013), atraso ou inadequação do atendimento, criando constrangimento para a equipe, insatisfação da população e aumento de morbidade e mortalidade. O estudo realizado por esses autores traz relatos de participantes que evidenciam ampla tentativa de mobilização de recursos que não lograram atender à demanda. Diante da ausência de equipamento para o atendimento, tentam conseguir emprestado de outras ambulâncias dos municípios próximos. No entanto, isso leva tempo. Houve caso em que já estavam a caminho e receberam ligação comunicando que o paciente que aguardava pelo atendimento havia falecido.

Os estudos de Minayo e Deslanches (2008) e de Lima e Rivera (2010) constataram que a falta de material prejudica a agilidade e a qualidade do atendimento. A pesquisa de Paiva e Avelar (2011) traz relatos afirmando que nem sempre existe ambulância disponível no tempo e na hora como deseja o solicitante. Houve falecimento de um rapaz de 20 anos pela indisponibilidade de ambulância.

Seguir do local da cena direto para outra ocorrência com uma vítima em óbito foi a solução mais plausível para ganhar tempo e atingir o resultado esperado, salvar vidas. Fugir ao prescrito, nesse caso, foi uma estratégia operatória necessária para amenizar o sofrimento de trabalhar com número de viaturas abaixo da demanda. Para Ghussn e Souza (2016), um fator importante a ser considerado é que, devido às restrições orçamentárias, os Sistemas de Atendimento Emergenciais não podem ter um grande número de pessoas e equipamentos, com mais ambulâncias e tripulação.

Se por um lado as estratégias operatórias são importantes para que os trabalhadores enfrentem a diversidade das contradições presentes no contexto de trabalho, por outro lado podem potencializar as possibilidades de não conseguirem transformar as circunstâncias do trabalho que se apresentam discrepantes das prescrições. Caso o emprego dessas defesas se torne habitual, poderão resultar em adoecimento físico e mental dos trabalhadores.

Burlar a lei de trânsito fazendo uso de vias na contramão e da saltação de canteiros para se chegar rápido ao local onde está a vítima é uma estratégia operatória aderida também por outros profissionais do SAMU 192 no Brasil, como é o caso dos condutores-socorristas de Fortaleza, Estado do Ceará, estudados por Guimarães, Silva e Santos (2015). Por serem

considerados os principais responsáveis pelo “tempo-ouro” de atendimento, necessitam por diversas vezes conduzir os veículos móveis de urgência de forma perigosa, abrindo espaço no trânsito, recorrendo à alta velocidade e realizando ultrapassagens arriscadas.

O tempo de chegada até ao local da cena onde está a vítima é um dos fatores que influencia as condições de mobilidade no trânsito e que cada vez mais vem piorando pela progressiva expansão da frota de veículos circulantes que tornam as vias de circulação lotadas em praticamente todos os horários do dia (CICONET, 2015).

O sofrimento engendrado pelas relações sociais externas (com usuários, familiares de usuários, comunidade local) tem exigido dos trabalhadores participantes deste estudo respostas operatórias fortemente coletivas como: uso de encenações, códigos e combinações, saídas discretas, apoio na retaguarda da equipe ou mudanças do local de atendimentos. Graças a essas defesas operatórias é que os socorristas têm conseguido, de forma arriscada, realizar o trabalho diante de uma população tensa e sem o apoio da polícia. Com isso, conseguem evitar eventos (agressões físicas e verbais) e suportar o desgaste provocado pela subtração do prazer no trabalho, decorrente do confronto com uma realidade laboral insegura.

O estudo de Alves *et al.* (2016) sobre condutas do enfermeiro atuante no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da cidade de Patos, Estado da Paraíba, enfatiza que uma das dificuldades na realização do trabalho de socorrista está relacionada à segurança da equipe e à falta de auxílio da polícia para conter os curiosos que insistem em congestionar a cena da ocorrência, atrapalhando o desempenho da equipe do SAMU e ocasionando prejuízos tanto para os profissionais de saúde como para a vítima assistida. Devido à preocupação com a segurança da equipe e a interferência da população, a qualidade do cuidado é prejudicada tornando a assistência precária; sendo esse fator diretamente relacionado às chances de sobrevivência da vítima.

Os achados de Rocha (2013) apontam para a necessidade de clareza e compressão para que o “calor da situação” – ou seja, a pressão de familiares e populares, ou até o mesmo o impulso profissional em salvar a vítima – não prejudique a atuação dos profissionais ou os coloque em risco. A falta de compreensão das vítimas e curiosos sobre as dificuldades (locomoção, distância percorridas, demoras) que envolvem o processo de trabalho no SAMU 192 impacta na interação dos profissionais com os usuários.

A pesquisa de Pereira e Lima (2009) menciona que a sintonia e a integração da equipe no momento do atendimento muitas vezes fluem tão bem quem a comunicação verbal chega a ficar em segundo plano.

Convém destacar que em algumas das produções científicas consultadas constam

estratégias operatórias diferentes das que foram evidenciadas na rotina laboral dos trabalhadores do SAMU 192 aqui estudados. A pesquisa de Guimarães, Silva e Santos (2015) cita que os condutores socorristas frente à inadequação de equipamento solicitam ajuda às pessoas presentes no local da cena para suspenderem a maca com a vítima em direção à viatura. Um ponto preocupante mencionado pelos socorristas é que pedir a duas ou três pessoas para ajudarem é um risco, porque o indivíduo nunca sabe como manuseá-la, podendo ocorrer tombos e quedas da maca. A responsabilidade recairá sobre a equipe.

O estudo de Rocha (2013) faz referência à estratégia operatória atender ao prescrito. No caso de ocorrências a serem feitas em área de risco, os socorristas esperam a escolta da Polícia Militar. Essa medida protetiva da equipe, de trabalhar juntamente com a polícia, favorece o acesso à vítima e a execução do atendimento com segurança.

A estratégia operatória voltar-se ao trabalho e focar a atenção no paciente aparece no estudo de Arnemann e Winter (2012). Os sujeitos pesquisados costumam desviar o olhar e a opinião do outro, alternativa imprescindível para manter o equilíbrio emocional dos mesmos e permitir a realização dos procedimentos de emergência. Dito de outra forma, os socorristas, quando estão em atendimento, não veem ninguém, só a vítima. Não escutam se alguém fala com eles, preocupam-se com a vítima e centram toda a atenção somente nela.

A pesquisa de Freitas (2014) com enfermeiros, profissionais da Estratégia Saúde da Família, assinala que para enfrentarem a sobrecarga do trabalho, o desgaste consequente da desorganização do trabalho e a busca incessante por novas estratégias de defesa precisam fazer uso de meios psicologicamente saudáveis de confronto, como: espaço para brincadeiras durante o turno de trabalho, lanche coletivo, música ambiente, palavras cruzadas, horta no pátio da unidade.

De maneira geral há evidências de que os trabalhadores em estudo têm recorrido às estratégias de defesa psíquicas (individuais) e às estratégias operatórias para se protegerem dos constrangimentos psíquicos impostos pelo trabalho no SAMU 192 e darem conta de trabalhar. Os achados reforçam a afirmação de Dejours (2012b, p. 61) que “na medida em que se trabalha, não se trata apenas de produzir, mas também de proteger-se contra os riscos no trabalho”. Para Dejours e Abdoucheli (1994), os trabalhadores são capazes de unir esforços para construir estratégias de defesa comuns, visando em primeira instância a proteção da saúde mental.

A utilização de estratégias de defesa psíquicas por parte dos trabalhadores do SAMU 192 pode ser considerada positiva à medida que minimiza o sofrimento (conflitos intrapsíquicos) ocasionado pelas situações de trabalho, favorece a normalidade (equilíbrio



psíquico) e ajuda na realização das atividades. A normalidade, em especial, segundo Lancman, Uchida e Sznelwar (2015, p.81) surge “como resultado de uma dinâmica entre o sofrimento não patogênico, as defesas psíquicas, as possibilidades de realização de si e os processos de identificação com o trabalho”.

#### 4.2.2.6 Adoecimentos relacionados ao trabalho no SAMU 192

Neste estudo alguns sinais prováveis de adoecimento, sintomas ou de pré-avisos de patologias foram identificados. São eles: situações de perda de equilíbrio emocional, cansaço, ansiedade, aceleração, estresse pós-traumático e estado de embotamento afetivo.

Diversos estudos sinalizam a existência de patologias físicas e mentais ou citam sinais de alarme de possíveis causas de doenças relacionadas ao trabalho. Na pesquisa de Worm *et al.* (2016), os danos físicos mais sinalizados foram as dores nos braços e as alterações no sono. Os participantes investigados por Guimarães, Silva e Santos (2015) consideram como problemas mais comuns relacionados ao trabalho as dores na coluna e nas articulações, a pressão sanguínea e o estresse.

Todas as situações que exigem do trabalhador maior carga de trabalho, aumento de demanda e/ou pressão resultam na elevação do seu nível de esforço, da sua atenção e/ou dedicação (CARDOSO, 2013), podendo provocar cansaço, irritação, falta de concentração, desânimo, sensação de fracasso e também sacrificando a vida familiar, o lazer e o convívio social.

O *ranking* de auxílios-doença concedidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social acusa que a dor nas costas é a doença que mais afasta trabalhadores no Brasil por mais de 15 dias. Em 2016, 116.371 pessoas tiveram de se ausentar do trabalho por, no mínimo, duas semanas em razão dessa enfermidade. O número representa 4,71% de todos os afastamentos. O segundo motivo que mais afastou trabalhadores no ano passado foi a fratura de perna e tornozelo, seguida pela fratura de punho e mão. Dados do Ministério do Trabalho apontam que não são as atividades pesadas que mais afastam trabalhadores com dores nas costas, e sim o serviço público, onde há um grande número de pessoas realizando funções repetitivas (BRASIL, 2017f).

O trabalho ocupa um lugar fundamental na dinâmica do investimento afetivo dos trabalhadores. Condições favoráveis à livre utilização das habilidades dos trabalhadores e ao controle do trabalho pelos trabalhadores têm sido identificadas como importantes requisitos

para que o trabalho possa proporcionar prazer, bem-estar e saúde, deixando de provocar doenças. Por outro lado, o trabalho desprovido de significação, sem suporte social, não reconhecido ou que se constitua em fonte de ameaça à integridade física e/ou psíquica, pode desencadear sofrimento psíquico (BRASIL, 2001).

Sintomas de ansiedade relacionados à sobrecarga de trabalho gerada pela inserção da tecnologia da informatização foram identificados no estudo de Santos (2016b). O transtorno pós-traumático foi sinalizado no estudo de Guimarães, Silva e Santos (2015). Um dos participantes revelou ser traumatizado com sirene em virtude de agressões verbais, com palavras de baixo escalão, por parte dos cidadãos no trânsito pressionando-o para ligar a sirene, mas ela estava estragada.

O transtorno de estresse pós-traumático é um transtorno psiquiátrico que pode ocorrer em pessoas que experimentaram ou testemunharam um evento traumático (desastre natural, acidente grave, ato terrorista, guerra/combate, assalto com violência) e em indivíduos que souberam de eventos traumáticos ocorridos com um familiar próximo ou amigo próximo, ou por quem é frequentemente exposto a detalhes aversivos de eventos traumáticos, por exemplo, socorristas recolhendo restos humanos, policiais repetidamente expostos aos detalhes de um abuso infantil. Os transtornos mentais e do comportamento são diversos: transtornos do neurodesenvolvimento, esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtorno bipolar, transtorno depressivo, transtorno de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e outros transtornos relacionados, trauma e transtornos relacionados ao estresse, transtornos dissociativos, sintomas somáticos e outros transtornos relacionados, alimentação e transtornos alimentares, "disfunções sexuais", "disforia de gênero" e "transtornos parafilicos", transtornos relacionados a substâncias e adição, transtornos neurocognitivos e transtornos de personalidade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2016).

Os transtornos mentais podem afetar o desempenho do indivíduo na esfera familiar, social, pessoal, laboral, formativa, dentre outras. Segundo Brasil (2016b), os trabalhadores que atuam na administração pública e em atividades de atendimento hospitalar são os que mais apresentam episódios depressivos. Segundo Antunes, Praun (2015, p. 423), as transformações “ocorridas no mundo do trabalho nas últimas décadas resultaram na constituição de um exército de trabalhadores mutilados, lesionados, adoecidos física e mentalmente, muitos deles incapacitados de forma definitiva para o trabalho”.

Os episódios depressivos e transtornos ansiosos estão entre as vinte doenças mais frequentes no ano de 2014, considerando os benefícios auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, previdenciários (B31 e B32) e acidentários (B91 e B92), somados (BRASIL,

2016b).

A ansiedade é uma reação normal ao estresse e pode ser benéfica em algumas situações. Ele pode alertar o indivíduo para os perigos e ajudá-lo a se preparar e prestar atenção. Os distúrbios de ansiedade diferem dos sentimentos normais de nervosismo ou ansiedade e envolvem medo ou ansiedade excessivos. Os transtornos de ansiedade são os distúrbios mentais mais comuns e afetam mais de 25 milhões de americanos. Mas os transtornos de ansiedade são tratáveis e uma série de tratamentos efetivos está disponível. O tratamento ajuda a maioria das pessoas a levar uma vida produtiva normal (PAREKH, 2017).

No estudo de Ramos (2016) existem indicadores de que a sobrecarga laboral e a falta de reconhecimento geraram o adoecimento dos trabalhadores por ela estudados. As análises clínicas apontaram ideações suicidas advindas das experiências negativas/sofridas do trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa descreveu e analisou o trabalho dos profissionais que atuam em um SAMU 192, instalado na Região Centro Oeste do Brasil, e seu impacto na subjetividade desses trabalhadores com base nas categorias de análise da Psicodinâmica do Trabalho (organização do trabalho e mobilização subjetiva).

A resposta ao problema de pesquisa (como ocorre o trabalhar, a construção da subjetividade e da saúde dos trabalhadores que atuam em um SAMU 192 em funcionamento na Região Centro Oeste do Brasil, com base nas categorias de análise da Psicodinâmica do Trabalho?) foi satisfatória, pois o caminho metodológico previsto e as técnicas utilizadas possibilitaram a coleta, a sistematização e a análise dos dados de forma favorável a compreender a organização do trabalho e a realidade laboral dos profissionais do SAMU 192.

Os objetivos específicos delimitados produziram respostas válidas para o problema da pesquisa, foram compatíveis com o tempo de realização do estudo e permitiram alcançar relevantemente o objetivo geral. Por sua vez, as questões norteadoras que estão em sintonia direta com os objetivos específicos foram todas respondidas. Uma delas questionava como está organizado o trabalho dos profissionais que atuam em um SAMU 192 da Região Centro Oeste do Brasil? Foi identificado que o trabalho prescrito foi formatado para que as equipes do SAMU 192 atendam a demanda por atendimento às pessoas em situações de urgência e emergência. Cada trabalhador possui atribuições específicas, horário de trabalho, subordinações. Eles também seguem protocolos de atendimentos padronizados a nível nacional, normas e procedimentos, dentre outras exigências do trabalho.

Uma outra questão relaciona-se às condições intra e intersubjetivas em que os profissionais estudados executam suas tarefas. A partir das análises clínicas dos dados, entende-se que os trabalhadores do SAMU 192 têm se deparado com o sofrimento e a experiência do fracasso oriundos do confronto com o real do trabalho, do inusitado, que incita o fazer criativo. Com o uso da inteligência, os profissionais têm buscado contornar as situações reais laborais que lhes causam sofrimento e se apresentam desajustadas às suas necessidades, seus desejos e suas expectativas, buscando possibilidades de realização no e pelo trabalho. Diante do contexto e situações existenciais adversas, os profissionais têm construído acordos e regras de trabalho, têm potencializado a mobilização subjetiva essencialmente pelo uso da inteligência plural, da cooperação e do reconhecimento pelo trabalho desenvolvido.

Outra questão norteadora da presente pesquisa foi: quais são as vivências dos

profissionais do SAMU 192 em relação ao seu trabalho? Por um lado vivenciam o prazer na autorrealização ao serem reconhecidos; ao serem identificados como anjos da guarda, heróis ou salvadores. Por outro lado, o contexto de trabalho é fonte de diversas vivências de sofrimento, começando pelas próprias características dos atendimentos que realizam. Cotidianamente lidam com a dor e o sofrimento alheio, se deparam com imagens desagradáveis, com mortes, precisam usar raciocínio rápido, tomar decisões assertivas, lidar com intimidação, ameaça da população, driblar o tempo e ter auto controle emocional.

Quanto à questão norteadora: os profissionais de um SAMU 192 da Região Centro Oeste do Brasil utilizam estratégias de defesa (psíquicas) individuais e coletivas visando preservar sua saúde? A resposta é que o sofrimento caracterizado por sensações desagradáveis provenientes da não satisfação das necessidades, desejos e expectativas dos profissionais do SAMU 192 suscita o uso de variadas estratégias de defesa (psíquicas) individuais e diversas estratégias operacionais para conseguirem desenvolver o trabalho, aqui apresentadas.

A última questão norteadora (existem sinais de adoecimentos ligados ao trabalho dos profissionais em estudo?) traz indícios de que o ambiente de trabalho do SAMU 192 e seus constituintes favorecem, para além do prazer e da saúde, o adoecimento aos profissionais atuantes.

O presente estudo utilizou a abordagem teórico-metodológica da Psicodinâmica do Trabalho, que se apresenta como adequada e intensamente produtiva, pois a escuta clínica com o coletivo de trabalhadores do SAMU 192 permitiu conhecer e compreender o trabalhar dos mesmos, além de compartilhar e refletir sobre as vivências de sofrimento e prazer, as estratégias de defesa (psíquicas) individuais, as estratégias operatórias, os acidentes e adoecimentos e as mudanças que podem trazer melhorias no ofício.

O campo de pesquisa escolhido foi adequado pelas seguintes justificativas: o mesmo não havia sido estudado a partir dos pressupostos da Psicodinâmica do Trabalho; possui central de regulação médica e atendimento de suporte avançado - em função do número de habitantes assistidos (entre 600.000.00 a 700.000.00 habitantes) -, o que permitiu uma leitura mais abrangente da dinâmica entre organização do trabalho e processos de subjetivação de equipes multidisciplinares; a direção geral do campo estudado foi favorável à proposta deste estudo e deu abertura para sua execução.

O primeiro objetivo específico deste estudo foi descrever e analisar o trabalho dos profissionais de um SAMU 192, em funcionamento na Região Centro Oeste do Brasil, com base na categoria organização do trabalho. A análise dos dados coletados indicou que a organização do trabalho prescrita confronta-se com a vida mental e, mais precisamente, com a

esfera das aspirações, das motivações e dos desejos dos trabalhadores do SAMU 192, porque os mesmos não ajudaram a organizar seu próprio trabalho. As prescrições laborais foram formatadas com base nas políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros estabelecidas pelo Ministério da Saúde, órgão do Poder Executivo Federal.

A organização do trabalho prescrito se distancia da organização do trabalho real no SAMU 192. Nesse ponto, muitos estudos, como os de Fleury, (2013), Machado (2016), Santos, (2016b), que analisaram a organização do trabalho a partir da lente da Psicodinâmica do trabalho, possuem evidências parecidas. É difícil, se não impossível, não haver discrepâncias/lacunas entre as prescrições e as realidades que se revelam nas situações de trabalho.

Um ponto que merece reflexão é a forma como a organização do trabalho no SAMU 192 estabeleceu a estrutura de atendimento e a quantidade de equipes, que foram baseadas no número de habitantes das áreas assistidas e não pela necessidade e realidade de cada área, nem pela qualidade de vida do trabalhador. Existem municípios em que os atos de violência e a assistência e o acesso a serviços de saúde ao cidadão são diferentes.

O SAMU 192 é orientado por portarias, normas regulamentadoras, decretos, resoluções e leis, dentre outros instrumentos de âmbito nacional. Diversos profissionais ligados ao Ministério da Saúde definiram as atribuições gerais e específicas das centrais de regulação médica de urgências, o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192, incluindo, mais especificamente, o formato de estrutura física, o número de veículos, os tipos de equipamentos, os materiais necessários, sistema hierárquico e de custeios, a jornada de trabalho, o perfil do trabalhador e suas atribuições, tarefas e procedimentos.

O Ministério da Saúde disponibiliza protocolos operatórios padrão que orientam os procedimentos com as vítimas em atendimento e com pacientes em deslocamento inter hospitalar. Internamente o SAMU 192 faz uso de regimento específico para normatizar o relacionamento entre os profissionais e a instituição de saúde em estudo, bem como prevê cláusulas sobre os deveres éticos e comuns aos funcionários, a política para uso de uniformes, máquinas, ferramentas, computadores e veículos da empresa, as escalas de trabalho, regras sobre atrasos e ausências, e outros temas disciplinares.

O trabalhar no SAMU 192, especialmente para o profissional que presta atendimento no local da cena, é permeado de situações que promovem o sofrimento, requerendo do mesmo um relevante controle emocional e capacidades para realizar o trabalho em meio às

fragilidades humanas. Há inclusive a necessidade de tomadas de decisões rápidas, a exigência de condicionamento físico adequado, adaptação à precariedade das políticas públicas e à escassez de recursos essenciais para o funcionamento do serviço.

O segundo objetivo específico desta pesquisa foi analisar a mobilização subjetiva dos trabalhadores em estudo, enfocando suas vivências de prazer e de sofrimento relacionadas ao seu cotidiano laboral, bem como as estratégias de defesas utilizadas para suportar as vivências de sofrimento.

Os resultados evidenciam que as vivências de prazer e de sofrimento coexistem nas situações de trabalho no SAMU 192. As manifestações que indicam vivências de prazer estão relacionadas às situações que permitem aos trabalhadores a autonomia e a liberdade no desempenho das tarefas e na abertura dada ao diálogo pela direção. Há, ainda, o sentimento de autorrealização, o reconhecimento simbólico, o sentido positivo que os profissionais atribuem ao seu trabalho e as boas relações sócio profissionais.

As vivências de sofrimento decorrem da sobrecarga de trabalho e de papéis, da falta de flexibilidade, autonomia e liberdade no trabalho, da intensidade e tempo de trabalho, da força de trabalho e materiais/equipamentos insuficientes, dos óbitos, dos tempos ociosos. Também fazem parte desse contexto o sentimento de frustração, a pressão do tempo, o turno de trabalho antissocial, a pressão no trabalho, o nível de exigências emocionais, as características inerentes à profissão, as situações de intimidação, agressão verbal e física, a falta de reconhecimento e o sofrimento patológico.

A gestão do trabalho contribui de forma significativa para as vivências de sofrimento dos trabalhadores, principalmente por não oferecer condições de trabalho compatíveis com a realidade de trabalho enfrentada pelos profissionais estudados. Na percepção dos sujeitos pesquisados, as condições de trabalho não são devidamente adequadas pelas seguintes situações: presença de ruídos desconfortáveis, ausência de lavanderia própria, recursos materiais insuficientes ou inadequados, quantidade insuficiente de veículos móveis para o atendimento, condicionamento físico incompatível com a necessidade de movimentos repetitivos intensos para compressão torácica, falta de recursos tecnológicos - rádio, GPS (*Global Positioning System*) - e falta ou insuficiência de recursos financeiros. Convém lembrar que nem todos os veículos são utilizados na sua integralidade por 24 horas. Param para serem abastecidos, receberem manutenções e serem higienizados. Às vezes, ficam retidos nos hospitais e unidades de atendimento por falta de vagas ou nas oficinas para consertos em geral.

O desempenho das atividades de gestão está articulado com a organização do trabalho

prescrito. Ou melhor, é submissa às diretrizes públicas de instância federal. O gestor público possui restrições orçamentárias, com isso tem dificuldades de fazer manobras financeiras para garantir um serviço de qualidade e um ambiente de trabalho saudável.

As relações sociais de trabalho também contribuem para as vivências de sofrimento, principalmente quando as relações se limitam ao local de trabalho e quando acontece o desrespeito ao trabalho do colega e/ou pares por alguns profissionais. De forma geral, as relações sociais de trabalho entre colegas, pares e direção mostram-se saudáveis. As análises clínicas sugerem essa afirmação, haja vista que as equipes de trabalho se entendem, se ajudam. Existe companheirismo, cooperação no ambiente de trabalho, amizade e reconhecimento simbólico pelo trabalho executado.

Se dar bem com os colegas não só deixa a rotina laboral mais agradável, como igualmente favorece a atuação na função. Mas, as relações sociais com usuários, com as famílias de usuários e com pessoas que estão assistindo o atendimento têm gerado, em muitas situações, vivências de sofrimento. De certa forma, os indivíduos presentes durante a execução do trabalho dos profissionais do SAMU 192 cumprem papel de inspetores ao observarem diretamente as atividades realizadas no próprio local onde há as intercorrências de saúde. Tensões e desconfortos são ocasionados por agressões, em sua maioria verbais por motivos diversos, que já foram mencionados neste estudo. As relações sociais de trabalho, no seu lado positivo, é fundamental para o bem-estar e realização profissional de qualquer trabalhador.

As causas comuns de conflitos entre pessoas no ambiente organizacional, como o preconceito, os comportamentos grosseiros, as diferenças de percepções, valores e interesses não imperam na rotina laboral dos profissionais estudados.

As equipes de trabalho do SAMU 192 vivenciam diversas situações de trabalho desagradáveis, sendo a mais preocupante aquela em que o contato com o público (vítima, sua família, amigos e curiosos) as expõem a possíveis agressões verbais e/ou físicas, favorecidas principalmente pela quantidade insuficiente de veículos móveis e suas respectivas equipes em situações em que a demanda é maior do que a oferta e quando se deparam com pessoas pouco esclarecidas sobre a real função do SAMU 192.

Para aliviar o sofrimento e lidar com as situações laborais os trabalhadores do SAMU 192 fazem uso de estratégias de defesa (psíquicas) individuais, o que demonstra o aspecto saudável do grupo que busca saídas diante de uma realidade de sofrimento. As estratégias de defesa individuais identificadas foram: racionalização; ideologia defensiva; negação, bloqueio de pensamentos, sublimação.



Os resultados também apontaram uma diversidade de estratégias operatórias individuais e coletivas que os trabalhadores do SAMU 192 recorrem para conseguirem realizar o trabalho. As individuais são: atuar em mais de um emprego, estudar para compreender o comportamento do cidadão, buscar o lazer para se desligar do trabalho, orar pelos colegas e vítimas, doar dinheiro, esterilizar e lavar roupas com recursos próprios e não se sujarem, fazer acordo com colegas. As coletivas são: encenação momentânea para evitar agressões; dar suporte na retaguarda para enfrentar situações de insegurança da equipe; união para desenvolver as atividades reais de trabalho; doação de dinheiro e mão de obra própria para consertar ambulância desativada por causa de pneu furado, falta de óleo ou batida; arrecadação de dinheiro entre os membros da equipe para ajudar vítimas atendidas e vítimas que manifestaram situação financeira precária e também para comprar seus próprios alimentos que vez ou outra faltam no estoque da Unidade onde trabalham; burlar a lei de trânsito fazendo uso de vias na contramão e saltar canteiros para se chegar rápido no local onde está a vítima e, por fim, o uso da autoridade na hora do atendimento. Para além das contribuições na realização do trabalho, as estratégias operatórias coletivas têm evitado possíveis agressões físicas e/ou mentais, pois conseguem mudar momentaneamente a situação que poderia causar a violência.

A maioria dos trabalhadores estudados parece estar na normalidade e saudáveis, indicando que as estratégias de defesas têm sido eficazes.

O terceiro e último objetivo específico deste estudo foi identificar sinais de adoecimento ligados ao trabalho dos profissionais em estudo. Pode-se afirmar que o sofrimento vivenciado no trabalho é mais criativo do que patogênico se considerarmos as manifestações de adoecimento psíquico, tais como a perda de equilíbrio emocional, o cansaço, a ansiedade, a aceleração, o estresse pós-traumático e o estado de isolamento afetivo.

Como toda pesquisa, esta também se deparou com limitações. A principal delas decorreu da dificuldade de conciliar os horários das sessões clínicas com os trabalhadores participantes. Os mesmos atuam em outros empregos além do SAMU 192 e os plantões acontecem em turnos (diurno e/ou noturno) durante a semana, fins de semana e feriados.

A devolutiva sobre os resultados da pesquisa foi feita aos participantes da pesquisa e à gestão do SAMU 192 em forma de relatório, formato físico, cujo conteúdo foi constituído principalmente dos resultados encontrados, suas análises e discussões. Devido à dificuldade de reunir as equipes que participaram do estudo, foi disponibilizado a cada participante uma cópia do relatório para que pudesse lê-lo com tranquilidade e, assim, instigar o fortalecimento do processo da mobilização subjetiva com a abertura de um espaço de discussão coletivo,

visando a conquista de melhorias significativas nas situações de trabalho e, assim, evitar o uso de estratégias de defesa ou de descompensação.

Este estudo instiga a continuidade de pesquisas com os trabalhadores de outros SAMUs, já que estes apresentam peculiaridades relativas às demandas subjetivas no contexto do trabalho e são fonte de um universo laboral rico para a investigação. Para futuras pesquisas sugere-se investigar as relações dinâmicas entre a organização do trabalho e os processos de subjetivação de outros coletivos de trabalhadores do Brasil utilizando a abordagem teórico-metodológica da Psicodinâmica do Trabalho. Assim sendo, mais informações poderão ser disponibilizadas ao público interessado, viabilizando discussões que possam concretizar mudanças nas relações laborais a fim de ampliar possíveis fatores que possibilitem aos trabalhadores o prazer pelo trabalho e, conseqüentemente, a construção e/ou manutenção de sua saúde mental.

Este estudo possui achados que confirmam alguns pressupostos da Psicodinâmica do Trabalho, que são: o trabalho não é neutro e permite que o indivíduo permaneça na normalidade, mas também pode levar à situação descompensação dessa normalidade e, conseqüentemente, ao adoecimento. A saúde mental não depende somente do indivíduo, mas essencialmente da organização do trabalho; o sofrimento é indissociável do trabalho.

Para finalizar, destaca-se a importância da gestão do trabalho no SAMU 192 estudado por esta pesquisa em dar abertura, instituir e manter espaços de discussão para favorecer a circulação de informações, experiências e estratégias de defesas. O acúmulo de observações e informações não ameniza as situações de sofrimento no trabalho. É necessário promover ações que preservem a saúde no e pelo trabalho.

Esta pesquisa implica em avanços pela geração de novos dados, pelo fortalecimento da abordagem teórico-metodológica da Psicodinâmica do Trabalho e pela oportunidade aos participantes de compartilharem suas vivências no trabalho. Além disso, demonstra a relevância da abertura de um espaço para análise coletiva na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, pautada na escuta e na fala dos trabalhadores sobre as situações do cotidiano de trabalho, para que os mesmos possam elaborar seus sofrimentos, falar de suas angústias, compartilhar as vivências prazerosas e os seus êxitos.

## REFERÊNCIAS

ABREU, K. P *et al.* Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 33, n. 2, p. 146-152, jun. 2012.

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. Relatório do observatório de risco europeu. **Previsão dos peritos para riscos psicossociais emergentes relacionados com a segurança e saúde ocupacional**. Bélgica: Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho, 2007.

\_\_\_\_\_. **Participação dos Trabalhadores na Segurança e Saúde no Trabalho: Guia prático**. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA. **Riscos biológicos**. Brasília: ANVISA, 2017. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br>>. Acessado em: 17 jun. 2017.

ALBUQUERQUE, F. J. B.; PUENTE-PALACIOS, K. E. Grupos e equipes de trabalho nas organizações. In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E. BASTOS, A. V. B. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004, cap. 11, p. 357-379.

ALENCAR, G. S. A. *et al.* Riscos biológicos e o atendimento pré-hospitalar. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 3, n. 1, p. 179-196, jan./mar. 2016. Disponível em: <[http://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume\\_9/Trabalho\\_10.pdf](http://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_9/Trabalho_10.pdf)>. Acessado em: 17 jan. 2017.

ALMEIDA, W. C. Além da catarse, além da integração, a catarse de integração. **Revista Brasileira de Psicodrama**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 97-106, 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-53932010000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932010000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em: 04 ago. 2017.

ALMEIDA, P. C. A.; BARBOSA-BRANCO, A. **Acidentes de trabalho no Brasil: prevalência, duração e despesa previdenciária dos auxílios-doença**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 36, n. 124, p. 195-207, 2011.

ALMEIDA, A. C. *et al.* Do imaginário normativo a realidade da Rede de Atenção às Urgências. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 6, p. 557-572, 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp> / <http://revista.fmrp.usp.br>>. Acessado em: 29 mar. 2017.

ALMEIDA, P. M. V *et al.* Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da

rede de atenção às urgências e emergências. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 289-295, abr./jun. 2016.

ALMEIDA, L. P.; LEÃO, L. H. C. O sujeito no trabalho contemporâneo e as saídas para o sofrimento. In: BUENO, M.; MACÊDO, K. B. (Orgs.). **Imersões em Psicodinâmica do trabalho na arte, gestão e docência na modernidade**. Goiânia: Editora da PUC Goiás, 2016, p. 27-39.

ALMONDES, K. M.; SALES, E. A.; MEIRA, M. O. Serviço de Psicologia no SAMU: Campo de Atuação em Desenvolvimento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 36, n. 2, p. 449-457, jun. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932016000200449&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000200449&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 03 Jan. 2017.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**. São Paulo: Pioneira, 1998.

ALVES, J. H. S. *et al.* Conduas de enfermagem diante das vítimas de ferimentos por armas de fogo em Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**. v. 6, n.3, p.17-22, jul./set. 2016. Disponível em: <<http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/4521/3860>>. Acessado em: 31 jul. 2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno DSM-5**. trad. NASCIMENTO, M. I. C. *et al.*, rev. Téc. CORDIOLI, A. V. *et al.* Porto Alegre: Artmed, 2014.

\_\_\_\_\_. **Actualización del DSM-5®**: Suplemento del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. 5. ed. Estados Unidos: APA Publishing, 2016. Disponível em: <[http://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish\\_DSM5Update2016.pdf](http://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf)>. Acessado em: 26 ago 2017.

ANCHIETA, V. C. C. *et al.* Trabalho e riscos de adoecimento: um estudo entre policiais civis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 27 n. 2, p. 199-208, Abr./Jun. 2011.

ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n123/0101-6628-sssoc-123-0407.pdf>>. Acessado em: 09 set. 2017.

AQUINO, C. A. B. Entre o trabalho e o lazer: o tempo como mediador. In: MACÊDO, K. B.

**O trabalho que faz arte e diverte os outros.** Goiânia: Editora da PUC Goiás, 2010, p. 57-74.

ARATANI, N. **Avaliação do SAMU na atenção às urgências e emergências em Campo Grande/MS.** Dissertação (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro Oeste), Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2016, 65 f.

ARAÚJO, L. C. G. **Organização, sistemas e métodos e as tecnologias de gestão organizacional.** 4 ed. 2. reimp. São Paulo: Atlas, 2009.

ARAÚJO, R.; LEAL, R. O Trabalho como recurso de autorrealização. **ENGPR - II Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho.** Curitiba/PR. 15 a 17 de novembro de 2009. Disponível em: <[http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2009\\_ENGPR381.pdf](http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2009_ENGPR381.pdf)>. Acessado em: 01 fev. 2017.

ARAÚJO, J. N. G.; PINHEIRO, T. M. M.; GREGGIO, M. R. Notas sobre o adoecimento mental em trabalhadores rurais. In: ZANELLI, J. C., SILVA, N.; TOLFO, S. R. (Orgs.), **Processos psicossociais nas organizações e no trabalho.** São Paulo: Casa do Psicólogo. 2011, p. 46-60.

ARNEMANN; C.; WINTER, L. E. Trabalhadores do SAMU: sujeitos que atuam entre o prazer e o sofrimento. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 4, n.1, p. 681-690, 2012.

AVELAR, V. L. L. M.; PAIVA, K. C. M. Configuração identitária de enfermeiros de um serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1010-1018, dez. 2010.

AZEVEDO, M. C.; TONELLI, M. J. Os diferentes contratos de trabalho entre trabalhadores qualificados brasileiros. **RAM - Revista de Administração Mackenzie**, v. 15, n. 3, edição Especial, São Paulo, p. 191-220, maio/jun. 2014.

BAPTISTA, A; CARVALHO, M.; LORY, F. O medo, a ansiedade e as suas perturbações. **Psicologia**, Lisboa, v. 19, n. 1-2, p. 267-277, 2005. Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-20492005000100013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492005000100013&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em: 22 fev. 2017.

BATEMAN, T. S; SNELL, S. A. **Administração.** 2 ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. (Org.). **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade.** São

Paulo: Atlas, 2011a, p. 3-21.

\_\_\_\_\_. Clínicas do trabalho: filiações, premissas e desafios. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 59-72, jun. 2011b. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25716/27449>>. Acessado em: 06 abr. 2017.

BENDASSOLLI, P. F. Fator humano: felicidade e trabalho. **GV Executivo**, v.6, n. 4, p. 57-61, jul./ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Mal-estar no trabalho: do sofrimento ao poder de agir. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, vol. x, n. 1, p. 63-98, mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 37-46, jan./mar. 2012.

BENDASSOLLI, P. F.; FALCÃO, J. T.R. Diálogos e controvérsias em clínicas do trabalho. In: MACÊDO, K. B. **O diálogo que transforma: a clínica psicodinâmica do trabalho**. Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2015, cap. 1, p. 22-45.

BEZERRA, A. L. A. *et al.* Atendimento de urgência do SAMU e a regulação médica: revisão integrativa. **Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde**. Campina Grande: Editora Realize, 2016, p. 1-12. Disponível em: <[https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO\\_EV055\\_MD4\\_SA1\\_ID3188\\_30052016134902.pdf](https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV055_MD4_SA1_ID3188_30052016134902.pdf)>. Acessado em: 10 ago. 2017.

BÔAS, E. F. V.; SILVA; M. A. S. Trânsito e segurança pública: impactos e consequências, **Humanidades**, v. 4, n. 2, jul. 2015. Disponível em: <[http://revistahumanidades.com.br/arquivos\\_up/artigos/a66.pdf](http://revistahumanidades.com.br/arquivos_up/artigos/a66.pdf)>. Acessado em: 18 jul. 2017.

BOSCHCO, C. R. **Implicações do afastamento do trabalho por adoecimento na subjetividade do auxiliar de enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2011, 114 f.

BRASIL TAROUQUELLA, K. Os impasses do corpo e do adoecimento nas relações de trabalho. In: MENDES, A. M.; MERLO, Á. R. C.; MORRONE, C. F.; FACAS, E. P. (Orgs.). **Clinica Psicodinâmica do Trabalho: Temas, interfaces e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá Editora, 2012, p. 263-278.

BRASIL. Câmara dos deputados. Decreto nº 1.775, de 2 de Julho de 1856. **Coleção de Leis do Império do Brasil - 1856**, p. 302, v. 1, pt. II (Publicação Original).

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho. Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977a. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1977, p. 2312. Brasília: Imprensa Nacional, 1977. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L6514.htm#art166](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6514.htm#art166)>. Acessado em: 01 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho. Portaria MTb n.º 3.214, de 08 de junho de 1978. **Diário Oficial da União**, 06/07/78. Brasília: Imprensa Nacional, 1978. Disponível em: <<http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR15/NR15-ANEXO15.pdf>>. Acessado em: 05 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça, Ministério dos transportes. Lei n. 9.503, de 23 de setembro 1997. Institui o Código de Trânsito Brasileiro. **Diário Oficial da União**, 24/09/1997, p. 21201. Brasília: Imprensa Nacional, 1997. Disponível em: <[http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/lei%209.503-1997?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%209.503-1997?OpenDocument)>. Acessado em: 14 de dez. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 479, de 15 de abril de 1999**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0479\\_15\\_04\\_1999.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0479_15_04_1999.html)>. Acessado em: 05 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde / Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida *et al.* - Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2048, de 5 de novembro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html)>. Acessado em: 08 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Decreto n. 5.055, de 27 de abril de 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5055.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5055.htm)>. Acessado em: 05 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2657\\_16\\_12\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2657_16_12_2004.html)>. Acessado em: 08 de abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Especializada. **Regulação médica das urgências/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Previdência Social. NR 17 - ergonomia. Portaria SIT n.º 13, de 21 de junho de 2007, **Diário Oficial da União**, 26/06/2007. Brasília: Imprensa Nacional, 2007. Disponível em: <<http://www.mtpps.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR17.pdf>>. Acessado em: 27 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Câmara Legislativa do Distrito Federal. Núcleo de Estudos e Ações sobre Violência no Trabalho. **Violência no trabalho**: Reflexões, conceitos e orientações. Brasília: CLDF, 2008.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Processamento de roupas em serviços de saúde**: prevenção e controle de riscos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009a, 102 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **País tem Serviço Móvel de Atendimento de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2009/11/pais-tem-servico-movel-de-atendimento-de-urgencia>>. Acessado em: 17 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação-Geral de Urgência e Emergência. **Caderno de apoio para orientação aos gestores**: programa para implantação das motolâncias na rede SAMU 192. Brasília: DF, 2009c.

\_\_\_\_\_. **Previdência Social**. Anuário Estatístico da Previdência Social – AEPS 2011. Brasília: Previdência Social, 2011. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/a-previdencia/saude-e-seguranca-ocupacional/>. Acessado em: 10 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Projeto visa conscientizar população sobre prejuízos causados pelos trotes ao Samu. Portal Brasil: 2012a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/10/projeto-visa-conscientizar-populacao-sobre-prejuizos-causados-pelos-trotes-ao-samu>>. Acessado em: 10 de jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php)>. Acessado em: 24 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012**. Brasília: Ministério



da Saúde , 2012c. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010\\_21\\_05\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html)>. Acessado em: 29 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2. ed., 2016a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2a edição, 2016b.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Decreto 8.901/2016 (Decreto do executivo) 10/11/2016. **Diário Oficial da União**, p. 3, 11/11/2016. Brasília: Imprensa Nacional, 2016c. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=11/11/2016&jornal=1&pagina=3&totalArquivos=132>>. Acessado em: 07 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. O Ministério. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio#58>> Acessado em: 25 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica/SAGE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acessado em: 25 marc. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Legislação: saúde legis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <[http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG\\_NORMA\\_PESQ\\_CONSULTA.CFM](http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM)>. Acessado em: jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Ações e programas: SAMU**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/951-sas-raiz/dahu-raiz/forca-nacional-do-sus/l2-forca-nacional-do-sus/13407-servico-de-atendimento-movel-de-urgencia-samu-192>>. Acessado em: 15 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. Congresso Nacional. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Reforma trabalhista. **Diário Oficial da União de 14.07.2017**. Brasília: Imprensa Nacional, 2017e.

\_\_\_\_\_. Portal Brasil. **Economia e emprego: Dor nas costas é a maior causa de afastamento**

do trabalho. Brasília: Governo Federal, 2017f. Disponível em:  
<<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2017/04/dor-nas-costas-e-a-maior-caoa-de-afastamento-do-trabalho>>. Acessado em: 26 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 6 - Equipamento de Proteção Individual - EPI. Portaria MTb n.º 870, de 06 de julho de 2017, **Diário Oficial da União**, 07/06/17. Brasília: Imprensa Nacional, 2017g. Disponível em:<  
<http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR6.pdf>>. Acessado em: 01 jun. 2017.

BUENO, M. “**A arte de escrever, com a palavra o Escritor**” as vivências dos escritores literários em relação ao seu trabalho: uma abordagem psicodinâmica. Tese (Doutorado em Psicologia), Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2012, 366 f.

BUENO, M.; MACÊDO, K. B. A clínica Psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade (ECOS)**, v. 2, n. 2, p. 306-318, 2012.

CAMELO S. H. H.; GALON, T.; MARZIALE M. H. P. Formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e estratégias de gerenciamento. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, p. 661-667, dez. 2012 .

CANIATO, A. M. P.; LIMA, E. C. Assédio moral nas organizações de trabalho: perversão e sofrimento. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 177-192, dez. 2008. Disponível em:  
<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-37172008000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172008000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em: 12 jul. 2014.

CARAVANTES, G.R.; PANNO, C. C.; KLOECKNER, M. C. **Administração teorias e processo**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

CARDOSO, A. C. M. Organização e intensificação do tempo de trabalho. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 351-374, ago. 2013. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922013000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922013000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 29 Ago. 2017.

CARDOZO, C. G.; SILVA, L. O. S. **A importância do relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho**. Interbio, v.8 n.2, p. 24-34, jul./dez. 2014.

CARRIÓN-GARCÍA, M. Á.; LÓPEZ-BARÓN, F. STRAUSS, A. M. G. Influencia de factores negativos del contexto de trabajo en desgaste psíquico de trabajadores en Colombia. **Hacia la Promoción de la Salud**, v. 20, n.1, p. 111 - 125, enero/ junio 2015.

CARTER, E. J.; POUCH, S.M.; LARSON, E. L. The relationship between emergency department crowding and patient outcomes: a systematic review. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 46, n. 2, p.106-115, 2014.

CARVALHO, M.G. **Atendimento pré hospitalar para enfermagem: suporte básico e avançado de vida**. 1. ed. São Paulo: Iátria, 2004.

CARVALHO, P. C. **Empregabilidade: A competência necessária para o sucesso no novo milênio**. 4. ed. Campinas: Editora Alínea, 2006.

CARVALHO, M. C. N. **Relacionamento interpessoal: como preservar o sujeito coletivo**. Rio de Janeiro: LTC, 2009.

CARVALHO, G. M.; MORAES, R. D. Sobrecarga de trabalho e adoecimento no Polo Industrial de Manaus. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 465-482, dez. 2011.

CASAGRANDE, L. P.; ANTUNES, T. C. M. O *dumping social* e a proteção aos direitos sociais dos trabalhadores. **Revista Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 1-27, 2014.

CASTRO, T. C. M.; MERLO, A. R. C. Reconhecimento e saúde mental na atividade de segurança pública. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 4, p. 474-480, out./dez. 2011.

CAVAGIONI, L.; PIERIN, A. M. G. Risco cardiovascular em profissionais de saúde de serviços de atendimento pré-hospitalar. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 46, n. 2, p. 395-403, 2012. Disponível em: < [www.ee.usp.br/reeusp](http://www.ee.usp.br/reeusp) >. Acessado em: 25 jul. 2015.

CAVALHEIRO, G.; TOLFO, S. R. Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral. **Psico-USF**, Itatiba, v. 16, n. 2, p. 241-249, mai./ago. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712011000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712011000200013&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 12 jul. 2014.

CICONET, R. M. **Tempo resposta de um serviço de atendimento móvel de urgência**. Tese (doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de enfermagem, Programa de Pós-Graduação em enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2015, 122 f.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR – CAPES. Pesquisar. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/busca?searchword=peri%C3%B3dicos&searchphrase=all>>.

Acessado em: 10 nov. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1451/95. **Diário Oficial da União** 17/03/95 - Seção I – p. 3666. São Paulo: Imprensa Nacional, 1995.

COSTA, I. K. F. *et al.* Conhecimento da Equipe de Enfermagem de um Serviço de Atendimento Móvel Sobre Precaução Padrão. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 85-90, jan./mar. 2012. Disponível em: <[revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/26379/17572](http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/26379/17572)>. Acessado em: 10 out. 2017.

COSTA, S. H. B. Sentido do trabalho. In: VIEIRA, F.O.; MENDES, A.M.; MERLO, A.R.C.(Orgs). **Dicionário Crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá Editora, 2013, p. 375-389.

COSTA, M. J. C.; MANGUEIRA, J. O. Perfil epidemiológico de ocorrências no trânsito no Brasil - revisão integrativa, **Sanare**, Sobral, v.13, n.2, p.110-116, jun./dez. 2014.

CUNHA, D. M. Ergologia e psicossociologia do trabalho: desconforto intelectual, interseções conceituais e trabalho em comum. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 17, p. 55-64, maio 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/80632>>. Acessado em: 06 abr. 2017.

DAL PAI, D. *et al.* Equipes e condições de trabalho nos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n. 4, p. 1-12, out./dez. 2015. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/31522>>. Acessado em: 17 jun. 2017.

DALRI, R. C. M. B.; ROBAZZI, M. L. C. C.; ALMEIDA, L. S. Riscos ocupacionais e alterações de saúde entre trabalhadores de enfermagem brasileiros de unidades de urgência e emergência. **Ciencia y enfermeria**, Concepción, v. 16, n. 2, p. 69-81, ago. 2010.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez - Oboré, 1992.

\_\_\_\_\_. **Coopération et construction de l'identité em situation de travail**. Revue Multitudes: Une revue Politique, Artistique, Philosophique n. 58, 1993. Disponível em: <<http://multitudes.samizdat.net/cooperationnetconstructiondel'identiteenituationdetravail>>. Acessado em: abr. 2017.

\_\_\_\_\_. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

\_\_\_\_\_. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994, p. 21-32.

\_\_\_\_\_. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, Jean-François (Org.). **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996, p. 149 -174.

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

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

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

\_\_\_\_\_. **O fator humano**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

\_\_\_\_\_. Psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In: MENDES, Ana Magnólia; LIMA, S. C. C; FACAS, E. P. (orgs). **Diálogos em psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2007.

\_\_\_\_\_. Análise psicodinâmica das situações de trabalho e sociologia da linguagem. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2008, p. 245-289.

\_\_\_\_\_. Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho? **Revista Cult**, v. 12, n. 139, 2009.

\_\_\_\_\_. A metodologia em psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs). Christophe Dejours: **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 3. ed. Brasília: Paralelo 15/ Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 125 – 150.

\_\_\_\_\_. **Trabalho vivo**: sexualidade e trabalho. Brasília: Paralelo 15, 2012a.

\_\_\_\_\_. **Trabalho Vivo, tomo 2**: Trabalho e emancipação. Trad. de Franck Soudant. Brasília: Paralelo 15, 2012b.

\_\_\_\_\_. Souffrance au travail: Regards croisés sur des cas concrets: comprendre, prévenir, agir. **Chronique Sociale**, France, 2012c.

\_\_\_\_\_. Organização do trabalho e saúde mental: quais são as responsabilidades do Manager? In: MACÊDO, K. B. (Org.) **O diálogo que transforma: a clínica Psicodinâmica do Trabalho**. Goiânia: Editora da PUC Goiás, 2015, p. 223-233.

\_\_\_\_\_. Organização do trabalho e saúde mental: quais são as responsabilidades do Manager? In: MACÊDO, et al (orgs.) **Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar**. Goiânia: Editora da PUC Goiás, 2016a, p. 317-331.

\_\_\_\_\_. **Situations du travail**. Paris: Puf, 2016b.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994, p.119-144.

DEJOURS, C.; BÈGUE, F. **Suicídio e trabalho: o que fazer**. Trad. de Franck Soudant. Brasília: Paralelo 15, 2010.

\_\_\_\_\_. GERNET, I. A avaliação do trabalho e reconhecimento. In: Bendassolli, P.; Soboll, L.A. (orgs.) **Clínicas do trabalho**. São Paulo: atlas, 2011. p. 61-70.

DESSLER, G. **Administração de recursos humanos**. 3. ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2014.

DESSORS, D.; SCHRAM, J. “Le travail social. La peur au coeur”. **Informations Sociales**, v. 24, p. 80-90, 1992.

ECHEVERRIA, A. L. P. B.; PEREIRA, M. E. C. A dimensão psicopatológica da LER/DORT (Lesões por esforços repetitivos/Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho). **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 577 – 590, dec. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142007000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142007000400002&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 12 jul. 2014.

EDWARDS, J. R.; ROTHBARD, N. P. Mechanisms linking work and family: clarifying the relationship between work and family constructs. **The Academy of Management Review**, v. 25, 178-199, 2000.

ESPERANDIO, M. R. G.; LADD, K. L. Oração e Saúde: questões para a Teologia e para a Psicologia da Religião. **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 11, n. 30, p. 627-656, abr./jun. 2013. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4400445.pdf>>. Acessado em: 19 jul. 2017.

FACAS, E. P. *et al.* Sofrimento ético e (In)dignidade no trabalho bancário: análise clínica e dos riscos psicossociais. In: MONTEIRO, J. K.; VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M. **Trabalho e prazer**: teoria, pesquisas e práticas. Curitiba: Editora Juruá, 2015.

FARIA, J. H., RAMOS, C. L. Tempo dedicado ao trabalho e tempo livre: os processos sócio históricos de construção do tempo de trabalho. **RAM, Revista de Administração Mackenzie**, São Paulo, SP, v. 15, n. 4, p. 47-74, jul./ago. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ram/v15n4/03.pdf>>. Acessado em: 07 de dez. 2016.

FEITOZA, M. J. S.; MORAES, R. D. Subversão do sofrimento em prazer: clínica do trabalho com socioeducadores em um centro para adolescentes em Manaus. In: MORAES, R.D.; VASCONCELOS, A. C. L. (Orgs.). **Trabalho e emancipação**: a potência da escuta clínica. Curitiba: Juruá, 2015, p. 162 - 177.

FERNANDES, F. S. L. **O processo de trabalho da central de regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 do Município de São Paulo**. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2017, 136f.

FERREIRA, L. L. Apresentação. In: DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: Estudo de Psicopatologia do Trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez - Oboré, 1992.

FERREIRA, M. C. “Chegar feliz e sair feliz do trabalho”: aportes do reconhecimento no trabalho para uma ergonomia aplicada à qualidade de vida no trabalho. In: MENDES, A. M (Org.). **Trabalho & saúde**: O sujeito entre emancipação e servidão. 3ª reimp. Curitiba: Juruá, 2011, p. 40-53.

FERREIRA, J. B. Análise clínica do trabalho e processo de subjetivação: um olhar da psicodinâmica do trabalho. In: MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C.; MORRONE, C. F.; FACAS, E. P. **Psicodinâmica e clínica do trabalho**: temas, interfaces e casos brasileiros. Curitiba: Juruá Editora, 2012, p. 125-138.

FISCHER, F. M. Fatores individuais e condições de trabalho e de vida na tolerância ao trabalho em turnos. In: FISCHER, F. M.; MORENO, C. R. C; ROTENBERG, L. **Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas**. Atheneu: São Paulo, 2003, p. 65-76.

FLEURY, M. T. L. O simbólico nas relações de trabalho. In: FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. (Coords.). **Cultura e Poder nas Organizações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

FLEURY, A. R. D; MACÊDO, K. B. Límites y posibilidades del método em psicodinâmica y clínica del trabajo: relato de los estudios del grupo de la Pontificia Universidade Católica de Goiás. **Praxis**, ano14, n.21, p. 77-92, 2012.

\_\_\_\_\_. A clínica psicodinâmica do trabalho: teoria e método. In: MACÊDO, K. B. (Org.). **O diálogo que transforma: a clínica psicodinâmica do trabalho**. Goiânia: Editora da PUC Goiás, 2015, p. 95-134.

FLEURY, A. R. D. **Trabalho e a Docência em uma Instituição de Ensino Superior Pública: o Caso dos Professores de Odontologia da Universidade Federal de Goiás**. Tese (Doutorado em Psicologia). Pontificia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2013.

FREITAS, C. H. S. M. Dilemas no exercício profissional da Odontologia: a autonomia em questão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n.21, p. 25-38, 2007.

FREITAS, P. H. **Estratégias defensivas utilizadas por enfermeiros no trabalho em estratégia saúde da família**. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande do Sul, 2014. 124 p.

FREITAS, P. H. *et al*. Estratégias defensivas do enfermeiro frente ao sofrimento na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 4, p. 1-8, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000400310&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000400310&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 24 Jul. 2017.

FREUD, S. Os chistes e sua relação com o inconsciente [1905]. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. VIII.

\_\_\_\_\_. Moisés e o Monoteísmo três ensaios (1939[1934-38]). In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XXIII.

GARCIA A. B. *et al*. Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 33, n. 2, p. 153-159, jun. 2012.

GERNET, I. Psicodinâmica do Reconhecimento. IN: MENDES, A. M. *et.al*. (Orgs.) **Psicodinâmica e Clínica do Trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá,



2012.

GHIZONI, L. D. Cooperação. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. (Orgs.) **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá Editora, 2013.

GHUSSN, L. S.; SOUZA, R. M. Análise de desempenho do SAMU/Bauru-SP em períodos de pico de demanda. **GEPROS - Gestão da Produção, Operações e Sistemas**, Bauru, Ano 11, nº 3, p. 75-103, jul./set. 2016.

GOLLAC, M.; BODIER M. **Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Relatório do Collège d'Expertise sur le Suivi des Risques Psychosociaux au Travail/2011**. Disponível em: <<http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/rapport-final,fr,8,59.cfm.pdf>>. Acessado em: 10 de jul. 2015.

GOMES, B. B.; SANTOS, W. L. Acidentes laborais entre equipe de atendimento pré-hospitalar móvel (bombeiros/SAMU) com destaque ao risco biológico. **Revisa**, v. 1, n. 1, p. 40-49, jan./jun. 2012.

GOMES, C. L. Lazer: necessidade humana e dimensão da cultura. **Revista Brasileira de Estudos do Lazer**. Belo Horizonte, v. 1, n.1, p.3-20, jan./abr. 2014. Disponível em: <<https://seer.ufmg.br/index.php/rbel/article/download/327/227>>. Acessado em: 19 jul. 2017.

GONÇALVES, A. J. Prefácio Brasileiro In: MARTINEZ-ALMOYNA, M.; NITSCHKE, C. A. S. (orgs.). **Regulação médica dos Serviços de Atendimento Médico de Urgência SAMU**. Brasil: Fineprint, 1999.

GONDIM, S. *et al.* Emoções e trabalho: estudo sobre a influência do status e do sexo nas atribuições de afetos. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 13, n. 2, p. 241-258, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25728/27461>>. Acessado em: 21 fev. 2017.

GUIMARÃES, F. A. L.; MARTINS, M. C. F. Valores e prazer-sofrimento no trabalho: um estudo com profissionais de nível superior. **Revista Estudos de Psicologia on-line**, Campinas, v. 27, n. 2, p. 133-145, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n2/a01v27n2.pdf>>. Acessado em: 03 abr. 2017.

GUIMARÃES, E. A. A. *et al.* Percepção de técnicos de enfermagem sobre o uso de equipamentos de proteção individual em um serviço de urgência. **Ciencia y Enfermeria XVII**, v. 3, p. 113-123, 2011. Disponível em:<

<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art10.pdf>>. Acessado em: 07 de ago 2017.

GUIMARÃES JÚNIOR, E. H. **As vivências dos empreendedores em relação ao seu trabalho uma intervenção em clínica do trabalho**. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2012.

GUIMARÃES JÚNIOR, E. H.; MACÊDO, K. B. Uma nova doutrina de gestão baseada na psicodinâmica do trabalho. In: MACÊDO, K. B. (Org.). **O diálogo que transforma: a clínica psicodinâmica do trabalho**. Goiânia: Editora da PUC Goiás, 2015, p. 276-296.

GUIMARÃES, E. P. A.; SILVA, R. F.; SANTOS, J. B. F. Condutores de esperança: condições de trabalho de condutores de Ambulância do SAMU. **O público e o privado**, n. 25, p. 55-75, jan/jun, 2015.

HAZAN, E. M. F. A falta de estabilidade no emprego e o desempenho como fatores de risco para a saúde mental do trabalhador. In: FERREIRA, J. J.; PENIDO, L. O (Coords.). **Saúde Mental no trabalho: coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás**. Goiânia: Cir Gráfica, 2013, p. 177-200.

HEALTH AND SAFETY AUTHORITY. **Violence at work**. Republic of Ireland: HSA, 2007. Disponível em:<[http://www.hsa.ie/eng/Publications\\_and\\_Forms/Publications/Occupational\\_Health/Violence\\_at\\_Work.pdf](http://www.hsa.ie/eng/Publications_and_Forms/Publications/Occupational_Health/Violence_at_Work.pdf)>. Acessado em: 01 mar. 2017.

HELOANI, R.; LANCMAN, S. Psicodinâmica do Trabalho: o método Clínico de Intervenção e Investigação. **Revista Produção**, v. 14, n.3, p. 77-86, set./dec. 2004. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65132004000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300009&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 12 Nov. 2017.

HOLZ, E. B.; BIANCO, M. F. **Ergologia**: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre trabalho. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 12, n. Edição Especial, p. 494-494, 2014.

HUFFMAN, K., VERNON, M. E VERNON, J. **Psicologia**. São Paulo: Atlas, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Cidades@**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mt>>. Acessado em: 25 jan. 2017.

INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SÉCURITÉ. **Risques psychosociaux et**

**document unique:** vos questions, nos réponses. Paris: INRS, 2013.

IZU, M. *et al.* Trabalho noturno como fator de risco na carcinogênese. **Ciencia y Enfermeria XVII**, n. 3, p. 83-95, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art08.pdf>>. Acessado em: 14 nov. 2016.

LANCINI, A. B.; PREVÉ, A. D.; BERNARDINI, I. S. O Processo de Trabalho das Equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Coleção Gestão da Saúde Pública**, v. 4, p. 13-30, 2013. Disponível em: <[gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/.../Anais-GSP-Volume-4-Artigo-1.pdf](http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/.../Anais-GSP-Volume-4-Artigo-1.pdf)>. Acessado em: 04 jan. 2017.

LANCMAN, S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 25-36.

LANCMAN, S.; UCHIDA, S.; SZNELWAR, L. I. Contribuições da psicodinâmica do trabalho para compreender o trabalhar e suas relações com a saúde mental. In: RAZZOUK, D.; LIMA, M. G. A. de; CORDEIRO, Q. (Orgs.). **Saúde mental e trabalho**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2015.

LEÃO, M. A. B. G.; SILVA, L. S. Vivências de trabalhadores com deficiência: uma análise à luz da Psicodinâmica do Trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional on-line**, São Paulo, v. 37, n. 125, p. 159-169, jan./jun. de 2012.

LEITE, J. V. *et al.* Qualidade de Vida no Trabalho no Cirque Du Soleil e na Semco: Passado e Futuro. In: MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C.; MORRONE, C. F.; FACAS, E. P. (Orgs.). **Psicodinâmica e Clínica do trabalho: Temas, interfaces e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá, 2012. p. 243 - 262.

LHUILIER, D. Filiações teóricas das clínicas do trabalho. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, A. P. **Clínicas do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2011, p.22-58.

\_\_\_\_\_. Introdução à psicossociologia do trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 17, p. 5-19, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/80628>>. Acesso em: 06 abr. 2017.

LIMA, A. M. S. Os impactos da globalização no mundo do trabalho. **Terra e Cultura**, ano XX, n. 39, p. 32-49, 2004. Disponível em: <[http://web.unifil.br/docs/revista\\_eletronica/terra\\_cultura/39/Terra%20e%20Cultura\\_39-3.pdf](http://web.unifil.br/docs/revista_eletronica/terra_cultura/39/Terra%20e%20Cultura_39-3.pdf)>. Acessado em: 01 abr. 2017.

LIMA J.C, RIVERA F. J. U. Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 323-326, 2010.

LIMA, S. C. C. **Coletivo de Trabalho e Reconhecimento: uma Análise Psicodinâmica dos Cuidadores Sociais**. Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações), Universidade de Brasília, Brasília, 2011, 220f. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/10103>>. Acessado em: 10 set. 2017.

LUCHTEMBERG, M. N.; PIRES, D. E. P. Trabalhar no SAMU: facilidades e dificuldades para realização do trabalho dos enfermeiros em um Estado da Região Sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**, Santa Catarina, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 31-45, jan./abr. 2017.

LÚCIO, M. G.; TORRES, M. C. T.; GUSMÃO, C. M. P. Riscos ocupacionais do atendimento pré-hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, Aracaju, v.1, n.3, p. 69-77, jun. 2013.

MACÊDO, K. B; BUENO, M. Apresentação. In: BUENO, M.; MACÊDO, K. B. **Imersões em psicodinâmica do trabalho na arte, gestão e docência na modernidade**. Goiânia: Editora da PUC Goiás, 2016, p. 7-14.

MACÊDO, K. B.; HELOANI, R. Identidade. In: VIEIRA, F.O.; MENDES, A.M.; MERLO, A.R.C.(orgs). **Dicionário Crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá Editora, 2013, p. 219-224.

MACÊDO, K. B. *et al.* A constituição do espaço de discussão coletivo e suas vicissitudes: quatro estudos e uma reflexão. In: MERLO, A. R. C.; MENDES, A. M.; MORAES, R. D. **O sujeito no trabalho: entre a saúde e a patologia**. Curitiba: Juruá Editora, 2013, p. 202-215.

MACÊDO, K. B. (Org.). **O diálogo que transforma: a clínica psicodinâmica do trabalho**. Goiânia: Editora da PUC Goiás, 2015, p. 11-21.

MACÊDO, K. B. A saúde mental e o trabalho: o olhar da clínica psicodinâmica do trabalho. In: MACÊDO, *et al* (Orgs). **Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar**. Goiânia: Editora da PUC Goiás, 2016, p. 221-250.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011.

MACHADO, L. S *et al.* Research studies into psychodynamics of work that were made available via the CAPES/MEC (Brazilian Ministry of Education) Portal between 2004 and 2014: A bibliometrics analysis. **Business and Management Review**, special health issue Brazil I, v. 4, n. 11, may, 2015, p. 40-54.

MACHADO, L. S. **Vivências no Trabalho de Auditores-fiscais de Goiás à luz da clínica psicodinâmica do trabalho.** Tese (Doutorado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Goiânia, 2016, 409 f.

MAGALHÃES, M. O.; TEIXEIRA, M. A. P. Interesses ocupacionais no trabalho. In: PUENTE-PALACIOS, K.; PEIXOTO, A. L. A. (Orgs.) **Ferramentas de diagnóstico para organizações e trabalho: um olhar a partir da psicologia.** Porto Alegre: Artmed, 2015, cap. 10.

MALVEZZI, S. Trabalho, psicologia e sociedade: fronteiras em transição. In: BUENO, M.; MACÊDO, K. B. **Imersões em psicodinâmica do trabalho na arte, gestão e docência na modernidade.** Goiânia: Editora da PUC Goiás, 2016, p. 15-24.

MARQUES, A. M. A. **Condições e organização do trabalho das equipes do SAMU/RMF: riscos e agravos daqueles que trabalham contra o tempo.** Dissertação (Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade), Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Fortaleza, 2013, 168f.

MARTINS, E. R.C.; ZEITOUNE, R. C. G. As condições de trabalho como fator desencadeador do uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem. **Revista Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 639-644, dez. 2007.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17 n.1, p. 1-8, jan./fev., 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692009000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 03 Nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Estratégias defensivas utilizadas por enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva: reflexão na ótica Dejouriana. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, p. 34-41, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5071/pdf>>. Acessado em: 19 jul. 2017.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C, BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 44, n. 4, p. 1107-1111, 2010. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400036>>. Acessado em: 10 de mar. 2017.

MARTINS, A. R. *et al.* Relações interpessoais, equipe de trabalho e seus reflexos na atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 6-12, mar. 2012. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022012000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 12 Nov. 2016.

MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria geral da administração: da escola científica à competitividade na economia globalizada**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MAXIMO, J. T. A.; CANÇADO V. L.; JEUNON, E. E. **Prazer e Sofrimento no Trabalho: Um Estudo de Caso dos Cirurgiões-Dentistas da Prefeitura de Betim**. XXXVI Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro/RJ – 22 a 26 de setembro de 2012.

MEDEIROS NETO, C. F. *et al.* **Análise da percepção da fadiga, estresse e ansiedade em trabalhadores de uma indústria de calçados**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2012, 61 (3), 133-8.

MEDEIROS, L. A.; LUSTOSA, M. A. **A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital**. *Revista SBPH*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 203-227, dez. 2011. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000200013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200013&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em: 08 abr. 2017.

MELO, C. F.; MAGALHÃES, B. **Salud y trabajo de profesionales de Servicio Móvil Urgencia de Brasil. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR**. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2016. Disponível em: <<https://www.aacademica.org/000-044/274.pdf>>. Acessado em 02 fev. 2017.

MENDES, A. M.; MORRONE, C. **Trajetória teórica de pesquisas brasileiras sobre prazer e sofrimento no trabalho**. In: MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C.; MORRONE, C. F.; FACAS, E. P. (Orgs.). **Psicodinâmica e Clínica do Trabalho: Temas, interfaces e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá, 2012, p. 29-52.

MENDES, A. M.; ARAUJO, L. K. R.; MERLO, À. R. C. **Prática clínica em psicodinâmica do trabalho: experiências brasileiras**. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. (Orgs.). **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas. 2011. p 169-185.

MENDES, A. M.; FACAS, E. P. Transgressão do trabalho prescrito como estratégia para transformar o sofrimento: estudo da inteligência prática. In: MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C.; MORRONE, C. F.; FACAS, E. P. (Orgs.). **Psicodinâmica e Clínica do Trabalho: Temas, interfaces e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá, 2012, p. 77-92.

MENDES, A. M.; MULLER, T. C. Prazer no trabalho. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. (Orgs.) **Dicionário crítico de gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013, p. 289-292.

MERLO, A. R. C. Sofrimento psíquico e atenção a saúde mental. In: MACÊDO, K. B.; LIMA, J. G.; FLEURY, A. R. D.; CARNEIRO, C. M. S. (orgs). **Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar**. Goiânia: Editora da PUC Goiás, 2016, p. 199-217.

MESQUITA, S. M. M. *et al.* Ergonomia, Psicodinâmica e Riscos. Revista ECOS Estudos Contemporâneos da Subjetividade, v. 6, n. 1, p. 136-149, 2016.

MILANI, R. G. *et al.* **A dor psíquica na trajetória de vida do paciente fibromiálgico**. Aletheia, Canoas, n. 38-39, p. 55-66, dez. 2012. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942012000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em: 09 ago. 2017

MINAYO M. C. S., DESLANDES, S.F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1877-1886, 2008.

MOLINIER, P. **O trabalho e a psique: uma introdução à psicodinâmica do trabalho**. Trad. F. Soudant. Brasília: Paralelo 15, 2013.

MONTEIRO, J. K. Organização do trabalho e sofrimento psíquico de trabalhadores da saúde. In: MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C.; MORRONE, C. F.; FACAS, E. P. (Orgs.). **Clínica Psicodinâmica do Trabalho: Temas, interfaces e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá Editora, 2012, p. 335-345.

MONTEIRO, J. K.; JACOBY, A. R. Sobrecarga no trabalho. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. (orgs). **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: juruá, 2013, p. 405-408.

MONTEIRO, J. K.; GRISA, G. H. Relações sócio profissionais no contexto hospitalar e repercussões na saúde mental da equipe de enfermagem. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 6, n. 2, p. 53-62, 2014.

MORAES, R. D. **Prazer-sofrimento no trabalho com automação**: estudo em empresas no Pólo Industrial de Manaus. Manaus: EDUA, 2010.

\_\_\_\_\_. Estratégias defensivas. In: VIERIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013a.

\_\_\_\_\_. Estratégias de enfrentamento do sofrimento e conquista do prazer no trabalho. In: MERLO, A. R. C.; MENDES, A. M. M.; MORAES, R. D. (Orgs.) **O sujeito no trabalho**: Entre a saúde e a patologia. Curitiba: Juruá, 2013b.

MORAES, R. D.; VASCONCELOS, A. C. L.; CUNHA, S. C. P. Prazer no trabalho: o lugar da autonomia. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 217-227, ago. 2012. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572012000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572012000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em: 17 mar. 2017.

MORAES, R. D.; MOURA, P. M. F. Transformação do sofrimento no trabalho de atendimento no tribunal de justiça do Amazonas. In: MACÊDO, K. B. (org.). **O diálogo que transforma**: a clínica psicodinâmica do trabalho. Goiânia: Editora da PUC Goiás, 2015, p. 234-251.

MORAIS, M. B. L. Humor e psicanálise. **Estudos Psicanalíticos**, Belo Horizonte, n. 31, p. 114-124, out. 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-34372008000100014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372008000100014&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em: 24 jul. 2017.

MORENO-JIMÉNEZ, B. Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. **Medicina y Seguridad del Trabajo**, Madrid, v. 57, supl. 1, p. 4-19, 2011. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2011000500002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500002&lng=es&nrm=iso)>. Acessado em: 07 mai. 2016.

MORIGUCHI, C. S.; ALEM, M. E. R.; COURY, H. J. C. G. Evaluation of workload among industrial workers with the Need for Recovery Scale. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, v. 15, n. 2, p. 154-159, mar./apr., 2011.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 8-19, jul./set. 2001.

MORIN, E.; TONELLI, M. J.; PLIOPAS, A. L. V. O trabalho e seus sentidos. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. spe, p. 47-56, 2007. Disponível



em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822007000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400008&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 24 jan. 2017.

MOSCHEN, R.; MOTTA, M. G. C. Enfermagem em unidade de emergência: interfaces e interdependências do corpo de trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 5, p. 8, set./out. 2010.

MOTTA, P. R. M. Ansiedade e medo na empresa: percepção de risco das decisões gerenciais. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**, edição especial 10 anos, p. 22 – 37, 2002.

NARCISO, F. V.; PINTO, M. C. R. O trabalho em turno e noturno na sociedade moderna. *In*: MELO, M. T. (ed.). **Trabalho em turno**: fadiga. São Paulo: Atheneu, 2013.

NAVARRO A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Teamwork and its meaning to professionals working in the family health strategy program. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 69-75, jan./mar. 2013.

NUNES, C. M. *et al.* Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 252-257, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/10.5216/ree.v12i2.7006>>. Acessado em: jan. 2017.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 141-160, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-3312012000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-3312012000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 25 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Cuidado Integral e Atenção às Urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do Estado do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n.1, p.199-210, 2013. Disponível em:< [www.journals.usp.br/sausoc/article/download/76421/80128](http://www.journals.usp.br/sausoc/article/download/76421/80128)>. Acessado em: 15 jun. 2017.

OLIVEIRA, A. C.; SILVA, M. D. M.; GARBACCIO, J. L. Vestuário de profissionais de saúde como potenciais reservatórios de microrganismos: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 684-91, jul./set. 2012. Disponível em: <[www.index-f.com/textocontexto/2012pdf/21-684.pdf](http://www.index-f.com/textocontexto/2012pdf/21-684.pdf)>. Acessado em: 23 jul. 2017.

OLIVEIRA, A. C. O.; PAIVA, M. H. R. S. Análise dos acidentes ocupacionais com material biológico entre profissionais em serviços de atendimento pré-hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 1, jan./fev. 2013. Disponível em: < [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acessado em: 21 set. 2015.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Factores psicosociales en el trabajo:** Naturaleza, incidencia y prevención. Serie seguridad, higiene y medicina del trabajo, n. 5. Ginebra: OIT, 1986. Disponível em: <[http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1986/86B09\\_301\\_span.pdf](http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1986/86B09_301_span.pdf)>. Acessado em: 13 de julho 2015.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Trabalho só pode ser decente se for seguro e saudável.** Brasília: OIT, 2014. Disponível em: <<http://www.oitbrasil.org.br/content/trabalho-so-pode-ser-decente-se-seguro-e-saudavel>>. Acessado em: 04 jun. 2014.

ORTIGA, A. M. B. **Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, SC, 2014. 241f.

PAIVA, K.; C. M.; AVELAR, V. L. L. M. Qualidade de vida no trabalho em uma central de regulação médica de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Organizações & Sociedade**, Salvador, v. 18, n. 57, p. 303-321, jun. 2011.

PAREKH, R. What Are Anxiety Disorders? In: **American Psychiatric Association. Patients & Families: Anxiety Disorders.** Estados Unidos, Physician Review, 2017. Disponível em: <<https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>>. Acessado em: 28 ago 2017.

PENIDO, L. O.; PERONE, G. Saúde mental no trabalho: esclarecimentos metodológicos para juristas. In: FERREIRA, J. J.; PENIDO, L. O (Coords.). **Saúde Mental no trabalho:** coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás. Goiânia: Cir Gráfica, 2013, p. 33-43.

PEREZ, J. P. Effect of burnout and work overload on the quality of work life. **Estudios gerenciales**, Cali, v. 29, n. 129, p. 445-455, dez. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-59232013000400008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-59232013000400008&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em: 17 nov. 2016.

PEREIRA, W. A. P.; LIMA, M. A. D. S. O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 320-327, jun. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 07 ago. 2017.

PINTO, F. M.; ZAMBRONI-DE-SOUZA, P. C. The work activity of ambulance drivers from

the ergological point of view. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 40, n. 131, p. 49-58, jun. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572015000100049&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572015000100049&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em: 27 jan. 2017.

PIRES, J. C. S.; MACÊDO, K. B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **RAP Rio de Janeiro**, v. 40, n. 1, p. 81-105, jan./fev. 2006. Disponível em:< [www.scielo.br/pdf/rap/v40n1/v40n1a05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n1/v40n1a05.pdf)>. Acesso em: 26 de Nov. 2017.

PIRES, R. V.; MACÊDO, K. B. O minimizar do sofrimento dos artistas de teatro: In: ZANELLI, J. C.; SILVA, N.; TOLFO, S. R. (Orgs.). **Processos psicossociais nas organizações e no trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011, p. 253-266.

PIRES, R. V. “**Eu suporto tudo para me sentir artista**”- as vivências dos profissionais de uma companhia de teatro em relação ao seu trabalho: uma abordagem psicodinâmica. Tese (Doutorado em Psicologia). Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2011. 236 f.

PITTERI J. S. M; MONTEIRO, O. S. Caracterização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Palmas-Tocantins, Brasil, em 2009. **Com. Ciências Saúde**, v. 21, n. 3, p. 227-236, 2010. Disponível em: < [http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/artigos/caracterizacao\\_servico\\_atendimento\\_movel.pdf](http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/artigos/caracterizacao_servico_atendimento_movel.pdf)>. Acessado em: 15 jan. 2017.

PORTAL DE PERIÓDICOS COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR/MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Acesso livre. Brasília: Governo Federal, 2017. Disponível em:<<http://www.periodicos.capes.gov.br/>>. Acessado em: 02 set. 2017.

PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado: Comitê do PHTLS da National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT) em Cooperação com Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões. 6. ed. Rio de Janeiro: Mosby Jems Elsevier, 2007.

RAMOS, L. F. C. O **trabalho e a saúde mental dos servidores de uma IFES, usuários do Programa Saudavelmente**: uma análise psicodinâmica. Tese (Doutorado em psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Goiânia, 2016, 302 f.

REGO, A. Empregados felizes são mais produtivos? **Revista de Estudos Politécnicos**, v. 7, n. 12, p. 215-233, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.mec.pt/pdf/tek/n12/n12a12.pdf>>. Acessado em: 01 jul. 2017.

REICHMAN, W.; BERRY, M. O. The Evolution of Industrial and Organizational Psychology. In: CARR, S.; MACLACHLAN, M.; FURHAM, A. (Eds). **Humanitarian Work Psychology**. UK: Palgrave Macmillan, 2012. p. 34-51.

REIS, F. F.; BRAGA, A. L. S. O trabalho noturno e seus impactos na saúde da equipe de enfermagem: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 9, n. 3, p. 7133-7145, 2015. Disponível em:  
<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10444/11255>>.  
Acessado em: 15 de dez. 2017.

RIBEIRO, C. V. S.; MANCEBO, D. O servidor público no mundo do trabalho do século XXI. **Psicologia ciência e profissão**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 192-207, 2013. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932013000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000100015&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 29 Jun 2017.

RIBEIRO, L. A.; SANTANA, L. C. Qualidade de vida no trabalho: fator decisivo para o sucesso organizacional. **Revista de Iniciação Científica – RIC**, Cairu, v.2, n. 2, p. 75-96, jun. 2015. Disponível em:  
<[http://www.cairu.br/riccairu/pdf/artigos/2/06\\_QUALIDADE\\_VIDA\\_TRABALHO.pdf](http://www.cairu.br/riccairu/pdf/artigos/2/06_QUALIDADE_VIDA_TRABALHO.pdf)>.  
Acessado em: 27 jan. 2017.

ROBAZZI, M. L. C. C. *et al*. Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. **Revista Cubana de Enfermería**, Ciudad de la Habana, v. 26, n. 1, p. 52-64, mar. 2010. Disponível em: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192010000100009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100009&lng=es&nrm=iso)>. Acessado em: 21 nov. 2016.

ROBBINS, S. P.; DECENZO, D. A. **Fundamentos de administração**: conceitos essenciais e aplicações. 4. ed. trad. TAYLOR, R. B, rev. SILVA, R. O. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

ROCHA, P. K. et al. Assistência de enfermagem em serviço pré-hospitalar e remoção aeromédica. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 695-698, dez. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672003000600022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000600022&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 23 ago. 2016.

ROCHA, T. B. **Vivências do enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**: detalhes de um grande desafio. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte: 2013, 92 f.

ROESE, M. **Novas formas de organização da produção e relações de trabalho na indústria**: estudos de casos no setor metal-mecânico gaúcho. 1992. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 1992, 211f.

ROMANZINI, E. M, BOCK, L.F. Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 2, mar./abr. 2010. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acessado em: 14 ago. 2017

ROSA, A. F. G. *et al.* Incidência de LER/ Incidência de LER/DORT em trabalhadores de enfermagem. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 30, n. 1, p. 19-25, 2008. Disponível em:<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/4383/3092> >. Acessado em: 08 abr. 2017.

ROSA, A. J.; BONFANTI, A. L.; CARVALHO, C. S. O Sofrimento Psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e Suas Relações com o Trabalho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p.141-152, 2012. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100014&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 04 ago. 2017.

ROSA, F. A. M. A intimidação como violência. **Revista da EMERJ**, v. 6, n. 21, 2003. Disponível em:<[http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj\\_online/edicoes/revista21/revista21\\_175.pdf](http://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista21/revista21_175.pdf)>. Acessado em: 28 fev. 2017.

ROSSI, E. Z. **Reabilitação e reinserção no trabalho de bancários portadores de LER/DORT**: análise psicodinâmica. Tese (Doutorado em psicologia). Universidade de Brasília, Brasília, 2008, 270f.

. Análise clínica da organização do trabalho bancário e o processo de adoecimento por LER/DORT. In: A. M. Mendes (Org.). **Psicodinâmica e clínica do trabalho**: temas, interfaces e casos brasileiros. Curitiba: Juruá, 2010, p. 381-395.

. Análise clínica da organização do trabalho bancário e o processo de adoecimento por LER/DORT. In: MENDES, A. M. ; MERLO, A. R. C. ; MORRONE, C. F. ; FACAS, E. P. (Orgs.). **Clínica Psicodinâmica do Trabalho**: Temas, interfaces e casos brasileiros. Curitiba: Juruá Editora, 2012, p. 381-395.

SANTOS, R. L. P. S.; GRISCI, C. L. I. Vivências de frustração e medo no trabalho bancário. **XXXIV Encontro da ANPAD**, Rio de Janeiro – 25 a 29 de setembro de 2010.

SANTOS, M. C. *et al.* O processo comunicativo no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU-192). **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 69-76, mar. 2012. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 18 Jun. 2017.

SANTOS, F. P. Apresentação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2. ed., 2016a, p. 1-2.

SANTOS, C. M. **As vivências dos gestores do SENAI/DR-Goiás em relação ao processo de informatização**: um estudo de caso embasado na clínica psicodinâmica do trabalho. Dissertação (Mestrado em psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Goiânia, 2016b, 257 f.

SCHLINDWEIN, V. L. D. C. Estratégias subjetivas de enfrentamento do sofrimento no trabalho. In: MONTEIRO, J. K.; VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M. **Trabalho e prazer: teoria, pesquisas e práticas**. Curitiba: Juaruá, 2015.

SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE - SciELO. **Pesquisa artigos**. Disponível em: <<http://www.scielo.org/php/index.php>>. Acessado em: mar. 2017.

SELIGMAN-SILVA, E. Psicologia e saúde mental no trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. São Paulo: Ateneu; 2003. p. 1141-82.

SERRA, R. A. **Dor, qualidade de vida e saúde dos profissionais do SAMU-192**. Dissertação (Mestrado em psicologia). Universidade Católica Dom Bosco, 2014, 153 f.

SILVA, B. M. *et al.* Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 442-448, set. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300008&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 21 mar. 2017.

SILVA, D. M. *et al.* A importância do Relacionamento Interpessoal no contexto Organizacional. V **CONVIBRA – Congresso Virtual Brasileiro de Administração**, 05 a 07 de dezembro de 2008, São Paulo. Disponível em: <[http://www.convibra.org/2008/artigos/289\\_0.pdf](http://www.convibra.org/2008/artigos/289_0.pdf)>. Acessado em: 06 jan. 2017.

SILVA, J. G. *et al.* Atendimento pré-hospitalar móvel em Fortaleza, Ceará: a visão dos profissionais envolvidos. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 12, n. 4, p. 591-603, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2009000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000400009&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 10 out. 2017.

SILVA, *et al.* Impactos gerados pelo trabalho em turnos. **Perspectivas Online**, v. 4, n. 13, p. 65-86, 2010, Disponível em: <[http://seer.perspectivasonline.com.br/index.php/revista\\_antiga/article/.../321](http://seer.perspectivasonline.com.br/index.php/revista_antiga/article/.../321)>. Acessado em: 14 mai. 2016.

SILVA, P. M. S. **Análise do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Belo Horizonte via simulação e otimização**. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010, 134 f.

SILVA, F. C. **Vivências dos gestores de uma IES privada em relação ao seu trabalho: intervenção em clínica psicodinâmica do trabalho**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2012, 175 f.

SILVA, N. C.; NOGUEIRA, L. T. Avaliação de indicadores operacionais de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 471-477, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/29287/19037>>. Acessado em: 15 fev. 2017.

SILVA NETO, M. J. Assédio moral, saúde mental do trabalhador e atuação do ministério público do trabalho. In: FERREIRA, J. J.; PENIDO, L. O (Coords.). **Saúde Mental no trabalho**: coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás. Goiânia: Cir Gráfica, 2013, p. 353-368.

SILVA, J. L. L. *et al.* O ruído causando danos e estresse: possibilidade de atuação para a enfermagem do trabalho. **Avances en Enfermería**, v. XXXII, n. 1, p. 124-138, fev./jun. 2014a. Disponível em: <<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/46074/47681>>. Acessado em: 01 mar. 2017.

SILVA, S. F. *et al.* Dificuldades vivenciadas em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: percepções da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 4, n. 2, p. 1161-1172, maio/ago. 2014b. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/541>>. Acessado em: 01 ago. 2017.

SILVA, H. D. **O assédio moral em uma organização pública**: uma leitura da clínica psicodinâmica do trabalho. Tese (doutorado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Goiânia, 2015. 405 f.

SILVA, H. D.; LAVNCHICHA, G. R. F. S.; GUIMARÃES JÚNIOR, E. O assédio moral em um grupo de pesquisadores: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. In: MACÊDO, K. B. (Org.). **O diálogo que transforma a Clínica Psicodinâmica do Trabalho**. Goiânia: Editora da PUC Goiás, 2015, p. 154-175.

SIQUEIRA, H. S. G. S. "Globalização e autonomia" (limites e possibilidades). **Pós Modernidade Política e Educação**, Santa Maria, v. 1, n. 1, 2010. Disponível

em:<<http://www.angelfire.com/sk/holgonsi/globoautonomia.html>>. Acessado em: 01 out. 2017.

SIQUEIRA, M. V. S. Gestão, violência e servidão nas organizações: contribuições da sociologia clínica e da psicodinâmica do trabalho. In: MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. ; MORRONE, C. F.; FACAS, E. P. (Orgs.). **Clinica Psicodinâmica do Trabalho**: Temas, interfaces e casos brasileiros. Curitiba: Juruá Editora, 2012, p. 165-178.

SOARES, J. C. S. **Situações de riscos ocupacionais percebidas pelos trabalhadores de um serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU)**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006, 160f.

SOUZA, L. K. **As vivências dos designers de moda em relação ao seu trabalho: uma abordagem psicodinâmica**. Tese (doutorado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2010, 306 f.

SPECTOR, P. E. **Psicologia nas organizações**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

SURDI, A. C.; TONELLO, J. Lazer e saúde: algumas aproximações em direção à melhoria da qualidade de vida das pessoas. **Visão Global**, Joaçaba, v. 10, n. 2, p. 201-228, jul./dez. 2007. Disponível em: <<https://editora.unoesc.edu.br/index.php/visaoglobal/article/download/484/229>>. Acessado em: 18 jul. 2017.

TAMAYO, A.; PASCOAL, T. A relação da motivação para o trabalho com as metas do trabalhador. **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v.7, n. 4, out./dez. 2003.

TIPPLE, A. F. V. *et al* . Acidente com material biológico no atendimento pré-hospitalar móvel: realidade para trabalhadores da saúde e não saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 378-384, jun. 2013.

TRAESEL, E. S.; MERLO, A. R. C. Sofrimento no trabalho e possibilidades de saúde e realização: psicodinâmica do reconhecimento. In: MENDES *et. al* (orgs.) **Psicodinâmica e clínica do Trabalho**: temas, interfaces e casos brasileiros. Curitiba: Juruá, 2012, p. 291-310.

UCHIDA, S. Organização do trabalho: vivências de sofrimento e prazer. In: MENDES, A. M.; LIMA, S. C. C.; FACAS, E. P. (orgs.). **Diálogos em psicodinâmica**. Brasília: Paralelo 15, 2007, p. 105-118.



VASCONCELOS, P. H. *et al.* Qualidade de vida no trabalho docente: um estudo de caso em uma instituição de ensino superior. **Revista de Administração e Inovação**, v. 9, n. 2, p. 79-97, abr./jun. 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Simone/Downloads/Vasconcelos\_Alves\_Santos\_Francisco\_2012\_Qualidade-de-vida-no-trabalho-\_7731.pdf>. Acessado em: 01 ago. 2017.

VEGIAN, C. F. L.; MONTEIRO, M. I. Condições de vida e trabalho de profissionais de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 1-7, jul./ago. 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt\_22.pdf>. Acessado em: 28 jul. 2015.

VELLOSO, I. S. C. *et al.* Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: o trabalho na vitrine. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 1-9, jul./set. 2014.

VERONESE, A. M.; OLIVEIRA, D. L. L. C.; NAST, K. Risco de vida e natureza do SAMU: demanda não pertinente e implicações para a enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 4, p. 142-148, 2012.

VIEIRA C. M. S; MUSSI F.C. A implantação do Projeto de atendimento móvel de urgência em Salvador/BA: panorama desafios. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 4, p. 793-797, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a23>. Acessado em: 02 ago. 2017.

WESTLANDER, G. Factores psicosociales y gestión organizativa. In: STELLMAN, J. M (Dir.). **Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo**. Madrid: Organización International Del Trabajo, 1998, p. 35-40. Disponível em: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/35.pdf>. Acessado em: 17 mar. 2016.

WORM, F. A. *et al.* Risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no trabalho em atendimento móvel de urgência. **Revista Cuidarte**, v. 7, n. 2, p. 1288-1296, jul. 2016. Disponível em: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/329/726>. Acessado em: 31 jul. 2017.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman. 2001.

\_\_\_\_\_. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZAIDAN, M. **Psicologia aplicada ao trabalho**. 2. ed. São Paulo: LTr, 2010.

ZANELLI, J. C. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2004.

ZAPPAROLI, A. S.; MARZIALE, M. H. P. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 41-46, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000100008>>. Acessado em: 10 nov. 2016.

# ANEXO 1 - Aprovação do Projeto de Pesquisa no Comitê de Ética

10/01/2017

Plataforma Brasil

Saúde



Simone Maria Moura Mesquita - Pesquisador | 92

Cadastros

Sua sessão expira em: 35min

## GERIR PESQUISA

Para cadastrar um novo projeto, clique aqui: [Nova Submissão](#) Para cadastrar projetos aprovados anteriores a Plataforma Brasil, clique aqui: [Projeto anterior](#)

### BUSCAR PROJETO DE PESQUISA:

Título do Projeto de Pesquisa:  CAAE:

Pesquisador Responsável:  Última Modificação:  Tipo de Projeto:

Palavra-chave:

**SITUAÇÃO DA PESQUISA**

Marcar Todas  
 Aprovado  
 Em Apreciação Ética  
 Em Edição  
 Em Recepção e validação Documental  
 Não Aprovado - Não Cabe Recurso  
 Não Aprovado na CONEP  
 Não Aprovado no CEP  
 Pendência Documental Emitida pela CONEP  
 Pendência Documental Emitida pelo CEP  
 Pendência Emitida pela CONEP  
 Pendência Emitida pelo CEP  
 Recurso Submetido ao CEP  
 Recurso Submetido ao CONEP  
 Recurso não Aprovado no CEP  
 Retirado  
 Retirado pelo Centro Coordenador

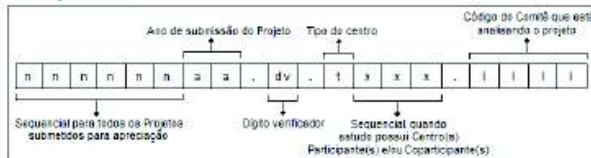
### LISTA DE PROJETOS DE PESQUISA:

| Tipo | CAAE                 | Versão | Pesquisador Responsável     | Comitê de Ética  | Instituição   | Origem | Última Apreciação | Situação | Ação |
|------|----------------------|--------|-----------------------------|--|---|--------|-------------------|----------|------|
| P    | 471093/5.1.0000.0037 | 2      | Simone Maria Moura Mesquita | 37 - Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/GOIAS | Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/GOIAS | PO     | PO                | Aprovado | [A]  |

### LEGENDA:

(\*) Tipo  
 P = Projeto de Centro Coordenador    Pp = Projeto de Centro Participante    Pc = Projeto de Centro Coparticipante

#### (\*) Formação do CAAE



#### (\*) Origem / última Apreciação

PO = Projeto Original de Centro Coordenador    POP = Projeto Original de Centro Participante    POC = Projeto Original de Centro Coparticipante  
 E = Emenda de Centro Coordenador    Ep = Emenda de Centro Participante    Ec = Emenda de Centro Coparticipante  
 N = Notificação de Centro Coordenador    Np = Notificação de Centro Participante

#### (\*) Lista de Projetos de Pesquisa

- A exibição de ação **E** indica que existem uma ou mais emendas em fila, ou seja, que aguardam apreciação.

Este sistema foi desenvolvido para os navegadores Internet Explorer (versão 7 ou superior) ou Mozilla Firefox (versão 5 ou superior).

## APÊNDICE A - Portarias e Decreto (dc) Relacionados ao SAMU 192 no Brasil

| Norma/<br>publicação   | Ementa  |
|------------------------|---|
| PRT-2923<br>15/06/1998 | Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência.   |
| PRT-479<br>16/04/1999  | Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.   |
| PRT-2048<br>12/11/2002 | Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.   |
| PRT-2072<br>31/10/2003 | Institui o comitê gestor nacional de atenção às urgências.  |
| DC-5055<br>28/04/2004  | Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em Municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências.   |
| PRT-1828<br>03/09/2004 | Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.  |
| PRT-1927<br>16/09/2004 | Estabelece incentivo financeiro aos estados e municípios, com Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, qualificados pelo Ministério da Saúde, para a adequação de áreas físicas das centrais de regulação médica de urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional. |
| PRT-2420<br>10/11/2004 | Constitui Grupo Técnico - GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita.   |
| PRT-2657<br>17/12/2004 | Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192.  |
| PRT-3125<br>08/12/2006 | Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define competências.  |
| PRT-491<br>12/09/2008  | Institui a câmara de assessoramento técnico à Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde - CGUE/DAE/SAS/MS.   |
| PRT-2971<br>09/12/2008 | Institui o veículo motocicleta - motolância como integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda a Rede SAMU 192 e define critérios técnicos para sua utilização.  |
| PRT-2972<br>09/12/2008 | Orienta a continuidade do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS, priorizando a organização e a qualificação de redes loco-regionais de atenção integral às urgências.  |
| PRT-1601<br>08/07/2011 | Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da rede de atenção às urgências, em conformidade com a política nacional de atenção às urgências.   |
| PRT-1010<br>22/05/2012 | 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.  |
| PRT-356<br>09/04/2013  | Define o cadastramento, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde - SCNES, das Centrais de Regulação das Urgências e das Unidades Móveis de Nível Pré-Hospitalar de Urgências pertencentes ao Componente SAMU 192 da Rede de Atenção às Urgências.                                     |
| PRT-1473<br>19/07/2013 | Altera a Portaria nº 1.010/GM/MS, 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.   |
| PRT-460<br>11/06/2014  | Inclui incentivos de custeio relacionados ao SAMU192 na tabela de incentivos do CNES e exclui habilitações da tabela de Habilitações do CNES.   |
| PRT-268<br>26/02/2016  | Regulamenta a aplicação das emendas parlamentares que adicionarem recursos à Rede SUS no exercício de 2016, para aplicação no incremento do Teto de Média e Alta Complexidade e do Piso de Atenção Básica, com base no disposto no art. 38, § 6º, da Lei nº 13.242, de 30 de dezembro de 2015.            |

Fonte: Elaborado a partir dos dados disponibilizados no Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde, Brasil (2017e)

**APÊNDICE B - Declaração de Instituição Coparticipante**

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA  
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

**DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE**

Declaro ter lido e concordar com o projeto de pesquisa “**A vida pela vida: o trabalho dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – 192: uma leitura da Psicodinâmica do Trabalho**” de responsabilidade da pesquisadora **Simone Maria Moura Mesquita** e declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar. Estou ciente que a execução deste projeto dependerá da aprovação do mesmo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, mediante parecer ético consubstanciado e declaração de aprovação.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2015.

---

Direção Geral

---

Direção Técnica

### APÊNDICE C - Carta Convite - Individual

Prezado(a) integrante do **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, região Centro Oeste do Brasil.**

Eu, Simone Maria Moura Mesquita, doutoranda do curso de Doutorado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, núcleo de estudos psicossociológicos, orientada pela Professora Prof. Dra. Kátia Barbosa Macêdo, convido-o(a) a participar da pesquisa: **“A vida pela vida: o trabalho dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – 192: uma leitura da Psicodinâmica do Trabalho”**, como participante.

O referido projeto está cadastrado na Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Seu objetivo é descrever e analisar a dinâmica das relações entre organização do trabalho e saúde/adoecimento de integrantes em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), região Centro Oeste do Brasil, com base nas categorias de análise da psicodinâmica do trabalho.

Serão realizadas no mínimo três e no máximo quatro sessões com um grupo de seis a doze integrantes em um **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) região Centro Oeste do Brasil**, com duração de uma a duas horas cada sessão, para que se possa discutir em grupo questões relacionadas ao seu trabalho. As sessões serão gravadas e transcritas, constituindo assim o material de análise da pesquisa.

Todas as informações analisadas serão utilizadas unicamente para o presente projeto de pesquisa e posterior publicação, sendo que seus dados de **identificação serão preservados**. A participação voluntária consistirá no comparecimento nas sessões de entrevistas coletivas, não oferecendo nenhum risco legal e moral, como também não acarretando qualquer despesa aos participantes deste projeto. Os dados extraídos da escuta clínica coletiva serão analisados, e estarão à disposição dos participantes deste estudo, após a conclusão do mesmo.

Será oferecido um café da manhã ou um *coffee break* no início das sessões para os integrantes do SAMU região Centro Oeste do Brasil, participantes do grupo de pesquisa. Os encontros serão preferencialmente realizados nas **sextas-feiras pela manhã ou à tarde, no período de 01 dezembro de 2015 à 30 de janeiro de 2016**.

Desde já agradeço a disponibilidade daqueles que participarem desta pesquisa.

O maior ganho para o participante desta pesquisa será a oportunidade de pensar coletivamente acerca do seu cotidiano laboral e como a atual organização do trabalho está

impactando nas atividades dos integrantes em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da região Centro Oeste do Brasil e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida e em sua saúde mental.

Caso tenha interesse e disponibilidade de participar desta pesquisa, basta responder a este e-mail enviando seu telefone que entrarei em contato.

Desde já agradeço a atenção e coloco-me a disposição para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa:

Telefones: 62-8563-8423 9109 2235 ou email: [sihoedu@yahoo.com.br](mailto:sihoedu@yahoo.com.br)

Atenciosamente,

Simone Maria Moura Mesquita  
Doutoranda em Psicologia – PUC/GO

## APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido

O (a) senhor(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: “A vida pela vida: o trabalho dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – 192: uma leitura da Psicodinâmica do Trabalho”.

O motivo que nos conduz a estudar a relação entre trabalho e a profissão de integrantes em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da região centro Oeste do Brasil, deve-se à necessidade de analisar a organização do trabalho a partir da análise das suas vivências de prazer e sofrimento no seu cotidiano laboral.

Os dados coletados irão contribuir para a compreensão de como a atual configuração de gestão e organização de trabalho de uma organização pode impactar na saúde mental dos seus servidores e sugerir intervenções que venham a eliminar e/ou minimizar esses prejuízos.

O objetivo desse projeto de pesquisa, portanto, é descrever e analisar a dinâmica das relações entre organização do trabalho e saúde/adoecimento dos profissionais que integram um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da região Centro Oeste do Brasil com base nas categorias de análise da psicodinâmica do trabalho.

O procedimento de coleta de dados será da seguinte forma:

- 1- leitura conjunta e assinatura deste termo de consentimento;
- 2- realização da escuta clínica coletiva. Os participantes serão entrevistados em reuniões coletivas com duração prevista de no mínimo uma e no máximo duas horas de duração, as quais serão gravadas, para posterior transcrição e análise dos dados coletados. Há previsão de realização de 3 a 4 sessões. Os encontros se darão no ambiente de trabalho do pesquisado (a). A sala deverá estar localizada em local com o mínimo ruído, temperatura agradável e ações para prevenir interrupções serão tomadas (cartaz na porta sinalizando a necessidade de não interromper o procedimento de pesquisa);
- 3- realização de encontros em grupo para validação e/ou refutação dos dados e elaboração de intervenções no cotidiano de trabalho a partir do relatório preliminar elaborado pelos pesquisadores tomando por base as falas dos(as) participantes obtidas nas reuniões coletivas ou entrevistas individuais. Espera-se a realização de dois encontros com duração prevista de no mínimo uma hora e no máximo duas horas, os quais serão filmados e gravados para posterior ajuste nos dados coletados e analisados no relatório preliminar. Serão realizados em uma sala no prédio da unidade pesquisada. A sala deverá estar localizada em local com o mínimo ruído, temperatura agradável e ações para prevenir interrupções serão tomadas (cartaz na porta sinalizando a necessidade de não interromper o procedimento de pesquisa).



Este projeto refere-se à etapa da pesquisa de campo, em que os participantes, coletivamente, irão discorrer sobre a organização do trabalho, vivências de prazer e sofrimento no trabalho, estratégias defensivas e outras situações que envolvam a sua mobilização subjetiva. Contempla também a reunião coletiva para validar/refutar os dados coletados na etapa 2.

Todas as informações relacionadas à sua participação, registradas em gravações, serão mantidas em sigilo na Pontifícia Universidade Católica de Goiás e com o pesquisador. Seus dados pessoais não serão divulgados em hipótese alguma. O (a) senhor (a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Esses dados serão utilizados apenas para os fins desta pesquisa. Depois de encerrada, o (a) senhor (a) poderá ter acesso ao trabalho, caso tenha interesse.

A participação no estudo não acarretará custos para o (a) senhor (a). Caso ocorram despesas devido à participação nesta pesquisa, o participante será ressarcido pelo pesquisador naquele gasto relacionado à participação nesta pesquisa.

O procedimento poderá causar certo cansaço no momento de realização dos encontros em grupo, mas não será prejudicial ao organismo do o(a) senhor(a).

Poderá ocorrer um desconforto e risco mínimo psicológico para o(a) senhor(a), visto que o procedimento poderá levantar questões que mobilizem sua subjetividade. Essa possibilidade de mobilização justifica-se por auxiliar os participantes a perceberem melhor sua realidade de trabalho emancipando-se da situação e buscando alternativas que diminuam ou eliminem os fatores do contexto de trabalho que os fazem sofrer.

Garantimos que tomaremos todos os cuidados e providências para que o(a) senhor(a) receba assistência imediata, integral e gratuita relacionada a prejuízos e danos (imediatos e tardios) decorrentes de sua participação neste estudo. Você tem o direito à indenização caso sofra danos decorrentes da sua participação nesta pesquisa.

O(a) senhor(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e para isto basta entrar em contato com o pesquisador responsável, Doutoranda Simone Maria Moura Mesquita, residente à Rua das Paineiras, Qd 21 Lt 07, Jardins Valência, Goiânia/GO, telefones (62) 8563 8423, (62) 9109 2235, e-mail: sihoedu@yahoo.com.br; ou com a orientadora desta pesquisa, professora Dra. Kátia Barbosa Macêdo, residente à Rua C-181 nº 75, ed. Randover apt. 600, Setor Oeste, cujo telefone e e-mail são, respectivamente: (62) 9973-8495, katia.macedo@cultura.com.br. O endereço profissional da professora é: Rua C-255, Nº 270, Centro Empresarial Sebba, sala 1013, Setor Nova Suíça. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada a pesquisa, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com o Comitê de

Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, telefone (62) 3946-1512.

Será livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento.

Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-GO e outra será fornecida ao (a) senhor (a).

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade.

Desde já agradecemos por sua confiança e colaboração.

Cordialmente.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura da orientadora: \_\_\_\_\_

Nome da orientadora: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE E – Roteiro das questões norteadoras utilizado na condução da escuta clínica do coletivo de trabalhadores do SAMU 192**

| <b>Eixo 1 (definido à priori): organização do Trabalho</b>   |
|--|
| <b>Temas centrais: organização do trabalho, condições de trabalho, relações sociais de trabalho, gestão do trabalho, comunicação</b>   |
| <p>1.0 Falem sobre a sua rotina diária, desde a sua chegada até a sua saída (antes, durante e depois do trabalho).</p> <p>2.0 Quais são as condições de trabalho que você tem no seu espaço laboral - espaço de trabalho onde o trabalho é realizado?</p> <p>2A-Apertado/adequado<br/> 2B-Luminosidade, temperatura<br/> 2C-Mobiliário<br/> 2D-Ruídos<br/> 2E-Higiene<br/> 2F-Espaço para convivência<br/> 2G-Alimentação<br/> 2H-Locais de atendimento (sol, chuva, terrenos íngremes...)</p> <p>3.0- Consideram os equipamentos e ferramentas adequados para executarem as atividades de trabalho?</p> <p>3.1- E veículos/frota de deslocamento (seguros)?<br/> 3.2-Equipamentos de proteção individual (luvas, máscaras, agasalhos, óculos, roupas e outros) - quem fornece? Tem uniforme reserva? Onde são lavados?</p> <p>4.0 Enfrentam dificuldades para o destino dos pacientes atendidos?</p> <p>5.0 Acidentes com múltiplas vítimas – quais as principais dificuldades? Existem estratégias para fazer o atendimento?</p> <p>6.0 Óbitos ocorridos<br/> 6A-Durante o atendimento<br/> 6B-Antes da chegada da ambulância<br/> 6C-Durante o trajeto do local de atendimento até a unidade de saúde<br/> 6D-Óbitos por causa – as condições de trabalho é fator agravante para esses óbitos?<br/> 6E-A educação do usuário do SAMU interfere?</p> <p>7.0 Vocês consideram a quantidade de pessoal (na regulação, na administração, nos locais de atendimento) e materiais adequados para atender as necessidades do trabalho?</p> <p>8.0 Reações do usuário diante da inexistência de veículo e equipe para ir ao atendimento?<br/> 8.1-Quais suas dificuldades de lidar com o usuário neste momento?</p> <p>9.0 Como vocês toleram e enfrentam os obstáculos referentes às<br/> 9.1- Padronizações de procedimentos?<br/> 9.2-Normas e controle?</p> <p>10.0 Quais são as dificuldades para realização das tarefas, quais são soluções encontradas?</p> <p><b>*Vocês gostariam de completar alguma informação adicional?</b></p> <p>11.0 O que você recebe como recompensa pelo seu trabalho é justo e adequado (salários, benefícios, direitos)?<br/> 11A-Qual o tipo de vínculo de trabalho possuem (efetivo, contrato...)?</p> <p>12.0 Vocês consideram suas responsabilidades conflitantes? acordo social (papel social - salvar vidas) e acordo familiar (papel familiar - estar bem/cuidar da família). Como lidam com isso?</p> <p>13.0 Você é exigido a fazer coisas que não está preparado?<br/> 13.1-Sua função exige que você faça coisas que não concorda?</p> |

14.0 Vocês sentem que a gestão está exigindo de vocês mais tarefas do que sua capacidade ou disponibilidade de tempo permitem executar?

15.0 Vocês conhecem as metas organizacionais do SAMU (ex: atender x chamadas ano)?

15A-Vocês concordam com elas?

15B-Tem alguma sugestão?

16.0 A liderança é a arte de conduzir pessoas a alcançar com êxito os resultados planejados. Como classificam o estilo de liderança do SAMU (exigente, autocrático, liberal, visionário, democrático, *leader coach*)?

17.0 Qualidade da gestão do SAMU (qualidade de informação, atenção ao usuário, capacitação, tempo de resposta - menor tempo – maior tempo - , tempo médio de regulação, tempo de espera da ambulância?)

18. Qualificação e aperfeiçoamento para a prestação dos serviços, postura profissional, atendimento ao público

18A-Vocês receberam treinamento específico para atuarem como médico regulador e médico intervencionista?

18B-Quem os treina?

18C- Como é feito? Quando?

19.0 Quais os problemas mais constantes entre o grupo?

20.0 A sua profissão provoca impactos na vida social e familiar, como fazem para conciliar trabalho e família?

21.0 Falem sobre as exigências emocionais para lidarem com óbitos, traumas graves, agressões verbais, locais perigosos...

22.0 Como é trabalhar no SAMU quando pensam nas pessoas/colegas de trabalho? 22A-Como são as relações socioprofissionais (interações/relações entre chefes e subordinados, colegas) no seu ambiente de trabalho?

23.0 Vocês consideram as situações de trabalho seguras?

24.0 Vocês possuem valores pessoais, morais, éticos. O seu trabalho te coloca em conflito com algum desses valores?

25.0 Vocês consideram a quantidade de trabalho e tempo de trabalho adequado?

25A-Sabendo que vocês tem direito a descanso e as vezes pela demanda de trabalho não descansam, como fica essa situação?

26.0 Existe diferença entre urgência e emergência? Isso impacta na pressão do tempo?

27.0 Vocês consideram o processo de comunicação do SAMU eficaz?

28.0 Os demais trabalhadores ligados diretamente a vocês são organizados?

28A-Checam aparelhagem, medicamentos para uso na intervenção e demais materiais necessários?

28B-Estão sempre prontos para as intervenções?

28C-A organização deles impactam/interfere no seu trabalho?

28D-O que do trabalho do colega interfere no seu?

28E-Qual a reação do grupo diante de comportamentos diferentes (ex: atrasos...)?

29.0 Como você se sente no seu trabalho?

29A-Você é respeitado, considerado?

30.0 Já foram vítimas de:

30A-Discriminação?

30B-Perseguição?

30C- Preconceito?

30D-De agressão física ou psicológica?

30E-Assédio moral e sexual?

31.0 As exigências do trabalho são compatíveis com a sua função?

- 31A-Vocês acham que suas funções/atribuições são bem definidas?
- 32.0 Houve algum processo de mudança (tecnológica, técnicas de trabalho, processos de atendimento) aqui no SAMU?
- 32A-Vocês fizeram parte do processo de mudança?
- 32B-Como foi conduzido o processo de mudança?
- 33.0 Vocês são convidados a participarem das tomadas de decisões?

**Eixo 2 (definido à priori): Mobilização Subjetiva**

**Temas centrais: sentidos do trabalho, vivências de prazer-sofrimento, estratégias de defesa, adoecimento e patologias**

- 34.0 O que representa o trabalho na sua vida?
- 35.0 O seu trabalho é importante?
- 35A- Pra quem?
- 36.0 Vocês adotam procedimentos que consideram mais eficazes do que os modos operatórios prescritos, ou seja vocês executam o trabalho fugindo do prescrito? Por quê?
- 37.0 Vocês se sentem livres para conduzir o trabalho? Possuem autonomia para tomar decisões?
- 38.0 Vocês tem liberdade para expressarem suas opiniões?
- 39.0 Possuem liberdade para se estruturarem e se adequarem ao trabalho?
- 40.0 Vocês tem liberdade para usarem a criatividade no trabalho?
- 41.0 Existe respeito a expressão do seu saber fazer?
- 42.0 que no seu trabalho lhe proporciona prazer?
- 43.0 Relate sua vivência de prazer no seu trabalho
- 44.0 O reconhecimento pelo trabalho se faz presente? Por quem (pares, chefia, pessoas atendidas nas ocorrências...?).
- 45.0 Relatem suas vivências de sofrimento no trabalho.
- 46.0 O que vocês mais gostam no trabalho.
- 47.0 Vocês estão satisfeitos com o trabalho? E com a sua profissão?
- 48.0 O seu trabalho traz alguma implicação para a sua vida social, sua convivência com amigos e familiares?
- 49.0 Os sentimentos que decorrem de situações como morte de crianças, jovens são levados para a vida fora do trabalho?
- 50.0 Vocês já adoeceram em decorrência de seu trabalho?
- 51.0 Conhecem alguém que adoeceu em decorrência do trabalho?
- 52.0 Conte-nos como foi: diagnóstico, tratamento.
- 53.0 Houve afastamento do trabalho? Por quanto tempo?
- 54.0 Houve indicativa de aposentadoria para o trabalhador adoecido?
- 55.0 Vocês tem alguma doença?

56.0 Vocês considera que tem algum problema de saúde relacionado com as condições de trabalho?

57.0 Sofrem de insônia, tem crises de ansiedade, depressão, sentimentos de medo, sensações de cansaço, desânimo, descontentamento decorrentes do trabalho?

58.0 Vocês toma algum medicamento, por qual motivo?

59.0 Há cooperação entre os colegas de trabalho diante das dificuldades encontradas?

60.0 Existe a cultura do “cada um por si”?

61.0 Há discussões e ou análises sobre as dificuldades encontradas? Como elas ocorrem?

**\*O que poderia ser falado, analisado neste grupo, em relação ao trabalho que vocês consideram importantes.**