



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,**  
**AMBIENTE E TRABALHO**



**CARLA CATHARINE CHAVES NASCIMENTO**

**VIVÊNCIAS E ENFRENTAMENTOS DOS ENFERMEIROS QUE  
ATUAM NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: UM OLHAR  
SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E A SAÚDE DESSES PROFISSIONAIS**

Salvador

2018

**CARLA CATHARINE CHAVES NASCIMENTO**

**VIVÊNCIAS E ENFRENTAMENTOS DOS ENFERMEIROS QUE  
ATUAM NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: UM OLHAR  
SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E A SAÚDE DESSES PROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Orientador:** Prof. Dr. Lauro Antonio Porto

**Co-orientadora:** Profa. Pós-Dra. Maria do Carmo Soares de Freitas

Salvador

2018

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

CHAVES NASCIMENTO, CARLA CATHARINE  
VIVÊNCIAS E ENFRENTAMENTOS DOS ENFERMEIROS QUE  
ATUAM NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: UM OLHAR  
SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E A SAÚDE DESSES  
PROFISSIONAIS / CARLA CATHARINE CHAVES NASCIMENTO. --  
Salvador, 2018.  
229 f.

Orientador: LAURO ANTONIO PORTO.

Coorientadora: MARIA DO CARMO SOARES DE FREITAS.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-graduação em  
Saúde, Ambiente e Trabalho (PPGSAT)) -- Universidade  
Federal da Bahia, Faculdade de Medicina, 2018.

1. Riscos Ocupacionais. 2. Violência . 3.  
Atendimento pré-hospitalar. I. ANTONIO PORTO, LAURO.  
II. SOARES DE FREITAS, MARIA DO CARMO. III. Título. |

**CARLA CATHARINE CHAVES NASCIMENTO**

**VIVÊNCIAS E ENFRENTAMENTOS DOS ENFERMEIROS QUE  
ATUAM NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: UM OLHAR  
SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E A SAÚDE DESSES PROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

Aprovado em 02 de agosto de 2018.

Lauro Antonio Porto (Orientador)  
Doutor em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia  
Universidade Federal da Bahia

Maria do Carmo Soares de Freitas (Co-orientadora)  
Pós-Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP, RJ.  
Universidade Federal da Bahia

Eduardo José Farias Borges dos Reis  
Doutor em Medicina pela Universidade Federal da Bahia  
Universidade Federal da Bahia

Dedico este trabalho a todos os colegas que atuam no atendimento pré-hospitalar e honram a missão de levar o cuidado com base ética, científica e empática por terra, céu e mar. Que a cada chamado, se reinventam e buscam dar o melhor de si para socorrer uma vítima, acolher uma família ou dar boas vindas àqueles que acabam de chegar para o espetáculo chamado vida!

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo dom da vida e inspiração diária em meu coração.

Aos meus pais: José e Cacilda, meu porto seguro, por todo o incentivo, renúncias e sacrifício para garantir minha educação e de meu irmão.

Ao meu irmão, André, por toda ajuda, escuta, conselhos e companheirismo. Por cada sorriso ao comemorar uma conquista e aquele abraço apertado nos momentos mais difíceis.

À família e amigos, que souberam compreender minhas ausências neste período e sempre apoiaram meus sonhos. Em especial à Fal, que esteve mais próxima nestes últimos 02 anos e Júnior, uma pessoa bastante especial que conheci neste ano, meu amor!

Ao Prof. Dr. Lauro Porto, meu orientador, por aceitar o desafio e conduzir meus passos neste período. Só o senhor sabe quantos contratemplos tivemos que superar. Obrigada pela escuta, compreensão e palavras de ânimo, um verdadeiro mestre.

À minha co-orientadora, professora Dra Maria do Carmo (Carminha), pelo pronto acolhimento à minha demanda, pelo carinho, compromisso e ensinamentos.

À coordenação do PPGSAT, pelo acolhimento e palavras de incentivos nos momentos mais difíceis.

Aos professores do PPGSAT, por colaborarem no meu processo de aprendizagem. Vocês foram fundamentais em minha caminhada.

À banca examinadora, pela oportunidade de melhoria do trabalho.

Aos colegas de mestrado, por partilharem momentos de aprendizado, alegrias e angústias.

À Carol e Marivalda (conhecida carinhosamente por “Inha”) pela presteza, companheirismo e amizade durante o curso.

Aos colegas da EMBASA e Hospital Professor Edgard Santos (Hospital das Clínicas), que colaboraram e se preocuparam com minha jornada.

À Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Salvador, pela anuência e colaboração com a pesquisa.

A todos aqueles que aceitaram participar do estudo, pela confiança depositada e disponibilidade, sem vocês não seria possível.

A melhor tecnologia não vai substituir os profissionais. Eles precisam estar motivados, dispostos, saudáveis e minha esperança é de que um dia vai melhorar.

(Enfermeira Regina, 2018)

A esperança tem duas filhas lindas, a indignação e a coragem; a indignação nos ensina a não aceitar as coisas como estão; a coragem, a mudá-las.

(Santo Agostinho)

CHAVES NASCIMENTO, Carla Catharine. Vivências e enfrentamentos dos enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar móvel: um olhar sobre a organização do trabalho e a saúde desses profissionais. 229 f. il. 2018. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

## RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, que visa compreender os aspectos da organização do trabalho dos enfermeiros que atuam no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel e a sua influência na saúde desses trabalhadores. A coleta de dados foi realizada através de questionário eletrônico, entrevista e observação assistemática. Participaram da pesquisa enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Salvador que trabalham em escala de plantão de 24 horas realizando atividades-fins da Instituição. Não participaram da pesquisa dois enfermeiros: um encontrava-se de licença médica e a outra de licença maternidade. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia e teve a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e da gestão do SAMU desse município. O anonimato dos entrevistados foi preservado com uso de pseudônimos e os dados analisados à luz da teoria da análise do conteúdo. Os enfermeiros foram divididos em reguladores e intervencionistas diante das atividades distintas. O estudo permitiu traçar o perfil sociodemográfico, ocupacional e de saúde dos participantes da pesquisa. Com relação à organização do trabalho, os enfermeiros relataram sobrecarga, os reguladores, pelo acúmulo de atribuições e falta de respaldo legal para atuação e os intervencionistas, pela divisão de tarefas na equipe de forma não equitativa, problemas relacionados à Central de Regulação e infraestrutura. Foi realizado levantamento dos riscos ocupacionais pelos enfermeiros e sugeridas medidas de melhorias. A violência urbana foi descrita como risco ocupacional para o profissional do APH, com interferência na acessibilidade da população ao serviço em locais de conflito social. O enfermeiro foi reconhecido como profissional de maior risco ocupacional neste contexto, sendo sugeridas melhorias organizacionais no intuito de reduzir o sofrimento na execução da atividade laboral e, conseqüentemente, agravos a esse profissional.

**Palavras-chave:** Atendimento pré-hospitalar. Enfermeiras e Enfermeiros. Riscos ocupacionais. Ajustamento social. Violência.



CHAVES NASCIMENTO, Carla Catharine. Experiences and confrontations of nurses working in mobile pre-hospital care: a look at the organization of work and the health of these professionals. 229 f. Il. 2018. Dissertation (Master degree). Master Dissertation - Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

## ABSTRACT

This is an exploratory, descriptive, qualitative-based field research aimed at understanding aspects of the work organization of nurses working at the Mobile Prehospital Care (APH) and their influence on the health of these workers. The data collection was performed through electronic questionnaire, interview and unsystematic observation. Nurses from the Salvador Emergency Mobile Service of Salvador (SAMU) who worked on a 24-hour on-call scale performing the institution's basic activities participated in the study. Two nurses did not participate in the research: one was on medical leave and the other on maternity leave. The research was approved by the Ethics in Research Committee of the Federal University of Bahia, Medical School of Bahia, and had the consent of the Municipal Health Department of Salvador and the management of the SAMU of that municipality. The anonymity of the interviewees was preserved using pseudonyms and the data were analyzed in light of the content analysis theory. The nurses were divided into regulators and interventionists in front of their different activities. The study allowed to draw the sociodemographic, occupational and health profile of the study participants. Regarding work organization, the nurses reported overload; the regulators, through the accumulation of duties and lack of legal support for action and the interventionists, due to the unfair division of tasks in the team, problems related to the Regulation Center and infrastructure. A survey of occupational hazards was carried out by the nurses and improvement measures were suggested. Urban violence was described as an occupational risk for the APH professional, with interference in the accessibility of the population to the service in places of social conflict. A nurse is thus seen as a professional with greater occupational risk in this context, and organizational improvements were suggested in order to reduce the suffering in the execution of their work activity and, consequently, reduce these professionals' health problems.

**Key words:** Emergency medical services. Nurses. Occupational Risks. Social adjustment. Violence.

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APH	Atendimento Pré-Hospitalar
CA	Certificado de Aprovação
CAB	Centro Administrativo da Bahia
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CENTEL	Central de Telecomunicações das Polícias Civil e Militar
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CME	Central de Material e Esterilização
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COI	Centro de Operações e Inteligência
CONDEPE	Congresso de Desenvolvimento Profissional em Enfermagem
CONTRAN	Conselho Nacional de Trânsito
DEA	Desfibrilador Externo Automático
EI	Enfermeiro Intervencionista
EPC	Equipamento de Proteção Coletiva
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ER	Enfermeiro Regulador
FCO	Ficha de Controle de Ocorrências
FISPQ	Ficha de Informações de Segurança de Produto Químico
GL	Ginástica Laboral
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

IML	Instituto Médico Legal
MSF	Médico Sem Fronteiras
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NR	Norma Reguladora
NTI	Núcleo de Tecnologia e Informação
PAB	Perfuração por Arma Branca
PAF	Perfuração por Arma de Fogo
PAIR	Perda Auditiva Induzida pelo Ruído
PC	Polícia Civil
PCCV	Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PM	Polícia Militar
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
QAI	Qualidade do Ar de Interiores
QRF	PAUSA PARA REFEIÇÃO* (Na linguagem de rádio)
REDA	Regime Especial de Direito Administrativo
RN	Rio Grande do Norte
RO	Radio-Operador
SAME	Serviço de Atendimento Médico e Estatística
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIV	Suporte Intermediário de Vida
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo
SSP	Secretaria de Segurança Pública
SUS	Sistema Único de Saúde

TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
TARM	Telefonista Auxiliar de Regulação Médicas
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TEM	Ministério do Trabalho e Emprego
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UR	Unidade Reguladora
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIR	Veículo de Intervenção Rápida

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>20</b>
2.1 GERAL.....	20
2.2 ESPECÍFICOS.....	20
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>21</b>
3.1 SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: ORIGEM NO MUNDO .....	21
3.2 SERVIÇO DE PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: NO BRASIL .....	23
3.3 INSERÇÃO DOS ENFERMEIROS NO APH MÓVEL .....	25
<b>3.3.1 Condições de trabalho .....</b>	<b>27</b>
<b>4 MÉTODO .....</b>	<b>29</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	29
4.2 LOCAL .....	30
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA .....	30
4.4 ASPECTOS ÉTICOS .....	31
4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	32
4.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	35
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>37</b>
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	37
5.2 PERFIL OCUPACIONAL .....	38
<b>5.2.1 Formação profissional e carreira no APH .....</b>	<b>39</b>
<b>5.2.2 Fatores motivacionais no APH .....</b>	<b>40</b>
<b>5.2.3 Organização do trabalho no APH na percepção dos enfermeiros .....</b>	<b>42</b>
<b>5.2.4 Riscos Ocupacionais versus Medidas de proteção .....</b>	<b>45</b>
5.3 PERFIL DE SAÚDE .....	46
<b>Capítulo I – “Um setor nervoso”: do que falam os enfermeiros reguladores (ER) sobre a sua saúde e a organização do trabalho? .....</b>	<b>48</b>
<b>1. CONTEXTO ORGANIZACIONAL DO TRABALHO DO ER .....</b>	<b>48</b>
1.1 UM ESPAÇO CONFINADO: ARRANJO FÍSICO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO .....	49
1.2 BURRO DE CARGA: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS REGULADORES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO .....	52
1.3 PAUSA PARA RESPIRAR: UMA NECESSIDADE DO ENFERMEIRO REGULADOR.....	58
1.4 COOPERAÇÃO ENTRE A EQUIPE DA CENTRAL DE REGULAÇÃO E A EXTERNA.....	62

1.5 RISCOS AMBIENTAIS E OS EPIs .....	65
1.6 MOTIVAÇÃO PARA CONTINUAR.....	70

**Capítulo II - Enfermeiro Intervencionista (EI):** profissional com maior risco ocupacional no contexto da unidade de suporte avançado (USA) ..... 74

## **2 CONTEXTO ORGANIZACIONAL DO TRABALHO DO EI ..... 74**

2.1 PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS (PPRA) NO SAMU DE SALVADOR .....

2.2 RISCO OCUPACIONAL RELACIONADO À ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA INTERVENÇÃO .....

**2.2.1 Risco Físico..... 79**

2.2.1.1 Ruído .....

2.2.1.2 Frio e Calor .....

**2.2.2 Risco Químico ..... 85**

2.2.2.1 Álcool 70% e Clorexidina alcóolica 0,5% .....

2.2.2.2 Antibiótico .....

2.2.2.3 Oxigênio .....

**2.2.3 Risco Biológico..... 90**

**2.2.4 Risco de acidente ou mecânicos ..... 97**

**2.2.5 Risco ergonômico ..... 104**

2.3 RISCO OCUPACIONAL RELACIONADO À ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.....102

**2.3.1 Risco ergonômico ..... 111**

2.3.1.1 Divisão de tarefas .....

2.3.1.2 Dimensionamento de recurso insuficiente.....

2.3.1.3 Transporte manual de carga .....

2.3.1.4 Pausa: Horário de QRF, higienização e descanso .....

2.3.1.5 Falta de apoio social da gestão .....

2.3.1.6 Reconhecimento da competência técnico-científica do enfermeiro..

**2.3.2 Risco biológico ..... 134**

2.3.2.1 Provisonamento de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)134

2.3.2.2 A exposição não termina no serviço, o EPI sujo com material biológico é levado para casa. ....

2.4 RISCO OCUPACIONAL RELACIONADO AO AMBIENTE DE REPOUSO.....142

2.5 ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE OCUPACIONAL .....

**Capítulo III - Violência urbana e saúde:** limites de atuação e vivências dos enfermeiros do SAMU de salvador .....

3.1 AUTORES E MOTIVOS DA HOSTILIDADE NO APH DE SALVADOR .....	156
3.2 EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA .....	162
3.3 MECANISMO DE DEFESA .....	169
3.4 SENTIMENTOS VIVENCIADOS .....	179
3.5 DESAFIOS NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA .....	182
3.6 SUGESTÕES DE MELHORIAS .....	182
3.7 APOIO OFERTADO AO PROFISSIONAL VÍTIMA DA VIOLÊNCIA.....	184
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>188</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>192</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>198</b>
<b>APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO....</b>	<b>200</b>
<b>APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>204</b>
<b>APÊNDICE D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ.....</b>	<b>206</b>
<b>APÊNDICE E – ROTEIRO NORTEADOR PARA ENTREVISTA NARRATIVA.....</b>	<b>207</b>
<b>APÊNDICE F - ARTIGO 01: Interferência da violência nos atendimentos do SAMU: acessibilidade ao serviço versus segurança da equipe.....</b>	<b>208</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é uma das versões do atendimento pré-hospitalar (APH) móvel no Brasil. Trata-se de um serviço recente, instituído por Luís Inácio Lula da Silva em 2004, mediante Decreto Federal nº 5.055. Tem como objetivo 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 ao sofrimento, à sequela ou mesmo à morte (BRASIL, 2017), prestando atendimento imediato e transportando para uma unidade reguladora quando necessário, a fim de garantir a continuidade assistencial.

A versão brasileira é um padrão híbrido, inspirado no modelo Francês de organização, onde as unidades móveis são tripuladas por profissionais da área de saúde e organizadas mediante uma central de regulação médica (DAL PAI, 2015) e Americano, pois nem todas as equipes intervencionistas são compostas por médicos, isso vai depender do perfil e gravidade da ocorrência, sendo uma alternativa para o melhor gerenciamento de recursos sem interferir na eficácia do atendimento.

Enquanto política pública de saúde, o SAMU está inserido no contexto da Política de Atenção às Urgências e Emergências, regulamentada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2048/2002 (BRASIL). Tem o papel de realizar atendimento *in loco*, estabilização e transporte de pacientes assistidos por equipe especializada, além de interligar as várias unidades de complexidades distintas: unidade de pronto atendimento (UPA), hospital, unidade de saúde da família (USF), etc., por tratar-se de um componente móvel de atendimento na área da saúde, respeitando sempre o princípio da regulação médica, pelo mecanismo da referência/contra referência.

O serviço deve ser acionado, no âmbito nacional, pelo número 192, disponibilizado pela Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL), sendo as ligações gratuitas e gravadas (BRASIL, 2004).

O primeiro acesso do solicitante é a um telefonista auxiliar de regulações médicas (TARM), que solicita algumas informações básicas para o envio da unidade (endereço, motivo do contato, nome, idade etc), e logo após, transfere a ligação para um médico



regulador, este escuta a demanda e orienta o solicitante quanto à pertinência de cada caso e em situações que necessitem da intervenção imediata de um profissional de saúde, encaminha uma unidade móvel de atendimento até o local do chamado.

O SAMU possui vários recursos de atendimento e o acionamento dos mesmos dependerá da gravidade e especificidade de cada caso e, conseqüentemente, composições distintas de equipes de saúde irão até o local. Por isso, a importância do relato mais fidedigno possível, por parte do solicitante, uma vez que são “os olhos” do regulador na cena, para garantir o recurso mais adequado a cada situação, observando os princípios e diretrizes do SUS quanto à equidade e igualdade preconizado pela Lei 8080/90 da Presidência da República (BRASIL, 1990).

Com relação aos recursos de atendimento móvel, podem ser disponibilizados para assistência: a **motolância**, tripulada por técnicos de Enfermagem; a **unidade de suporte básico** (USB), tripulada por um condutor socorrista e um técnico de enfermagem; a **unidade de suporte avançado** (USA), tripulada, no mínimo, por 01 condutor socorrista, 01 enfermeiro e 01 médico; a **ambulância**, esta tanto pode ser tripulada por uma equipe de USB como de USA, vai depender da complexidade da ocorrência e, conseqüentemente, do suporte requerido para o atendimento; a **aeronave** e o **Veículo de Intervenção Rápida** (VIR), que são tripulados por uma equipe de USA.

Tanto a motolância quanto o VIR, apesar de não realizarem transporte de paciente, possuem características que favorecem um melhor tempo resposta nos atendimentos, podem acessar algumas vias com maior rapidez, principalmente em regiões com crescimento populacional desordenado, onde vielas impossibilitam a chegada de ambulâncias convencionais para um atendimento inicial ou no trânsito caótico das grandes capitais, que são empecilhos na corrida contra o tempo.

No contexto de organização do trabalho, verifica-se que o profissional enfermeiro, na intervenção do SAMU, possui as USAs como campo de atuação. Desta forma, está envolvido no atendimento de ocorrências de maior gravidade, sendo seu principal cliente, o paciente crítico, com risco iminente de morte. Indo ao encontro do preconizado pela lei do exercício profissional da enfermagem (COFEN, 7498/86), que estabelece como privativo do enfermeiro a assistência direta ao paciente grave.

Por paciente crítico ou grave, entende-se (BRASIL, 2011, p.01):

Aquele que se encontra em risco iminente de perder a vida ou função de órgão/sistema do corpo humano, bem como aquele em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições, relacionado aos processos que requeiram cuidado imediato clínico, cirúrgico, gineco-obstétrico ou em saúde mental.

A influência da estrutura organizacional sobre o trabalhador é abordada no estudo de Kilimnik, Dias e Jamil (2012). Ao realizar busca na literatura científica para o setor de APH móvel, na categoria de enfermagem, utilizando-se a base de dados BIREME para os últimos 06 anos (2012-2017), observa-se que o termo “Estresse” aparece com grande frequência nos relatos, alertando inclusive o desencadeamento da Síndrome de Burnout nestes profissionais (DAL PAI, *et al.*, 2015; DAVIM, *et al.*, 2016; MIORIM, *et al.*, 2016).

O estresse é oriundo da não adaptação do organismo ao que está acontecendo (IPCS, 2015). A legislação previdenciária brasileira (Lei nº 3.048 de 6/5/1999) reconhece o estresse como doença ocupacional, seja relacionando-o a eventos do trabalho (acidentes e/ou assaltos) ou pelas próprias condições em que o mesmo é executado, ou seja, organizacional.

Para Gazzotti e Vasques-Menezes (2000) a falta de suportes afetivo e social, associada à fragilidade emocional, pode resultar em grande sofrimento para o ser humano, refletindo em sua vida privada, assim como, nas suas relações de trabalho. A Síndrome de Burnout e/ou o estresse ocupacional surgem neste contexto, uma vez que o trabalhador encontra-se numa situação sem alternativas para compartilhar suas dificuldades, anseios e preocupações, além de apresentar sua tensão emocional elevada.

Sousa, Souza e Costa (2014) relatam que além dos fatores inerentes à área da saúde, como risco de exposição a materiais biológicos e perfurocortante, o ambiente pré-hospitalar possui, ainda, os riscos externos, a exemplo dos acidentes automobilísticos e agressões físicas durante o deslocamento ou atendimento efetivo prestado pela equipe do APH.

O ruído da sirene é outro fator de exposição das equipes nas localidades onde o crime organizado impera, pois podem ser confundidos a qualquer momento com agentes de segurança pública, colaborando para o estado de alerta permanente destes profissionais durante sua jornada laboral.

Miorin *et al.* (2016) relata que os profissionais de saúde da área de urgência e emergência tendem a utilizar mecanismos de defesa, tais como, a impessoalidade e foco no

procedimento, sem se envolver emocionalmente com o paciente no intuito de não sofrer ao prestar o atendimento, criando uma barreira entre o paciente e o profissional.

O déficit de materiais e de recursos humanos foram relatados por Sousa, Souza e Costa (2014) e Dal Pai (2015) como fatores interferentes na rotina do trabalho dos Enfermeiros de APH, sendo precipitadores de estresse por sobrecarga de trabalho e ineficiência no processo de cuidar. No estudo de Miorin, et al. (2016), o lazer foi apontado como fator redutor de aspectos negativos do trabalho.

Esta temática chamou atenção da autora, enfermeira do APH móvel do SAMU de Salvador-BA, diante de relatos de afastamento de funcionários do serviço por distúrbios psíquicos, doenças osteomusculares e acidentes de trabalho e pelo crescente número de atestados médicos. Em consequência, ocorreram prejuízos à saúde do trabalhador, ao se reduzir sua capacidade funcional, e perda para o serviço, pois a falta do funcionário pode significar redução de recursos disponíveis à população se houver desativação de unidades por déficit de profissionais e sobrecarga de trabalho para as equipes ativas.

A opção por realizar um estudo contemplando vivências e enfrentamentos dos enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar móvel direcionando o olhar à organização do trabalho e à saúde desses profissionais resulta do reconhecimento da importância deles no cuidado ao paciente crítico e o impacto da organização do trabalho na vida dos profissionais.

O intuito é tentar compreender a dinâmica da organização do trabalho e sua influência na saúde do trabalhador, assim como os mecanismos de defesa e enfrentamentos utilizados pelos profissionais durante suas atividades laborais, como fatores protetores ou promotores de saúde. Além disto, o estudo pode contribuir para construção do conhecimento, embasado cientificamente, sobre a organização do atendimento pré-hospitalar móvel, atividade ainda considerada nova, e sobre a adaptação dos profissionais a esse processo específico de trabalho.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

- Compreender aspectos da organização do trabalho dos enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar (APH) móvel e a sua influência na saúde desses trabalhadores.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Descrever a estrutura organizacional em que se desenvolvem as atividades dos enfermeiros do APH móvel de Salvador;
- Identificar os principais problemas de saúde referidos pelos enfermeiros do APH móvel de Salvador;
- Analisar os enfrentamentos para atendimentos realizados pelos enfermeiros do APH móvel de Salvador em áreas de conflitos sociais e acidentes graves com cinemáticas importantes frente às condições de trabalho.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: ORIGEM NO MUNDO

O Ministério da Saúde define atendimento pré-hospitalar (APH) móvel como aquele “que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte” (BRASIL, 2002, p.69). Complementando o amplo campo de atuação do APH atualmente, temos as ocorrências obstétricas.

Apesar ser definido pelo Ministério da Saúde apenas entre o final do século XX e início do século XXI, o surgimento do APH remonta ao século XVIII. Os primeiros registros tratam da guerra napoleônica, onde os soldados feridos eram retirados do campo de batalha através de carroças com tração animal para serem atendidos por médicos que estavam longe (CORONEL, 2012). Nestas condições, apesar dos soldados chegarem ao destino, muitos chegavam sem vida ou bastante debilitados, por isso, só os soldados considerados viáveis eram transportados; em situação contrária, eram deixados no próprio campo de guerra, pois desprenderiam esforços que não levariam a um desfecho favorável. Neste contexto, o atendimento pré-hospitalar acontecia apenas como transporte.

Em 1792, o cirurgião militar Dominique Larrey inicia os cuidados aos feridos no campo de batalha e posterior a estes cuidados, os feridos eram transportados para hospitais para dar continuidade ao atendimento. Neste momento, verifica-se o aumento da sobrevivência dos soldados mediante adoção das medidas de primeiros socorros e nasce o APH intervencionista.

Em 1863, surge um modelo de APH com a finalidade de prestar ajuda humanitária às vítimas das guerras do século XX, a Cruz Vermelha Internacional e com ela a promoção de leis protetivas para este público alvo (CICV, 2017). Atualmente, o Comitê fica sediado em Genebra na Suíça e alega caráter neutro e independente, custeado por doações de órgãos governamentais e sociedades da Cruz Vermelha e Crescente Vermelho.

A organização Crescente Vermelho possui as mesmas atribuições e características da Cruz Vermelha (CV), tendo apenas modificado o símbolo da Cruz presente na bandeira da CV pelo símbolo islâmico “lua crescente”. Os Comitês da Cruz Vermelha e Crescente Vermelho possuem representações em vários países, todos baseados em 07 princípios: humanidade, imparcialidade, neutralidade, independência, voluntariado, unidade e universalidade (WINKIPÉDIA, 2017).

No ano de 1971, surge na França o grupo Médico Sem Fronteiras (MSF) com o objetivo de promover ajuda humanitária internacional em situações relacionadas aos desastres naturais, epidemias, guerras, desnutrição e aos excluídos do acesso à saúde. O grupo era, inicialmente, formado por médicos e jornalistas, sendo estes responsáveis pela sensibilização do público. Em 1999, esta entidade recebeu o prêmio Nobel da Paz. Trata-se de uma organização independente com 90% do financiamento proveniente da população e iniciativa privada. (MSF, 2018).

Apesar dos riscos envolvidos no trabalho dos profissionais do MSF, a médica brasileira Liliana Mesquita fala sobre a motivação do trabalho através do que ela chama de salário emocional, que só pode ser percebido após experimentar a realidade, uma sensação de bem estar pessoal por conseguir fazer diferença em situações emergenciais, sobrepondo às dificuldades extremas (MSF, 2018).

Em 1984, na França, surge o SAMU (em francês: *Service d'Aide Médicale Urgente*), considerado o melhor do mundo, planejado para atendimento nas estradas em situações de resgate através do trabalho conjunto com a Secretaria de Segurança Pública e Bombeiros. Posteriormente, esse serviço foi ampliado para as áreas urbanas. Era formado por uma equipe multidisciplinar, com cuidado centrado no profissional médico, iniciando-se neste período os princípios da regulação médica (CORONEL, 2012).

O APH norte-americano possui um caráter civil, formado por paramédicos, que treinavam soldados para atender na Guerra através do Serviço de Emergência Médica (SEM). Possuía um modelo de atendimento pautado em 03 categorias: básico, intermediário e avançado (formado por paramédico), e estas possuíam pré-requisitos para envio de unidades, baseadas nas características/complexidade das ocorrências (MARTINS e PRADO, 2003). O modelo atuou também junto à equipe do Corpo de Bombeiros.

Desta forma, percebe-se que o atendimento pré-hospitalar surge no mundo com a ideia de atender às demandas de traumas advindas da guerra e/ou ocorrências nas estradas,

umentando a sobrevivência dos acidentados e modificando consideravelmente o perfil de morbimortalidade das regiões, que optaram por implantar o APH. Esses achados são sinalizados pelo estudo de Martins e Prado (2003).

### 3.2 SERVIÇO DE PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: NO BRASIL

No Brasil, apesar de não existir guerra declarada (origem do APH a nível internacional), a violência urbana justifica o surgimento do atendimento pré-hospitalar para minimizar danos e/ou sofrimento ao paciente, melhorando o seu prognóstico.

O estudo de Barreto *et al.* (2016) trata as causas externas como um grande problema de saúde pública, diante da magnitude do índice de mortalidade e oneração do sistema com demandas provenientes da hospitalização, indenização e afastamento permanente da força de trabalho por sequelas graves, na maioria das vezes numa população jovem, numa faixa etária economicamente ativa.

Causas externas, conforme definição do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) é compreendida na Classificação Internacional de Doenças, CID-10, pelos acidentes e violências. São caracterizadas como acidentes “as quedas, o envenenamento, o afogamento, as queimaduras, o acidente de trânsito, entre outros”; para as violências, são contemplados os “eventos considerados intencionais e compreende a agressão, o homicídio, a violência sexual, a negligência/abandono, a violência psicológica, a lesão autoprovocada, entre outras”.

Segundo DATASUS (BRASIL, 2017), o Brasil teve 901.872 óbitos atribuídos às causas externas no período de 2010 a 2015 (período disponível na plataforma para consulta até a data da pesquisa). As 03 principais causas foram: agressões (37,2%), seguidas de quedas (8,1%) e Motociclistas com trauma em acidente de transporte (7,9%). Com relação às regiões do país, a região sudeste ficou em primeiro lugar (334.621 óbitos, correspondendo a 37,1%), seguida da região nordeste (31,2%) e Sul (14%). O ano de 2014 foi o que apresentou o maior número de notificações de óbitos por causas externas.

Vale ressaltar, ainda, que os meios disponíveis para notificação de agravos entre as regiões do Brasil não são equânimes, podendo ser um viés para os dados apresentados, uma vez que as regiões centro-oeste e norte são as regiões menos beneficiadas com o sistema

informatizado. De qualquer sorte, percebe-se o impacto do número de óbitos por causas evitáveis através de medidas de proteção/prevenção no Brasil.

Atualmente, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), representa o serviço de APH mais conhecido no Brasil, de caráter público e inserido na Política de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde é baseado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua administração é municipal através da Secretaria Municipal de Saúde em parceria com o Ministério da Saúde.

Vale ressaltar que apesar de ser um serviço de abrangência nacional, com respaldo legal, através do Decreto Federal nº 5055 (2004) e pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2048 (BRASIL, 2002), o SAMU não possui igualdade de implantação ao longo do país. Cada localidade possui sua especificidade, seja no perfil epidemiológico ou na geografia do território, e conseqüentemente variação de recursos disponíveis ao atendimento (motolância, ambulância, veículo de intervenção rápida, ambulância, aeronave, etc), mas sempre atentando para os princípios e diretrizes previstos nas legislações supracitadas.

Teles *et al.* (2017) descreve sobre a cobertura do SAMU a nível nacional, abordando as desigualdades inter-regionais, prevalecendo concentração nas regiões Nordeste e Sul, 76,28% da população. Na Bahia, estima-se que exista uma cobertura de 83,22% tendo como base o ano de 2015.

Em 2005, Campinas-SP foi a primeira cidade a implantar o serviço, através do médico Coordenador José Roberto Hansen (*in memoriam*), naquele ano atendeu 64.131 ocorrências (BRASIL, 2018).

Em Salvador, o serviço inicia sua operacionalização em 18 de julho de 2005, com os médicos coordenadores Oswaldo Bastos e Ivan Paiva. Inicialmente, a central de regulação ficava no 5º Centro de Saúde no bairro dos Barris e contava com 07 bases descentralizadas: Pernambués, Brotas, Cajazeiras, Dendezeiros, Periperi, Paralela e 5º Centro.

Atualmente, a central de regulação do SAMU fica no bairro no Pau Miúdo e conta com 13 bases descentralizadas: Centenário (5º Centro), Boca do Rio, São Cristóvão, Cajazeiras, Dendezeiros, San Martins, Itapuã (Hélio Machado), Paralela (Jorge Amado e Angar), Pau Miúdo, Periperi, Cabula (Roberto Santos) e Valéria, além de ser responsável pelo acionamento e regulação das unidades móveis da região metropolitana, contemplando as cidades de Candeias, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Santo Amaro, São Francisco do Conde, Simões Filho e Vera Cruz.



### 3.3 INSERÇÃO DOS ENFERMEIROS NO APH MÓVEL

A profissão de enfermagem foi regulamentada no Brasil em 1986, através da Lei 7.498 (COFEN, 1986). Neste momento inicial, estes profissionais estavam voltados para a atenção intrahospitalar, sendo o setor de urgência e emergência um dos seus campos de atuação. Ainda no final da década de 80, o enfermeiro foi inserido no APH, inicialmente no Grupo de emergência do Corpo de Bombeiros e Projeto Resgate em São Paulo e Rio de Janeiro.

Diante da mudança do perfil de morbi-mortalidade da população brasileira, com aumento dos agravos relacionados às causas externas, surge o SAMU enquanto componente da Política Pública de Saúde na área de urgência e emergência, com objetivo de responder esta demanda. Neste contexto, as Unidades Avançadas de Saúde (USA), tornaram-se um novo campo de atuação do enfermeiro, no atendimento ao paciente grave.

Com relação aos aspectos legais da profissão, o APH é considerado uma especialidade da enfermagem. Desde então, surgem várias discussões científicas relacionadas à área, com o propósito de promover o empoderamento do profissional de enfermagem, tendo em vista sua autonomia enquanto profissão e o cuidado como seu objeto de trabalho. O 17º Congresso Panamericano do Trauma, que aconteceu no México no período de 27/11 a 02/12/2017, foi um dos eventos que discutiram práticas avançadas de enfermagem no manejo clínico de atendimento ao trauma (COFEN, 2018).

As unidades móveis de saúde, sejam elas de suporte básico ou avançado respondem a uma central de regulação e por vezes, são sugeridas pelo médico regulador da ocorrência, execução de algumas condutas para atender uma necessidade do paciente. Para garantir o respaldo do profissional na execução de procedimento à distância, as ligações são gravadas. A prática de cumprir prescrição medicamentosa/terapêutica à distância, via rádio ou telefone, em caso de urgência pelos profissionais da enfermagem foi tornada legal pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 255 (COFEN, 2000).

Ainda com relação ao campo de atuação do enfermeiro no APH, existem discussões técnicas diante do conflito entre o preconizado pela Portaria 2048/2002, que prevê a composição da USB tendo como componente da enfermagem, um técnico e o regulamentado pelo COFEN, onde o profissional técnico de enfermagem deverá exercer sua profissão sob supervisão direta do enfermeiro.

Com a finalidade compatibilizar a Portaria do APH e a regulamentação do COFEN, vem existindo debates no intuito de implementar a unidade de Suporte Intermediário de Vida (SIV), que preconiza a composição da equipe com 01 enfermeiro, 01 técnico de Enfermagem ou 02 enfermeiros, ambas situações contando com 01 condutor socorrista. Esta modalidade já acontece em alguns SAMUs a nível nacional, apesar de ainda não ser regulamentado (COFEN, 2017a). Nesta composição, o profissional enfermeiro intervencionista é o responsável por gerenciar a ocorrência, protagonizando o comando da mesma diante de sua competência técnica/científica.

Ainda relacionada às atribuições do APH, compete ao enfermeiro:

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 **distócia (GRIFO NOSSO)**; 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, 2012).

No SAMU de Salvador e outros, tais como em São Paulo e Rio Grande do Sul, apesar de não ser regulamentada, criou-se a função do Enfermeiro Regulador (ER) para atender demandas administrativas da Central de Regulação, além de mediar relação entre a equipe da regulação e intervenção e dar respaldo técnico à distância às equipes básicas da intervenção, que não contam com o enfermeiro na tripulação. Assim, o ER não possui atribuições padronizadas e nasce de uma necessidade local.

Enquanto necessidade local, em abril de 2017, os ERs do Rio Grande do Sul ganharam autonomia para acionamento de ambulância mediante ocorrência de alguns chamados previstos em protocolo institucional (COFEN, 2017b).

### 3.3.1 Condições de trabalho

O ambiente de trabalho pode ser analisado por diversas perspectivas, sendo a saúde do trabalhador e a segurança do local, de primordial importância na avaliação das condições de trabalho. Neste contexto, a saúde é vista pelo prisma do conceito ampliado, e entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (OMS).

Nesta perspectiva, no APH, o enfermeiro intervencionista possui como ambiente primordial de atuação uma unidade móvel (ambulância, ambulância, helicóptero), que quando acionada, desloca-se em alta velocidade até o local da ocorrência para garantir melhor tempo resposta e no contexto de um cenário imprevisível, que influencia na sua atuação profissional, seja positivamente, com a presença de transeuntes na cena auxiliando no atendimento, ou negativamente, quando as equipes estão expostas às intempéries climáticas ou hostilizadas pela população.

Alves *et al.* (2013) trata dos pontos negativos das condições de trabalho no APH de Belo Horizonte na percepção dos enfermeiros e estes estão relacionados a finalidade do trabalho: acionamento de forma indevida do serviço, sobrecarregando a equipe; uso indevido do serviço como “táxi”; a dificuldade na compreensão do conceito de urgência para os leigos que é diferente na classificação médica; violência urbana e falta de receptividade por parte da população, ao comentar sobre a demora do serviço chegar e não reconhecer os motivos que supostamente possa ter gerado essa demora.

Enquanto mecanismos de enfrentamento, o mesmo estudo (ALVES *et al.*, 2013) relata que o diálogo com a população é um bom caminho para estabelecer um atendimento adequado, mas que nem sempre é possível.

O risco de acidente de trânsito e a dificuldade de acolhimento dos pacientes pela rede fixa diante da escassez de leitos na urgência/emergência também é um ponto negativo das condições de trabalho e o SAMU é visto como um meio de gerar mais trabalho para as unidades fixas. Há por isso, conflitos.

Com relação aos pontos positivos da atuação do enfermeiro no APH, Alves *et al.* (2013) trata da atuação direta na assistência, vinculando a teoria aprendida na faculdade à prática e troca de conhecimento ao trabalhar mais próxima aos outros profissionais; a resolutividade, ainda que o paciente necessite da atenção secundária; a mudança de prognóstico do paciente e a demanda de uma capacitação constante. A satisfação de trabalhar

no serviço vem do reconhecimento, pelo paciente e comunidade, do trabalho realizado (ROMANZINI e BOCK, 2010).

Do ponto de vista da saúde ocupacional, percebe-se que o enfermeiro do APH está exposto aos riscos inerentes ao trabalho em saúde: contato com fluidos corpóreos, acidente com materiais perfurocortantes, assistência a pacientes com patologias infectocontagiosas, estado de tensão constante causado pelo trabalho com dor e a morte etc., acrescido de riscos externos como acidentes de trânsito, agressões físicas, desabamentos.

Lúcio, Gusmão e Torres (2013) relatam sobre afastamento ou desvio de função de profissionais do APH diante de problemas osteomusculares e os correlacionam às atividades do APH inferindo correlação entre as mesmas “sobrecarga musculoesquelética, devido ao ritmo intenso de trabalho, peso excessivo, jornada de 24h de serviço, além de outros problemas inerentes à atividade”.

Além das doenças osteomusculares, apareceram nas pesquisas outros agravos relacionados à saúde dos profissionais do APH, tais como, distúrbio do sono diante da execução de trabalho em situações de turno e no período noturno, fadiga muscular, fadiga mental de causa multifatorial, seja relacionada ao sofrimento do paciente, a vivência da morte, ao estresse, ao ritmo acelerado de trabalho, etc (ZAPPAROLI e MARZIALE, 2013; LÚCIO, GUSMÃO e TORRES, 2013).

A exposição à violência foi um dos principais fatores preocupantes apontados pelos profissionais do APH, seja por agressões advindas do paciente e/ou comunidade, assim como as condições de trabalho inadequadas, denotando assédio moral diante das condições organizacionais impostas (ZAPPAROLI e MARZIALE, 2013).

Diante do que já é descrito pela literatura sobre as condições de trabalho e riscos ocupacionais dos profissionais do SAMU associada à falta de uma política pública de proteção específica para o trabalhador do APH, este estudo alerta sobre a necessidade de realizar o levantamento dos principais riscos ambientais do local de trabalho destes profissionais com a intenção de sugerir e implementar medidas de proteção coletivas e individuais, promotoras da saúde com abrangência nacional.

## 4. MÉTODO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, descritivo com abordagem qualitativa do tipo estudo de campo, que utilizou, em primeira instância, a técnica de preenchimento de questionário eletrônico, qualificado e testado, para a coleta de dados dos participantes sobre o tema (saúde e trabalho dos enfermeiros do APH móvel de Salvador), com o desejo de obter o perfil dos sujeitos da pesquisa e uma aproximação com a organização do trabalho dos mesmos.

É sabido e revelado pelas ciências sociais, que os estudos de campo sofrem interferência sobre a realidade pela simples presença de um observador no local, este é tido como “estranho” ao ambiente e pode por diversas vezes inibir comportamentos e ações dos participantes da pesquisa, minimizadas neste contexto pelo pertencimento da pesquisadora ao ambiente a ser explorado (LAPLANTINE, 1991). Este modelo de pesquisa foi adotado por possibilitar maior aproximação da pesquisadora com a realidade investigada, para compreender a dinâmica dos fatos, ao possibilitar observar o não dito, mas experienciado pelos sujeitos da pesquisa.

Assim, para melhor captar os aspectos relacionados à dinâmica do trabalho do enfermeiro assistencial no SAMU e possíveis lacunas que apareceram ao analisar as respostas do questionário foram realizadas entrevistas narrativas, caracterizando o segundo momento da coleta de dados.

Informo ainda, que durante todo o período da coleta de informações, foram feitas observações assistemáticas sobre o ambiente de trabalho e os sujeitos em estudo e registrado no diário de campo da pesquisadora aspectos da organização do ambiente de trabalho, relações interpessoais estabelecidas nesse contexto, sinais e momentos semióticos percebidos.

## 4.2 LOCAL

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do município de Salvador na Bahia. A central de regulação do Serviço e setores administrativos localiza-se no bairro do Pau Miúdo, no Complexo de Saúde Cesar de Araújo, onde também fica o enfermeiro regulador.

Com relação às bases descentralizadas que possuem as Unidades de Suporte Avançado (USA), e conseqüentemente o profissional enfermeiro intervencionista, estão localizadas nos seguintes bairros: **Centenário** (01 equipe: CN10), **Periperi** (01 equipe: PP20), **Paralela** (02 equipes: AR30 e PR60), **Pau Miúdo** (02 equipes: PM40 e DD50), **Cabula** (01 equipe: RS70) e **San Martin** (01 equipe: VIR05), totalizando 08 equipes de intervenção, que contam com o profissional enfermeiro 24h por dia.

## 4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Foram adotados como critérios de inclusão para esse estudo, ser enfermeiro do APH móvel do SAMU de Salvador e laborar em escala de turno de 24h executando atividades fins da Instituição como: chegar ou viabilizar a chegada precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência de qualquer natureza, que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo a morte. Sendo contemplados, então, enfermeiros intervencionistas e reguladores da Instituição.

Conseqüentemente, não participaram da pesquisa os enfermeiros do serviço que estavam laborando em escala de trabalho administrativa ligadas aos setores de apoio do SAMU, tais como: Central de Material e Esterilização (CME), almoxarifado, Núcleo de Educação Permanente (NEP), Serviço de Atendimento Médico e Estatística (SAME), frota, logística, líderes de bases e ligadas à coordenação, uma vez que vivenciam condições de trabalho distintas aos enfermeiros da intervenção e regulação, além daqueles que estavam em gozo de licença médica ou maternidade (01 profissional em cada situação).

#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O respeito à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais, obedecendo às normas e diretrizes da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012).

O Capítulo III da Resolução 466, de dezembro de 2012, que aborda os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, prescreve que as pesquisas devem atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes, como: respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, ao reconhecer sua vulnerabilidade, e assegurando sua vontade de colaborar e manter-se, ou não, na pesquisa, através de sua manifestação prévia, livre e esclarecida.

Destarte, previamente a cada etapa da coleta de dados (questionário eletrônico e entrevista narrativa), foi solicitada a leitura e concordância do termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice A e C respectivamente) tornando evidente ao participante do estudo que lhe seria assegurado o anonimato, resguardando-lhe o direito, inclusive, de não concluir as etapas de coleta de dados, se assim desejasse.

Como a primeira etapa da coleta de dados foi um questionário eletrônico, ao abrir o *link*, disponibilizado por e-mail para cada participante, a primeira informação que aparecia era o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da pesquisa e logo abaixo um comando de aceite ou não. Desta forma, os sujeitos da pesquisa só tiveram acesso às perguntas do instrumento de coleta de dados mediante leitura e aceite do TCLE. Assim como, só apareceram para a pesquisadora, os questionários respondidos pelos sujeitos que concordaram e sinalizaram aceite do termo supracitado.

Com relação à entrevista, a mesma só ocorreu mediante esclarecimento sobre esta etapa da pesquisa, consentimento e assinatura do TCLE (Apêndice C), disponibilizado em duas vias, sendo resguardado ao participante 01 das vias.

Ainda respeitando os princípios éticos dispostos na Resolução CNS (466/2012), foi previsto o risco de quebra de confidencialidade e a possibilidade de produção de

constrangimento ou desconforto diante de alguma pergunta da entrevista. Contudo, esses danos foram minimizados através da realização das entrevistas em local reservado, sendo garantida, inclusive, ao participante a possibilidade de não responder qualquer pergunta ou até mesmo desistir de participar da pesquisa sem necessitar de explicação.

Por trata-se de uma pesquisa que busca a vivência dos indivíduos e a mesma abarca situações subjetivas, há um risco de desencadear reaparecimento de estados de consciência esquecidos ou bloqueados, trazendo lembranças prazerosas ou não. Sendo observado o revivescimento do sofrimento ao participante em sua fala, a entrevista seria interrompida.

Caso existisse necessidade de assistência imediata devido a questões emergenciais, foi previsto o acionamento do serviço de APH móvel (SAMU 192), obedecendo aos princípios da igualdade, equidade, integralidade da atenção e sistema de referência/contra referência da regulação médica, salvaguardando em segredo os assuntos tratados na entrevista, garantindo o anonimato do participante. A assistência integral seria, posteriormente, implementada pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), obedecendo ao fluxo já estabelecido de acolhimento aos profissionais deste serviço (SAMU). No entanto, não foi necessário fazer uso destes recursos durante o estudo.

O projeto, com anuência da Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Saúde, da Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, e da gestão local do SAMU Salvador, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia, pertencente à Universidade Federal da Bahia e aprovado conforme parecer 2.320.715, em outubro de 2017. A coleta de dados foi iniciada somente após aprovação nessas instâncias.

#### 4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A pesquisa contemplou três formas de coletas de dados: **A primeira**, a etapa observacional assistemática, na qual foi registrada em diário de campo os eventos e a rotina dos enfermeiros do APH móvel de Salvador no contexto da intervenção e da central de regulação. Esta etapa iniciou-se no momento da apresentação do projeto a todos os participantes, via aplicativo de mensagens: *whatsapp*, no grupo específico de enfermeiros da



Instituição, até a saída do pesquisador do campo. O aplicativo facilitou o repasse das informações para todos os enfermeiros intervencionistas e reguladores ao mesmo tempo, diante da falta de oportunidade de reuni-los fisicamente e foi também, um meio de sanar possíveis dúvidas sobre a pesquisa em tempo real com a pesquisadora.

**A segunda etapa** do estudo foi caracterizada pelo envio do *link* do questionário eletrônico através da plataforma *Google Forms*, para o e-mail pessoal de todos os enfermeiros que atendiam aos critérios da pesquisa, e análise dos dados que retornaram, contemplando a identificação de lacunas sobre o tema investigado. Este questionário ficou disponível para resposta durante 20 dias (29/10/2017 a 17/11/2017).

O questionário eletrônico contemplou aspecto sócio demográfico, de saúde e ocupacional dos profissionais Enfermeiros do APH, incluindo o levantamento dos fatores que contribuem para sua motivação no trabalho e as medidas de enfrentamento na realização do mesmo. Essas perguntas foram elaboradas para esta pesquisa objetivando melhor compreender de onde falam estes sujeitos. Optou-se pela versão eletrônica do questionário, pois a internet é um facilitador neste contexto e muitos Enfermeiros não moram na cidade, apenas vem realizar plantões, o que dificultaria a abordagem presencial.

Ainda com relação ao questionário, este foi elaborado com base em achados da literatura científica relacionado ao tema e vivência da autora com seus pares no atendimento pré-hospitalar. Validado por enfermeiros que laboram no atendimento pré-hospitalar em Salvador e São Paulo, que não fizeram parte da população em estudo, mas que possuem vínculos e/ou condições de trabalho semelhantes aos sujeitos da pesquisa.

A técnica do questionário possui como vantagens, a economia de tempo, viagens, a possibilidade de grande retorno de dados ao atingir grande número de pessoas simultaneamente com maior liberdade nas respostas, uma vez que o participante pode escolher um lugar de responder tal instrumento e a garantia do anonimato. A desvantagem da técnica era o risco de pequeno retorno dos questionários para a pesquisadora, a impossibilidade de realizar o esclarecimento de possíveis dúvidas que pudessem surgir por parte do participante e a devolução do instrumento de coletas com perguntas sem repostas (LAKATOS e MARCONI, 2010).

No entanto, os sujeitos demonstraram grande interesse pelo tema proposto para a pesquisa e a conjuntura com inquietações no serviço favoreceram um bom retorno dos instrumentos de coleta de dados. Além disso, a facilidade de contato com a pesquisadora seja

em serviço, telefonema ou aplicativo de mensagem favoreceram meios para sanar dúvidas relacionadas à pesquisa. A versão *online* do questionário possibilitou sinalizar as questões de preenchimento obrigatório, desta forma, só após o preenchimento das mesmas, o questionário poderia ser enviado à pesquisadora, eliminando o viés que poderia ser causado pelas perguntas sem respostas.

**A terceira etapa** foi caracterizada pela realização de entrevista narrativa, individual, em ambiente escolhido pelo entrevistado para proporcionar aos mesmos uma experiência menos estressante. Cada entrevista teve a duração média de 60 minutos.

A entrevista foi gravada, através de um aplicativo denominado “Gravador de Voz”, versão 2.0.12, instalado no *Smartphone, Moto G5 Plus*, protegido por senha, para manter a segurança no armazenamento das informações. A gravação de voz foi realizada com anuência dos entrevistados, após a assinatura do termo de autorização (APÊNDICE D), recurso utilizado para a fidedignidade da fala dos entrevistados.

Posteriormente, foi realizada a transcrição de cada entrevista, com o objetivo de entender os aspectos abordados, que estão relacionados à organização do trabalho e saúde dos enfermeiros do APH, sendo possível desta forma a análise dos achados.

Com relação à terceira parte da pesquisa, entrevista narrativa, tentou-se a princípio, realizar nos dias dos plantões dos enfermeiros, porém, diante da peculiaridade do APH, de ausência de previsibilidade da demanda pelo serviço, observou-se que não seria um meio oportuno de coleta de dados, uma vez que os profissionais eram constantemente acionados para atender ocorrências, ocasionando a interrupção da entrevista, além da ausência de um ambiente reservado, comprometendo o anonimato dos dados. Com a finalidade de resolver tal problema, foi proposta a realização da entrevista via programa *Skype* no horário e dia oportuno ao participante, mantendo o uso do gravador de voz, o que foi prontamente aceito pelos mesmos.

Ainda com relação à entrevista narrativa, foi feita uma categorização dos enfermeiros: intervencionista e reguladores para tentar compreender a totalidade vivenciada pelos mesmos, pois apesar de se relacionarem ao longo do plantão, esses profissionais possuem atribuições distintas e complementares.

Com relação ao enfermeiro regulador, estes, trabalham em menor número (01 enfermeiro por plantão de 24h, perfazendo um total de 06 enfermeiros na escala de revezamento). Foi utilizado como critério de seleção ser enfermeiro com pouco tempo de

atuação no setor e outro com atuação maior ou igual há 01 ano, para verificar se há divergência na percepção da organização da atividade e interferência no âmbito da saúde ocupacional. Foi suficiente entrevistar apenas 02 enfermeiros reguladores, 01 representante de cada subcategoria, uma vez que os dados convergiam à opinião comum.

Já os enfermeiros intervencionistas, por atuarem no total de 08 por plantão, em bases descentralizadas não padronizadas, conseqüentemente, expostos a fatores comuns da rotina administrativa, mas distintos do ponto de vista da dinâmica organizacional, foram selecionados com base em um sorteio aleatório tendo como instrumento norteador a escala de enfermeiros referente ao mês de dezembro de 2017 (mês que foi iniciada esta etapa da coleta de dados - entrevista), que segrega os enfermeiros por base descentralizada.

Para os enfermeiros intervencionistas foi realizado um sorteio, 1-6, que corresponde ao número total de enfermeiros mensal por base e contemplado o número: 04. Então, todos os enfermeiros que ocupavam a quarta posição na escala/bases descentralizadas foram convidados a participar da etapa da entrevista. Havendo recusa, foi convidado o enfermeiro que ocupava a posição imediatamente posterior. Os dados foram saturados com a medida proposta, pois apesar de atuarem em bases distintas, todos os enfermeiros possuem a liberdade de realizar trocas com colegas de outras bases e vivenciam as especificidades de cada lugar.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados (entrevistas e observações de campo) é uma etapa crítica da pesquisa empírica diante do desafio de desvendar um fenômeno complexo através de um prisma. Trata-se de um modelo subjetivo, com influência do olhar do pesquisador, que não é neutro nem alheio ao processo, mas que faz um esforço para se desvencilhar de todos os preconceitos no momento de coleta e análise científica dos dados, apresentando ao leitor o resultado mais próximo à realidade dos fatos.

Para este trabalho, elegeu-se a Teoria Fundamentada de Glaser e Strauss, um método analítico caracterizado pela geração de teorias a partir de dados, coleta e análise destes de forma simultânea e a utilização da saturação dos achados como indicador de fechamento da coleta, uma vez que as informações param de ser produzidas (POLIT e HUNGLER, 1995).

A teoria prever a categorização dos achados baseadas nas semelhanças do conteúdo e prever a produção de memorandos analíticos que serão base para a escrita das publicações e relatórios. Assim, foi realizada uma análise dos achados da pesquisa tendo como base a descrição dos fatos e as entrevistas.

De acordo com Minayo (1994), a análise de dados por categorias é utilizada para estabelecer classificações nos estudos qualitativos e obedecem a três princípios: único princípio de classificação, permitir a inclusão de qualquer categoria do conjunto e as categorias devem ser mutuamente excludentes.

Para Bardin (1977) “a categorização é um processo do tipo estruturalista que envolve duas etapas: inventário (isolar os elementos) e classificação (repartir e impor certa organização das mensagens)”. A categorização é realizada com base na investigação do que os elementos possuem em comum e, geralmente é utilizada na análise do conteúdo.

Apesar da Análise de Conteúdo de Bardin traduzir uma interpretação da realidade mediante o uso da linguagem verbal (falada ou escrita) por um interlocutor, ela não leva em considerações as possíveis nuances que podem intermediar essa fala.

Levando-se em consideração que a linguagem não é neutra; que os diferentes modos de comunicação (verbal e não verbal) possuem igual importância para compreensão de um fenômeno; que o lugar que o sujeito ocupa na sociedade traduz o seu modo de vivenciar e interpretar as situações e que por se pretender trabalhar com Enfermeiros, que possuem, muitas vezes, seus trabalhos caracterizados pela elevada demanda de especialização, intervenção rápida, baseada no princípio melhor tempo resposta e pressão no trabalho no contexto de baixo controle nos meios de produção, optou-se por utilizar a técnica da Análise do Discurso no intuito de melhor interpretar o fenômeno.

Na análise de dados, é relevante manter o anonimato dos participantes, assim foram utilizados pseudônimos quando foi necessária menção direta da fala de qualquer entrevistado.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 60 enfermeiros do APH móvel de Salvador que atendiam ao critério de inclusão desta pesquisa, 46 responderam ao questionário eletrônico, isto representa 79% dos enfermeiros intervencionistas e 57% dos reguladores, que estavam laborando no campo de pesquisa no período em estudo (outubro de 2017 a fevereiro de 2018) e/ou vinculados a esta Instituição, porém sob o benefício do gozo de férias.

O questionário eletrônico permitiu traçar o perfil dos enfermeiros intervencionistas e reguladores, que laboram no SAMU de Salvador-BA.

Apesar de se inter-relacionarem, para melhor compreensão didática, os achados foram apresentados em subcategorias: **perfil sociodemográfico, ocupacional e saúde**.

### 5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Neste estudo, todos os enfermeiros possuem vínculo estatutário com o município e uma predominância de 05 anos de atuação no SAMU, período que coincide com as primeiras convocações do primeiro concurso público específico para o APH de Salvador (ano de 2012). Apesar de possuir 13 anos de implantação do serviço em Salvador, até então, os enfermeiros tinham vínculos precários com o município: Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) ou Regime Especial de Direito Administrativo (REDA), desta forma, pouco poder de negociação em prol das melhorias das condições de trabalho diante da vulnerabilidade do vínculo empregatício.

Com relação ao sexo dos profissionais do APH, a literatura traz que a maioria é do sexo masculino (ANDRADE e SIQUEIRA JÚNIOR, 2014; CARRENO, VELEDA E MORESCHI, 2015), no entanto, constatou-se que os sujeitos desta pesquisa eram majoritariamente do sexo feminino (67,4%), podendo ser justificado pelo recorte de categoria profissional (Enfermeiro). Algumas obras abordam o tema da hegemonia feminina nesta profissão e tentam justificá-la diante do contexto, da finalidade, origem e do objeto de

trabalho, que é o cuidado (DONOSO, 2000; LOPES e LEAL, 2005; CARVALHO, et al., 2017).

A faixa etária variou de 27 aos 45 anos, apresentando uma maior frequência de profissionais com 30 anos de idade, uma população adulta jovem. A população adulta jovem, conforme classificação descrita por Mosquera e Stöbaus (2006), possui como característica o poder criativo, com possibilidade de desenvolvimento cognitivo, surgimento da relação com a comunidade nas diversas esferas. Observa-se, também, que essa fase da vida é um momento propício de aptidão física, grande vitalidade e impulsividade, que convergem para o perfil profissional esperado no APH, diante dos objetivos e condições de trabalho que lhes são peculiares.

A maioria se auto declarou como pertencente à raça parda (65,2%), seguida da branca (26,1%) e preta (8,7%), ninguém se declarou indígena ou amarelo. As informações vão ao encontro da característica populacional local secundária a sua miscigenação, onde predominam as raças pardas (51,67%), seguida da preta (27,8%) e branca (18,90%), tendo como base o censo demográfico de 2010, com recorte para a cidade de Salvador (SALVADOR, 2018a).

Com relação à prática religiosa, 71,7% dos enfermeiros informaram praticar alguma doutrina religiosa: católica (48%), protestante (30%), espírita (15%) e candomblé (6%), dados também representativos da população local (SALVADOR, 2018b).

No estado civil predominaram as casadas (52,2%), seguida das solteiras (28,3%), dados compatíveis com o estudo de Andrade e Siqueira Júnior (2014). Quando questionadas sobre filhos, observa-se uma baixa taxa de natalidade, 58,7% informaram não possuir e das que possuíam, a prevalência foi de apenas 01 filho.

Os sujeitos da pesquisa (47,8%) possuem uma renda familiar em torno de 7-10 salários mínimos e 82,6% não são provedores exclusivos da família. Apenas 02 enfermeiros informaram receber auxílio financeiro externo para compor sua renda familiar.

## 5.2 PERFIL OCUPACIONAL

### 5.2.1 Formação profissional e carreira no APH

Nessa população, a maioria (93,5%) dos profissionais é exclusivamente enfermeiro, apenas, 03 informaram possuir outra formação: 01 Professor, 01 Técnico de Enfermagem e 01 Psicopedagogo. O tempo de conclusão da graduação como enfermeiro variou entre 5 a 17 anos, verificando-se a entrada de recém-formados, na época, no serviço mediante concurso público.

A maioria (65,2%) dos sujeitos da pesquisa informou não ter perspectiva de crescimento profissional, apesar de 78,3% destes, relatarem que planejam a carreira.

Ao analisar os aspectos que os sujeitos trouxeram sobre o planejamento da carreira, observa-se que na verdade, eles continuam a investir na carreira de enfermagem, porém em outros ramos da profissão (docência, pós-graduações, outros concursos), que não o APH, procurando obter algum retorno ou reconhecimento.

Há um grande descontentamento dos enfermeiros para com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador, pois, alegam que apesar de existir a Lei Municipal nº 7867 (SALVADOR, 2010), que versa sobre o plano de cargos e vencimentos dos profissionais da área da saúde, ela não está efetivamente implantada, conforme abordam os enfermeiros Eulália, Geraldo e Joaquina:

Meu planejamento de carreira está relacionado a outro vínculo, pois, infelizmente não existe este tipo de estímulo pela Prefeitura. Por exemplo: há três anos dei entrada em um processo para receber gratificação por especialização e até hoje, não há parecer. Já no outro vínculo, já dei entrada em gratificações por duas especializações, com êxito (EULÁLIA).

Penso que, quando sair do SAMU, pedirei demissão da Prefeitura, ficarei só com a Universidade. Essa sim, me reconhece como gente (GERALDO).

Tenho me especializado e agora cursando doutorado e ensinando. Porém, não há perspectivas de crescimento profissional como enfermeira do SAMU porque não há comissão na prefeitura para avaliação de títulos (JOAQUINA).

Os profissionais que pensam em desistir da atuação no APH, relataram como motivos a desvalorização profissional pela SMS de Salvador, baixa remuneração frente ao trabalho executado e qualificação exigida, velhice, desgaste físico e emocional, procura por melhores condições de trabalho e de vida, pela exposição à violência durante os atendimentos e pela falta de autonomia na tomada de decisão.

Apesar de ser uma profissão predominantemente feminina, 78,6% dos enfermeiros relataram que existe uma igualdade na inserção entre homens e mulheres no APH móvel de Salvador, fato que talvez seja justificado pela livre concorrência inerente ao certame público.

Nesta população, verifica-se que 91,3% dos enfermeiros intervencionistas já passaram pela central de regulação do serviço, desempenhando o papel de enfermeiro regulador em situações específicas: restrição funcional, período gestacional, necessidade do serviço na cobertura de férias e atestados médicos e treinamento obrigatório. Observa-se que nenhum enfermeiro referiu estar ou ser enfermeiro regulador por opção.

Não há uma identificação destes profissionais com a função do enfermeiro regulador (ER), fato justificado pela sobrecarga de trabalho e pelo estresse psicológico e emocional a que estes são submetidos durante a jornada laboral. Informam, ainda, que neste contexto, o enfermeiro é um profissional sozinho no setor, não tendo com quem revezar suas atribuições específicas:

Na regulação, temos estresse psicológico e emocional, além de longos períodos sentados em ambiente muito barulhento e iluminado. A necessidade do serviço é o que define a nossa área de atuação, nem sempre as nossas preferências (BERNADETE).

Não me identifiquei com o trabalho na regulação, pois a enfermagem fica sobrecarregada com todo tipo de problemas: falta de profissionais, remanejamentos, materiais quebrados, médicos da regulação que não atendem as equipes e estas ligam para o ER, entre outras coisas. E, sem tanto poder de ação. Todos lá tem com quem revezar menos a enfermagem (ALBERTA).

### **5.2.2 Fatores motivacionais no APH**

Quando questionados sobre os fatores motivacionais para atuarem no APH, citaram a afinidade com a urgência e a emergência, o trabalho em equipe, a dinâmica do serviço, a



ausência de rotina, o reconhecimento social pela comunidade, a satisfação pessoal, a evidência de mudança de desfecho mediante ação da equipe, o fator afetivo com o serviço, expresso pelas palavras “amor e paixão” pelo que faz.

A garantia de uma estabilidade no emprego proporcionada pelo concurso público, a escala flexível desenvolvida em forma de plantão de 24h semanal, que proporciona a conciliação com outro vínculo e o dimensionamento adequado de profissional, ao assistir 01 paciente por vez, também foram apontados como fatores motivadores por alguns dos enfermeiros. Apenas 01 dos participantes não soube informar sobre o fator motivacional e refere não ter escolhido o APH, inferindo ser a oportunidade ofertada no momento.

Um dos entrevistados explicitou sobre a sensação de dever cumprido enquanto profissional pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS), que, por muitas vezes, consegue promover saúde em ambientes inóspitos ou insalubres, ao ser responsável por mudar o desfecho da vida de uma pessoa que foi acometida por algum agravo:

O APH permite que tenhamos a oportunidade de salvar a vida das pessoas e ver isso acontecendo, porque intervimos naquele momento crucial, nos oferece a oportunidade mudar um destino, de mudar o nível de morbidade de uma pessoa porque intervimos em equipe rapidamente e com o que precisava ser feito! No SUS são poucos os serviços que podemos ter essa sensação de dever cumprido (JOAQUINA).

O reconhecimento pelo trabalho é proveniente da população, dos colegas, amigos, familiares e chefia imediata, externados através de mensagens de agradecimentos postadas nos grupos de *whatsapp* da categoria e elogios diretos nas ocorrências. Observa-se que os agradecimentos chegam da comunidade, também, através das redes sociais e são repassadas para as equipes envolvidas, apresentando-se como um fator motivacional para o trabalhador, por ter seus esforços partilhados.

### 5.2.3 Organização do trabalho no APH na percepção dos enfermeiros

Os enfermeiros informam que não ficam de sobreaviso, mas que apesar da baixa frequência, por vezes, são solicitados a comparecerem no serviço fora do horário de escala e que isso é motivo de estresse e modificação da rotina, pois muitos moram fora de Salvador.

Com relação ao ambiente laboral, verifica-se que é propício ao trabalho em equipe e é nítido o engajamento entre os profissionais, a ajuda mútua, a escuta sobre as experiências vivenciadas pelos colegas, os agradecimentos pelos apoios que receberam durante determinada ocorrência, que mudaram um desfecho, observa-se o sentido de pertencimento do profissional àquela situação e sua afinidade com a função.

Quando questionados sobre o relacionamento entre os colegas e gestor imediato, as respostas dos enfermeiros variaram entre bom e ótimo, não houve relato de relacionamento ruim.

A autonomia dos enfermeiros na resolução de possíveis problemas, que aparecem durante a jornada laboral foi questionada e apenas 01 dos participantes respondeu que sempre percebe essa autonomia, os demais responderam como às vezes (76,1%) ou nunca (17,4%), inferindo assim, que existe um baixo controle sobre o processo de trabalho por parte dos enfermeiros. Informaram, ainda, que as sugestões de melhorias para o processo de trabalho, por vezes, são acatadas pelos gestores.

Os enfermeiros, independente de atuarem na intervenção ou regulação, referem sentirem-se sobrecarregados em suas atribuições no APH.

O enfermeiro regulador (ER) informa sobrecarga ao ter que responder várias demandas simultaneamente, que vão além de sua função. Atribuem este fato à falta de definição oficial e clara sobre o papel do enfermeiro regulador enquanto componente de uma equipe multiprofissional, uma vez que não é previsto em lei, apesar do reconhecimento da importância desse profissional na operacionalização do serviço. A sobrecarga de atribuições é apontada como fator de estresse físico e mental para esses trabalhadores.

São muitos momentos. No setor onde estou nesse momento, tenho que resolver várias demandas, que muitas vezes, não são da minha função. Como não tenho as funções claras, faço de tudo e isso causa muito estresse físico e mental (ABIGAIL).

Assim, todas as demandas que surgem na central de regulação, tendem a passar pelo ER, seja para resolver ou encaminhar a um profissional competente, o que poderia ser feito sem a intermediação do enfermeiro se existisse um protocolo institucional bem definido sobre as atribuições de cada profissional da central de regulação.

Já os enfermeiros intervencionistas, pontuaram diversas situações que os fazem sentirem-se sobrecarregados: a **divisão de tarefas de forma não equitativa** entre os membros da equipe apareceu com grande frequência, sejam no acúmulo de funções de natureza gerenciais e assistenciais do plantão, seja na responsabilidade da maior parte do check-list da ambulância e conseqüentemente, reposição de materiais. A ausência do técnico de enfermagem no apoio à assistência direta e administrativa também foi pontuada diante do número de atribuições a serem executadas pelo enfermeiro num curto espaço de tempo:

Durante o check-list de toda unidade, pois o médico e o condutor ficam com duas mochilas. Na ocorrência em si, com o número de demandas e procedimentos para o enfermeiro; após a ocorrência com demandas que se estendem muito mais que os outros profissionais. Ficamos responsáveis por atender o celular, anotar dados da ocorrência, passar para o condutor. Tendo conferência, somos nós que recebemos a ligação. Ao chegar no local, carregamos trezentas sacolas e equipamentos, fazemos todos os procedimentos necessários, removemos a vítima, recolhemos tudo do local, colocamos a vítima na ambulância junto com o condutor, arrumamos a unidade. Se precisar de exames e avaliações, transportamos a vítima. Ao chegar na base, precisamos repor a unidade, controlar temperatura do armário de medicamentos, preencher FCO [Ficha de Controle de Ocorrências], fazer relatório (GERALDO).

A responsabilidade de zelar por todo material da unidade, ser cobrado para fazer várias atividades ao mesmo tempo (prepara sedação, fazer acesso, preparar material para intubação, fazer sondagem), realizar a maior parte do *check-list* da unidade, ter que ser a referência para solução de problemas relacionados à unidade com os setores do serviço (almoxarifado, CME, regulação, contatos, conferência, logística, liderança de base, frota, etc), mediar conflitos entre profissionais (principalmente entre a Regulação e a intervenção e com as equipes das URs [Unidades Reguladoras, unidades fixas de atendimento]), participar do acolhimento e instrução de internos de

medicina mesmo não sendo algo instituído como rotina do serviço (TÚLIO).

Check list desigual entre os componentes da equipe. Reposição de material que só a enfermagem faz. Responder por perdas da unidade, sempre querem "jogar" para enfermagem (ALBERTA).

Observa-se, na fala, a culpabilização do profissional enfermeiro pelas perdas de materiais no processo de trabalho, apesar do mesmo ser executado em equipe e de todos possuírem acesso aos materiais e instrumentos de trabalho. Assim, é cobrada do enfermeiro além da execução das tarefas, a vigilância sobre todos os bens.

O enfermeiro Geraldo contemplou, ainda, em sua fala que é responsável pelo controle de impressos e receitas que são de uso exclusivo de outra categoria profissional.

**Problemas relacionados à central de regulação**, também foi pontuado como fator de sobrecarga, sejam pelas unidades reguladoras, que, por muitas vezes, recusam o acolhimento de pacientes, ficando estes, por longos períodos no interior da ambulância ou pelo número de unidades avançadas ativas inferiores à demanda, o que acarreta uma sobrecarga de trabalho para as unidades móveis ativas. Problemas mecânicos e equipes incompletas são os motivos apontados para a desativação das unidades.

A sobrecarga e o estresse maior são devido ao elevado tempo de espera com o paciente na ambulância, aguardando regulação para uma unidade fixa que possa recebê-lo. Diferentemente de outros SAMU no Brasil, em Salvador as pactuações entre as unidades fixas de emergência e o SAMU, via regulação, pouco funciona e, muitas vezes, as equipes aguardam a "boa vontade" do serviço fixo para aceitar/permitir a regulação do paciente (JOAQUINA).

**Os problemas de infraestrutura** também surgiram nos relatos, sejam por falta de material básico para assistência, que levam à demanda de desenvolver improvisos numa situação crítica, nem sempre controlada; pela estrutura de acomodação das bases e unidades móveis inadequadas ou pela falta de respeito ao horário de alimentação, higienização e repouso da equipe.

Muitas vezes as condições de trabalho oferecidas não são as preconizadas. As bases do SAMU, em sua maioria, não oferecem o conforto mínimo ao profissional, estão fora dos padrões solicitados pelo Ministério da Saúde. Então, mesmo após um dia sobrecarregado, o que espera o profissional é uma base sem conforto, com ruído, iluminação inadequada, banheiros sujos ou mal planejados, quarto com ar condicionado sem manutenção, dentre outras situações. Sinto-me com sobrecarga laboral também quando muitas ocorrências são enviadas seguidamente para a equipe sem tempo para alimentação ou higiene (JOAQUINA).

Com relação ao direito à higienização, alimentação e repouso das equipes de intervenção do APH, existe uma peculiaridade em relação aos outros profissionais da área de saúde, esses não são garantidos mediante cumprimento de horas trabalhadas, conforme preconiza as leis trabalhistas.

Os horários de higienização, alimentação e repouso das equipes de intervenção, com base nos relatos dos enfermeiros, só são garantidos a depender da dinâmica da cidade. O acesso dos profissionais a esses direitos sofre influência de demanda externa, não controlada, baseada no princípio de melhor tempo resposta no atendimento a uma ocorrência: solicitação de atendimento *versus* equipe de intervenção mais próxima para executá-lo. Assim, trata-se de um processo de trabalho dinâmico, com baixo controle por parte dos profissionais, que tendem a ficar à disposição 24h de forma ininterrupta.

#### **5.2.4 Riscos Ocupacionais *versus* Medidas de proteção**

Os enfermeiros relataram que estão expostos aos mais variados riscos ocupacionais, indo além dos normalmente relacionados à área da saúde, diante de algumas peculiaridades do APH: **Físicos** (radiação solar e ruído); **Químicos** (poeira e soluções); **Biológicos** (perfurocortante, contato com paciente com diversas patologias sem diagnóstico, bases descentralizadas sujas, com presença de insetos e roedores); **Acidente** (atuar sob estresse constantemente, veículo em alta velocidade, itens de segurança do veículo inadequado (ausência de cinto de segurança de 03 pontos em alguns bancos) ou quebrados, pneu careca, mordedura de animais, explosões, quedas, agressões, atropelo); **Ergonômico** (macas

incompatíveis com a ambulância, movimentação manual de carga (mochilas e equipamentos, além do paciente), ambulância pequena, apertada).

É um consenso no grupo que o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) é um importante meio de prevenção de agravos à saúde relacionada ao aspecto laboral e informam fazerem uso dos EPIs, que são disponibilizados pelo SAMU.

No entanto, referem uma frequência inadequada na substituição de alguns equipamentos (macacão e bota), ausência de outros (protetor solar, abafadores de ruído ou protetores auricular), dispensação indevida (uso coletivo de óculos de proteção e capa de chuva) e qualidade inadequada (luvas constantemente rasgam durante o atendimento, aumentando o risco de exposição ocupacional aos fluidos corpóreos e com a intenção de minimizar tal situação referem utilizar no mínimo dois pares de luvas ao mesmo tempo).

Dos participantes, 47,8% informaram já ter sofrido algum tipo de acidente de trabalho.

### 5.3 PERFIL DE SAÚDE

No aspecto saúde, verifica-se que a maioria dos enfermeiros informa adotar um estilo de vida saudável: 58,7% não consomem qualquer tipo de bebida alcoólica, 97,8% não fumam e dos que fumam, possuem um baixo consumo do tabaco (1-3x ao dia). Realizam atividade física (71,7%), com predomínio de 3-4 vezes por semana. Informam, ainda, possuir momentos de lazer (93,5%), 1-2 vezes por semana.

Quando questionados sobre possuírem algum problema de saúde, 39,1% referiram problemas de saúde, sendo que 28,6% destes informaram terem sido diagnosticados no período que começou a trabalhar com o APH. Destes, 17,4% dizem que esse foi ou é motivo de afastamento deste trabalho.

Observa-se que a maioria dos diagnósticos é recente, tendo ocorrido há menos de cinco anos, e que os casos referidos de depressão foram diagnosticados há menos de dois anos.

Com relação a uso de medicação de rotina, aproximadamente 1/3 dos enfermeiros responderam positivamente. Enquanto princípio de ação, prevaleceram os **psicotrópicos** (05),

incluindo nesta categoria os antidepressivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes e estabilizadores de humor; **anti-hipertensivos** (04); **contraceptivos orais** (04); **vitamina** (02); **hormônio de reposição oral** (01); **antiartrósico** (01); **antialérgico** (01).

Verifica-se, ainda, que apesar de muitos enfermeiros não relatarem diagnóstico médico de patologia, 98% destes referiram apresentar pelo menos 01 dos sintomas relacionado ao estresse laboral (PRADO, 2016). O predomínio foi de cansaço físico/mental (71,7%), seguido de dor muscular (45,7%); alteração do humor (43,5%); distúrbio do sono (39,1%); dor de cabeça (37%); irritabilidade (32,6%). Apareceu ainda com menor prevalência a alteração da memória (11%); depressão (6,5%); perda de iniciativa (5%); dores articulares, na coluna e lesão cutânea (1% cada).

O suporte social é tratado por Vasquez-Menezes e Soratto (2000) como um mecanismo protetor da saúde mental, ao reduzir a carga emocional e viabilizar meios de resolução dos problemas.

Apesar do relato dos problemas relacionados à autonomia e escuta das sugestões pelos gestores, que seriam fatores causadores de estresse diante do baixo controle sobre o processo de trabalho, a maioria dos enfermeiros informa um bom vínculo familiar e um equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, além de compartilhar com amigos, pares do trabalho e familiares problemas relacionados ao ambiente de trabalho, inferindo assim, que estes seriam seu suporte social.

Desta forma, esses profissionais conseguem minimizar a exaustão emocional, mediante apoio social e observa-se o desenvolvimento de um apoio afetivo entre os pares que compartilham das mesmas vivências. O apoio afetivo é representado pela satisfação, reconhecimento e respeito dos pares para com o trabalhador (GAZZOTTI e VASQUES-MENEZES, 2000).

Com a intenção de abordar as peculiaridades da organização do trabalho dos enfermeiros intervencionistas e reguladores, além da influência da violência social nas condições de trabalho destes profissionais, resolveu-se abordar estes temas em forma de capítulo, que seguem nas próximas páginas.

**CAPÍTULO I – “Um setor nervoso”:** do que falam os enfermeiros reguladores (ER) sobre a sua saúde e a organização do trabalho?

## **1. CONTEXTO ORGANIZACIONAL DO TRABALHO DO ER**

Apesar de não ser prevista a participação do Enfermeiro como membro integrante da equipe multiprofissional na Central de Regulação do SAMU, tendo em vista o preconizado pela Portaria do Ministério da Saúde 2048/2002, esta é uma realidade em muitos estados brasileiros e há relato (RIO GRANDE DO SUL, 2017) de que a presença deste profissional tem melhorado o fluxo no atendimento à população, seja dando apoio técnico na mesa reguladora, preparando as grades de urgência e emergência diária, como também, no contato direto com a equipe de intervenção, no intuito de apoiá-los na resolução de demandas externas.

O SAMU do Rio Grande do Sul implanta, em 2010, a função de enfermeiro regulador em sua central, sendo referência para visita técnica de profissionais do APH de outros estados, na ideia de contribuir na construção de fluxos organizacionais, tendo em vista o funcionamento do serviço com a participação deste profissional.

Em Salvador, além do Rádio operador, médico regulador, chefe de plantão e os Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM), o SAMU conta com o enfermeiro regulador desde abril de 2008. Inicialmente, eram 02 profissionais: 01 Enfermeiro Administrativo e 01 Operacional, atuando conjuntamente na Sala de Rádio, coordenando a equipe de Rádio-operadores e Operadores de Frota durante o plantão, além de servir como mediador entre a equipe de intervenção e os médicos reguladores quando necessário.

A partir de Junho de 2015, a central de regulação passa a contar com apenas 01 profissional enfermeiro, após o desligamento dos vínculos TAC e REDA, mantendo as funções ora desempenhada por dois profissionais e acrescidas de outras atribuições, tais como alimentar planilha de envio de Unidade de Suporte Avançado, controle de materiais deixados nas Unidades Reguladoras (UR), papel de almoxarife ao ser responsável pela dispensação de materiais para intervenção.



Foi uma determinação da coordenação médica do SAMU, não foi da coordenação de enfermagem, não. Eles achavam que não tinha demanda, não tinha necessidade de ter dois profissionais, aqui na central de regulação, enfermeiro. Então, só fica aqui na central quem está gestante ou quem tem restrição funcional. A escala hoje tá sendo feita dessa forma (CELINA).

Esse processo de intensificação do trabalho e funções de um trabalhador com finalidade de diminuir os custos dos processos, sem aumentar o valor pago pela mão de obra e conseqüentemente aumentando os lucros é explicado pela teoria Marxista relacionada ao capitalismo e chamada de mais-valia relativa (AGUIAR, 2008).

Tendo em vista que a enfermagem é uma profissão autônoma e “compete ao enfermeiro estabelecer o quadro quanti-qualitativo de profissionais necessário para a prestação da Assistência de Enfermagem” (COFEN, 2017c), verifica-se que a decisão de reduzir o quadro de profissionais de Enfermagem na central de regulação não obedeceu este critério, sendo algo meramente político/organizacional.

Assim, considerando que a função de Enfermeiro Regulador não é regulamentada, fica difícil para coordenação imediata ter parâmetro e exercer as diretrizes preconizadas na norma relacionada ao exercício da profissão.

As ações do Enfermeiro Regulador do SAMU de Salvador possuem abrangência regional e é responsável pelas questões locais e da região metropolitana.

### 1.1 “UM ESPAÇO CONFINADO”: ARRANJO FÍSICO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

O ambiente de trabalho do ER é uma das salas da central de regulação, onde divide o espaço com o chefe de plantão e os rádios-operadores. Trata-se de um pequeno espaço, fechado por divisórias e vidros. Pelos vidros, o enfermeiro regulador tem a visão direta dos médicos reguladores e TARMs.

[...] na central de regulação, você fica literalmente confinado. [...] Você come demais também, porque você fica muito ansiosa, você fica confinada 24h. E você come de tudo um pouco (REGINA).

Sentam-se em cadeiras do tipo secretária, sem adaptação ergonômica entre altura da cadeira, mesa e tela de computador, por vezes improvisam apoio para os pés sobre um banco.

A norma regulamentadora nº17 (NR-17), trata, dentre outras coisas, sobre os mobiliários dos postos de trabalho e da necessidade de planejamento e adaptação para a posição assumida pelo trabalhador durante sua jornada de trabalho. Abordam também sobre condições de conforto no ambiente de trabalho através do controle de ruído e temperatura (BRASIL, 2007).

Então, agora eu falo da parte física do desgaste, você fica ali sentada praticamente 23-22h do plantão, ali tomando decisões (REGINA).

17.5.2. Nos locais de trabalho onde são executadas atividades que exijam solicitação intelectual e atenção constantes, tais como: salas de controle, laboratórios, escritórios, salas de desenvolvimento ou análise de projetos, dentre outros, são recomendadas as seguintes condições de conforto: a) níveis de ruído de acordo com o estabelecido na NBR 10152, norma brasileira registrada no INMETRO; b) índice de temperatura efetiva entre 20°C (vinte) e 23°C (vinte e três graus centígrados); c) velocidade do ar não superior a 0,75m/s; d) umidade relativa do ar não inferior a 40 (quarenta) por cento (BRASIL, 2007).

Na central de regulação, o enfermeiro possui como instrumentos de trabalho os telefones (fixo e móvel), o rádio, sendo assim, demandado o entendimento da linguagem desse sistema de comunicação via código internacional “Q” e duas telas de computadores, onde possuem acesso a diversos aplicativos utilizados no serviço e são responsáveis pelo gerenciamento dos mesmos: Kofre (GPS das unidades), planilhas de checagem de base, controle dos horários de chegada e saída dos médicos intervencionistas do plantão, *Telegram*, utilizado para envio de ocorrências para as unidades intervencionistas e um dos meios de comunicação para informes entre intervenção e regulação, *Outlook* para envio das planilhas para às coordenações, além da ocorrência do turno.

O local é climatizado por aparelhos de ar-condicionado, antigos, que possuem filtros em precárias condições de higiene, um risco para agravos de transmissões respiratórias. Como situação desfavorável, na parte inferior da sala de regulação, funciona o setor de emergência, de uma instituição, inclusive as salinhas de isolamento, destinadas a acolher pacientes com doenças infectocontagiosas de veiculação respiratória, sem existência de sistema de exaustão.

A norma regulamentadora n°32 (NR-32) do Ministério do Trabalho trata que “os sistemas de climatização devem ser submetidos a procedimentos de manutenção preventiva e corretiva para preservação da integridade e eficiência de todos os seus componentes” (BRASIL, 2005).

Durante a estadia no setor de regulação, observou-se que os profissionais deste local, quando incomodados pela situação de má refrigeração do equipamento, realizavam por própria iniciativa a higienização dos filtros sem qualquer uso de EPI. Além disso, percebeu-se a falta de controle com relação à temperatura ideal, confortável para o local, sendo inclusive motivo de desentendimento na equipe.

Desde 1994, o Brasil iniciou os estudos sobre a qualidade do ar de interiores (QAI), ainda cheio de lacunas quanto a métodos de análise e de dispositivos regulamentares, voltados para Instituições não industriais, correlacionando alguns sinais e sintomas observados em pessoas submetidas a longos períodos em ambientes fechados climatizados artificialmente, em que a troca de ar não era adequada.

As manifestações clínicas iam de afecções de naturezas respiratórias à irritação de mucosas, cefaleia, letargia e cansaço generalizado. Observou-se, ainda, que os poluentes biológicos estavam relacionados à queda de produtividade ou o absenteísmo no ambiente laboral (BRINCKUS e AQUINO NETO, 1999). Alguns destes sintomas foram referidos pelos enfermeiros reguladores na etapa do preenchimento de questionário, tais como cansaço físico e mental, dor muscular e cefaleia. Na etapa observacional, verificou-se que alguns profissionais do setor apresentavam espirros, tosse e coriza ao longo do plantão e ficavam, consideravelmente, exaustos no final da jornada.

Tendo em vista a existência da Síndrome do Edifício Doente reportada pela literatura, que é o aparecimento de sinais e sintomas na população ocupante de determinada estrutura física (STERLING, COLLETT e RUMEL, 1991) e os achados, sugere-se a realização de estudos da qualidade do ar de interiores da central de regulação do SAMU com objetivo de compreender se os sinais e sintomas mencionados pelos enfermeiros e presenciados pela pesquisadora encontram-se relacionados às condições ambientais do local.

## 1.2 “BURRO DE CARGA”: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS REGULADORES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

É comum o relato de sobrecarga de trabalho pelos enfermeiros reguladores, diante do número de atribuições que lhes são destinadas ao longo da jornada de trabalho e muitas de forma concomitante, envolvendo constantes tomadas de decisões em situações de estresse, enquanto outras nem estão sob suas possibilidades de resolução.

Fica a cargo do enfermeiro mesmo, a parte gerencial, de decisões de equipe, se a equipe está na base, se a equipe já saiu, porque esqueceu o rádio, porque o celular está quebrado, até o celular quebrado! Você tem que dar conta de materiais de almoxarifado, que as bases não têm e você tem que estar suprindo essa necessidade. É desgastante você ter que abrir um armário para poder pegar uma agulha e você ter que fazer o *check-list* de tudo, então, isso tudo desmotiva ter que trabalhar na central de regulação (REGINA).

Aqui na central de regulação tem um armário, que contém algumas medicações e materiais também e é feito o *check-list* também todo o dia primeiro de cada mês e é aberto quando necessário (CELINA).

O almoxarifado do SAMU de Salvador funciona, apenas, no período diurno de segunda a sábado. Tendo em vista que o serviço funciona 24h ininterruptas e que existem algumas situações em que a equipe necessita repor materiais não estocáveis na base pós-ocorrência, tais como: pá do Desfibrilador Externo Automático (DEA) e pá de marcapasso transcutâneo, trocar macacão contaminado por material biológico, repor psicotrópicos, etc, é demandado ao enfermeiro regulador resolver tais situações quando o almoxarifado encontra-se fechado (período noturno, domingos e feriados).

Para tanto, a central de regulação possui 01 armário, lacrado, contendo alguns materiais não estocáveis nas bases e EPI (máscara, luva e macacão) para situações emergenciais. É do enfermeiro regulador a atribuição de gerenciar o armário, incluindo a conferência de todos os itens, seja ao necessitar abri-lo durante o plantão para atender uma unidade móvel do serviço ou todo o dia 01 de cada mês quando é conferida a validade dos materiais, lacrando em seguida e anotando a numeração na ocorrência do turno que aconteceu o fato e no impresso de *check-list* do armário para conferência/controle nos dias posteriores.

Eu acho que deveria ter no mínimo dois enfermeiros, dois enfermeiros seriam o suficiente até para essa divisão de horário. E também porque tem outras atribuições que é só do enfermeiro regulador e outro profissional não pode fazer, mesmo que sendo só administrativo. Às vezes, os técnicos de enfermagem possuem alguma dúvida, para tirar essas dúvidas só o enfermeiro, que tem o conhecimento científico para tal, que o rádio operador não faria e que o médico também não faria porque não é a área dele (CELINA).

A indefinição de regimento, que respaldem esses profissionais quanto a sua competência técnica naquele setor é referida pelos mesmos como um dos fatores causadores de sobrecarga. Observa-se um acúmulo de atribuições.

Na operacionalização do processo de trabalho, ao passo que vão surgindo demandas no serviço, estas são concentradas num único profissional: enfermeiro regulador e mesmo que não seja de sua competência a resolução, a demanda passa por eles nem que sejam para serem redirecionadas.

Eu acho que são atribuições que vão além do que é específico para o enfermeiro. Por exemplo, você ter que ficar fazendo controle de horário dos médicos, eu acho que isso não é papel da enfermagem, você ter que tomar decisões da parte médica, por exemplo, estar desativando a unidade ou realizando remanejamento de médico ou você está autorizando a saída dele do plantão, então isso, eu acho que não cabe a gente da enfermagem [...]. Tem chefe de plantão que fica até 23h, tem chefe de plantão que vai embora, e aí, é você que fica absorvendo toda a situação. Tem situações, que, por exemplo, já aconteceu de 2h da manhã, me liguem para perguntar o porquê que o médico foi descansar, porque era para ele estar lá. Bem, eu não posso responder pelo chefe de plantão (REGINA).

A coordenação de enfermagem dispõe de um documento, que contém as atribuições dos enfermeiros reguladores, porém ocorreram mudanças no processo de trabalho ao longo do tempo, que ainda não foram alteradas no documento oficial. Tais como, a presença de dois enfermeiros reguladores no setor e não incorpora os novos instrumentos de trabalho, como *Telegram*.

Ficou evidente, através dos relatos, que o enfermeiro regulador sente a necessidade de descentralização e definição de suas atividades uma vez que o trabalho real tem superado as previsões do trabalho prescrito.

O enfermeiro regulador hoje, ele faz as checagens das bases, as equipes que estão escaladas naquele dia. Ele faz o registro, também, da entrada e saída dos médicos intervencionistas, alimenta uma planilha de disparo de avançada, tem outra planilha também de unidades que estão desativadas durante o dia com a legenda que a gente tem que colocar o motivo. Faz o remanejamento de profissionais de enfermeiros ou técnicos de enfermagem, quando necessita, de uma base para outra. Faz, também, o encaminhamento das unidades para a lavagem terminal aqui no Pau Miúdo, disparo de unidades avançadas e básicas também, quando tem necessidade [...] Com essas planilhas que a gente alimenta, no final de cada plantão: SD ou SN, a gente envia o e-mail com todas as informações para as coordenações. A planilha do envio de USA é enviada a cada final de plantão de 24h. Tem o registro na ocorrência, também, que tem o CME, a frota, o almoxarifado, a coordenação de enfermagem, a coordenação médica. Onde a gente faz o registro de cada setor e envia por e-mail para eles. Isto é a nossa forma de comunicação no plantão (CELINA).

Algumas ocorrências requerem apoios de outras Instituições, tais como Transalvador, Polícia Militar (PM), Polícia Civil (PC), Defesa Civil, Coelba, Bombeiros, etc., com o objetivo de garantir a segurança na cena para que as equipes do SAMU possam atuar, além de viabilizar algumas condições de trabalho. O acionamento desses apoios é realizado pela central de regulação, sob a supervisão do enfermeiro regulador.

Diante do quadro de violência urbana instalado na atual sociedade, traçou-se como protocolo em Salvador, o acionamento da PM, via 190, para apoio em ocorrências de natureza violenta: tiro, facada, agressão física, etc. No entanto, não há uma comunicação direta com a equipe de intervenção da PM para marcar ponto de encontro das equipes (PM e SAMU) antes de adentrar a cena do atendimento, impactando no tempo resposta do atendimento e segurança da equipe de intervenção do SAMU, que constantemente vem sofrendo agressões.

Com o objetivo de alinhar a comunicação entre o SAMU e às equipes de operações especiais foi posto um enfermeiro no Centro de Operações e Inteligência de Segurança (COI), sediado no Centro Administrativo da Bahia (CAB) no meio do ano de 2017. Este profissional fazia a intermediação dos apoios na área de segurança para o SAMU e gerenciava algumas ocorrências via videomonitoramento da cidade.

Apesar de apresentar bons resultados, o Enfermeiro só permaneceu no COI por 02 meses, por decisão da categoria motivada por problemas na remuneração: informaram que o valor pago para o plantão extra foi aquém do esperado, através de um acordo informal.

A falta de fluxo de trabalho e protocolos administrativos para resolver situações corriqueiras, tais como: liberação/suspensão do direito da equipe de intervenção se alimentar

no momento que surge uma ocorrência na tela para a área de responsabilidade daquela equipe; liberação, ou não, de uma equipe para repor material na central, acaba por gerar conflitos entre enfermeiro regulador e chefe de plantão.

Eu acho que os profissionais da central de regulação ficam expostos, porque eles não têm um respaldo, não tem um protocolo, e isso dificulta bastante na relação interpessoal. Porque as equipes te questionam e você fala que foi determinação da coordenação, mas não tem nada protocolado, né? Nada escrito (CELINA).

Não tem protocolo, cada chefe de plantão tem uma conduta, tem uma maneira de ver, então, isso prejudica demais, até porque temos uma rotatividade muito grande de chefe de plantão. Então, cada plantão que você pega é um médico diferente, então é uma conduta diferente, é uma tomada de decisão diferente, não que eles não tenham autonomia para isso, mas para coisas muito específicas, tem que ter (padronização das condutas). Até para respaldar a equipe da intervenção, né? Por exemplo: “na semana passada, nesta situação, a equipe anterior disse que eu poderia ficar no QRF, agora, você está me tirando do QRF”, por isso, é que vai gerando a indisposição entre os colegas (REGINA).

O enfermeiro regulador refere que não existe um consenso entre condutas de médicos que assume a chefia do plantão, assim, prevalece uma decisão pessoal e não de protocolo do serviço. Neste contexto, o enfermeiro regulador fica subordinado ao chefe de plantão e, por vezes, a depender do perfil deste, tem a sua autonomia reduzida, quando são levados a realizar algumas intervenções que vão de encontro ao modo pensado para melhor resolver aquela demanda.

Muitas intervenções são, inclusive, motivo de indisposição do enfermeiro regulador (ER) com os colegas da intervenção, gerando sofrimento ao trabalhador, pois são culpabilizados e avaliados pelos pares por algo que não teve liberdade na tomada de decisão.

Assim, os enfermeiros reguladores chamam atenção para a necessidade de revezamento e oportunidade para que os enfermeiros intervencionistas passem um período na regulação a fim de compreender as demandas e respostas desse setor e serem mais cautelosos ao criticar o colega por determinadas atitudes sem conhecerem o contexto motivacional, evitando a alienação do trabalhador frente ao processo de trabalho. Muitos ERs referem sentir-se desrespeitados e desvalorizados pelos enfermeiros intervencionistas.

Então, de novembro pra cá, foi determinado pela coordenação de enfermagem, que quando tiver algum enfermeiro escalado numa unidade avançada que esteja desativada por qualquer motivo, ele suba, venha remanejado para central de regulação justamente para tomar esse treinamento não só por necessidade do serviço, por conta de atestado médico, licença ou outra situação do serviço, mas também para ajudar a entender como funciona a central. [...] A coordenação de enfermagem dá total autonomia para estar gerenciando tudo o que ocorrer durante o plantão. Mas, interferência de outros profissionais também não acontece não. Os outros respeitam muito o papel do enfermeiro regulador na central, os profissionais da central (CELINA).

A enfermeira CELINA informa que reconhece a autonomia dada pela coordenação de Enfermagem nas tomadas de decisão em sua atuação na central de regulação e que não percebe a interferência de outros profissionais sobre suas tomadas de decisões.

No entanto, diante da falta de protocolos e fluxos, em algumas situações vivenciadas pela pesquisadora, foi percebida a existência de interferência na autonomia dessa enfermeira enquanto era observada exercendo suas atividades.

Então, ficam os questionamentos: quais são as atribuições privativas do enfermeiro no contexto da regulação do SAMU? Como garantir a autonomia do Enfermeiro nas tomadas de decisões frente às demandas do serviço de urgência e emergência na ausência de definição de papéis entre os demais profissionais?

Pereira (2013) traz uma discursão sobre a autonomia do profissional de enfermagem à luz da lei do exercício profissional criado em 1986 objetivando afirmar o campo de atuação da enfermagem na área da saúde, contemplando os direitos e proibições para esta classe trabalhadora. Levanta a bandeira de que, respeitando os aspectos éticos e técnicos, só mediante o conhecimento e domínio das diretrizes constantes neste documento, que o enfermeiro terá condições de exercer sua profissão com autonomia.

A autonomia de que fala esse autor não é aquela que ocorre nas tomada de decisões unilaterais, mas nas que mediante a liberdade, respaldo técnico e conhecimentos sobre suas atribuições, direitos e proibições permita que o profissional opte por determinada conduta. Afirmando, desta forma, a identidade profissional do enfermeiro e a importância do seu papel para o setor saúde.

Diante da baixa exigência física do trabalho desenvolvido sentado, posição assumida pelo enfermeiro regulador na maior parte do tempo e da elevada demanda intelectual, que



requer conhecimento científico, crítico, de resposta imediata, infere-se que é da sobrecarga mental de que falam ao trazerem no seu discurso as noções de desgaste, cansaço.

Segundo Dejours (1994, p.29), o sofrimento ocorre “quando o rearranjo da organização do trabalho não é mais possível, quando a relação do trabalhador com a organização é bloqueada”. Desta forma, no momento em que o enfermeiro tem a sua autonomia na tomada de decisões prejudicada, ao ter que executar procedimentos que, muitas vezes, vão de encontro ao que acha mais eficaz, imposto pelo chefe de plantão, ao negar um diálogo harmonioso, ocorre um conflito ético e conseqüentemente sofrimento para este profissional.

Os enfermeiros percebem-se como mediadores entre uma vítima com risco iminente de morte ou sofrimento intenso (chamado da população) e o profissional da intervenção, que possuem direitos e necessidades humanas básicas a serem atendidas e nesse contexto desenvolve o seu processo de trabalho.

Às vezes é muita ocorrência para poucas unidades, para uma equipe avançada reduzida. Então, quando você fica ali com uma ocorrência vermelha na tela e não tem unidade nenhuma para encaminhar, isso é desesperador para quem tá ali. Vendo que tem necessidade e tem que ficar aguardando o recurso (REGINA).

Neste contexto, quando há escassez de recursos, sejam pela dinâmica atípica da cidade (Ex: muitas ocorrências, que necessitem do envio de unidade) e/ou pela carência de determinado tipo de suporte (EX: Unidade de suporte avançado, quando se encontra desativado), o enfermeiro regulador fica impossibilitado de enviar os recursos necessários a uma vítima em risco de morte ou sofrimento intenso, ou seja, o processo de trabalho fica prejudicado por problemas nos meios e ferramentas de produção, o produto “atendimento à vítima” sai dos padrões preconizados, e o desfecho pode significar a perda de uma vida.

Para um profissional da área da saúde, que estudou para cuidar/salvar, isso é caracterizado como um momento desesperador. Apesar de não ter governabilidade sobre todos os aspectos do meio de produção, é cobrada por gerenciar o produto final do processo. Dessa forma, traz no seu discurso uma exigência excessiva sobre sua atuação naquele setor

para que tenha a certeza de que as decisões tomadas tenham sido as melhores para a situação, o profissional não se permite a possibilidade de erro.

### 1.3 “PAUSA PARA RESPIRAR”: UMA NECESSIDADE DO ENFERMEIRO REGULADOR

O enfermeiro regulador desenvolve sua jornada de trabalho em 24h consecutivas por 72h de descanso interjornada, diante da necessidade imperiosa da tarefa e por conveniência pública: serviço de urgência e emergência, na categoria móvel, que funcionam todos os dias de forma ininterrupta.

A Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) em seu Art. 71 traz que:

Em qualquer trabalho contínuo, cuja duração exceda de 6 (seis) horas, é obrigatória a concessão de um intervalo para repouso ou alimentação, o qual será, no mínimo, de 1 (uma) hora e, salvo acordo escrito ou contrato coletivo em contrário, não poderá exceder de 02 (duas) horas (BRASIL, 1943).

O SAMU de Salvador prescreve, em forma de consenso, que durante a jornada de trabalho, o enfermeiro da central de regulação possui direito à 1h destinada ao almoço e descanso e mais 03h para descanso durante a madrugada. No entanto, diante da fala das entrevistadas o número de atribuições e urgência no atendimento às demandas impede que estes profissionais usufruam desse direito.

Durante o dia é nos dado, 01h de descanso, na regulação; e durante à noite, é nos dado 03h de descanso, o que pelo menos, pela experiência que eu tenho, eu não consigo tirar a 01h de descanso durante o dia. Porque é uma rotina muito intensa, que você não consegue parar. Então, pra mim, é 01h perdida. Quando chega depois de 2h da manhã, você já está totalmente desgastada (REGINA).

Durante o dia, tem 01 hora de descanso e à noite, são 03h de relógio. Mas, nem sempre a gente consegue, a depender da demanda de ocorrências, e a

gente não consegue tirar durante o dia, eu mesma, pouco tiro (CELINA).

Apesar de trata-se de funcionários estatutários, a CLT é tida como base nas tratativas do município com o empregado, diante da falta de legislação específica para o setor público sobre o descanso. Assim, ainda com relação ao descanso intrajornada de trabalho, é previsto na CLT uma remuneração compensatória quando o trabalhador não consegue ter atendido o direito de descansar por situações relacionadas ao trabalho:

Art.71, § 4º A não concessão ou a concessão parcial do intervalo intrajornada mínimo, para repouso e alimentação, a empregados urbanos e rurais, implica o pagamento, de natureza indenizatória, apenas do período suprimido, com acréscimo de 50% (cinquenta por cento) sobre o valor da remuneração da hora normal de trabalho (BRASIL, 1943).

Observa-se ainda, que apesar de proibido, muitos profissionais realizam suas refeições na mesa de trabalho e continuam a trabalhar enquanto comem. Sem perceber atendem ligações, passam ocorrências, modulam com as unidades móveis pelo rádio, etc. Trata-se de uma estratégia de enfrentamento para tentar otimizar o tempo com o desejo de conseguir 01h de descanso, o que muitas vezes não ocorre. E fazer-se presente o maior tempo possível na central de regulação, com receio de surgir uma demanda para os mesmos e não estarem na sala para resolver, uma vez que não tem com quem revezar suas atividades no setor.

Então, assim, horário de almoço, eu acho que não tem. Porque você come muito rápido para não perder essa 01h que teria de descanso, que acaba não existindo. Você tem que trazer a alimentação de casa, porque se você não trouxer a alimentação de casa, você acaba comendo o que tiver pela frente, fica “beliscando”. Você também não pode sair para comprar um almoço, pois se você sai para comprar um almoço, você demora muito e fica com aquela coisa na cabeça: “se tiver ocorrência, se tiver alguma demanda extra, quem é quem vai está resolvendo?”, tem que voltar logo (REGINA).

Outra situação observada é que o refeitório fica distante do posto de trabalho do enfermeiro regulador e além de não ser climatizado, é barulhento e não comporta o quantitativo de profissionais administrativos ao mesmo tempo. Talvez, seja outro fator que contribua para que esses profissionais optem por realizarem suas refeições no próprio ambiente de trabalho.

Uma das entrevistadas realiza uma comparação da pausa do enfermeiro na regulação com o da intervenção e chama atenção para os benefícios para a saúde mental sobre experimentar um ambiente diferente e a importância de se desligar, temporariamente, das tarefas, eventos não proporcionados pelo confinamento da regulação, onde até as necessidades humanas básicas, tais como: hidratação, eliminação e repouso ficam prejudicados:

Então, quando você está na intervenção, lhe permite você circular, permite você parar, respirar, né? E dentro da central de regulação não tem isso. Vamos supor que é um setor nervoso, ali, que você fica o tempo todo confinado e isso realmente desgasta. [...] na regulação você fica literalmente confinado. [...] é uma situação atrás da outra, que até para ir ao banheiro é bem difícil. Você levantar para beber água é bem difícil (REGINA).

A central de regulação dispõe de 03 quartos climatizados, com beliches, que são chamados de conforto pelos profissionais. Sendo 02 quartos destinados ao Enfermeiro Regulador e médicos reguladores e 01 maior destinado aos TARMs e radio-operadores.

Os médicos reguladores, TARMs e radio-operadores, diante do maior quantitativo de profissionais dividem o horário de descanso em 02 momentos (00-03:30h e das 03:30-07h). Já o enfermeiro sem ter com quem revezar, geralmente escolhe o horário intermediário das 02 às 05h.

Há uma reclamação generalizada dos ER quanto à dificuldade de descansarem efetivamente durante a madrugada, pois pela incompatibilidade de horários do descanso com os médicos, com quem dividem o mesmo espaço físico para tal, são acordados constantemente e falam sobre a falta de respeito dos colegas:

Então, assim, o quarto, como não temos horários estabelecidos entre médicos e enfermeiros, acaba que você é interrompido no seu descanso. Então, várias

vezes eu fui descansar, uma turma tá entrando, a outra turma tá saindo e não respeita o seu sono, sabendo que os médicos tem uma quantidade maior de revezamento entre eles e o enfermeiro é uma única pessoa. Eu não tenho com quem revezar, então, eu preciso descansar naquele momento. Então, as 03h, não são 03h de qualidade, são 03h que eu não consigo descansar. São interrompidas a todo tempo. Os médicos dividem entre si e você acaba ficando sozinha, sendo interrompida a todo instante (REGINA).

Tanto os horários dos TARMS, dos rádio-operadores, dos médicos e da enfermagem, não coincidem. Na verdade, você vai para o descanso e o conforto, mas isso não quer dizer que você vai ter aquele horário que você tem de descanso para o descanso, né? Porque, às vezes, os colegas não respeitam: acende luz, fecha a porta, fala alto, despertador que toca, tudo isso interfere no seu momento de descanso (CELINA).

Uma das enfermeiras ainda relata que, por vezes, diante do número reduzido de rádio-operadores, com a ideia de manter 02 profissionais na sala de rádio terminam dividindo o horário do descanso com os mesmos, caracterizando assim o desvio de função.

A gente divide o horário na verdade com os rádio-operadores, porque quando dois estão no descanso, eu divido o horário com um rádio-operador, e enquanto eu estou no meu descanso, um rádio-operador fica fazendo o envio das unidades avançadas, que seria uma das atribuições do enfermeiro regulador, então, a gente não tem com quem revezar (CELINA).

Há uma percepção da mudança do padrão sono/vigília pela enfermeira Regina, que reclama sobre a piora em sua qualidade de vida após iniciar trabalho no pré-hospitalar, informa que não consegue se desligar das atividades laborais nem no momento de descanso, pois não tem com quem revezar suas atribuições. E que apesar, de ter o apoio do rádio-operador na tarefa de envio das unidades avançadas durante a madrugada, fica com receio de surgir uma demanda técnica, que o rádio-operador não possa atender e eles não estejam lá para ofertar o suporte.

Eu vejo é que eu depois que entrei no SAMU, não digo no SAMU só de Salvador, mas que eu fui pro SAMU, minha qualidade de vida caiu muito. Porque eu não tenho um sono adequado, o tempo que eu tenho para o descanso, eu não consigo descansar porque eu fico o tempo todo ligada (REGINA).

Um estudo realizado com a equipe de Enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário de São Paulo, condição análoga ao enfermeiro regulador nos quesitos: prontidão contínua, tomada de decisão rápida sob estresse, trouxe que o trabalho noturno afeta a vida familiar e social dos trabalhadores, além da sua saúde mental. Foram evidenciados sinais relacionados ao cansaço e desinteresse por questões relacionadas ao lazer e convívio social, que poderiam atenuar as alterações psicofisiológicas advindas do trabalho (BARBOZA *et al.*, 2008).

A privação do sono, o estresse e condições de trabalho estão relacionados ao adoecimento dos profissionais. A irritabilidade às vozes e barulhos domésticos é vivenciada por estes profissionais, os mesmos podem apresentar insônia ou sonolência diurna (BARBOZA *et al.*, 2008). Além disso, há estudo sobre a incidência de obesidade dos profissionais que laboram no turno noturno por alterações endócrinas produzidas pela modificação no ciclo circadiano (SILVA, *et al.*, 2008).

Desta forma, diante da necessidade do trabalho noturno pelo Enfermeiro Regulador e do impacto que essa ação pode causar em sua saúde, faz-se necessário ajuste na organização do trabalho, no sentido de garantir um descanso efetivo, que vá além do prescrito, observando os fatores estruturais que possam interferir nesse momento para ajustá-los.

#### 1.4 COOPERAÇÃO ENTRE A EQUIPE DA CENTRAL DE REGULAÇÃO E A EXTERNA

Todo o trabalho no pré-hospitalar é desenvolvido em equipe multiprofissional, seja na intervenção ou na central de regulação, todos os profissionais tem o seu espaço de contribuição no trabalho e as relações devem acontecer da forma mais harmônica possível.

Na central de regulação, para que uma ligação seja transformada num atendimento efetivo, há vários profissionais envolvidos: o **TARM**, que atende a ligação, acalma o solicitante e levanta os principais dados da ocorrência para orientar o direcionamento da equipe da intervenção na chegada até o paciente, caso seja necessário: gera número de ocorrência para controle, registra o tipo de ocorrência, nome do paciente, endereço, número para contato, etc. A ligação, então, é transferida para o **médico regulador**, este acolhe a

demanda do solicitante, presta orientações pertinentes a cada caso. Se for necessário o envio de alguma unidade móvel até o local, classifica a ocorrência e manda para a sala de rádio operação.

Na sala de rádio, encontra-se o **operador de frota**, o **rádio operador**, o **enfermeiro regulador** e o **chefe de plantão**. Como protocolo, o envio de unidades para as ocorrências classificadas como verde, amarela e azul, são de responsabilidade do rádio operador, este verifica o recurso básico mais próximo e efetua o encaminhamento da equipe para o local da ocorrência. As ocorrências vermelhas são de responsabilidade do **enfermeiro regulador**, realizar os encaminhamentos. Neste contexto, o **chefe de plantão** gerencia o setor e dá os encaminhamentos pertinentes às demandas que vão surgindo no plantão.

Observa-se que a central de regulação é um setor com vários profissionais, executando um processo interligado, assemelhando-se a uma linha de montagem, sendo o produto final: atender a um agravo de saúde. Desta forma, o processo de comunicação efetiva é essencial para o bom andamento do processo. Uma quebra de informação pode significar uma vida em risco.

Ao adentrar neste local de trabalho, percebe-se que é um setor fechado e barulhento: com muitas pessoas falando ao mesmo tempo, seja via rádio, telefone ou troca de informações entre colegas. O barulho é uma barreira na comunicação e fator precipitador de estresse.

[...] o relacionamento na central de regulação, particularmente, pra mim, foi um exercício. Porque a comunicação entre o enfermeiro e os rádios me deixa desconfortável. [...] você vê resistência de alguns dos rádios, você faz uma pergunta, eles não te respondem, ou te respondem rispidamente. [...] você fica gritando de lá: “fulano já foi, é isso, é aquilo”, tipo ficar falando em paralelo, isso não é legal (REGINA).

A gente também está com um funcionário a menos na sala de rádio, que não é da enfermagem, né? São rádio operadores. A gente se divide durante o dia e a noite para ter sempre pelo menos dois dentro da sala de rádio, para um está ajudando o outro (CELINA).

A enfermeira Regina é recém-chegada no setor e encontra-se em processo de adaptação, traz em sua fala a dificuldade de estabelecer uma relação harmoniosa com os rádio operadores, quando questionados sobre demandas do serviço.

Já a enfermeira Celina trata da sobrecarga de trabalho dos rádio operadores (RO) na atualidade, ao trabalhar numa situação de dimensionamento inadequado do seu quadro funcional. Neste contexto, o enfermeiro regulador é chamado a partilhar das atribuições dos RO, um desvio de função, com a intenção de tentar manter o processo de trabalho na central de regulação funcionando de forma segura. Durante visita ao setor, emergiu na fala dos rádio operadores temas relacionados à sobrecarga de trabalho e estresse ocupacional, sendo demandado pelo grupo um estudo sobre suas condições de trabalho.

Assim, pode-se inferir que a irritabilidade, recusa ou rispidez na fala dos RO pode ser um mecanismo de defesa dos mesmos no desejo de sanar, de forma rápida, excessos de demandas, diante das condições de trabalho que lhes são impostas e de tentar chamar atenção do enfermeiro da central sobre a necessidade de apoio naquele momento, apesar de estar fora do âmbito de atuação do enfermeiro resolver tal demanda, uma vez que os RO possuem uma coordenação própria.

Na intervenção, o trabalho em equipe foi tratado pelos enfermeiros como um fator de motivação e prazer no serviço. Há relatos de que essa disposição traz união ao grupo, colaboração e fomenta apoio afetivo/social. Os problemas/demandas são resolvidos em equipes.

Na regulação, o enfermeiro é o único profissional dessa categoria e tem dificuldade de partilhar as angustias de sua vivência por não possuir pares neste local. Relatam uma melhor aproximação com o chefe de plantão em relação ao RO, mas a comunicação ainda assim é tímida diante dos focos distintos no processo de trabalho.

Já a relação do enfermeiro com o médico, com o chefe de plantão, até por estar sentado mais próximo, você tem como ali discutir. Mas, é muito pouco também, porque ali, o médico está centrado só nas regulações, nas transferências (REGINA).

Outra demanda que surge na central de regulação são as solicitações de apoios interinstitucionais, com predomínio dos órgãos de segurança pública, Polícia Militar. Os enfermeiros informam que não possuem um contato direto com a mesa de comando, sendo os acionamentos realizados via número telefônico: 190 – Central de Telecomunicações das



Polícias Civil e Militar (CENTEL), estas ações já são previstas na Portaria GM/MS nº 2048 (BRASIL, 2002).

No entanto, não há uma comunicação eficaz e a equipe da regulação: RO e ER necessitam realizar inúmeros contatos com a PM na tentativa de aproximar as equipes de intervenção da PM e SAMU para atender uma determinada ocorrência, muitas vezes essa barreira de comunicação afeta a segurança da equipe de saúde da intervenção do SAMU, além de retardar o tempo-resposta de atendimento a uma ocorrência.

Não existe uma comunicação efetiva junto às equipes. Eu acho que a equipe poderia ter um acionamento direto com a PM da região. Pelo menos que eles dessem a comunicação de cada bairro. [...]. Você deixa de prestar socorro por isso! (REGINA).

Diante da organização do atendimento via unidades descentralizadas, baseadas em territórios tanto na área da saúde como de policiamento, estes profissionais terminam por partilhar áreas de atendimentos. Assim, como sugestão de aproximação das equipes, a enfermeira Regina traz a fala da necessidade de contato direto destas unidades móveis (SAMU e PM) via telefone corporativo.

## 1.5 RISCOS AMBIENTAIS E OS EPIS

Já é de domínio público que todo ambiente de trabalho oferece, em maior ou menor proporção, riscos à saúde do trabalhador, sejam eles agravos de natureza física ou psicológica. Desde 1700, quando o pai da medicina do trabalho, Bernadino Ramazzini recomendava acrescentar a pergunta “e que arte exerce?” àquelas que Hipócrates preceituava já se buscava o nexos causal da ocupação com determinadas patologias para formular medidas preventivas (RAMAZZINI, 2016, p.21).

Assim, faz-se necessário a realização do levantamento dos riscos ambientais de determinado setor/atividade pelo empregador e propor medidas de proteção, uma vez que

instalado o agravo, não apenas o trabalhador sofre, mas a própria instituição é impactada pelo aumento do índice de absenteísmo e queda da produtividade.

Para definição de riscos ambientais será utilizada a norma regulamentadora n° 09 (NR-09), que os caracterizam como “os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador” (BRASIL, 2017, p.01).

Ainda referente à NR-09, esta trata da obrigatoriedade de qualquer empregador, seja público ou privado, elaborar o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), com o objetivo de realizar “antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais” (BRASIL, 2017, p.01).

Diante desse contexto, foi perguntado aos enfermeiros reguladores sobre o conhecimento do PPRA do setor em que laboram, uma vez que já recebem o adicional de insalubridade em grau médio.

No entanto, todos os entrevistados informaram desconhecer tal documento apesar de ser obrigatória a sua disponibilização ao trabalhador. Assim, foi realizada uma busca no serviço, nas coordenações de enfermagem e administrativa com a finalidade de acessar o documento, mas sem êxito, informaram não ter o documento solicitado.

Não teve nenhuma apresentação com relação a isso não. O que é apresentado a você é a parte técnica do serviço, protocolos, a Portaria 2048 no máximo. Você não tem nenhum outro tipo de informação, não (REGINA).

Tendo em vista a falta de acessibilidade ao documento que oficializasse o levantamento de riscos ambientais da central de regulação do SAMU, foi solicitado aos enfermeiros da regulação que verbalizassem sobre suas percepções de riscos ambientais no setor que laboravam.

Consigo visualizar o ergonômico. Nós não temos uma cadeira apropriada ao trabalho, à altura da tela do monitor, da própria mesa que a gente trabalha, o apoio para os pés. E tem, também, todo o estresse emocional, desgaste emocional. Porque além de estar aqui vendo todas as ocorrências, a gente fica, na verdade, gerenciando conflitos interno e das equipes que estão na rua também. [...] Desde a parte da ergonomia, a divisão dos profissionais na central de regulação, espaço físico mesmo. Eu acho que fica muito misturado, então, por vezes, a central fica com muito ruído, muito barulho, isso desconcentra, tira a atenção da sala de rádio, a gente não consegue ouvir as modulações. Às vezes, um profissional está atendendo um solicitante e tem outra pessoa falando alto também do lado. Então, eu acho que precisa ser reformulada essa parte física e de divisão dos profissionais (CELINA).

Os riscos trazidos pelos enfermeiros foram de natureza ergonômica, exemplificados pela inadequação de estrutura física (móveis e espaço para trabalho) e de aspecto psicossocial ao abordar o desgaste emocional da profissão, além disso, trouxe um risco físico: o ruído.

O ruído além de ser um dos fatores de surdez relacionado ao trabalho, também possui importante contribuição no desenvolvimento de alterações orgânicas ao trabalhador: estresse, distúrbio do sono, doenças circulatórias, neurológicas, irritabilidade. Está relacionada à queda de desempenho de tarefas que envolvam tarefas mentais de vigilância e precisão. Como medidas de prevenção são preconizadas a redução da frequência de exposição do trabalhador ao ruído: redução de jornada, barreiras de isolamento acústico, aumento das pausas intrajornada e uso de protetores auriculares (SILVA *et al.*, 2014).

Neste estudo, percebe-se que a maioria dos enfermeiros que ocupa essa função encontra-se com alguma restrição ocupacional, seja permanente (doenças osteomusculares) ou transitória (gestação), assim, foi perguntado a uma das entrevistadas como ela percebe a inadequação deste ambiente de trabalho, do ponto de vista ergonômico tendo em vista o perfil de saúde desses profissionais.

Como eu falei, a central de regulação tem o risco ergonômico sim. Mas, se eu for comparar o risco ergonômico que eu tenho numa ambulância é bem maior, porque na ambulância não é só a posição que a gente fica sentado, é o peso que você pega de paciente, de maca, que não são adequadas para a Unidade, mochilas pesadas, torpedos de oxigênio. Eu acho que, também, na avançada como fica só o médico, o enfermeiro e o condutor, o enfermeiro tem muitas atribuições e um desgaste maior também. Então, ponderando, central de regulação e intervenção, com risco ergonômico, eu acho que na central de regulação ele é menor. Ainda que existam, é bem menor (CELINA).

A enfermeira Celina pondera a fala utilizando o artifício da comparação do seu setor com o da intervenção, onde as condições de trabalho são consideradas mais inadequadas do ponto de vista ergonômico por ela. Ou seja, não há uma avaliação sobre a adequação do ambiente de trabalho na central de regulação com um padrão, termina por ficarem no imaginário as situações ideais de trabalho, uma vez que não existe uma norma específica para central de regulação. O parâmetro para comparação é a vivência anterior (intervenção).

O equipamento de proteção individual (EPI) é um dispositivo de proteção do trabalhador contra os riscos a que são expostos durante sua jornada de trabalho, com finalidade de eliminar ou amenizar tal impacto sobre sua saúde ou segurança, quando as medidas de proteção coletivas (EPC) não puderem ser implementadas (BRASIL, MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2006).

Diante da diversidade de EPIs no mercado, faz-se necessário o levantamento dos riscos para definir qual equipamento traz melhor custo/benefício ao processo, sem que a segurança e a saúde do trabalhador sejam impactadas.

Sobre a competência de definição de EPI (BRASIL, MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2006, p.1):

6.5. Compete ao Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT, ou a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, nas empresas desobrigadas de manter o SESMT, recomendar ao empregador o EPI adequado ao risco existente em determinada atividade. 6.5.1. Nas empresas desobrigadas de constituir CIPA, cabe ao designado, mediante orientação de profissional tecnicamente habilitado, recomendar o EPI adequado à proteção do trabalhador.

Foram questionados às enfermeiras da regulação, quais EPIs eram ofertados pelo serviço para o exercício das atividades neste setor, além de informações sobre a qualidade e frequência na dispensação e observou-se que eram ofertados apenas a bota e o macacão, numa periodicidade irregular. E que apesar de falarem sobre o incômodo do ruído no ambiente de trabalho, não tinham acesso a protetores auditivos ou qualquer meio de isolamento acústico (EPC).

E macacão, quando eu entrei, praticamente não tive, eu ganhei um macacão. Porque eu fiz uma permuta, aí, quando a colega foi devolver, teve que me informar para que eu pudesse pegar. Porque na hora que eu fui lá mesmo não tinha (REGINA).

Não, não tem atendido. Muitos profissionais estão sem bota, pois não tem disponibilidade de tamanho e o macacão também, que inicialmente foi avisado que seria entregue anualmente, e tem uns dois ou três anos mais ou menos que recebemos o último macacão. Muitos já estão rasgados, desgastados, e isso acaba comprometendo a proteção do trabalhador. [...] todo mundo bonitinho e o SAMU, não (CELINA).

As enfermeiras falam sobre a falta de política interna quanto à apresentação dos fardamentos dos funcionários, observa-se uma situação de constrangimento ao terem que laborar com uniformes em condições precárias: rasgados, desgastados e utilizados por terceiros, uma vez que o almoxarifado do serviço, na época da coleta de dados, não dispunha de fardamentos para disponibilizar aos funcionários. Pela fala da entrevistada, observa-se que não é algo pontual, ao referir que tem pelo menos 02 anos, que não teve acesso a novos fardamentos.

Ainda com relação apresentação/ disponibilização de fardamentos funcionais, uma das entrevistadas faz uma comparação entre o SAMU e as Instituições que trabalham no apoio (PM, TRANSALVADOR, etc), e no discurso apresenta-se acanhada e sugerindo uma sensação de desvalorização profissional ao perceber que o SAMU não possui o mesmo empenho. Sendo a desvalorização profissional um fator de sofrimento para o trabalhador.

Tendo em vista a obrigatoriedade, do empregador público ou privado, de implementar medidas de acompanhamento da promoção e preservação da saúde dos trabalhadores, através do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, foi questionado às entrevistadas como isso acontece no SAMU.

Não existe solicitação de exame periódico. Não existe nenhuma medida protetiva com relação à saúde ocupacional. Pelo menos eu entrei e não tive essa preocupação. Pelo menos eu não sei história nenhuma disso, não (REGINA).

Aqui no SAMU, o único serviço que a gente tem acesso é a junta médica, somos atendidos lá, só para levar os atestados: atestados médicos, as licenças, mas não tem um setor que faça o acompanhamento desses

profissionais, principalmente os da saúde. Nem física e nem psicológica, não temos não (CELINA).

Observou-se no discurso das entrevistadas que não há um serviço de promoção da saúde e proteção contra agravos ocupacionais implantado no SAMU, ou se existe, as mesmas não percebem o seu funcionamento.

## 1.6 MOTIVAÇÃO PARA CONTINUAR

Diante do relato sobre problemas estruturais e organizacionais, que impactam no exercício profissional das enfermeiras na central de regulação, sejam elas de natureza física ou psicossocial, buscou-se saber junto às entrevistadas, quais fatores as motivavam a continuar no exercício de suas atividades.

A palavra motivação possui inúmeras definições na psicologia, neste contexto, será utilizada para compreender a “força interna que leva a agir” (TODOROV e MOREIRA, 2005).

E nisso eu tiro o chapéu para o SAMU. Os profissionais do SAMU são altamente qualificados pela força de vontade que eles tem. Pelo desejo de fazer. E não pelo estímulo externo, da gestão no caso (REGINA).

Assim, meu coração é da intervenção, gosto muito da assistência, até porque era um sonho meu entrar no SAMU. Só que com essa violência urbana, com a rotatividade dos profissionais médicos aqui no serviço, por vezes por questões relacionadas a regulação, equipamentos e até a valorização desse profissional que trabalha na rua, quando eu penso nesses motivos, vejo que apesar de tudo é melhor ficar aqui na central de regulação, é ficar na central (CELINA).

Observa-se nas falas que a motivação do profissional é a realização de um desejo pessoal, onde muitos apesar de relatarem não ter perspectiva de crescimento na carreira

profissionais continuam a se aperfeiçoar no intuito de adquirir melhores ferramentas para atuar. Informam não perceber estímulos por parte da gestão.

Apareceram ainda nas falas como fatores motivadores para atuação na central de regulação: a possibilidade de salvar vidas, mesmo que indiretamente, independente de quem seja; acreditar que pequenas ações podem gerar grandes mudanças na vida do paciente, a dinamicidade do setor e a ausência de rotina e por acreditar na qualidade do atendimento que é prestado pelo SAMU.

Uma das entrevistadas cita que, apesar de sua afinidade com a intervenção, os problemas organizacionais desse campo de atuação (violência urbana e problemas na regulação de pacientes) a tem estimulado permanecer na central de regulação. Assim, observa-se que nem todos que estão na central de regulação estão motivados a atuarem naquele setor, mas o utiliza como um mecanismo de fuga contra situação de trabalho mais precárias.

Diante da falta de identificação com a estrutura organizacional por parte de alguns enfermeiros reguladores, relacionado ao seu ambiente de trabalho, foi solicitado aos mesmos que sugerissem melhorias organizacionais.

Eu acho que poderia ser implantada a ginástica laboral, acho que iria ajudar bastante, e também, o excesso de peso de atribuições desse profissional [...] só para complementar, acho que esse acompanhamento do psicológico, desse trabalho psicológico deveria ser feito também na central de regulação. Recebemos ligações de pessoas que pedem socorro, e a gente tem que gerenciar. Então, eu acho que o acompanhamento psicológico iria ajudar também o profissional da central de regulação a diminuir o nível de estresse e tá gerenciando melhor (CELINA).

No levantamento das falas foi contemplada a necessidade dos profissionais da central de regulação, de uma forma geral, terem um acompanhamento psicológico objetivando elaborar melhores mecanismos de enfrentamentos frente às condições de trabalho estressante a que são submetidos, o que impactaria positivamente nas condutas profissionais na visão da entrevistada.

Almondes, Sales e Meira (2016) realizaram um relato de caso sobre o serviço de psicologia implantado no SAMU do Rio Grande do Norte (RN). Inicialmente, voltado para

atendimento dos profissionais do serviço, sendo estendido posteriormente, para os familiares e vítimas das ocorrências, que motivaram o chamado para o SAMU. A avaliação do serviço de psicologia foi positiva, com boa adesão dos profissionais, reconhecimento pela população e atendeu uma demanda do SAMU do RN.

Com relação à organização específica das competências técnicas do enfermeiro regulador, foi sugerido rever o número de atribuições que executam durante a jornada de trabalho com a meta de reduzir a sobrecarga a que são expostos.

A ginástica laboral (GL) também foi uma das sugestões que apareceram nas falas das entrevistadas como alternativa para melhorar as condições de trabalho. Freitas-Swerts e Robazzi (2014) tratam sobre a importância da ginástica laboral na redução de dor osteomusculares. Assim, tendo em vista o perfil de saúde dos enfermeiros reguladores e as condições em quem são executadas suas atividades, acredita-se que seria um benefício implementar um programa de GL no local.

O Núcleo de Educação Permanente (NEP) é um importante aliado de aprendizagem no trabalho ao adequar o cotidiano das organizações de trabalho ao que é preconizado enquanto protocolos.

Eu acho que não é só você fazer uma escala, uma programação de curso e divulgar. Acho que teria que pensar em alguma ferramenta que estimulasse esse profissional a estar se atualizando sempre. [...] Concordo com a proposição de ter uma caixa de sugestões, ou e-mail para sugestões, que fosse, para os profissionais da intervenção estarem passando quais são as necessidades da rua e a central de regulação também. Tem um treinamento da equipe da intervenção, mas não existe um treinamento para os profissionais da regulação e eles precisam. Relação interpessoal principalmente. Essa parte do psicológico, também, poderia ser feito terapias em grupo, esse acolhimento com os profissionais da central. Assim, está chegando muito profissional, muito médico novo no serviço, ele sabe a técnica, ele sabe classificar, fazer uma triagem, mas, e a relação interpessoal? Se colocar no lugar do outro e do solicitante, saber gerenciar esses conflitos. Então, eu acho que o NEP poderia estar trabalhando com os profissionais da regulação também (CELINA).

O NEP do SAMU de Salvador foi bastante elogiado pelas enfermeiras da regulação quanto ao empenho, qualidade técnica e profissional dos instrutores. No entanto, houveram algumas críticas relacionadas à repetitividade dos cursos, a falta de adaptação do ideal



(protocolos internacionais) para a realidade da intervenção e foi sugerido que fosse ampliado os cursos para os profissionais da regulação, abordando as demandas desse setor.

## **CAPÍTULO II - Enfermeiro Intervencionista (EI): profissional com maior risco ocupacional no contexto da unidade de suporte avançado (USA)**

### **2 Contexto organizacional do trabalho do EI**

Na literatura, já é um consenso que o trabalho é fonte de prazer, ao permitir uma inserção social, satisfação com o resultado produzido, sentimento de utilidade para uma comunidade. Mas também, é fonte de sofrimento, ao expor seus trabalhadores a condições organizacionais que gerem desordens orgânicas, psíquicas e/ou sociais aos mesmos.

Para Martins *et al.* (2014, p. 334), “este mesmo trabalho que, a princípio deve gerar satisfação e prazer, pode também trazer sofrimento, doenças e outros agravos; assim, oferece riscos à saúde do próprio trabalhador ao invés de situações prazerosas”.

Nessa interface entre o prazer e o sofrimento, é construído o processo saúde-doença desses trabalhadores, sejam permitindo a ocorrência de novos agravos e/ou potencializando os já existentes. Entender esse contexto permite planejamento e implementação de ações preventivas, que impactam diretamente na saúde destes profissionais.

Ramazzini (2016), já observava as alterações clínicas apresentadas por cada categoria de trabalhadores, buscando explicar as possíveis causas das patologias advindas do exercício daquele ofício. Além de compreender, divulgava as medidas de proteção adotadas pelos trabalhadores, tidas como protetoras naquela época, com a intenção de minimizar a exposição aos riscos ocupacionais.

Segundo Sousa, Souza e Costa (2014, p.168), “o risco à saúde do trabalhador representa a possibilidade de ocorrer um efeito adverso ou dano, que pode ser morte, lesões, inaptidão, doenças ou danos ao seu bem-estar ou ao da comunidade”.

Desta forma, considera-se que qualquer atividade laboral proporciona algum grau de risco ao trabalhador, tornando-o susceptível a acidentes de trabalho ou doenças proveniente da ocupação.

No contexto brasileiro, as normas regulamentadoras relacionadas à área de saúde e segurança do trabalho surgiram na década de 70, com o plano de criar parâmetros legais,

inicialmente no ramo da construção civil, responsável, na época, por grandes números de acidentes de trabalho com desfecho relacionado às sequelas ou óbitos dos trabalhadores, o que onerava o sistema público.

Segundo a Norma Regulamentadora, NR-05, que trata sobre a criação da **comissão interna de prevenção de acidentes (CIPA)**, os riscos ocupacionais podem ser classificados de acordo com a natureza em cinco grupos: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes. (BRASIL, 2011).

Ainda relacionados às classificações de riscos, o “Ministério da saúde inclui os riscos psicossociais: resultantes das relações e da organização do trabalho desfavorável ao trabalhador e que produzem sobrecarga psíquica, dentro do risco ergonômico” (SOUSA, SOUZA e COSTA, 2014, p.168).

Na área da saúde, a preocupação relacionada à saúde do trabalhador só surge a partir de 1980, quando foi relatado o primeiro caso de exposição ocupacional ao vírus da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). Uma enfermeira da Inglaterra adquiriu HIV (Vírus da imunodeficiência humana) após picada acidental com uma agulha utilizada previamente numa paciente com SIDA (SOUSA, SOUZA e COSTA, 2014, p.168).

Apesar do relato supracitado, só em 2005, foi criada a norma regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde, NR-32, no Brasil. Esta norma cria diretrizes para os profissionais desta área ter a sua saúde e segurança salvaguardadas durante a execução das atividades laborais, contemplando a necessidade do cumprimento da norma regulamentadoras nº09 (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA) e 07 (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO), independente do vínculo estabelecido com o empregador (celetista ou estatutário).

Neste âmbito, compreendendo que as condições de trabalho (objeto desta dissertação) contemplam a situação de saúde e segurança do trabalhador e o Enfermeiro intervencionista, (sujeito desta pesquisa), como um trabalhador da área da saúde, buscou-se compreender, com base na percepção dos participantes deste estudo, as quais riscos ocupacionais estão expostos estes profissionais durante o desenvolvimento das atividades laborais no atendimento pré-hospitalar e as medidas de proteção adotadas pelos mesmos e pela Instituição SAMU.

As questões relacionadas ao risco ocupacional foram abordadas em todas as etapas desta pesquisa: questionário eletrônico, entrevista e parte observacional e ratificaram achados da literatura ((DUARTE e MAURO, 2010; ALMEIDA *et al.*, 2013; ALVES *et al.*, 2013):

Dentre os trabalhadores da área de Saúde, merecem atenção os que trabalham no atendimento pré-hospitalar (APH), porque estão expostos aos vários fatores de risco acima referidos (físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, psicossociais e de acidente), presentes no ambiente hospitalar, concomitante aos riscos inerentes ao ambiente externo, incluindo acidente automobilístico, explosão, agressão física, entre outros encontrados na comunidade de atendimento (SOUSA, SOUZA e COSTA, 2014, p.168).

Considerando a presença dos riscos ocupacionais relacionados ao APH, o SAMU como órgão empregador da Secretaria Municipal de Saúde e a obrigatoriedade do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) nestas condições, buscou-se compreender como ocorre a divulgação dos riscos aos enfermeiros e o acesso às medidas de proteção enquanto empregados.

9.5.2 Os empregadores deverão informar os trabalhadores de maneira apropriada e suficiente sobre os riscos ambientais que possam originar-se nos locais de trabalho e sobre os meios disponíveis para prevenir ou limitar tais riscos e para proteger-se dos mesmos (BRASIL, 1994, p.04).

## 2.1 PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS (PPRA) NO SAMU DE SALVADOR

O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) é uma das normas regulamentadora (NR-09) do Ministério do Trabalho prevista como obrigatória para todos os locais que admitam trabalhadores, independente do tipo de vínculo. Tem por objetivo preservar a saúde e a integridade dos mesmos, através da “antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais” (BRASIL, 2017, p 01).

Ao serem questionados sobre como ocorria a divulgação dos riscos e medidas de proteção pela unidade empregadora (SAMU), os enfermeiros informaram desconhecer a existência do PPRA no serviço, mas conseguiram elencar exemplos de riscos ocupacionais a

que estavam expostos durante suas atividades laborais mediante experiência acumulada no exercício da função.

Nunca tive acesso ao PPRA relacionado ao SAMU Salvador. Os riscos que eu consegui identificar foi ao longo da jornada mesmo, ao longo da vivência, da utilização das unidades, dos equipamentos [...]em nenhum momento foi apresentado esses riscos, estes prováveis riscos (JANDIRA).

Nunca. Eu nem sei onde está esse PPRA do SAMU, das unidades. Fui aprendendo ao longo do tempo, estudando, aprendi na graduação e esses riscos a gente costuma evitá-los na prática e na vivência (CÉLIA).

A gente não foi apresentada aos riscos naquelas palestras iniciais no introdutório, foi durante o serviço mesmo que fomos vendo as deficiências, a questão laboral mesmo (ESMERALDA).

Apenas o enfermeiro Túlio referiu que durante treinamento introdutório, na época da admissão no SAMU, teve acesso a algumas informações sobre possíveis riscos da assistência, mas ainda assim, classifica a abordagem como superficial, uma vez que não permite ao profissional dimensionar exatamente sobre a repercussão pós-exposição, algo aprendido, segundo ele na vivência.

Lembro que quando a gente entrou no serviço, os riscos foram apresentados de uma forma bem global e genérica. Na verdade, os riscos são passados pra gente de forma que você tenha responsabilidades de se proteger desses riscos. “Oh, existe o risco biológico. Então, use a máscara, use a luva, use o macacão com as mangas compridas, botas e use seus óculos! Então, se cuide!”. “Fique atento com o trânsito! Olhe, o trânsito pode lhe trazer um risco ocupacional por acidente, de um carro atropelar. Então seja responsável por isolar a área” [...]. Na verdade, passa longe da dimensão que esse risco tem. Então, assim, eu sei que existe um risco de acidente no trânsito, mas a dimensão que ele toma quando você o vivencia ninguém consegue descrever isso para você. [...] Digamos que de 30% do que fui alertado me preparou. [...] Cuidado, pois mesmo com o cone, o cone não é uma barreira, é uma sinalização. Como já aconteceu comigo, o carro invadiu os cones e bateu na ambulância. Então, assim, essa dimensão não é dada pra gente, a importância, as facetas que os riscos podem apresentar pra você (TÚLIO).

Ainda sobre a fala de Túlio, o mesmo relata uma experiência de acidente que teve durante execução da atividade laboral e chama atenção para a subjetividade envolvida no processo pós-acidente, alertando que o dano causado ao trabalhador vai além do físico, do visível, envolve a subjetividade e possíveis impactos psíquicos.

Martins, *et al.* (2014, p.335) trata que “pelo desconhecimento, ou por não identificar algumas situações de risco, o trabalhador desenvolve ações sem a devida proteção, podendo favorecer a ocorrência de acidentes laborais”.

Apesar de relatarem não terem acesso ao documento que elenca os riscos da atividade ocupacional, os enfermeiros informam que a gestão paga o auxílio de insalubridade no grau intermediário (20%), conforme previsto pela norma regulamentadora do ministério do trabalho, NR15, (BRASIL, 2011).

A gente recebe insalubridade apenas. Embora, eu ache que deveríamos receber periculosidade. [...] Porque a gente está exposta a diversos riscos na rua [...]. Não só aos que estamos expostos como nas unidades hospitalares, que justifica a insalubridade, mas a outros riscos que justificariam a periculosidade (CELINA).

Para fazer jus à insalubridade, o trabalhador deve ter seu risco ocupacional quantificado pelo empregador, sem nenhum ônus, evidenciado pelo PPRA. Na exposição biológica, a análise é apenas qualitativa, presença ou ausência. Ainda assim, a mesma é graduada.

A enfermeira Celina questiona sobre o não recebimento do adicional de periculosidade, uma vez que informa exercer suas atividades em algumas condições que impliquem risco iminente de morte (cenas violentas envolvendo presença de arma de fogo, por exemplo).

A legislação vigente não permite acúmulo de bonificação insalubridade e periculosidade, sugere-se a opção por parte do trabalhador que fizer jus. No entanto, apesar de exercer as atividades em condições perigosas, aquelas que envolvem risco de morte ou sequela grave iminente, os profissionais de saúde não são contemplados na legislação que discorre sobre a periculosidade. Desta forma, cabe uma discussão aprofundada sobre a possibilidade de ampliação do adicional de insalubridade para grau máximo, uma vez que

estes profissionais atuam em ambientes externos, não controlados, sendo assim, com riscos incertos.

Durante a oportunidade da análise observacional, procurou-se o setor administrativo do SAMU de Salvador com o objetivo de obter informações sobre o PPRA e os profissionais do setor supracitado confirmaram que não existe este documento no serviço.

Desta forma, sugere-se ao serviço prover meios de elaborar ou divulgar (se já existir) o documento supracitado tornando evidentes, aos servidores, os riscos ocupacionais a que estão expostos e instituir uma política de prevenção de agravos no grupo.

Tendo em vista o reconhecimento dos riscos ocupacionais pelos enfermeiros e a importância desse momento para a etapa inicial de elaboração do PPRA, denominada antecipação e reconhecimentos dos riscos, solicitou-se aos entrevistados que elencassem os riscos que os mesmos percebem na execução das atividades laborais.

Na apresentação dos achados, diante da complexidade das atividades desenvolvidas pela categoria profissional estudada, abrangendo acúmulo de função na intervenção direta da assistência ao paciente crítico e funções administrativas, além de atuação em ambientes diversos, optou-se pela categorização dos achados baseada nas funções e locais de atuação: **risco ocupacional relacionado à atuação profissional na intervenção; risco ocupacional relacionado à organização do trabalho e risco ocupacional relacionado ao ambiente de repouso.** Como subcategorias, utilizou-se a natureza dos riscos: **físicos, químicos, biológicos, de acidente, ergonômico, incluindo nesse, os psicossociais.**

## 2.2 RISCO OCUPACIONAL RELACIONADO À ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA INTERVENÇÃO

### 2.2.1 Risco Físico

Com relação aos riscos físicos, “consideram-se agentes físicos as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como: ruído, vibrações, pressões normais, temperaturas extremas, radiações

ionizantes, radiações não ionizantes, bem como o infra-som e o ultra-som” (BRASIL, 1994, p. 01).

#### 2.2.1.1 Ruído

O ruído foi um dos riscos ocupacionais levantados pelos enfermeiros intervencionistas, ao retratarem o incômodo que traz a sirene dentro da ambulância, utilizada durante deslocamento para atendimento a uma vítima.

Toda ambulância é munida de sirene, enquanto dispositivo facilitador no pedido de prioridade de tráfego no trânsito. No SAMU, existem distintos toques de sirene, conseqüentemente, exposição a distintas pressões sonoras, mas todas possuem como objetivo sinalizar brevidade no deslocamento do veículo.

O volume da sirene dentro da ambulância, no geral, é bastante elevado sim. Traz incômodo e eu acredito sim que vai atingir futuramente na acuidade auditiva dos profissionais, mesmo assim não é oferecido equipamento de proteção nesse sentido (JANDIRA).

A norma regulamentadora nº 15 (NR-15), que trata sobre as atividades e operações insalubres, não aborda regime de 24h como carga horária de exposição ao ruído. No entanto, considera como limites de tolerância máximo para ruído contínuo ou intermitente, uma exposição de 85dB durante 8h (BRASIL, 2014, p. 02).

Estudo realizado por Oliveira *et al.* (2015) constatou que as condições acústicas da unidade de suporte móvel do SAMU não estavam adequadas e interferiam na saúde do trabalhador de forma negativa, principalmente na saúde auditiva, sendo relacionada ao surgimento de Perda Auditiva Induzida pelo Ruído (PAIR), além de interferir na qualidade de vida dos tripulantes. O estudo ainda relata exemplo de outros que foram realizados com profissionais que trabalham no trânsito, como caminhoneiros e motorista de trânsito, chegando a uma perda auditiva de 25% na amostra utilizada.



A enfermeira Esmeralda relatou que problemas na climatização da unidade contribuíam para uma maior exposição dos profissionais ao ruído da sirene, pois tinham que abrir as janelas da unidade móvel, para minimizar a temperatura interna da mesma, piorando a sensação de incômodo acústico. Afirmam, ainda, que esse problema é mais comum nas unidades básicas. Desta forma, o risco ocupacional é ampliado por condições estruturais/organizacionais.

Eu acho que quem sofre mais com isso é o pessoal da básica, pois quando é a gente da avançada, eles fazem de tudo para trocar o ar condicionado, vai pra mecânica e tudo. Eu não me lembro se já tripulei a ambulância sem ar, mas já tripulei com ar condicionado ruim (na avançada). Agora, tripular sem ar completamente é quando estou naquelas básicas. Então, com relação ao volume do som, quem sofre mais é a básica (ESMERALDA).

Toda atividade que se caracterize como insalubre deve ser executada de modo que as exposições sejam eliminadas ou ao menos minimizadas, recorrendo-se ao recurso do equipamento de proteção coletiva (EPC), a exemplo de um isolamento acústico, prioritariamente. Se não adequado ou disponível, recorre-se ao equipamento de proteção individual (EPI), neste caso, um protetor auditivo. Além, da necessidade do controle médico que visa prevenir a ocorrência da perda auditiva ocupacional.

Diante dos achados, os enfermeiros foram questionados sobre quais eram as medidas protetoras disponibilizadas para minimizar a exposição ao ruído, sendo negada por eles qualquer intervenção por parte organizacional.

Não, não é fornecido protetor auricular, o ruído da sirene, realmente, é constante, quase todas as ocorrências que a gente vai, a gente utiliza sirene (CELINA).

Já foi uma pauta de discussão entre colegas sobre isso. Estava deslocando com a ambulância e os vidros estavam abertos porque não tinham ar condicionado, aí, a sirene estava incomodando as pessoas. Eu lembro que uma pessoa falou assim: “ah, desliga um pouquinho aí.” Mas, o condutor explicou que não poderia desligar, pois dependia dela (sirene) para fazer manobras em algumas vias. A pessoa falou: “ah, isso faz muita zuada!”. Inclusive nesse dia, o profissional que reclamou fez a leitura de decibéis no

celular dele e *printou* a tela e mandou para a coordenação dele, reclamando sobre isso. E a resposta foi bem irônica e no momento gerou até uma revolta nele. Porque a pessoa achou que era muita reclamação por parte dele, reclamar de uma sirene. Então, assim, nunca foi oferecido protetor auricular. Eu tenho o meu protetor auricular por conta própria, eu levo comigo. Que inclusive é muito barato. Não é uma justificativa plausível, que isso oneraria o serviço (TÚLIO).

Apesar da falta de padronização da aferição da pressão sonora no relato supracitado, o discurso do enfermeiro Túlio chama atenção por tratar-se de uma experiência com constatação de alteração psíquica dos profissionais frente ao incômodo produzido pelo ruído da sirene evidenciada pela irritação de um dos componentes da equipe da unidade móvel.

Associado ao problema identificado houve o agravamento da situação diante de uma tentativa de resolução do problema frustrada, quando o profissional não teve sua demanda acolhida pela coordenação, aumentando o descontentamento relacionado ao processo de trabalho.

Sobre a exposição ao ruído por sirene, Oliveira *et al.* (2015, p.851), descreve que “é uma situação frequente e inevitável aos tripulantes de ambulância, os quais necessitam socorrer vidas em quaisquer horários, fatores que fogem ao comando da tripulação”.

A norma regulamentadora nº07, (NR-07), obriga o empregador a estabelecer diretrizes e parâmetros mínimos para a avaliação e o acompanhamento da audição do trabalhador exposto à pressão sonora em situação ocupacional acima dos valores permitidos pela NR15, através da realização de exames audiológicos de referência e sequenciais, além de fornecer subsídio para a adoção de programas que visem a prevenção da perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados e a conservação da saúde auditiva dos trabalhadores (BRASIL, 2013).

Ao ruído ocupacional, é atribuído ainda a potencialidade de gerar efeitos auditivos e não-auditivos no ser humano: como raiva, estresse, nervosismo, aumento da pressão sanguínea, que podem causar ao homem sequelas permanentes (OLIVEIRA, *et al.*, 2015).

Neste contexto, o risco foi naturalizado pelos componentes do corpo gerencial do processo de trabalho, os possíveis responsáveis pela mudança. Mantendo os profissionais sob o risco de adoecimento. Observa-se ainda na fala do enfermeiro, que como mecanismo de defesa, o mesmo utiliza protetor auditivo adquirido através de recursos próprios, não

compreendendo a falta de disponibilização por parte da gestão, uma vez que se trata de recurso barato, do ponto de vista econômico, e necessário ao processo.

Sugere-se elaboração de estudo ergonômico nas unidades móveis do SAMU de Salvador para caracterização do ruído a que estão expostos os profissionais do APH durante realização das atividades laborais, embasando assim, a necessidade de adoção de medidas de proteção auditiva.

#### 2.2.1.2 Frio e Calor

Apesar de apresentar um clima tropical, a cidade de Salvador ocasionalmente apresenta períodos chuvosos. Diante do contexto de atendimento pré-hospitalar, os enfermeiros relatam que ficam expostos a intemperes climáticas, sendo requeridos do serviço alguns equipamentos com o desejo de manter um mínimo de conforto na realização dos atendimentos.

Não se queixaram de frio, visto que as temperaturas não sofrem grandes variações na cidade, além de relatarem que o fardamento, o macacão, é bem quente. No entanto, em tempos chuvosos informaram que necessitam fazer uso da capa de chuva para acessarem as vítimas/pacientes.

Com relação à disponibilidade do EPI pelo SAMU, confirmaram que a capa é fornecida pela Instituição, mas apesar de ser um EPI, o uso se dá de forma coletiva. Cada unidade de suporte avançado dispõe de 04 capas de chuvas, que ficam armazenadas no baú do banco lateral da unidade. Diante da rotina dos profissionais, com exposição a material biológico e local de armazenamento inadequado, o uso coletivo traz problemas relacionados à saúde ocupacional.

Porque assim, se o colega tá utilizando no atendimento, e sujou de secreção, é complicado ele parar o atendimento para lavar uma capa de chuva para que depois eu possa usar. A gente não tem a garantia de que aquela capa está limpa sempre. Já cansei de pegar capas de chuvas que não deu tempo de ser expostas ao sol para secar e estarem com mofo e quando eu pegar a capa

para conferir, a rinite atacar por conta daquele mofo naquela capa de chuva. Então, não é interessante a capa de chuva ficar guardada dentro da ambulância, é algo que deve ser pessoal, para que você tenha o cuidado de higienizar sempre que utilizar, inclusive o tamanho, pois tem capas que não cabem em mim. [...] Eu entendo que não é descartável, mas não dá para ser compartilhado (TÚLIO).

Capas de chuva, na unidade que eu trabalho, só tem 02 capas de chuvas, e são 04 pessoas na equipe, então, não é o suficiente para todo mundo. Nessas ocorrências quando tem chuva, geralmente a gente sai debaixo de chuva (GLÓRIA).

Olhe, a capa de chuva tá lá, mas quando vai usar tem um cheiro de mofo tão terrível, que a pessoa pensa duas vezes se não quer pegar alguma coisa fúngica ali, viu. Porque fica muito tempo guardado debaixo do banco, e ali como tem muita alteração de temperatura, eu já peguei uma grudada na outra. [...] o cheiro estava muito desagradável, eu usei mesmo porque estava um toró, era junho/julho. O tempo estava muito chuvoso em Salvador, usei, mas estava muito fedorento. Inclusive, como molhou da chuva, lavou né? Aí, estendi (ESMERALDA).

Foi recorrente a queixa dos enfermeiros referente ao acondicionamento e condições de armazenamento da capa de chuva. Relatam receio de adquirirem alguma patologia diante da falta de higienização adequada e uso coletivo e desta forma, optam por não utilizarem o equipamento e se expõe a chuva.

Como estratégia, enquanto não há disponibilização da capa de chuva de forma individual, os enfermeiros sugerem uma programação de higienização periódica com participação das líderes de base e almoxarifado enquanto fluxo.

A enfermeira Glória também sinalizou que nem todas as unidades possuem o quantitativo adequado para atender a todos os componentes da equipe intervencionista.

Com relação à sensação térmica de calor, as queixas foram maiores. Os enfermeiros informaram que é recorrente o problema com a climatização da unidade móvel, chegando por vezes a registrar no termostato da unidade valores acima de 40°C. O clima da cidade associado ao macacão, ainda, tendem a aumentar a sensação térmica.

O ar condicionado da ambulância é péssimo, não comporta a necessidade da ambulância, a ambulância é grande, é comprida, o ar condicionado não tem a potência suficiente para refrigerar a ambulância. Se essa ambulância tiver debaixo do sol é praticamente impossível. Existe um termômetro dentro da

ambulância, e muitos de nós, já presenciamos quando entramos na ambulância, que está desligada, fechada e debaixo do sol, a gente já presenciou temperaturas de quase 50°C. Então, ar condicionado ruim é impraticável, praticamente impossível refrigerar a ambulância nesse clima de Salvador (CELINA).

Além do contexto supracitado, os enfermeiros muitas vezes são solicitados a atender vítimas em via pública, literalmente debaixo de sol. Estas condições são riscos para desidratação do profissional diante do longo período, que por vezes ficam expostos a estas situações, aguardando o processo de regulação do paciente.

O Ministério do Trabalho e Emprego, através da Portaria nº 194, de 07 de dezembro de 2010, institui o protetor contra raios ultravioletas como EPI, incluindo-o na NR-06. Desta forma, todas as Instituições, independente do vínculo empregatício devem disponibilizar o protetor solar aos funcionários.

Ao serem questionados sobre a dispensação do protetor solar, os enfermeiros relataram que ocorre de forma não sistematizada, e quando ocorre, o EPI fica dentro das unidades móveis para uso coletivo.

E protetor solar eu observo, que parece não existir um padrão. Em algum momento sim, existiu no serviço a presença do protetor solar, mas, a maior parte do tempo que tenho no serviço, não foi oferecido aos profissionais. Encontrei, até, em algumas bases especificamente com uma maior frequência, mas eu digo que não é padrão a oferta do protetor solar para os profissionais, não (JANDIRA).

### **2.2.2 Risco Químico**

Durante a coleta de dados observou-se que não foi identificado nenhum risco químico no processo de trabalho pelos enfermeiros. No entanto, na análise observacional, constatou-se a presença de 04 itens comumente utilizados na assistência à saúde: Álcool a 70%, Clorexidina alcóolica 0,5%, antibiótico e gás (oxigênio pressurizado), identificados pela

pesquisadora como potencial risco ocupacional seja por proporcionar seleção de flora microbiana do profissional, podendo tornar os enfermeiros susceptíveis a infecções mais graves ou risco de incêndio e explosão diante da forma que são acondicionados no interior da unidade móvel.

#### 2.2.2.1 Álcool 70% e Clorexidina alcóolica 0,5%

O Álcool 70% e a Clorexidina alcóolica 0,5% são substâncias utilizadas para antissepsia da pele do paciente antes da execução de um procedimento invasivo (punção venosa, por exemplo), com a finalidade de prevenir uma infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS).

Estas substâncias inflamáveis são acomodadas em almotolias sem tampas, dentro de um suporte de acrílico, instalado no painel central da parte interna traseira da unidade móvel, próximo ao ponto de saída de Oxigênio pressurizado (produto comburente) e fonte de energia elétrica, onde ficam conectados os equipamentos para carga de bateria (Monitor, Ventilador Mecânico e Bomba de Infusão).

Diante da observação da organização interna da unidade móvel supracitada (envolvendo proximidade de comburente, combustível e fonte de energia), associado ao relato dos enfermeiros sobre o calor excessivo no interior das ambulâncias, provenientes de problemas no ar condicionado ou estacionamento das mesmas em garagem sem coberturas e o conhecimento da volatilidade da substância Álcool 70%, chamou atenção da pesquisadora o risco para incêndio e/ou explosão no processo de trabalho, sendo sugeridos novos estudos para comprovar e quantificar o risco, além de contribuir para melhorias no controle dos mesmos.

#### 2.2.2.2 Antibiótico

Ainda com relação às substâncias químicas, observa-se na prática assistencial do enfermeiro, a manipulação e administração de antibiótico no contexto das unidades de suporte avançado. No SAMU de Salvador, o antibiótico padronizado é a Ceftriaxona IV, na apresentação de 1g, trata-se de um betalactâmico, cefalosporina de 3ª geração, de amplo espectro de ação (AUROBINDO, 20??).

Uma revisão sistemática integrativa realizada por Fracarolli, Oliveira e Marziale (2017) permitiu retratar a vulnerabilidade dos profissionais de saúde em relação aos patógenos multiressistentes ao atender pacientes graves no contexto das unidades de pronto socorro e terapia intensiva. Observou-se o predomínio do microorganismo *Staphylococcus aureus* na colonização destes profissionais e a exposição contínua ao antibiótico, ambos contribuindo para risco de infecções mais severas provenientes de cepas mais resistentes nesta categoria ocupacional.

Desta forma, trata-se de uma infecção relacionada à saúde ocupacional, com necessidade de medidas de precauções e mudanças no processo de trabalho.

Apesar do estudo supracitado não contemplar profissionais de saúde que realizam atendimentos nas unidades móveis, pode-se inferir que a exposição é no mínimo a mesma, uma vez que é comum o atendimento de pacientes em processo de internações sucessivas por quadro infeccioso, em situação grave e com necessidade de manipulação de antibiótico durante atendimento.

No contexto das ambulâncias, ainda, existe uma situação de maior vulnerabilidade em relação ao contexto hospitalar, levando em consideração que “há evidências científicas de que os antibióticos podem estar suspensos no ar” (FRACAROLLI, OLIVEIRA e MARZIALE, 2017). Assim, estamos diante de um ambiente laboral reduzido, fechado, sem capela de fluxo laminar ou qualquer meio de mecanismo exaustor, que poderia ser utilizado no preparo da medicação com o propósito de minimizar a exposição. Além da ausência de dispositivos que permitam a lavagem das mãos pós-contato com tal substância.

No atendimento pré-hospitalar, o contato com doenças infecciosas, em pacientes sem um diagnóstico prévio, é outro fator de risco [...] e quando se trata de uma doença infecciosa, como tuberculose, meningite meningocócica e gripe A1N1, por exemplo, o profissional corre o risco de se expor acidentalmente na abordagem inicial ao paciente (SOUSA, SOUZA e COSTA, 2014, p.06).

Na USA, o profissional enfermeiro é o que possui contato direto com a medicação supracitada e observa-se que deixam de utilizar EPIs durante preparo e administração, tais como luva, máscara e óculos, que minimizariam a exposição a este risco químico decorrente de situação organizacional.

Relataram que a gravidade do paciente com necessidade de assistência de alta complexidade imediata, associada ao número de atribuições simultâneas requeridas a este profissional durante atendimento, por ser o único representante da equipe de enfermagem no contexto, podem aumentar a exposição ocupacional a este risco.

Como sugestão, fica a revisão do processo de trabalho com adoção de medidas de proteção eficazes, incluindo a revisão da prática de preparo e número de atribuições do profissional.

### 2.2.2.3 Oxigênio

O oxigênio, apesar de fazer parte do ar respirável, sua composição em situações normais fica em torno de 21% na mistura gasosa do ar. No contexto dos torpedos, o oxigênio medicinal pressurizado apresenta uma pureza próxima a 99%. Ocorrendo um vazamento no interior da unidade móvel desta substância, podem ocorrer danos à saúde humana quando expostos por longo período, conforme informações da Ficha de Informações de Segurança de Produto Químico (FISPQ) (LUMIAR HEALTHCARE, 2018). Na prática, observa-se que o risco pode ser favorecido diante da falta de divulgação desta informação.

Com relação aos efeitos adversos a saúde humana por longa exposição ao oxigênio medicinal, pode-se esperar:



A inalação de 80% ou mais de oxigênio em pressão atmosférica por mais do que algumas horas podem causar irritação nasal, tosse, dor de garganta, dor no tórax e dificuldade de respiração. A inalação de oxigênio a alta pressão aumenta a probabilidade de efeitos adversos dentro de um curto período de tempo. [...] oxigênio puro e sob pressão pode causar dano ao pulmão e também efeitos ao sistema nervoso central, resultando em tontura, coordenação fraca, sensação de formigamento, distúrbios visuais e de audição, dores musculares, inconsciência e convulsão. A inalação de oxigênio sob pressão pode causar prolongação de adaptação à escuridão e visão periférica reduzida (LUMIAR HEALTH CARE, 2016, p.01).

Ainda com relação à FISPQ do produto, recomenda-se que a temperatura de armazenamento do cilindro não ultrapasse os 50°C. No entanto, problemas com a climatização interna da ambulância e falta de estacionamentos cobertos tem propiciado tal condição proibida, relatado pelos enfermeiros, que referem registros de tais condições climáticas pelos amostradores encontrados no interior da ambulância.

O torpedo de oxigênio é um vaso de pressão, portanto deve obedecer às normas constantes na NR13, além da NR32 do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), que veda no item 32.3.8.2, o transporte de cilindro de oxigênio solto, em posição horizontal e sem capacete (BRASIL, 2017).

Na ambulância de suporte avançado, tendo em vista a necessidade de armazenamento de 02 cilindros pequenos de oxigênio e apenas um suporte para tal, o 2º torpedo é transportado solto, na posição horizontal, dentro do baú do banco lateral infringindo a recomendações de segurança do MTE. Na análise observacional, foi encontrada ainda em algumas unidades, frasco de material combustível: álcool a 70% e/ou clorexidina alcóolica 0,5% no mesmo compartimento.

Diante do reduzido número de compartimentos e necessidade de prender algumas mochilas para evitar que as mesmas caiam durante transporte no paciente, acarretando em dano ao mesmo, as conexões de torpedo de O2 grande funcionam como suporte dos materiais (mochilas de procedimento e via aérea pediátrica).

Diante do relato, chama-se atenção para a necessidade de reorganização das acomodações das unidades avançadas de atendimento móvel do SAMU, com a finalidade de atender as normas legais e conseqüentemente, minimizar os riscos ocupacionais identificados.

### 2.2.3 Risco Biológico

O risco biológico foi um dos mais citados pelos enfermeiros no levantamento do risco ocupacional a que estão expostos durante a jornada laboral. A natureza do serviço e consequência imediata advinda de uma exposição ocupacional a microrganismos patogênicos, alguns, inclusive, geradores de doenças estigmatizantes dentro de um contexto social (sem meios de cura disponível até o momento, como exemplo, a AIDS), podem justificar tal achado.

No contexto da assistência ao paciente crítico no pré-hospitalar de Salvador, os materiais biológicos mais citados como fontes de exposição ocupacional foram o sangue, o vômito e a urina do paciente.

Para Kolhs *et al.* (2017, p.423), o serviço de urgência e emergência é “um ambiente de trabalho no qual o tempo é limitado, as atividades são inúmeras e a situação clínica dos usuários exige, muitas vezes, que o profissional faça tudo com rapidez para afastá-los do risco de morte iminente”.

Muitas vezes os EPIs, não que não tenha, mas às vezes a gente acaba não usando, porque numa ocorrência temos que fazer muitas coisas, principalmente o enfermeiro, não tem técnico de enfermagem para delegar algumas coisas e tem coisas que na equipe, só a gente pode fazer. Acaba que na agonia, termina esquecendo-se de se proteger. [...] Aumenta os riscos porque se tivesse o técnico de enfermagem para delegar algumas funções, a gente poderia fazer as coisas de uma forma mais calma. Acho que a presença do técnico ajudaria a reduzir os riscos, pois poderia fazer o trabalho com mais calma (GLÓRIA).

A enfermeira Glória entende que a gravidade da vítima influencia na negligência do uso do EPI e isso expõe o profissional a acidentes com material biológico. Fazendo o contraponto, o enfermeiro Túlio informa que utiliza os EPIs, porém, relata que existe uma oferta de material de baixa qualidade ou de tamanho inadequado para a assistência, que favorecem a exposição dos enfermeiros a acidentes durante a assistência.

Luvras em uso! Às vezes a gente tem uma luva de qualidade. Mas, às vezes a gente tem uma luva de vinil, ela não tem elasticidade, não permite vedação no punho. Por não ter elasticidade, quando você movimentar os dedos, rasga a luva na região entre os dedos na maioria das vezes. Quando você percebe já está com a mão coberta de secreção da vítima, não sabemos de que agente biológico aquela secreção está sendo veículo. Luvras, que às vezes não tem o tamanho adequado para a sua mão e sabemos que isso afeta a segurança do EPI. Se existem vários tamanhos para cada biótipo, então, é necessário que existam todos os tamanhos disponíveis. Se minha mão exige uma luva G ou maior do que a luva G, complicado eu utilizar uma luva M. E isso, acaba gerando mais custo para o serviço. Pois, para eu usar luva M, vou ter que usar 02 ou 03 para garantir maior proteção. Então, acaba sendo uma atitude que gera mais custo para o serviço (TÚLIO).

As luvas são ótimas! (sarcasmo) O material é ótimo! Por sinal, a gente usa duas. Certa vez, nem tinha mexido direito com o paciente para dizer “olha rasguei por causa disso”, aí, fui ver e sujei a luva. Aí tirei a primeira, quando fui ver, a segunda também estava suja, tinha sangue no meu dedo. As duas luvas deixaram passar o líquido. Então, a luva é uma coisa que não está protegendo. (IOLANDA)

O uso de luvas na execução de atividades laborais envolvendo material biológico como meio de proteção de doenças ocupacionais remontam as descrições de Ramazzini (2016, p.114):

Não ignoram isso as obstetrias experientes e sagazes, pois, quando necessitam atender a uma puérpera portadora de mal gálico, cobrem as mãos com luvas e as lavam constantemente com água e vinagre; assim não fazendo, elas próprias correm o perigo de infectar-se e poderiam transmitir a outras pessoas a doença venérea.

A NR-06 trata sobre equipamentos de proteção individual, abrangendo os direitos e deveres dos empregados e empregadores no cumprimento desta norma regulamentadora, independente do vínculo empregatício estabelecido.

Com relação à obrigação do empregador, dentre outras se encontram o fornecimento de EPIs sem ônus aos empregados, dentro das normas de segurança vigente, com certificado de aprovação pelo MTE e adequado à atividade a ser realizada; além da comunicação ao MTE de qualquer irregularidade observada no EPI (BRASIL, 2006).

Com relação ao controle de qualidade dos EPIs, é previsto na NR supracitada, que é de responsabilidade do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT, ou a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA nas empresas desobrigadas em manter um SESMT, ou ainda nas empresas desobrigadas de constituir CIPA, cabe ao designado, mediante orientação de profissional tecnicamente habilitado, recomendar o EPI adequado à proteção do trabalhador.

O SAMU Salvador possui um total de 945 funcionários entre os mais diversos vínculos empregatícios (REDA, TAC, Estatutário e Terceirizado). E enquanto atividade fim, enquadra-se no grau de risco 3 para acidente da NR-04, item 86.21-6 “Serviços móveis de atendimento a urgências”. Portanto é obrigada legalmente, a constituir equipe de PCMSO, contemplando no mínimo: 03 Técnicos de Segurança do Trabalho, 01 Engenheiro de Segurança do trabalho em tempo parcial, mínimo de 3h, assim como 01 Médico do Trabalho em mesmo regime de tempo parcial. Porém, não dispõe do Programa implantado.

Por tratar-se de um serviço público, a aquisição de EPI é feita obedecendo ao processo de licitação, ganhando a empresa que oferecer o EPI mais barato na concorrência, sendo o processo acompanhado pela equipe de planejamento e logística da Instituição.

Sobre as luvas de vinil, embora custem menos que outras luvas sintéticas, não são apropriadas para muitas situações: seu uso não é recomendado se o usuário está em contato com riscos biológicos como sangue, por exemplo, visto que o vinil tem uma maior tendência a fazer micro perfurações durante o seu uso do que luvas de outros materiais (ANVISA, 2011, p. 05).

Com relação à luva de vinil utilizada no SAMU, apesar de possuir o certificado de aprovação (CA) do MTE, não atende às necessidades do serviço do pré-hospitalar. Condição ímpar de qualquer EPI é atender a atividade a que se destina. Corroborando com a inadequação do EPI, já existe um Boletim Informativo da Tecnovigilância/Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que contra indica a utilização deste tipo de EPI em atividades que envolvam materiais biológicos.

Desta forma, a existência de EPI com CA não é condição única para utilização do mesmo em uma atividade ocupacional, daí, a importância de um profissional qualificado na área de saúde e segurança do trabalhador no processo de aquisição de EPI.

Ainda com relação à luva de vinil, não apenas o enfermeiro Túlio, mas a unanimidade dos entrevistados referiram que utilizam números de pares de luvas acima do previsto durante a assistência como mecanismo de defesa, na tentativa de fazer uma barreira a mais e minimizar a exposição ao material biológico presente na cena, uma vez que o EPI disponibilizado para a assistência não atende a característica do serviço e tornam os profissionais vulneráveis a acidentes.

Com base no Boletim Informativo da ANVISA (2011, p.04) é legítima a utilização de duas luvas pelos enfermeiros da intervenção como tentativa de proteção.

Ecri Institute reporta que o uso de duas luvas reduz de forma significativa o número de perfurações da luva interna, preservando a integridade da barreira. Essa duplicação de barreira por meio da sobreposição de luvas aumenta a resistência ao surgimento de pequenos furos.

Diante deste contexto, além de impactar na saúde do trabalhador, podendo gerar afastamentos do serviço, licitação de materiais de baixa qualidade, talvez não gere uma economia efetiva na realidade, diante da necessidade do aumento do provisionamento para atender a demanda de uso.

Previsto na NR-06 que ao empregado cabe comunicar imediatamente ao empregador qualquer alteração no EPI que o torne impróprio para uso. Tendo em vista essa prerrogativa, os enfermeiros foram questionados sobre a comunicação da falha do EPI à gestão do processo. Os mesmos informaram que já foram realizados inúmeros envios de relatórios de não conformidades, no entanto, a comunicação não foi o suficiente para a retirada do EPI do serviço, sendo alegado pela gestão um estoque grande do material no almoxarifado, que necessitava ser consumido. Assim, as notificações de não conformidades de EPI estão sem fluxos ou retornos efetivos.

Na análise observacional, verificou-se que por vezes, é fornecida a luva de látex para a assistência, no entanto nos tamanhos M ou G, não atendendo a demanda de todos os enfermeiros, maioria mulheres, que tendem a usar EPI menores. Ou seja, existe uma inadequação no fornecimento das luvas de látex no serviço também, uma vez que não permite os mesmos direitos de proteção a todos os trabalhadores.

Ainda relacionado ao tema exposição ocupacional e EPIs, os enfermeiros informaram que durante a execução das atividades laborais, existe um risco de contaminação por material biológico através de respingo e que a Instituição fornece os óculos de proteção. Porém o uso acontece de forma coletiva, como se fosse um EPC, não há disponibilização individual, sendo duvidosa a garantia de higienização deste dispositivo no contexto do APH, aumentando o risco de exposição ocupacional a material biológico.

Outro fator relacionado aos acidentes com materiais biológicos foi reportado pela enfermeira Celina ao relatar que o espaço físico da ambulância, pequeno, predispõe os enfermeiros a risco ocupacional, comungando com os achados do trabalho de Sousa, Souza e Costa (2014), que cita a área física inadequada como o principal fator de risco de acidente para os profissionais do APH.

Prestar assistência dentro da ambulância, que é um espaço pequeno, principalmente quando a gente está com vítimas graves e tem que ser feito tudo muito rápido, a gente não tem um lugar adequado para pôr os materiais. É tudo muito rápido, tudo muito apertado, bagunçado ali. A gente tenta organizar, na medida do possível, mas é difícil! Muita gente já sofreu com isso. Eu já me expus a algumas coisas, teve gente que se furou. Eu não me furei, mas já fui exposta a vômito, urina, sangue... Porque é difícil, às vezes, da gente se esquivar. É tudo muito difícil, na ambulância, de ser feito (CELINA).

Worm, *et al.* (2016) destaca que o improvisado, a desorganização e o local de acomodação do profissional elevam o grau de insatisfação dos trabalhadores no atendimento dos pacientes, pois o planejamento pode ser frustrado.

Os acidentes com material biológico, envolvendo dispositivos perfurocortantes, também foram citados pelos enfermeiros entrevistados.

Foi durante uma reanimação, a seringa com agulha, que eu estava usando para fazer medicação no equipo, não me lembro como eu fiz, mas, terminei pressionando a seringa e a medicação caiu direto no meu olho. Era adrenalina, nessa hora, a gente já estava dentro de uma unidade hospitalar, tinha acabado de deixar o paciente lá e o paciente parou. Como tinham outros profissionais na cena, eu deixei a cena e saí para lavar o olho. Como a

gente estava dentro dessa unidade hospitalar, a gente providenciou logo o teste rápido do paciente. A familiar estava no local e autorizou, e a gente providenciou logo os testes rápidos, meu e do paciente. Era de noite e final de semana. Fui ao Hospital Couto Maia, que é um hospital de referência, fui avaliada por um médico, que disse que a exposição tinha um risco muito pequeno, que não precisava tomar nenhuma medida, eu fiz, comuniquei o acidente de trabalho, eu acho que fiz a notificação. Mas, acabou que não teve acompanhamento depois (CELINA).

A enfermeira Celina relata que sofreu acidente envolvendo material perfurocortante durante um atendimento que envolvia paciente crítico, tendo sido resguardado seu atendimento logo após o evento, cumprindo protocolo previsto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 200?), no entanto, implicitamente refere que sentiu falta do acompanhamento por parte do serviço sobre o evento.

Apesar do acompanhamento, clínico-laboratorial só está previsto em casos de fontes desconhecidas ou paciente com diagnóstico de HIV, Hepatites B e C confirmados no teste rápido (BRASIL, 200?), uma acidente com material biológico, diante do risco de aquisição de doenças estigmatizantes, ultrapassa a esfera clínica e causa alterações e sofrimentos psíquicos, sendo necessário um acompanhamento deste profissional de forma multiprofissional.

Outros fatos de exposição ocupacional a acidente com perfurocortantes foram citados, relacionados a atos inseguros, imprudentes e negligentes.

Então, biológico, risco de contaminação com os perfuros,[...] toda uma dinâmica de uma ocorrência mais grave, que por esquecimento, desleixo ou falta de atenção mesmo, alguns perfuros se passam despercebidos fora do ambiente de coleta, e a gente pode acabar se machucando mesmo ou recebendo paciente de unidades que já foi feito procedimento, que por alguma situação, o perfuro foi deixado junto ao paciente, mas acabamos tendo chances grandes de acidente em qualquer lugar (JANDIRA).

Com relação à disponibilização da caixa de armazenamento de material perfurocortante no interior da ambulância, o Ministério da Saúde prever um reservatório no interior do banco lateral, sendo que este compartimento deve ter um orifício na parte superior para descarte dos perfuro-cortantes (BRASIL, 2016, p.17).

Na análise observacional, as unidades móveis possuem o orifício supracitado na norma, porém foi isolado, diante dos casos de acidentes com perfurocortante no serviço, pois não existia uma adaptação entre o orifício e a caixa de perfurocortante. Desta forma, o material perfurocortante ao ser desprezado pelo orifício do banco lateral, caía fora da caixa de acondicionamento e quando o profissional ia manipular a parte interna do banco, acabava se acidentando.

Como alternativa, foi proposto pela gestão local a utilização da caixa de perfurocortante na bancada, localizada na parte interna, traseira da unidade. Porém, uma vez que a caixa de papelão fica solta sobre a bancada, com a tampa aberta, no contexto de uma unidade móvel, há um risco de acidente com material biológico a ser avaliado. Pois, em caso de qualquer problema na unidade móvel (capotamento, colisão, aceleração, desaceleração brusca), que ocasione deslocamento da caixa, a mesma pode virar contra o profissional ou paciente, ocasionando acidente com perfurocortante, de inúmeras fontes desconhecidas, dificultando inclusive a conduta pós-exposição, uma vez que não existe método de análise do material perfurocortante envolvido no acidente, apenas com amostra coletada da fonte.

O mercado já dispõe de caixa coletora rígida para perfurocortante com tampas, um dispositivo mais seguro, utilizado no SAMU Salvador inclusive, acondicionadas nas mochilas de medicamentos com capacidade de 1L. Sugere-se, que para uma prática segura, sejam substituídas as caixas coletoras de papelão, por coletoras rígidas, adquirindo as que possuem maior capacidade de armazenamento, para atender à necessidade dos procedimentos realizados no interior da ambulância.

O SAMU Salvador, já dispõe de alguns dispositivos de segurança em seringas e agulhas, porém não é algo padronizado na rotina, por vezes são encontrados materiais sem o dispositivo de segurança contemporaneamente. Até, então, os dispositivos de segurança são restritos aos materiais supracitados, os utilizados na punção venosa ainda empregam tecnologias ditas inseguras.

Alguns equipamentos, como jelco, que poderiam ter algum dispositivo de segurança, não tem; o que é importante, principalmente na ambulância, que a gente tem essa dificuldade de descarte. Então, são EPIs que são ofertados, mas não da maneira que deveriam ser, conforme as normas regulamentadoras do trabalho (CÉLIA).



Há uma crítica por parte de alguns enfermeiros da intervenção relacionada às seringas com dispositivo de segurança para o contexto do pré-hospitalar. Pois, o uso fica restrito a uma aplicação de dose, tendo em vista o travamento do embolo proporcionado pelo dispositivo de segurança após o esvaziamento do conteúdo da seringa.

Sendo assim, em situações de Parada Cardiorrespiratória (PCR), onde se faz necessário, por vezes, a utilização de doses sequenciais de medicamentos (ex: adrenalina), seria necessário praticamente uma seringa por dose de medicação a ser administrada, aumentando o gasto de recurso e tempo durante a realização do procedimento.

Diante do exposto, os principais motivos da exposição ocupacional aos materiais biológicos no SAMU de Salvador, que surgiram na fala dos enfermeiros foram a **gravidade do paciente atendido nas unidades de suporte avançado**, exigindo múltiplas tarefas para serem executadas ao mesmo tempo; **a ausência do técnico de enfermagem na USA** recaindo sobre o enfermeiro todas as atribuições referentes ao cuidado de enfermagem; **negligência no uso do EPI; o espaço físico inadequado** da ambulância; **baixa qualidade dos EPIs ofertados** pela gestão a serem utilizados na assistência e **descarte inadequado dos materiais perfurocortante**.

Assim, todos os problemas levantados são passíveis de intervenção mediante mudanças na organização do processo de trabalho, urgindo a necessidade de implementação de política na intenção de salvaguardar a saúde e segurança dos profissionais de enfermagem da intervenção do SAMU frente aos riscos ocupacionais levantados.

#### **2.2.4 Risco de acidente ou mecânicos**

Segundo a FIOCRUZ (20??), risco de acidentes “são todos os fatores que colocam em perigo o trabalhador ou afetam sua integridade física ou moral [...]: arranjo físico deficiente; máquina e equipamentos sem proteção; ferramentas inadequadas ou defeituosas, etc”.

A literatura traz que além dos riscos relacionados à área da saúde, os profissionais do APH estão expostos aos acidentes oriundos do trânsito, seja atendendo em via pública ou enquanto tripulante de uma unidade móvel, que se deslocam com brevidade, susceptíveis a

colisão, capotamento, tombamento, etc (LÚCIO, GUSMÃO E TORRES, 2013; SOUSA, SOUZA e COSTA, 2014; ALMEIDA *et al.*, 2013)

Ainda no levantamento dos riscos ocupacionais, os enfermeiros desta pesquisa identificaram os riscos de acidentes relacionados ao trânsito durante deslocamento para atendimento e sinalizaram que os mesmos são potencializados pelos que chamaram precárias condições de trabalho. Unidades sucateadas com pneus carecas, travas e velcros de contenção defeituosos, problemas elétricos e nos cintos de segurança foram alguns dos exemplos citados por estes profissionais.

A gente tem o risco também no trânsito, a gente se desloca em alta velocidade; com manobras arriscadas muitas vezes, não tem ambulâncias novas, adequadas para o serviço. Tem muitas ambulâncias sucateadas, tivemos já, algumas situações, comigo inclusive, de pneus que estouram durante atendimento, porque os pneus são velhos, carecas, já tivemos ambulâncias que viraram, não capotaram, mas tombaram. Então, o risco com as ambulâncias de acidente é bem real (CELINA).

Um cinto de segurança, que eu nem sempre posso considerar que ele vai me proteger, é um cinto de segurança somente abdominal, ele não tem três pontos, entendeu? Eu não tenho rede em todos os armários, eu tenho o risco sim da mochila cair e cair inclusive no paciente, entendeu? Então, assim, são condições que a gente teria que pontuar, mas não sei até que ponto a gente teria assim, um retorno da frota, de serviço, da melhoria das condições das ambulâncias mesmo (VERÔNICA).

A Enfermeira Verônica relata sua preocupação sobre a ausência do cinto de 03 pontos nos bancos da parte traseira da unidade móvel e o risco potencial de acidente advindo do mesmo, tendo em vista tratar-se de um veículo de urgência e emergência, passível de aceleração e desaceleração brusca, com risco de evento efeito chicote em sua tripulação, ocasionando lesão vertebromedular.

“Está comprovado que o uso do cinto de segurança salva vidas e reduz lesões de crânio, face e tórax. Entretanto, o uso de dispositivos de contenção não elimina a possibilidade de lesão vertebromedular” (PHTLS, 2011, p. 255).

O Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN) obriga a contemplação do cinto de segurança três pontos e encosto de cabeça para todos os carros até o ano de 2020 (BRASIL, 2015), enquadrando-se neste aspecto os veículos de urgência e emergência.

Apesar de existir a rotina de *check-list* dos itens de segurança da unidade móvel realizado pelos os condutores destas, como funcionamento do cinto de segurança, observa-se na prática que algumas unidades estão rodando em condições inseguras.

No item referente ao cinto de segurança, observou-se que algumas unidades não possuíam fivela ou quando possuíam, algumas apresentavam problemas na trava das mesmas, proporcionando um risco de acidente ao tripulante que viesse a ocupar aquele assento.

Observou-se na fala do Enfermeiro Túlio um completo descontentamento sobre o estado de manutenção das unidades móveis, afirmando que no serviço a manutenção possui caráter estritamente corretivo, aumentando o risco ocupacional dos tripulantes das unidades.

Então, assim, se eu estou com um carro que tem uma direção progressiva, ofensiva, [...], eu preciso sempre estar preparado para as intercorrências. Então, eu não posso estar com o carro, que quando eu estiver na contramão para agilizar meu atendimento, a sirene falte, o que já aconteceu comigo. Eu estou contando coisas que já aconteceu comigo. Da ambulância está na contramão, a chave da ambulância desligar e ficar sem sinal sonoro e sem luz numa contramão. Então, assim, se a gente percebe com sirene, com luz, as pessoas demoram a nos notar no trânsito, imagine sem. Já tive situações que a suspensão do carro quebrou, o carro caiu. Se aquilo solta, o carro capotava quem sabe a gente nem estaria vivo hoje. Então, assim, uma das coisas que percebo é que não há preocupação em manter veículos seguros. Então, o que acontece primeiro o pneu estoura para depois o pessoal resolver trocar os pneus que estavam lá guardados. Sabe aquela coisa, deixa gastar mais o que está velho. Para ganhar tempo. Não sei, cada um tem uma intenção, eu quero gastar mais o velho para o novo durar mais. Mas, querido, não é você que está no carro dirigindo (TÚLIO).

De morte não. Mas, o carro já perdeu o freio num viaduto e o condutor teve que ter maturidade e calma para contornar a situação (CÉLIA).

Segundo Sousa, Souza e Costa (2014, p.03), “o segundo risco mais frequente relacionado a essa categoria (APH) é o de colisão automobilística, apontado em três dos artigos, já que a ambulância segue em alta velocidade para socorrer a vítima em menor tempo possível”.

Diante deste contexto, sugerem-se estudos para compreenderem os reais motivos que interferem na efetivação da manutenção preventiva aliadas às corretivas nas unidades móveis do SAMU de Salvador, desde quando é previsto incentivo financeiro para custeio das mesmas (BRASIL, 2012).

O SAMU Salvador possui o setor de frota, e no processo de trabalho, este é compreendido pelos enfermeiros da intervenção como setor de apoio da atividade fim, ao se responsabilizar pela manutenção das unidades móveis. Para que a mesma chegue à vítima em melhor tempo hábil de forma segura para o profissional e demais tripulantes da unidade, evitando acontecimento de erros iatrogênicos relacionados ao equipamento de saúde.

No entanto, alguns enfermeiros relataram problemas na comunicação entre os profissionais da saúde, que tripulam as unidades móveis e o setor de frota. Sendo muitas vezes, caracterizadas como conflituosas e de baixa resolutividade.

A comunicação pra mim é o entrave maior, o que mais me desgasta, o que mais me estressa, tanto a falta de comunicação, como a comunicação ineficaz. Quando digo ineficaz, não técnica, não tendo uma escuta. Quando eu te faço uma pergunta, te passo uma demanda e você me responde antes que eu complete de falar, não houve comunicação, você não entendeu a minha... há um entrave, aí, você resolve o entrave, aí a pessoa diz: “ah, você não falou isso”; aí digo: “você não deixou eu falar”. Então, assim, é estranho porque as pessoas preferem dificultar as coisas (rir sutilmente). Aí, sempre falo depois: “tá vendo colega, se você me deixasse falar até o final seria bem melhor, entendeu?”. Pra mim a comunicação é o principal problema. Isso dentro da prática de trabalho, depois dentro do serviço, o que mais atrapalha são as condições estruturais do serviço (TÚLIO).

Apesar do trabalho no APH ser pautado no trabalho em equipe e a comunicação um meio de estabelecer o relacionamento interpessoal. Trata-se de um espaço rico para reflexões, diálogo e tomada de decisão conjunta. No entanto, urge uma necessidade de aprimoramento do diálogo entre os setores de apoio e equipe de intervenção do SAMU Salvador com a finalidade de garantir que as condições de trabalho sejam as mais seguras possíveis para atender as demandas da população.

Às vezes as coisas, que é obrigação do serviço oferecer para você ter segurança e não é oferecida, configura um desrespeito ao profissional. Sabe quando você sabe que ali vai ter espinho e manda a pessoa entrar ali descalça. Complicado, né? Não é amigo, não é colega. Ele não está respeitando você, ele está te colocando em risco, sabendo que o risco existe (TÚLIO).

Sobre o APH e as equipes de apoio, Pereira e Lima (2009) relatam como se dá o relacionamento entre esses setores e os principais desafios da área:

Na ação com os autores de outras áreas, observa-se a realização de um trabalho coletivo, em que a equipe de saúde assume uma posição central e as demais realizam suas atividades específicas, em apoio ao trabalho da saúde. [...] Na relação com as outras áreas, é necessário aprimorar o diálogo, buscando uma integração que rompa as barreiras estabelecidas pela dificuldade em trabalhar em uma lógica fundamentada em relações horizontais, com pactuação e compromisso com a sociedade. [...] As equipes de apoio não intefere[m] no trabalho desenvolvido pela equipe de saúde, assim como ela também não interfere no trabalho específico de cada uma delas, apenas aguardam, que sejam dadas as condições, para que passe a realizar o seu trabalho (PEREIRA e LIMA, 2009, p. 326).

Ficou claro no discurso dos entrevistados, que diante do contexto, de urgência e emergência, o profissional de saúde tende a menosprezar os riscos a quem são expostos no desejo de garantir uma assistência mais rápida ao paciente, submetendo-se a tripular em unidades inseguras do ponto de vista ocupacional por ser a que possui o menor tempo-resposta no atendimento à vítima naquele momento.

O próprio cinto! Quando você senta, ele tem uma dificuldade de sair, né? De puxar, para poder travar, se proteger. E em algumas situações você vai para a ocorrência e você só vai descobrir que o cinto não está funcionando, quando você já está se deslocando para a ocorrência. E aí, você está susceptível a todo o tipo de acometimento (JANDIRA).

Então, no interior da ambulância estamos expostos a vários riscos, às vezes, as gavetas estão com esparadrapos. As gavetas com esparadrappo não é seguro! Aquele banco do meio, só tem o cinto abdominal, que muitas vezes solta. Eu já tive experiência dele se soltar sozinho, você não tem como se sentir segura dentro de uma ambulância daquele jeito, ambulância caindo aos pedaços, enfim. O monitor solto, as coisas ali soltas, enfim, é isso (IOLANDA).

Apesar de trabalhar em condições inseguras, a enfermeira Célia possui consciência do ato e chega a ponderar o custo/benefício de exercer suas atribuições de forma insegura:

Se os riscos que a gente assume, compensa o salário que a gente ganha; se a gente colocasse na balança, se tudo isso vale a pena... a gente está dentro de uma unidade de intervenção rápida, que leva oxigênio, uma fonte de combustível, estar dentro de uma unidade que muitas vezes está sucateada, que não tem manutenção preventiva, só corretiva e quando tem. Então, a gente faz essas ponderações, argumentações com a gente mesmo (CÉLIA).

Além dos itens fixos das unidades móveis, tais como cinto de segurança, pneus, travas e velcros, os enfermeiros reconheceram que a disposição dos materiais no interior da ambulância também tem proporcionado riscos de acidentes: monitor, bomba de infusão e caixa de perfurocortante soltas sobre a bancada, mochilas com risco de queda sobre paciente durante deslocamento por problemas ou ausência de redes de proteção.

Acho que não tenho condições técnicas de avaliar, mas do que eu vejo falar e do que o olho nu traduz, é um pneu que não está no melhor estado de conservação, é uma gavetinha que sempre abre. Eu tripulo numa unidade, onde a gavetinha não funciona, e a gente coloca um esparadrapo. Então, ali causa sim um acidente, ali pode causar um acidente. Eu tenho o risco da gaveta abrir, entendeu? (VERÔNICA).

Gavetas, que às vezes, abrem no meio do circuito, no meio do trajeto, que geram um traumatismo. [...] Torpedos, mochilas, muitas vezes, não é questão nem de desatenção do profissional, mas muitas vezes por questões de travas não estarem funcionando adequadamente, velcros, entre outras coisas mesmo, o monitor, por exemplo, né? Que não é preso adequadamente e aí, em algumas manobras mais rápidas ou mais bruscas, pode acontecer mesmo de provocar um acidente, principalmente ao enfermeiro, que ocupa uma posição (banco da ambulância) mais próxima a estes equipamentos (JANDIRA).

Para Duarte e Mauro (2010, p. 06):

Verificou-se que, devido à falta de manutenção dos instrumentos e das ferramentas utilizados pelos profissionais durante a realização de suas atividades, o tempo de vida útil das mesmas leva à degradação do ambiente, o que pode favorecer a elevação da taxa de acidentes de trabalho. Assim, as doenças do trabalho podem surgir pela ocorrência de regulação (improvisado) na realização das atividades para suprir a precariedade de instrumentos e ferramentas, ocasionando um aumento da carga cognitiva desses

profissionais; no tocante à instituição, ocorrendo um aumento dos gastos na aquisição e/ou no reparo tardio de instrumentais e ferramentas.

Enquanto tripulação da unidade de suporte avançado (USA), os enfermeiros ocupam o banco central da unidade, localizado na parte traseira da ambulância, ao lado da bancada onde são acondicionados vários materiais soltos que já ocasionaram ou foram identificados como fatores predisponentes aos acidentes.

Assim, na percepção dos entrevistados, os enfermeiros são os profissionais que estão mais expostos a acidentes dentro da USA, pela característica das atividades executadas por estes profissionais, os riscos inerentes ao estado de conservação das unidades, que são comuns a outras categorias que tripulam a USA, somado ao risco inerente ao local que ocupa dentro da unidade, diante da disposição dos materiais e carência de dispositivos de segurança, tais como cinto de segurança de 03 pontos.

Então, acidente pode acontecer e se capotar de alguma forma aqueles perfurocortante... Somos os primeiros a se furar, porque o médico está lá naquela cabine, tá beleza! E a gente? Porque quando capotou uma ambulância, a primeira coisa que perguntei foi se a enfermeira havia se furado, pode até não ter tido nada, só virou, mas se virou, o perfuro pode ter caído por cima dela e ela ter que tomar aquele coquetel, enfim. [...] Pois, o gargalo é grande e fica aberto e vai sair seringa igual. Outra coisa é quando os colegas não tiram na marcação certa. Deixam encher, podendo causar danos ao outro colega. Acho que os danos ocupacionais estão relacionados a isso. A ambulância toda não está adaptada para o profissional (ESMERALDA).

A enfermeira Esmeralda relata um episódio sofrido por colega durante tombamento da unidade móvel enquanto se deslocava para atendimento e sua preocupação quanto ao risco potencial de acidente com material biológico pela colega.

Já a enfermeira Glória reitera sobre a ocorrência de um acidente com afastamento do profissional por lesão física:

Fora o risco que a gente tem no trânsito. Eu nunca sofri nenhum acidente na ambulância, mas algumas equipes já sofreram acidentes no transito e que

trouxeram comprometimentos físicos para estes profissionais. E gerou afastamento (GLÓRIA).

Neste âmbito, diante do contexto de problemas estruturais e organizacionais das unidades móveis, como evidências de risco ocupacional mediante relato dos enfermeiros entrevistados, sugere-se um estudo ergonômico, realizados por profissionais da área de saúde ocupacional, com o propósito de construir um modelo organizacional e de controle de qualidade, que atenda as demandas da população, associada a uma prática segura para o trabalhador.

Enquanto risco ocupacional com potencial de gerar acidentes ao trabalhador do APH, também, foi citada pelos enfermeiros a exposição à violência urbana. Tratando-se de um problema complexo e multifatorial, que envolve demanda organizacional macrossocial, optou-se pela abordagem do tema em um capítulo à parte.

### **2.2.5 Risco ergonômico**

Conforme norma regulamentadora nº 17 (NR-17), ergonomia “são as condições de trabalho e incluem aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho, e à própria organização do trabalho” (2006, p.01).

Neste contexto, os riscos ergonômicos são aqueles que podem ocasionar danos à saúde ou segurança do trabalhador mediante o modo de execução das atividades e/ou as condições em que as mesmas são executadas. Os riscos psicossociais estão contemplados dentro do risco ergonômico.

Assim, o relacionamento entre trabalhadores e gestão deve ser alinhado de forma que minimizem o sofrimento proveniente da execução do trabalho e aperfeiçoe os aspectos de prazer, um processo que possibilite uma melhoria contínua no processo.

A escuta ativa e qualificada por parte dos gestores, por si só, já traz um conforto aos trabalhadores, que ao terem suas demandas acolhidas sentem-se importantes ao processo de trabalho, impactando na motivação e conseqüentemente produção das atividades. Ao passo



que a falta de acolhimento das demandas do trabalhador causa um sentimento de frustração e inutilidade.

Worm *et al.* (2016) trata que “a falta de reconhecimento pelo trabalho desenvolvido faz com que o profissional sinta seu ego ferido, pela desconfiança, injustiça, individualismo, banalização e isolamento, repercutindo, por vezes no desejo de mudança”.

Bernardes *et al.* (2014) realizou um estudo no SAMU de SP e relatou dentre outras coisas sobre o desafio imposto pelo APH com relação à coordenação dos processos à distância e a necessidade de um processo participativo onde as “relações não são permeadas pelo domínio, mas pela convivência e, com isso, as transformações ocorrem em interações e comunhão entre os sujeitos”.

Não. Eu não espero da gestão não. Assim, eu não tenho o que esperar! A partir do momento que ele me dá uma escala, que eu tenho conhecimento. Eu não tenho nenhuma outra atenção deles sobre como está o meu plantão, do que eu estou precisando. Então, assim, de qualquer forma é um “modus operandi”, na verdade é um “modus vivendi”, eu estou colocando dessa forma. Então, preciso dar meu plantão conforme está estabelecido pelo meu contrato e procuro fazer ele de uma forma que eu tenha um sofrimento menor, caso ele ocorra (VERÔNICA).

A enfermeira Verônica sente-se frustrada pela falta de diálogo entre gestão e trabalhador. Interpreta que a operacionalização do trabalho, na visão do gestor, se resume a cumprir escala. Reconhece que as condições de trabalho impactam em sua saúde e que tenta se utilizar de estratégias protetoras para realizar o enfrentamento, tendo em vista a concepção de que essas demandas não são percebidas como importante pela gestão. Nesse contexto, o importante é o cumprimento das atividades prescritas, independente dos meios.

Muitos enfermeiros comentaram sobre o sofrimento psíquico pós-atendimento de determinados tipos de ocorrências e a falta de apoio do serviço nos encaminhamentos, principalmente cenas violentas ou relacionadas ao processo de morte/morrer, onde o profissional a todo o tempo é demandado a pensar sobre sua própria finitude e limites de atuação enquanto profissional.

Riscos psicológicos, porque muitas equipes após passarem por estes tipos de ocorrências, em situação de violência, ficam abaladas psicologicamente e isso vai interferir no trabalho dele para o resto da vida no SAMU. Ninguém vai esquecer o que passou. Então, isso acaba comprometendo psicologicamente as pessoas (GLÓRIA).

Porque aquilo ali, realmente.. (voz ansiosa, emotiva) cheguei a me questionar realmente, será que é isso que eu quero pra minha vida? O inesperado na emergência é uma coisa muito “punk” de se lidar, sabe? É uma coisa muito difícil de lidar. Você percebe que adquire isso com o tempo (CÉLIA).

A enfermeira Célia relembra sobre um atendimento que prestou a uma vítima de suicídio e os desafios para o profissional prestar o cuidado nestas condições, diante da pouca abordagem do tema nas instituições de ensino e refere que somente com o tempo vai adquirindo mecanismos de enfrentamento para evitar o sofrimento.

Na época do fato relatado, a enfermeira era recém-formada e chegou a se questionar sobre sua identificação com a carreira profissional, que naquele momento tanto sofrimento lhe trazia. Na formação acadêmica, foi preparada para prestar o cuidado, mas ao ver uma vida ceifada por motivo não natural teve suas expectativas frustradas.

Esses achados vão ao encontro do estudo de Worm, *et al.* (2016), que fala da deficiência na formação acadêmica ao discutir a morte como se a boa assistência fosse apenas restabelecer a saúde.

A emoção da enfermeira ao relatar sobre sua experiência frustrante, ainda é latente, apesar de já ter transcorrido 05 anos do fato, comprovando que ficam marcas na vida pessoal desse profissional, quando estes aspectos não são trabalhados.

A emoção do serviço de urgência e emergência é real e saber lidar com este aspecto se faz necessário, enquanto meio de enfrentamento para que o profissional não adoça.

Sentimentos positivos são expressos quando a conduta profissional proporcionou um bom desfecho, salvar uma vida! Afinal, é o proposto durante toda a formação acadêmica, é o esperado.

No entanto, muitas são as vezes que o desfecho não é o esperado pelo profissional, trabalha-se diariamente com o sofrimento humano do outro, que não se resume a um corpo, mas um ser humano que possui uma representação social, uma família.

Muitas vezes, a morte é um fato inevitável, parte do ciclo humano. Porém, pouco discutida no ocidente e desperta sentimentos negativos: tristeza, impotência, fuga, frustração.

No APH, existe a peculiaridade, de adentrar o espaço do outro para prestar o atendimento. Há a vivência do contexto social, os profissionais se deparam com a extrema pobreza, as “leis” que regem os becos e vielas da cidade, os assuntos velados, as motivações dos crimes, os laços de afetividade desenvolvidos pela comunidade com aquela vítima, que os comovem!

Não é simplesmente fazer o procedimento técnico-científico. São aspectos carregados de emoções e que muitas vezes chocam os profissionais, por viverem no âmbito familiar numa realidade extremamente opostas ou similares, que acabam por gerar um sentimento de empatia com aquela realidade.

O impacto também é muito grande pela miséria absoluta, assim, pela miséria absurda, pela miséria extrema, pela desigualdade absurda que você vê, que você imagina de alguém morar num lugar daquele, de viver num lugar daquele, de almoçar num lugar daquele, comer numa casa daquela. Então, assim tem outras situações. Eu posso citar várias, quando a gente vai numa baixada, quando a gente vai numa maloca e encontra uma situação daquela, então assim, me deixa numa situação de muito desconforto digamos. Aí, eu tenho que ser o melhor que eu puder ser, para dar uma maior dignidade àquele sujeito, entendeu? (VERÔNICA).

Ah, uma parada assistida que não voltou. E o filho, cuidava do pai e por coincidência o pai naquele dia disse: “meu filho, você fica o tempo todo aqui, vai curtir meu filho, você é muito jovem”. E aí, o filho foi só naquele dia. Quando ele voltou, o pai estava em óbito. E aquilo, pra mim, marcou muito. E o pior, que todo mundo da família falava isso, que ele era um filho extremamente presente, nunca sai pra nada, no dia que ele sai... e ele não saiu para beber, e era cedo, tipo 7h da noite, eu acho que ele foi no shopping, eu não sei exatamente o que ele foi fazer. Era um adulto jovem, que não saía para canto nenhum. Aí, quando ele voltou e viu disse: “pai, tu não me esperou para me dar a bença! Bença, pai”. Se ajoelhou aos pés do pai e disse: “bença, pai” e isso se repetiu por várias vezes. Gente eu chorei. Eu fui para a ambulância chorar porque eu não aguentei, como se fosse comigo, entendeu? (ESMERALDA).

Então, é uma situação que você não sabe nem a causa, além de ser triste, né? De ver uma paciente jovem indo à óbito, o sofrimento da família, na cena, no local, quando você dá a notícia a eles, é muito triste, muito forte! (CELINA).

Para Miorin, et al. (2016) o sofrimento desses profissionais diante da dor do outro é tão significativo que, se não forem encontradas formas de enfrentá-lo, o profissional poderá não ser capaz de desenvolver suas atividades rotineiras e pode vir a adoecer.

Na pesquisa de Worm *et al.*, (2016), as estratégias coletivas de defesa frente às adversidades no ambiente de trabalho foram o distanciamento que os profissionais assumem frente à morte e a despersonalização que se constata pela frieza/humor em suas atitudes no trabalho.

Gutierrez e Ciampone (2006) também encontrou resultado análogo em seus estudos sobre o choro enquanto estratégia de enfrentamento pelos profissionais da saúde, quando sentem-se impotentes frente a uma demanda do cuidado, sendo um momento de partilha do sofrimento para aliviar a sua própria dor.

O ato de chorar na ambulância pós-ocorrência de grande demanda emocional é algo rotineiro no relato dos enfermeiros entrevistados. A ambulância simboliza ir para longe do contexto social gerador de sofrimento, um ambiente neutro, é o seu espaço seguro, seu refúgio onde divide seus medos e aflições com a equipe. Desta forma, o trabalho em equipe torna-se um apoio social, um fator de proteção, tão importante quanto aquele choro.

“Essa situação está presente no cotidiano, pois é comum haver um improcedente julgamento no sentido de que, quando o enfermeiro expressa suas emoções, seja considerado imaturo profissionalmente” (WORM, *et al.*, 2016, p.02).

No entanto, apesar do alívio momentâneo proporcionado pelo choro e partilha em equipe, a tristeza permanece enraizada na lembrança do profissional de APH, que se emociona todas às vezes quando relata o fato, como se revivesse o ocorrido.

Durante o relato das ocorrências de grande demanda afetiva, todos os enfermeiros se emocionaram, desviaram o olhar quando uma lágrima tentava cair, tiveram mudanças no semblante e tom de voz, denotando a tristeza na fala.

Martin *et al.* (2014, p. 338) afirma que o “bom relacionamento interfere diretamente na assistência prestada e na satisfação no trabalho, sendo um fator determinante para aumentar ou diminuir o estresse”.

Os enfermeiros relataram que não possuem qualquer tipo de apoio social da gestão logo após a ocorrência de um evento traumático, os profissionais continuam disponíveis para

atendimento. Não há fluxos ou protocolos bem estabelecidos e contam com apoio dos pares da intervenção na partilha do momento de sofrimento.

Neste contexto e levando em consideração o gerenciamento do processo à distância, quando o profissional, por livre demanda reconhece suas limitações e não consegue prosseguir no plantão, comunica à equipe da regulação, no papel do enfermeiro regulador (ER), solicitando liberação. Por sua vez, diante da falta de fluxo, os ERs não possuem autonomia nessa tomada de decisão e ficam dependentes do parecer do chefe de plantão do dia sobre o fato.

Apesar de terem a oportunidade de serem liberados do plantão, essa ação não caracteriza apoio institucional no entendimento do grupo. O profissional sente-se desamparado, como se o seu sofrimento e bem-estar não fosse levando em consideração, e apenas, sua mão-de-obra importasse para os gestores do serviço.

No SAMU de Salvador, existe uma assistente social que realiza a ponte com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). No entanto, os enfermeiros não perceberam a concretização deste apoio durante esses eventos, não existe uma busca ativa e apenas os profissionais de livre demanda possuem acesso ao serviço supracitado. Aliado a isso, o serviço na intervenção do SAMU ocorre nas 24h de forma ininterrupta, enquanto o setor de apoio funciona em horário administrativo.

Desta forma, com a intenção de promover estratégias que protejam a saúde psíquica dos trabalhadores da intervenção do SAMU, sugere-se a criação de fluxo e protocolos institucionais, que amparem seus profissionais após-exposição a evento traumático. Tendo em vista que já foi identificado o risco de adoecimento psíquico desta categoria, mediante relato dos enfermeiros, incluindo histórico de afastamento de profissionais de outra categoria, expostos à condições análogas de trabalho, que possuíam mais tempo no serviço por transtorno psíquico. Enfermeiros relataram casos de surtos psiquiátricos associados à atividade ocupacional no SAMU de Salvador.

O protocolo sugerido deve contemplar a realidade das condições de trabalho, abrangendo o direito a pausa, o descanso e a liberação do plantão a depender da gravidade do fato, além do amparo psicossocial imediato e acompanhamento do caso por profissionais capacitados.

O SAMU no contexto de um serviço de urgência e emergência móvel, interligado em rede de atenção, incluindo as unidades de pronto atendimento psiquiátrico com equipe

multiprofissional, a exemplo do CAPS III e hospitais de retaguarda, pode proporcionar ao servidor um atendimento imediato durante as 24h, horário compatível com o funcionamento do serviço, necessitando para tanto um pacto formal e fluxo definido. Após, o evento agudo, sugere-se que o profissional seja encaminhado ao CEREST para acompanhamento do caso.

Outro ponto relatado pelos enfermeiros que geram estresse durante a execução de suas atividades laborais é a falta de acolhimento do paciente e o reconhecimento do serviço móvel como promotor de saúde e estabilização de quadro clínico dos mesmos por parte das unidades fixas de saúde, ao não reconhecer a inserção do SAMU na rede de atendimento, com claros papéis e limitações de recursos, instituído em portarias ministeriais, impactando muitas vezes no desfecho clínico do paciente.

Mesmo achado foi compartilhado por Alves *et al.* (2013) “profissionais relatam que a interação com os pontos de atenção da rede é muitas vezes deficitária, pois ainda não há uma clara concepção da missão do SAMU pelos profissionais dos serviços de saúde, gerando conflito nas relações”.

Então, você vê muito o sofrimento da população, você vê muito o descaso das unidades, a desumanidade dos profissionais de saúde. Eles fazem algo com a gente, a gente sofre, óbvio, né? Ser maltratado, de ser... enfim, a gente sofre! Mas, você vê fazer isso com uma pessoa que está precisando, está ali sentindo dor, que tá sofrendo, que o familiar tá perto da morte. E você vê e fazer de qualquer forma, você olha e diz: “ali ninguém é humano, sabe”? Que não tem uma vida. Que ali não é um ser humano e isso desgasta mesmo. Você vai para as unidades, você já pensa que vai levar patada, é assim que você vai (IOLANDA).

Como justificativa para as relações precárias entre o SAMU e os profissionais de saúde das unidades fixas, Alves *et al.* (2013) encontrou a baixa quantidade de vagas nos diversos serviços de atenção da rede, acarretando maior tempo de espera do paciente para receber atendimento.

Desta forma, o estresse laboral dos enfermeiros do SAMU extrapola o serviço e lidam com questões macroestruturais deficitárias, que impactam na execução de suas atividades, cabendo mudanças nas políticas de atenção a saúde, principalmente na que diz respeito ao gerenciamento de leitos das unidades de retaguarda.

Para Salimena *et al.* (2016, p. 3128):

A satisfação no trabalho é refletida nos efeitos sobre a produtividade, o desempenho, o absenteísmo, a rotatividade, a cidadania organizacional e a saúde e o bem-estar. Na área da saúde, de um lado, encontra-se a satisfação por aliviar o sofrimento alheio; do outro, a insatisfação com a sobrecarga de trabalho e suas condições precárias, que levam à exaustão física e mental, baixa autoestima e perda de interesse pelo conforto do cliente. Isso proporciona comportamentos que vão desde atenção, alegria, rapidez e eficiência até irritabilidade, desinteresse, mau humor e indelicadeza.

## 2.3 RISCO OCUPACIONAL RELACIONADO À ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

A sobrecarga de trabalho foi relatada por todos os enfermeiros desta pesquisa e foi atribuída a forma de como se organiza a estrutura de trabalho e as condições em que o mesmo ocorre. Para melhor compreensão, a nível didático, categorizaram-se os achados em: **Risco ergonômico** (Divisão de tarefas; Dimensionamento de recursos insuficiente; Transporte manual de carga; Pausa: QRF, Higienização e descanso; Falta de apoio social da gestão; Falta de reconhecimento técnico-científico do servidor), **Risco Biológico** (Provisionamento de EPI e exposição não termina no serviço, o EPI sujo com material biológico é levado para casa).

### 2.3.1 Risco ergonômico

#### 2.3.1.1 Divisão de tarefas

Segundo Worm, *et al.*, (2016), a organização no trabalho deve ser baseada numa divisão igualitária de tarefas, além de tomada de decisões compartilhadas, garantindo autonomia à equipe de enfermagem.

No contexto de atendimento pré-hospitalar móvel, existe uma configuração mínima de tripulação de profissionais a depender do suporte da unidade, que além da incumbência da intervenção nos atendimentos, dividem a responsabilidade de deixar a unidade móvel com recursos disponível para o atendimento, obedecendo a um padrão proposto pela Instituição.

Tendo em vista, que os enfermeiros no SAMU Salvador tripulam as unidades de suporte avançado, conseqüentemente, as equipadas com maiores recursos materiais e número de tripulantes, aumentam também o número e complexidade das atividades sejam na estabilização clínica do paciente, assim, como no provimento de recursos materiais.

No que diz respeito à parte assistencial, os enfermeiros reclamaram da ausência do profissional técnico de enfermagem nas unidades de suporte avançado, tendo em vista a criticidade do paciente e a necessidade de execução de vários procedimentos de enfermagem de forma rápida e concomitante por único profissional: enfermeiro, gerando um grande desgaste ao profissional durante à prestação dos cuidados de enfermagem, que pode interferir no prognóstico do paciente.

Eu concordo. Realmente, existe ocorrências que são difíceis de você ter mãos para lidar, né? Preparar medicação, ter que puncionar, monitorizar, anotar os padrões vitais do paciente, e isso a priori, a princípio é muita coisa a ser executada, são muitas atividades ao mesmo tempo, para agora. Mas, assim, eu fico pensando como seria mais um integrante em um local com espaço diminuído, como é a ambulância. Ergonomicamente difícil, você imaginar 4-5 pessoas prestando uma assistência ao paciente dentro de uma ambulância ou dentro de casas minúsculas, que você não tem como se movimentar. A gente, também, tem que pensar nisso. [...] Mas, realmente, existem ocorrências que se tivesse o técnico de enfermagem, facilitaria demais. Uma parada cardíaca com o técnico de enfermagem é um diferencial enorme, né? Enquanto o enfermeiro está ali monitorizando, preparando medicação, o técnico vai puncionando a veia, ele vai providenciando umambu, instalando o ambu, tudo isso dá uma agilidade. Mas, em todas as ocorrências, eu acho desnecessário (CÉLIA).

Martins *et al.* (2014) fala sobre um estudo de Elias e Navarro (2006), referindo que os enfermeiros apresentavam nível elevado de estresse, além disso, identificaram ritmo de trabalho acelerado e escassez de recursos humanos, situações que levam ao desenvolvimento de doenças físicas e/ou mentais.



Já Andrade e Junior (2014), realizaram um estudo no SAMU de Marília SP com todas as categorias profissionais e foi encontrada uma baixa probabilidade de estresse ocupacional entre os profissionais. Sendo o mais susceptível, as recepcionistas.

No entanto, no estudo supracitado, do total de 60 participantes, apenas 04 eram enfermeiros, e foi constatado que pertenciam ao grupo de maior apoio social. Não foi encontrado nenhum fator relacionado a profissão que justificasse o achado, nem foi abordado sobre o número de atribuições do profissional enfermeiro, nem informações se exerciam atividade assistencial e administrativa cumulativamente, nem como se dava a relação gestor/trabalhador. O achado pode inferir que o perfil de organização do trabalho pode influenciar no desenvolvimento de estresse ocupacional.

Com relação ao provimento de materiais na unidade móvel, o SAMU dispõe de um padrão, onde os materiais e suas respectivas quantidades são listados, *check-list*, e a responsabilidade de realizá-lo é dos profissionais que tripulam a ambulância no dia. O *check-list* deve ser realizado diariamente, preferencialmente, a cada início de plantão, os materiais faltantes devem ser repostos, de modo a deixar a unidade pronta para atendimento.

A princípio, como todo o trabalho no SAMU ocorre de forma coletiva, e o *check-list* é responsabilidade da equipe, o mesmo deveria ser dividido de forma igualitária entre os membros. No entanto, os enfermeiros reclamaram da sobrecarga durante a execução desta atividade, uma vez que o profissional médico fica responsável apenas pela mochila de vias aéreas e o condutor pelo material de trauma e oxigênio, os demais materiais ficam sobre a responsabilidade do enfermeiro, que classificaram a divisão de tarefas como injusta.

Deveria ser mais divididinho e todo mundo participar da reposição das coisas. Eu não vou atrás de ninguém, eu prefiro que eu faça o serviço, que eu vá lá e reponha e tenho a certeza que foi repostos. Ou você fica esperando que alguém faça de qualquer forma e fique mal feito. Então, eu já tomei isso para mim. Eu sei que não deveria ser assim, mas, o serviço acaba levando a gente a agir dessa forma (IOLANDA).

A principal dificuldade que eu acho e não sei se está relacionada à categoria ou vínculo com o serviço, mas percebo uma carga de atribuição ao enfermeiro, que não é dada a nenhum outro profissional. Uma carga de cobranças com o enfermeiro, não que não devam existir cobranças, mas que existe de uma forma muito mais explícita, muito mais descaracterizada sobre o enfermeiro. O enfermeiro que checa, enfermeiro que coordena, enfermeiro que supervisiona, o enfermeiro, que é responsável pelo celular, por registro de temperatura. O enfermeiro que é responsável por fazer uma ocorrência.

São condições que algumas delas são sim, atribuições do enfermeiro, mas que poderiam ser realizado por outros profissionais, mas que na verdade não existe. Então, o que eu sinto maior dificuldade ou desmotivação maior é o tanto de atribuição que é atribuído ao enfermeiro e cansa ao enfermeiro. E algumas categorias não são tão cobradas, tão atribuídas como nós (JANDIRA).

A enfermeira Jandira relata, ainda, que a sobrecarga que experimenta na execução de suas atividades laborais está relacionada à acumulação de atividades assistenciais e administrativas, sendo os registros em impressos de controle do serviço um fator importante que precisam ser revisto.

Vai todo mundo descansar e você fica ali registrando. Eu particularmente não deixo para (o outro dia) de manhã porque é muito pior. De manhã eu quero ir embora e eu não vou ficar lá registrando nada. Vê o povo roncando lá, indo dormir e eu lá sozinha escrevendo, registrando, deixando tudo arrumadinho. E repondo, né? Às vezes, eu nem levo lá na ambulância, deixo lá separado para de manhã eu ir lá e colocar tudo no lugar, do que deixar tudinho pra manhã. [...] o pessoal não tem outras atribuições. Só tem que fazer a evolução deles e ainda temos que as vezes ficar atrás deles para fazer registro de receituário. Ainda registro: “foram utilizados tais medicações em tal ocorrência”, então termina que tudo recai sobre a gente e a gente pela responsabilidade mesmo de querer que as coisas não fiquem soltas, vai lá e faz (IOLANDA).

O relato da enfermeira Iolanda nos faz refletir sobre o tempo destinado ao descanso dos enfermeiros, tendo em vista o acúmulo de atribuições (assistenciais e administrativas), este profissional possui menor tempo de repouso em relação aos demais componentes da equipe de intervenção.

Observa-se uma diferença entre a atividade prescrita e a real do enfermeiro, levando o mesmo executar atividades que são invisíveis em termos de reconhecimento, porém com grande exposição ocupacional ao risco biológico: manipulação e retirada de resíduos gerados no atendimento, descarte e lacre de caixa contendo material perfurocortante e segregação de materiais reprocessados, contendo inclusive material biológico, num contexto de bases descentralizadas desprovidas de expurgo ou meio exaustor.

Iolanda informa ainda que foi criado como mecanismo de controle de recursos, a tarefa de postagem no grupo do aplicativo whatsapp sob responsabilidade dos médicos de

alguns itens: funcionamento de monitores, ventiladores, laringoscópio e quantitativo de psicotrópico, no entanto, reclama que este fato aumentou a demanda do profissional enfermeiro, ao passo que ao invés de conferir tais itens na unidade, o médico demanda a resposta do enfermeiro, fazendo apenas a postagem digital.

A gente senta para registrar o check-list, a gente senta para registrar o livro de ocorrência, o que falta e o que não falta. Inclusive, tem um check-list lá dos médicos que eles tem que mandar para o grupo lá deles e eles vem perguntar para gente o que tem, né? Porque ninguém vai lá olhar psicotrópico, quem olha é a gente. E aí, tá faltando alguma coisa? Mas, quem olhou foi a gente e a gente registra de novo. Então, todos os registros somos nós que fazemos. Inclusive, toda a atribuição do que vai fazer na ambulância, o que vai acontecer, a maior parte das coisas são direcionadas ao enfermeiro (IOLANDA).

O estudo de Worm *et al.* (2016), corroboram para os achados desta pesquisa no que diz respeito a desigualdade na distribuição de tarefas entre os profissionais no SAMU. Já Resck e Gomes (2008, p. 02) tenta justificar o fato pelo modelo de formação acadêmica dos profissionais de saúde de uma forma geral, voltada para o modelo biomédico, “colaborando para a alienação, que valoriza o trabalho do médico, desvinculada da ideia do trabalho coletivo”.

### 2.3.1.2 Dimensionamento de recurso insuficiente

O dimensionamento de unidades para atender um determinado território leva em consideração dentre outros fatores o quantitativo populacional, sendo previsto 01 unidade de suporte avançado para cada 400.000 a 450.000 pessoas (BRASIL, 2003, Portaria 1864).

O estudo epidemiológico do território deve embasar a alocação de recursos, garantindo o melhor tempo-resposta e distribuindo as atividades entre as equipes de forma mais equânime possível, evitando a sobrecarga.

Acho que seja uma questão, um ponto muito frágil, precisa ser tocado com certa delicadeza, a gente precisa falar disso, a pensar sobre isso. Porque a gente sabe que algumas unidades são sobrecarregadas, a [unidade de suporte avançado] 10, 40, 05, isso provoca alterações na saúde das pessoas que estão nessas unidades (CÉLIA).

Tendo em vista uma população de aproximadamente 03 milhões de habitantes, Salvador atende a cobertura populacional relacionada ao quantitativo previsto para as USAs na cidade, 08 no total.

No entanto, a constatação da enfermeira Célia é confirmada por dados estatísticos do SAMU de Salvador, disponibilizado pelo Núcleo de Tecnologia e Informação (NTI) para consulta. No período entre junho de 2016 e maio de 2018, do total de 08 unidades de suporte avançado, apenas 03 unidades: VIR05, PM40 e CN10 foram as responsáveis pelo atendimento de aproximadamente 46,4% do total de ocorrências. Chamando atenção para a necessidade de revisão da regionalização das bases descentralizadas.

Ainda como fator de sobrecarga, os enfermeiros apontaram a quantidade insuficiente de unidades ativadas por déficit de profissionais da intervenção, sendo ainda citado como um dos motivos os atestados médicos, o que gera aumento de demanda para as unidades que se encontram ativadas, refletindo nas relações interpessoais e psíquicas dos profissionais da intervenção.

O aumento da demanda de atendimento em situações de festas na cidade, quando não são previstas unidades móveis extras e nos protocolos de atendimento também foram relacionados à sobrecarga.

Às vezes falta médico, às vezes falta enfermeiro; então, por uma série de questões estruturais, tem dias sim que a equipe se sente sobrecarregada e aí, a gente começa a descarregar certas energias, certas adrenalinas em pessoas que não tem nada a ver, por exemplo: enfermeiro regulador, chefe de plantão, o próprio paciente, pois tem dias que a gente não aguenta de tanta pressão, de tanta sobrecarga. Assim, não é o habitual do SAMU (CÉLIA).

Eu acredito que as equipes estão sobrecarregadas. A quantidade de avançadas não tá dando conta, até porque teve uma mudança no grupo com relação às ocorrências vermelhas. Porque antes nem todas as ocorrências, que agora são, era padronizadas para envio de avançada. Antes não era, iria uma básica e se fosse necessário, iria uma avançada. Hoje, a maioria das ocorrências já vem como vermelha e direcionada para avançada. Acho que

isso tem sobrecarregado as equipes, porque mudou o número de ocorrência, mas não aumentou o número de avançadas (GLÓRIA).

Andrade e Júnior (2014, p.03) caracterizam a repercussão clínica quando o trabalhador da área da saúde é submetido a grande carga de estresse durante a execução de suas atividades:

Sentem-se tensos e cansados durante o trabalho, realizam suas tarefas com menos precisão, apresentam capacidade de produção diminuída e alto índice de absenteísmo, adoecem com frequência, mostram-se ansiosos, depressivos, desatentos, desmotivados e pouco realizados.

### 2.3.1.3 Transporte manual de carga

O transporte manual de carga também foi citado como fator de sobrecarga para os profissionais. Considerando que os profissionais enfermeiros são majoritariamente do sexo feminino, observa-se que não há adaptação da carga a este fator conforme recomendado pela norma regulamentadora nº 17 (NR-17). Inclusive, a mochila de medicamentos, que é de responsabilidade do enfermeiro é a mais pesada de todas.

Outros fatores foram apontados relacionados ao transporte manual de carga, tendo em vista a característica do serviço, a mobilidade. Então, é demandado do profissional da intervenção carregar vários materiais para o atendimento em *locus*. Considerando a geografia da cidade, onde a acessibilidade das ambulâncias é reduzida, nos becos e vielas, o tempo de exposição à carga manual pode tornar-se maior.

Temos os riscos ergonômicos, a gente tem que carregar mochilas pesadas, equipamentos pesados; a gente atende em locais não adequados, locais pequenos, locais confinados (CELINA).

Tem os riscos ocupacionais: ergonômicos, por causa do peso que a gente carrega mochilas muito pesadas, macas, pois temos que ficar puxando peso nas unidades fixas, a gente não recebe ajuda dos maqueiros, a gente tem que ficar levando o paciente para realizar os exames complementares, ficamos

pra lá e pra cá, a maca às vezes não é da unidade e a gente tem que ficar dando um jeitinho na ambulância para travar dentro da ambulância. Isso acaba prejudicando a coluna dos profissionais. A maioria dos atestados do SAMU é por conta de problemas na coluna (GLÓRIA).

Há 300 anos, Ramazzini (2016, p.190-2) já descrevia o impacto do transporte manual de carga ao falar da doença dos carregadores, relacionando-os a causas de doenças osteomusculares, pulmonares e varizes:

De transportarem grandes pesos sobre os ombros, contraem distúrbios mórbidos que se tornam geralmente graves; como têm de fazer força com os músculos, especialmente com os do tórax e os do abdômen, necessitam conter o ar e o ânimo, não sendo raro que se rompam vasos do peito. Efetivamente quando esses carregadores levam, a princípio, o fardo ao ombro, aspiram grande quantidade de ar, porém depois expiram pouco; debilitam-se, então, em demasia, as cavidades pulmonares e, em razão da compressão, os vasos pneumônicos que recebem e transportam o sangue não realizam essa função devidamente, não se devendo tampouco estranhar que os vasos sanguíneos, bastante distendidos, rompam-se com facilidade. [...] Também se formam neles grandes varizes nas pernas, porque se retarda demasiado o movimento ascendente do sangue, por estarem os músculos das pernas e das coxas distendidos em demasia, e por influir a dilatação nas válvulas das veias. Com o andar dos tempos, todos se apresentam gibosos, dobram-se para a frente as vértebras dorsais, habituando-se a permanecerem nessa posição. Ainda que não entenda de leis de mecânica, a natureza encarregou-se de ensinar-lhes que é mais cômodo levar pesos sobre os ombros com o peito encurvado do que com o corpo retesado. [...] O peso colocado sobre o ombro do carregador se adapta a um lugar curvo e, além de apoiar-se sobre uma parte mais robusta, carrega também sobre maior superfície corporal, que se esse corpo do carregador estivesse em posição retilínea; quer o volume pesado seja sólido, como a madeira, quer seja flexível, como um saco de trigo, por tal causa os carregadores se encurvam imediatamente para a frente, com as nádegas salientes para trás, de maneira que, na linha de direção se mantenha o centro de gravidade.

Com a finalidade de realizar um breve levantamento sobre a demanda de carga manual, realizou-se a pesagem de alguns itens móveis da ambulância, cuja utilização é comum nos atendimentos fora da unidade móvel avançada, caracterizando a necessidade de deslocamento levando os itens:

Material	Peso
Mochila de medicamentos	7,900 kg
Mochila de Vias Aéreas Adulto	7,600 Kg
Mochila de Vias Aéreas Pediátrica	5,000 Kg
Mochila de Procedimento	4,100 Kg
Mochila de Sinais vitais	2,600 kg
Mochila de Trauma	7,400 kg
Torpedo de oxigênio de Ferro* <sup>1</sup>	13,400 Kg
Mochila TIME - KIT Trombólise	1,900 Kg
Desfibrilador externo automático (DEA)	3,200 Kg
Bomba de Infusão	2,200 Kg
Monitor e adereços	9,200 Kg
Só o monitor	7,600Kg

Fig. 01- Peso dos materiais móveis mais utilizados no SAMU de Salvador.

Sousa, Souza e Costa (2014) tratam sobre o levantamento do peso das vítimas para coloca-la na maca, no momento em que precisam colocar na ambulância ou transportá-las de uma maca para outra no atendimento intra-hospitalar, descrevendo que, neste momento, o profissional assume postura corporal inadequada, sendo comuns os problemas osteomusculares como dor lombar e em membros inferiores.

Para diminuir a exposição dos profissionais ao risco ergonômico na manipulação manual de carga no deslocamento dos materiais até o local onde se encontra o paciente, a enfermeira Regina sugere a aquisição de carrinhos de transporte com roda tripla, adequado, também, às situações de deslocamento com desnível, compatível com a geografia dos locais de atendimento ou mochilas com rodinhas.

Como medida de minimização de exposição ocupacional ao risco ergonômico na manipulação de carga durante o ato de transporte de paciente, a necessidade de ações preventivas de doenças osteomusculares em profissionais que laboram em unidades móveis de saúde e tendo em vista o custo elevado dos meios adaptados, sugere-se para uma ação a longo prazo, a substituição paulatina das macas convencionais por macas hidráulicas para as unidades móveis, o que ocasionaria além da redução da exposição ocupacional relacionada ao transporte de carga na movimentação do paciente, possibilitaria o ajuste de altura para a realização de procedimentos, tornando a tarefa ergonomicamente mais adaptada.

Ainda com relação ao mecanismo de enfrentamento para o aspecto sobrecarga de trabalho, a enfermeira Esmeralda relata que projeta antes da sua chegada ao plantão, as piores

condições de trabalho, segundo ela, isso favorece na aceitação das condições de trabalho que lhe são impostas na realidade.

Eu saio de casa pensando como se o plantão fosse pra mim um dos piores, porque o que vier é lucro. Porque se eu saio para o plantão pensando: “ah, eu quero que o plantão seja tranquilo, que não tivesse nada” [...] Mas, quando você pensa assim, subestima uma ocorrência ou subestima o seu plantão, eu acho que isso é muito ruim, eu acho isso complicado demais, e tem muitos colegas da gente que subestima. No meu plantão eu sempre penso, não é querendo o pior, é me preparar para o pior (ESMERALDA).

#### 2.3.1.4 Pausa: Horário de QRF, higienização e descanso

Apesar do vínculo estatutário, os enfermeiros do SAMU de Salvador são regidos pela consolidação das leis trabalhistas (CLT) no que rege a pausa para descanso e alimentação, tendo em vista ausência de abordagem de tal tema em regimento próprio.

Trata-se de uma medida de higiene, saúde e segurança para o trabalhador, considerando uma carga horária de 8h/diária, sendo a decisão respaldada no dever estatal de garantir higidez física e psicossocial durante a jornada laboral:

**Art. 71. Em qualquer trabalho contínuo, cuja duração exceda de seis horas, é obrigatória a concessão de um intervalo para repouso ou alimentação, o qual será, no mínimo, de uma hora (GRIFO NOSSO) e, salvo acordo escrito ou convenção coletiva em contrário, não poderá exceder de duas horas (BRASIL, 1943).**

Os enfermeiros do SAMU de Salvador laboram com carga horária especial de 24h contínua por semana. Informaram que apesar de ser lei, não possuem resguardado o direito de pausa para alimentação e descanso durante a jornada laboral, sendo constantemente interrompidos para realização de atendimento.



A gente não tem um horário resguardado para descanso. A gente fica disponível nas bases para as ocorrências, e quando tem um chamado, a gente tem que ir, independente do horário, independentemente do número de ocorrências feitas, enquanto tiver solicitação, a gente tem que estar disponível. Para a alimentação, a gente, tem a hora do almoço e hora pro jantar, a gente solicita autorização para alimentação, solicita autorização para compra da comida e quando a gente chega na base, autorização para alimentação. No horário no almoço, a gente tem 40 min e à noite, como o horário da alimentação é junto com o horário de banho, o tempo é um pouco maior. Não sei te dizer exatamente quanto tempo é. Mas, o que acontece é que esse horário que a gente pede para comida, alimentação, que deveria ficar desativada, é recorrente a interrupção da alimentação por acionamento para ir para ocorrência (CELINA).

QRF é pedido, a gente faz o pedido pelo celular ou pelo rádio, eu particularmente, eu faço o pedido ao enfermeiro regulador para liberação do QRF. [...] E, muitas vezes a gente pede já sabendo da possibilidade de ser interrompido, e o que tem acontecido muitas vezes, da gente ser interrompido no QRF, a gente tá comendo e interromper. Muitas vezes, a gente é interrompido por algo que nem é.. pode-se dizer grave. Aí, a gente vê que não tem um critério tão seguro para interromper o QRF, parece que a gente pede por pedir. Essa é a sensação que a gente tem. A qualquer momento, você está comendo lá e vai ser sorte se você conseguir terminar o QRF. A higienização da mesma forma, é pedido QRF e Higienização junto, durante à noite. E descanso é quando puder descansar, quando não tiver ocorrência (sorrir). Muitas vezes, quando está puxado, a gente não entende porque algumas unidades são colocadas, é.. não são acionadas, na madrugada por exemplo, que não tem trânsito nenhum e aí, sobrecarrega uma unidade. Ao invés de chamar àquela que sabe que está mais descansada, enfim. O descanso é se puder, se não tiver ocorrência, você descansa; se tiver ocorrência, você não descansa (IOLANDA).

QRF é um código na linguagem de rádio que significa pausa para refeição. No SAMU de Salvador a solicitação é realizada duas vezes durante as 24h, via rádio, ligação para a central de regulação ou *App Telegram* para o enfermeiro regulador ou rádio operador. O segundo pedido, à noite, vem acompanhado da liberação da equipe para higienização pessoal.

Apesar de ser algo estabelecido na lei e no serviço, todos os enfermeiros que participaram desta pesquisa afirmaram que o momento para refeição e higienização da equipe não são respeitados e são constantemente interrompidos. A falta de garantias resguardando este momento fazem com quem os enfermeiros comam muito rápido, interferindo desta forma no processo de alimentação pessoal.

As enfermeiras Celina e Iolanda pontuaram que o tempo destinado à refeição é de apenas 40 minutos, desta forma um tempo inferior ao previsto na CLT, caracterizando o ato como ilegal.

O trabalho durante o horário de almoço, que são caracterizadas pelas interrupções realizadas pela central de regulação, são horas extras trabalhadas, sendo assim o profissional tem direito a remuneração sobre tal fato. No entanto, isso não ocorre na realidade.

Art. 71. § 4º. Quando o intervalo para repouso e alimentação, previsto neste artigo, não for concedido pelo empregador, este ficará obrigado a remunerar o período correspondente com um acréscimo de no mínimo cinquenta por cento sobre o valor da remuneração da hora normal de trabalho (BRASIL, 1943).

As interrupções dos intervalos para almoço e higienização das equipes são realizadas para atender ocorrências de modo a garantir um melhor tempo resposta, uma missão do serviço, ou seja, algo previsto, característico ao SAMU, não é algo extraordinário, apesar de ser um serviço essencial.

O serviço tenta viabilizar momentos para atendimento de necessidades humanas básicas, como hidratação, eliminações, refeição dos profissionais da intervenção. Tendo um protocolo de substituir equipe em mais de 04h seguidas de ocorrência. No entanto, isso não garante que a equipe não seja acionada para outro atendimento neste mesmo momento, nem que sempre existirá a viabilidade de substituição.

E algumas vezes, também, você não consegue substituição da equipe. Porque no caso, nós enfermeiros, tripulamos as unidades avançadas, [...] acontece de todas as 08 unidades estarem em ocorrência e aí, não tem outra unidade para poder te substituir. [...] Muitas vezes emenda uma ocorrência na outra. A gente não está fora da base há 4h, a gente está fora da base há 4h com aquela ocorrência. Muitas vezes os profissionais já vem de outra ocorrência, então, a gente conta também com a compreensão da central de regulação (CELINA).

Desta forma, cabe à gestão prover meios de garantir ao trabalhador o direito a pausa para refeição. Como sugestão, este estudo traz a liberação de uma USA por vez em cada área; deslocamento de unidade para regiões mais centrais em determinados horários para garantir o tempo resposta em regiões que apresentem maior demanda de atendimento, baseado em estudo epidemiológico; formação de uma equipe com profissionais da central de regulação para atender ocorrências extraordinárias, uma vez que todos possuem capacitação para atuarem na intervenção.

Uma vez esgotada todas as possibilidades de atendimento sem a necessidade de interrupção ao direito de pausa do trabalhador, este deve ser remunerado pelo serviço extra.

A higienização da equipe é outro problema enfrentado pela equipe da intervenção, uma vez que por problemas estruturais das bases, a maioria possui apenas 01 banheiro. Associado a este fator, o tempo destinado para higienização da equipe é o mesmo para todas as unidades, independente do número de tripulantes. Tendo em vista que a USA possui maior número de tripulantes, utilizando-se o critério da justiça e equidade, esperava-se que o tempo destinado à equipe da USA fosse maior.

A parte da higienização da minha equipe na base é sempre um problema, porque como temos 04 unidades e um banheiro só, 05 unidades com a moto e um banheiro só, 01 chuveiro só, 01 local só; então, quando você tem 3 unidades na base, você não pode pedir, não dá tempo todo mundo usar. Um tempo muito curto mesmo. Fora o tempo de descanso mesmo, descanso fisiológico, ele acaba não existindo nas 24h. Você está sempre sobressaltado (VERÔNICA).

Não há esse descanso, a central de regulação negligencia na verdade essa variável importante para a saúde dos trabalhadores da intervenção: QRF, higienização, descanso. Eu acho que a gente passou da hora de pensar nessas questões. Mas, ainda, não tivemos condições de falar nisso, tocar nisso (CÉLIA).

A enfermeira Célia reconhece a importância do descanso para a saúde do trabalhador, a negligência do direito no SAMU de Salvador, mas relata a falta de oportunidade de discussão do tema no serviço.

Essa questão de não ter resguardado seu tempo de almoço, de você amanhecer e ter passado o tempo todinho trabalhando, almoçar fora de hora, sair com a barriga cheia, você não ter tempo para respirar, amanhecer, ver o dia amanhecendo e você sair um bagaço. E você ver que ele te sobrecarregou. Se fossem todas as [ocorrências] dentro do perfil do serviço, mas muitas não eram nem para ter saído unidade da base (IOLANDA).

Já a enfermeira Iolanda retrata o desgaste físico e mental sofrido pelo enfermeiro da intervenção, quando não tem resguardado o seu momento de descanso. O mesmo sai em exaustão.

Worm *et al.* (2016) reafirma o sono como uma necessidade fisiológica indispensável para o bom desempenho do profissional, ligadas a funções vitais e meio de recuperação física e mental do trabalhador. Sendo a sua ausência relacionada a cansaço excessivo e insatisfação com o trabalho.

O trabalho de turno, noturno, por si só já é considerado um risco ocupacional, associado a precárias condições de trabalho e negligência a direitos básicos, tais como refeição, higiene e repouso, tende a aumentar os agravos ocupacionais.

Sousa, Souza e Costa (2014, p. 06), informam que:

A tentativa de sincronizar o sono diurno com o ritmo biológico pode causar distúrbios neuropsíquicos, cardiovasculares e gastrintestinais. Após o trabalho noturno, o sono diurno se fragmenta, devido às tarefas indispensáveis no âmbito familiar e social. Os vários empregos e/ou escalas extras acarretam prejuízos no convívio social, familiar e causam um sentimento de vazio, fragilização dos laços afetivos e sacrifício dos momentos de lazer.

Barboza, *et al.* (2008, p.02) consideram que o “processo do trabalho noturno possa acarretar problemas fisiológicos, sociais e de adaptação dos profissionais de Enfermagem e, que isso possa contribuir para situações de imprudência e negligência”, com impacto no plantão e no pós-plantão.

O trabalho noturno está relacionado a problemas no ritmo de vida com alterações fisiológicas e de convivência social. É frequente a inquietação após o término do horário de trabalho, principalmente a má qualidade do sono.

Assim, o pós-plantão, o nosso humor é alterado, o nosso descanso é difícil. Por mais que você descanse, eu passo o dia do plantão, passo o dia após o plantão e no outro dia ainda me sinto cansado às vezes. Por um plantão que foi difícil emocionalmente ou fisicamente. Uma coisa que é interessante, o toque do celular. Do aparelho que a gente usa para receber as notificações de ocorrências. A gente cria raiva do toque, a gente não consegue ouvir em outro lugar. “Hello moto!”, mas nunca na minha vida. Então, assim, o toque que utilizamos hoje, se toca em algum outro lugar, desperta uma tensão, dá um susto assim. Aí, eu: “oxe, eu tô em outro lugar (rir)”. Então, quando toca em qualquer lugar o toque que utilizamos atualmente no serviço, dá um estalo assim, a gente toma um susto (TÚLIO).

O toque do celular da unidade móvel é um estímulo, que caracteriza uma demanda do serviço para atendimento com brevidade. Diante da fala do enfermeiro Túlio, é um fator estressor.

A enfermeira Esmeralda relata que no nordeste já existe serviços do SAMU que reconhece a importância do descanso para o profissional do APH, oferecendo um período de 03h para tal.

Então, quando pede o QRF, tá concomitante a higienização. E a questão do descanso, depende da demanda do serviço. Por exemplo, aqui [...], tem um descanso de 3h, independente, abaixa a ambulância para descanso. Eu acho que não deveria, deveria ser como no SAMU de Salvador, deveria não ter horário. Porque se seu plantão é de 24h, você tem que ficar desposto 24h, não tem porque parar para o descanso. Como te falei, o descanso é por demanda, se o plantão está tranquilo, você descansa. Mas, se o plantão está corrido e tem ocorrência, não tem porque você ir descansar. Até porque o serviço, te dar isso. É um plantão a cada 6 dias. Então, você se prepara para o plantão de 24h (ESMERALDA).

Então, assim, eu tenho que repor minha energia, eu não sou uma máquina. “Ah, é 24h, você sabia disso”. Sim, pode ser 6h, tem ocorrência de 2h de duração que você está acabado depois. Tem ocorrência que te acaba emocionalmente em uma só. Eu tenho uma questão com criança, quando eu atendo criança, eu fico muito abalada, isso me abala emocionalmente. Mesmo que não atrapalhe meu atendimento, depois eu fico pensando na criança, na inocência da criança, de que ela não plantou para colher aquilo ali (VERÔNICA).

Apesar de relatar sobre a importância do descanso e o impacto na saúde do trabalhador ao longo da entrevista, a enfermeira Esmeralda pontualmente equipara o trabalhador a uma máquina, que pode funcionar 24h sem descanso, uma visão capitalista do processo, indo de

encontro a teoria das necessidades humanas básicas. Sendo o oposto da visão da enfermeira Verônica sobre o processo.

Tendo em vista que existe um incômodo relacionado à falta de garantias para o descanso no SAMU de Salvador e um discurso contraditório, ao defender um trabalho contínuo por até 24h sem pausas, buscou-se compreender o sentido de tal argumentação.

De acordo com os achados de Gutierrez e Ciampone (2016, p.05), o discurso da enfermeira Esmeralda pode ser compreendido como uma estratégia de defesa conhecida como sublimação, “favorecendo uma lógica de alienação no atendimento apenas dos desejos do outro, negando o cuidado de si”.

#### 2.3.1.5 Falta de apoio social da gestão

O apoio social é reconhecido como um importante fator para enfrentamento de problemas provenientes da organização do trabalho. É um modo de demonstrar ao trabalhador sua importância no processo e que os pares e gestão se preocupam com a sua demanda, um meio de sentir-se acolhidos e valorizados.

Dal Pai *et al.* (2015) cita um estudo da Noruega (STERUD *et al.*, 2008), onde os estressores encontrados foram: atendimentos críticos, falta de apoio dos colegas e falta de apoio após a exposição a evento crítico.

Andrade e Júnior (2014, p. 03) relatam sobre a teoria de organização do trabalho e o produto da relação demanda-controle proposta por Karasek:

Karasek propôs uma teoria envolvendo dois aspectos, tendo como foco o modo de organização do trabalho: as *demandas* seriam as pressões psicológicas que o trabalho exerce sobre o indivíduo e o *controle* consistiria na capacidade do indivíduo de empregar seus recursos intelectuais para exercer seu trabalho e ter autoridade para decidir como realizá-lo. A esse modelo bidimensional idealizado por Karasek, Johnson acrescentou, em 1988, um terceiro aspecto: o *apoio social* no ambiente de trabalho, consistindo na qualidade das relações travadas pelo indivíduo com seu(s) chefe(s) e colegas de trabalho. Também esse aspecto foi incluído no questionário formulado por Theorell e em sua tradução para a língua portuguesa.

Os enfermeiros relataram descontentamento sobre a relação trabalhador/gestão, informando existir um processo verticalizado de administração, onde o que importa é o andamento do processo, independente das condições de trabalho.

Nossa equipe já se envolveu em um acidente e ao invés de apoio, apareceu mais trabalho. Resolver problemas administrativos, né? Ir no IML [Instituto Médico Legal], depois do IML ir no órgão de trânsito, e registrar queixa e ainda ir para frota trocar o carro, e ainda ouvir piadas ou questionamentos: “você sinalizou correto a via condutor?”. Inicialmente, você é muito criticado por ter sido exposto porque na verdade é colocado que os riscos são minimizados se você seguir o protocolo, né? Mas, o protocolo foi seguido. E mesmo seguindo o protocolo, o que foi dito: “você fez certo?”. Se falasse, “olhe colega, eu me compadeço dessa situação, vou te dar um apoio aqui, para que você possa ter um descanso”. Ou saber que aquela ocorrência deixou a equipe abalada emocionalmente e que não vai conseguir ser a mesma pessoa atendendo. Então, eu não me lembro de nenhuma postura, no momento, que onde a coisa é mais grave. Depois, pode até acontecer da pessoa ser encaminhada ao serviço de psicologia, um apoio seja lá qual for. No momento, eu não vejo algo assim. Eu vejo mais dos colegas. Dos colegas que estão expostos aos mesmos riscos se colocar no lugar do outro, se perceber e dar esse apoio emocional. Agora, dos setores que você tem que trabalhar e depois disso ter que continuar o trabalho, eu não vejo isso (TÚLIO).

O enfermeiro Túlio chama atenção para a cultura de culpabilização do profissional pelos acidentes, sem levar em consideração o contexto que ocasionou o fato, o que contribuiria na construção de medidas preventivas. Informa não existir um fluxo para apoio psicológico após exposição a eventos críticos e que os apoios surgem exclusivamente entre os pares, que compartilham das mesmas condições de trabalho.

Os achados de Miorin *et al.* (2016, p.59) convergem com os deste estudo. A falta de apoio da gestão gerou como estratégia de enfrentamento o diálogo entre a equipe na luta contra as situações geradoras de sofrimento. “O diálogo oportuniza a compreensão mútua sobre os sentimentos vivenciados. Assim, essa verbalização, expressão dos sentimentos e ‘desabafo’, gera alívio, diminuindo a tensão gerada pelo sofrimento vivenciado”.

Um tapinha nas costas... “oh, passou, passou. Você tem 5 dias para se recompor” (período de descanso entre um plantão e outro). A gente vai lá

para o casulo e fica renovando... As pessoas não se encorajam em relatar, pois muitas vezes elas sabem que não terão resposta (TÚLIO).

As relações interpessoais podem levar a satisfação se cada profissional desenvolver planejamento participativo e a tomada de decisão. (WORM, *et al.*, 2016). No entanto, Melo, Barboza e Souza (2011, p.07) apontam que as políticas institucionais podem ser fontes de insatisfação e revolta ao relatar sobre a “gestão vertical da coordenação de enfermagem, sistema de benefícios, supervisão técnica e pessoal, relações conflituosas em diferentes níveis hierárquicos”.

Enquanto sugestão de melhorias os enfermeiros pediram a aproximação da gestão com a equipe da intervenção, além do retorno das questões demandadas por meios oficiais.

Eu acredito que, talvez um passeio, digamos assim, uma vivência de gestão, dentro das bases, dos nossos setores de vivências; ou relacionado mesmo de repente em se envolver em ocorrências, em situações com os profissionais, talvez permitam ter uma noção maior por parte da gestão pelos problemas que a gente enfrenta e buscar com os profissionais mesmo, discutir as possíveis soluções. Às vezes a questão é o gestor não vivenciar o que a ponta vivencia, e a ponta não vivenciar o que o gestor vivencia; a ponta muitas vezes critica os gestores e não propõe soluções, torna difícil a comunicação. Então, eu acredito que uma melhor interface entre essas duas partes, passam por medidas, por uma comunicação melhor, soluções e tratamento dos problemas do serviço. Acredito que o problema na comunicação de vivência mesmo direta, entre todos os envolvidos, possa melhorar. Talvez, um rodizio de intervencionistas na parte da gestão, assim como a gestão envolvida na situação da intervenção, acho que aí, dá para levantar algumas situações (JANDIRA).

Existe a comunicação no sentido da coordenação, as CIs, ou até mesmo uma conversa direta com o coordenador, de alguns problemas. O meio oficial venha realmente ser a CI, os e-mails. Porém, assim, isso é muito de cada profissional e dos problemas também, que são apresentados. Alguns profissionais preferem apresentar os problemas através de alguns canais como, por exemplo: *whatsapp*. Eu acredito que não seja o mais adequado para a solução de problemas. Os canais oficiais, eles são outros. Não que não possa ser utilizados numa situação de questão emergencial, acredito que os canais oficiais, eles são outros e são disponíveis. A questão do retorno, das soluções, das respostas, aí já são outras situações, mas o acesso à comunicação é possível sim (JANDIRA).



Tendo em vista, que a maioria das comunicações realizadas pelos enfermeiros dizem respeito a algo de abrangência coletiva, sugere-se um quadro de gestão à vista com atualização mensal, contendo a demanda do grupo, o status e as medidas de resolução proposta pela gestão, um *feedback*, com envio de cópia para as bases, tendo em vista o modelo de administração descentralizada e esta uma estratégia de aproximação da gestão para com os profissionais da intervenção.

Pois, foi constatado durante a realização deste estudo que muitos conflitos resultam da falta de retorno oficial por parte da gestão sobre as demandas da intervenção, apesar de muitas vezes, os encaminhamentos serem realizados, mas o desconhecimento disto gera um estresse ao profissional da intervenção que se sente desvalorizado.

#### 2.3.1.6 Reconhecimento da competência técnico-científica do enfermeiro

É reconhecida a necessidade e importância da atualização técnica-científica dos profissionais da área da saúde, principalmente nos setores de urgência e emergência onde os agravos simbolizam o risco iminente de morte, sendo solicitado dos profissionais condutas imediatas na tentativa de obter um desfecho favorável.

No contexto de um serviço estritamente de urgência e emergência, estas ações devem ser padronizadas e respaldadas em conhecimentos científicos consolidados: protocolos e consensos da comunidade científica. Porém, como qualquer área do conhecimento, os achados não se esgotam e a todo tempo sugerem mudanças, mesmo porque a vida cotidiana muda e as condições de trabalho e tecnologias também não são estáticas.

Diante deste contexto, surge a necessidade do estímulo contínuo da atualização profissional dos trabalhadores da saúde e ao empregador sua coparticipação nesta etapa, promovendo meios que garantam efetivamente a construção do conhecimento e o aproveitamento do mesmo para o serviço.

Com a meta de atender esta necessidade no SAMU, a portaria MS 2048/2002, prever a criação do Núcleo de Educação em Urgência:

Com o objetivo de estimular a criação de estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços e estabelecer o nexo entre trabalho e educação, de forma a resgatar o processo de capacitação e educação continuada para o desenvolvimento dos serviços e geração de impacto em saúde dentro de cada nível de atenção e ainda de propor currículos mínimos de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências, em face dos inúmeros conteúdos programáticos e cargas horárias existentes no país e que não garantem a qualidade do aprendizado.

No SAMU de Salvador, o setor responsável pela parte de educação no serviço é o Núcleo de Educação Permanente (NEP), que gerencia os cursos da rede municipal de Urgências e Emergências (UPAs, PAs e SAMU), além de expansão para a educação da população geral, através do projeto Bate Coração, SAMU nas escolas e SAMU solidário.

Os enfermeiros do SAMU de Salvador reconheceram a competência técnica e científica dos profissionais que laboram com a educação permanente no serviço, além da pertinência da grade de cursos.

Eu vejo o NEP do SAMU Salvador muito mais ativo do que dos outros lugares que eu já passei (ESMERALDA).

Eu acho o serviço do NEP, um serviço bem feito, que os profissionais são super dedicados, eles fazem o que realmente gostam. Mas, eu acho que eles poderiam ver alguma ferramenta, alguma coisa que estimulasse, [...]. Eu acho que não é só você fazer uma escala, uma programação de curso e divulgar. Acho que teria que pensar em alguma ferramenta que estimulasse esse profissional a estar se atualizando sempre (CELINA).

No entanto, criticaram a falta de adaptação dos cursos para a realidade do serviço, uma vez que muitos são consensos internacionais, que não atende às condições de trabalho real; a grade de cursos fechada, com repetição cíclica dos temas, que tem desmotivado a participação dos profissionais, uma vez que ao realizarem uma vez o curso e lidarem diretamente com a situação na rotina, sente-se desmotivados a participar novamente, uma vez que não há mudança significativa na execução das tarefas, que justificassem rever a abordagem teórico-prática.

O NEP ele foi um local, uma parte do SAMU, importante pra mim quando eu entrei no SAMU, para me situar em questões de dispositivos, quando usá-los, como usá-los; só que chega um momento, chega uma hora, que não precisamos de um conhecimento tão superficial, chega uma hora que precisamos aprofundar os conhecimentos, não existe essa reciclagem ao longo do tempo no NEP, são cursos pontuais. [...] Então, minha crítica ao NEP do SAMU é essa, precisa de atualizações com relação às coisas novas. [...] O NEP é uma coisa muito tradicional, uma coisa estante no formato de aulas. Acho que poderia tentar emergir e trazer coisas da rua, situações da rua, problematiza-las, quando o NEP não conseguir encontrar resposta para essas questões, como violência, questão mental da saúde do trabalhador, a gente poder problematizar junto à gestão, buscando alternativas para solucionar o problema. Então, o poder do NEP nesse sentido é muito grande e valioso, mas que se encontram desperdiçados por estas questões (CÉLIA).

Eu acho que poderia ser adequado à realidade. Pois, muitas vezes não correspondem aos recursos disponíveis. Aí fala, você tem que usar “x” materiais, mas eu não tenho. Aí, você pergunta e te responde: Ah não, aí é uma situação ideal. Mas, eu não trabalho com o ideal, eu trabalho com a realidade, com o que é real. Isso que é chato (REGINA).

Farmacocinética, farmacodinâmica, uso de drogas vasoativas, psicotrópicos, tem sido uma questão de busca do próprio profissional, por interesse profissional, em conhecer as questões das medicações, pois querendo ou não é uma área que tem algumas técnicas, algumas situações mesmo mais complicadas. [...] Pois, eu sinto que é uma dificuldade de muitos profissionais, profissionais médicos, técnicos e enfermeiros no manuseio das drogas. [...] A segurança do paciente é primordial e erros relacionados às medicações constituem boa parte de situações relacionadas aos erros no serviço (JANDIRA).

Os profissionais relataram que surgem na rotina alguns desafios que impactam diretamente na assistência a população e conseqüentemente na qualidade da mesma e que não é discutido enquanto temas emergentes no serviço, tais como o **impacto da violência na acessibilidade do serviço à população, exposição ocupacional à violência urbana, elevado tempo de regulação dos pacientes na rede, problemas interpessoais com as unidades fixas; problemas entre regulação e intervenção do serviço, controle de temperatura dos medicamentos no contexto de bases sem cobertura para as ambulâncias e manuseio de drogas vasoativas**, etc. Observa-se que todos os cursos são voltados à necessidade operacional imediata e não contemplam a organização do serviço e sua inserção na sociedade.

Tendo em vista a definição proposta por Massaroli e Saupe (2008, p.03), a Educação Permanente em Saúde é baseada na metodologia participativa, baseadas nas vivências, problematizando-as com objetivo de gerar soluções.

A Educação Permanente vem para aprimorar o método educacional em saúde, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado, tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população. Com este intuito, a Educação Permanente parte da reflexão sobre a realidade do serviço e das necessidades existentes, para então formular estratégias que ajudem a solucionar estes problemas [...] O Ministério da Saúde considera que no processo de Educação Permanente em Saúde o aprender e ensinar devem se incorporar ao cotidiano das organizações e ao trabalho, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, onde a atualização técnico-científica é um dos aspectos da transformação das práticas, porém, não é seu foco central.

Como melhoria para o serviço, a enfermeira Celina solicita que sejam revistos os meios de interação entre o NEP e os servidores com a finalidade de motivar a busca do setor para construção de conhecimento no serviço. Constatou-se que o NEP do SAMU de Salvador já utiliza o aplicativo *Facebook* para interação com o público, como sugestão propõe-se realização de enquetes com temas demandados pelo setor de operacionalização do serviço com o propósito de trabalhar com temas atuais.

Desta forma, sugere-se a equipe do NEP do SAMU de Salvador a ampliação do campo de discussão dos temas relacionados à intervenção, com a intenção de promover meios de debates acerca dos problemas vivenciados pelos profissionais, a fim de construir soluções efetivas, uma vez que levaria em consideração a participação de quem vivencia diretamente o problema. Tendo em vista a observação de algumas medidas conflituosas implementadas de forma verticalizada pela gestão, com implicações ética e legal, ao não escutar os profissionais da ponta.

Observa-se ainda, que os enfermeiros do SAMU de Salvador são profissionais que estão em constante busca de especialização, muitos são especialistas, outros mestres e doutores, apresentando uma diversidade de expertise, mas que não são aproveitados enquanto grupo na consulta de determinadas demandas. Assim, sugere-se o mapeamento das especialidades e afinidades de conhecimento entre estes profissionais com o plano de formar grupos de consultorias na resolução de demandas provenientes do serviço, uma vez que dominam a área técnica específica e sua operacionalização por fazer parte da ponta do processo.

Há uma crítica, por parte dos entrevistados, com relação ao plano de cargos, carreira e vencimentos (PCCV) do município de Salvador (SALVADOR, 2010), que apesar de explicitar o compromisso com a carreira do profissional, não operacionaliza os meios. E quando os profissionais buscam por meios próprios a especialização não são recompensados.

Bom, uma formação fora do serviço não é estimulada, não tem nenhum tipo de acordo com alguma instituição para bolsas de estudos, não tem valorização, recompensa financeira, porque embora a gente tenha um programa de cargos e salários, que deveria aumentar o salário mediante realização de especialização, mestrado e doutorado, a gente não tem uma comissão científica para avaliar, inclusive hoje, a gente não recebe nada por isso (CELINA).

Existe esse plano do PCCV, ele é um incentivo ao profissional se qualificar, procurar um conhecimento. E esse conhecimento, possui um custo. Um custo, em si, quando não se consegue uma bolsa de estudo numa universidade pública, você vai invariavelmente para uma faculdade particular, e isso gera custo. Custo outros também, como deslocamento, tempo, material, deslocamento para congresso. Se a gente for fazer e sermos realistas, existe um custo grande na capacitação de um profissional e no futuro ele vai querer receber um reconhecimento para isso. Por isso, existe essa lei, mas que não é colocada em prática e acaba por desmotivar os profissionais. Porque a gente sabe e entende que tudo tem um custo, que temos que receber um bônus por reconhecimento, pois a gente termina que vai estar se qualificando para melhorar a assistência na saúde e a gente não tem hoje esse incentivo (CÉLIA).

Na parte observacional, percebe-se a existência de alguns servidores realizando cursos oferecidos por instituições externa ao SAMU, em forma de parceria, mas não ficou claro o modo como foi conduzido o processo seletivo e os meios de divulgação para o mesmo, com a intenção de atender o princípio da isonomia e igualdade entre os servidores. Sugere-se a participação do NEP no processo de seleção, tendo em vista o caráter educacional do setor.

A gratificação por competência é prevista no PCCV dos funcionários públicos municipais de Salvador desde 2010, e sua garantia é concedida mediante implantação de comissão avaliativa no serviço. No entanto, há 08 anos não foi implantada tal comissão e para os servidores da saúde, a gratificação tornava-se automática diante da ausência do processo avaliativo, tendo em vista que o mesmo não foi efetuado por problemas alheios ao servidor, não podendo ser penalizado desta forma.

Em contrapartida, em junho deste ano, o prefeito encaminhou em caráter de urgência para a câmara de vereadores um projeto de lei contemplando dentre outros pontos a retirada da automaticidade da gratificação por competência e até o momento não implantou a comissão de avaliação nem os critérios avaliativos, caracterizando desta forma a retirada de um direito adquirido.

Ainda sobre o SAMU, manteve neste mesmo projeto de lei uma gratificação exclusiva para médicos num contexto de trabalho coletivo, ratificando o privilégio da conduta biomédica no setor saúde, apesar das políticas públicas do Ministério da Saúde incentivar o trabalho multiprofissional.

Todos estes fatores têm colaborado para a insatisfação dos enfermeiros no serviço e muitos têm procurado especialização em outras áreas, buscando oportunidades em outros setores, diante do sentimento expresso de desvalorização profissional pelo serviço.

### **2.3.2 Risco biológico**

#### **2.3.2.1 Provisionamento de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)**

Tendo em vista a importância do mapeamento dos riscos ocupacionais, o desenvolvimento de agravos e a importância de adoção de medidas preventivas e protetoras para o trabalhador, buscou-se identificar alguns problemas do processo, que pudessem interferir na saúde e segurança dos enfermeiros da intervenção do SAMU de Salvador. Como retorno os profissionais demandaram problemas com provisionamento de EPIs.

Conforme norma regulamentadora nº06 (NR-06) do Ministério do Trabalho, o profissional que trabalha no provisionamento de EPI deve ser da área de segurança e saúde do trabalhador ou ser amparado por um profissional tecnicamente habilitado. Além disso, a presença do certificado de aprovação não é garantia exclusiva de adequação do EPI à atividade a ser executada.

Como já discutido previamente, no contexto do SAMU de Salvador, o provisionamento de EPIS é realizado pelo setor de logística e o principal problema apontado pelos enfermeiros da regulação, no período de coleta destes dados, foi na dispensação do fardamento: macacão e botas.

Era para gente ter substituição desses EPIS anualmente, existe um controle lá no SAMU. Porém, já tem, se não me engano uns três anos aí, que a gente não tem substituição de EPIS. A coordenação alega que não tem esses EPIS para fazer a troca. Então, muitos de nós já estamos com os EPIS em péssimas condições. Este último macacão, a costura dele veio muito frágil, soltam todas as tiras coloridas laterais, os velcros são muito ruins. O macacão está se desfazendo (discreto sorriso). E as botas, que em minha opinião eram adequadas, eu nunca tive problemas com esse modelo de botas, que eram inclusive melhores do que o modelo anterior, mas diante de tanto tempo, de uso sem reposição, estão em péssimas condições. A minha mesmo, o zíper não mais funciona, só o velcro, a costura soltando. Alguns colegas já nem tem botas mais. Estão trabalhando sem um EPI importante (CELINA).

As botas, ainda, tem uma durabilidade maior. Mas, ainda assim, tem um intervalo muito maior de dispensação. Têm profissionais que entraram e até o momento não possuem botas e outros já possuem alguns anos sem receber alguma outra bota. Acredito que a qualidade varia um pouco mesmo com a questão de empresa. Mas, o fator principal, que implica na dificuldade das vestimentas é na dispensação (JANDIRA).

É uma distribuição inadequada, pois já devem ter uns 04 anos que peguei um macacão, porque já saiu todas as fitas coloridas e as fitas refletivas estão descascando. Então, a qualidade do material é péssima, o material não é adequado. A frequência deveria ser mais assídua (ESMERALDA).

Além de ser um fardamento ao identificar o profissional em serviço, o macacão e a bota funcionam como EPI, sejam evitando o contato direto com fluidos biológicos durante a execução de procedimentos, ou na identificação dos profissionais que atuam em vias públicas através das faixas refletivas, evitando ou minimizando a ocorrência de acidentes. Desta forma, tendo em vista que os EPIS possuem uma vida útil, a falta de dispensação do EPI em tempo oportuno por parte da gestão tem aumentado o risco ocupacional de exposição dos profissionais da intervenção.

Outro fato abordado foi o uso coletivo de alguns EPIS pelos profissionais da intervenção tendo em vista a configuração do processo de trabalho. EPIS tais como óculos de proteção e capa de chuva não disponibilizada no interior da ambulância para uso dos

profissionais, com uma higienização duvidosa, aumentando o risco de agravos ocupacionais. Não há um setor para higienização do EPI a cada uso conforme previsto pela NR-06, no SAMU de Salvador é delegado ao próprio trabalhador à higienização do EPI.

Não. Ele é um equipamento compartilhado. É um EPC (rir). [...] se meu colega usou e os óculos estão contaminados, será que meu colega lembrou-se de higienizar? (rir discretamente). Entendeu? Os óculos são equipamentos muito baratos. Eu lembro que já comprei óculos por menos de R\$ 1,00, é um equipamento, que pelo valor dele, poderia ser até descartável, a depender de que uso tenha feito dele. É um equipamento que faz desinfecção, né? Mas, por ser um acrílico de uma qualidade inferior, os produtos que a gente pode utilizar para a desinfecção pode deixar a lente opaca. Então, ele não é um equipamento de proteção individual, ele é posto no serviço como equipamento de proteção coletiva (TÚLIO).

O protetor solar foi citado como EPI dispensado de forma assistemática e o protetor auricular como necessário, porém indisponível no serviço.

Worm *et al.* (2016) descreve que “o profissional da equipe de enfermagem enfrenta pressões para trabalhar em certas situações com falta de equipamentos e materiais, o que implica em não seguir corretamente suas metas de segurança no cuidado”, aumentando sua exposição aos riscos ou acidentes de trabalho.

Dentre todos os EPIs disponibilizados pelo SAMU de Salvador, a luva foi o mais criticado quanto a sua qualidade e periodicidade irregular de dispensação aos profissionais. Estes fatores foram apontados pelos enfermeiros como interferentes na proteção contra contaminação, uma vez que não permitem a minimização de exposição ocupacional aos fluidos corpóreos.

A luva que é um problema! Hoje, até que a gente tem a de látex, mas tem época que só tem uma de um material, acho que é vinil, né? É um material, que não estica, que rasga com muita facilidade, a gente olhou na caixa e viu, inclusive, que não é adequada para atendimento de profissionais de saúde, parecem luvas que são utilizadas para cabeleireiros.[...], expõe o profissional. Quando só tem essa luva disponível, eu uso duas luvas (em cada mão), e troco quantas vezes forem necessárias, troco várias luvas. Infelizmente, a gente acaba gastando muito para poder tentar se proteger. (CELINA)



Luva é um problema sério. Porque luva às vezes não tem todos os tamanhos, e aí, por exemplo, fica muito bem em mim uma P, então, para fazer um acesso, principalmente em criança, quanto mais luva, mais dificuldade para manejar. Então, às vezes, não tem todos os tamanhos, eu acho complicado para você exercer sua função (ESMERALDA).

“Ressalta-se que o uso de EPI deve atender às especificidades do procedimento, avaliando o conforto, o tamanho do equipamento e o tipo de risco envolvido, para evitar despesas para a instituição e não interferir na execução correta do procedimento” (MARTINS, *et al.*, 2014, p.338).

Diante da fala da enfermeira Esmeralda fica claro como um EPI inadequado impacta diretamente na assistência, sendo assim, o risco vai além da exposição ocupacional, pode gerar danos ao paciente.

Achados de David *et al.* (2009), relatam que a indisponibilidade de equipamentos e insumos necessários para a prática profissional desdobra-se em [...]: “desorganização, interrupções constantes do trabalho, exposição a riscos diversos, tanto para a pessoa que está sendo cuidada quanto para o profissional, ansiedade e sensação de trabalho incompleto”.

Outra coisa, não tem aqueles capotes? Eu já precisei uma vez num parto, me melei toda, se tivesse, eu não teria me sujado, entendeu? O avental descartável. Porque eu fui para um parto e me sujei, entendeu? Porque se eu tivesse um avental, porque eu estava de máscara, de óculos, mas respingou demais na hora do parto, se eu tivesse um avental, eu teria utilizado e não teria me sujado. Na verdade, até procurei se tinha algum e não tinha. E eu fiquei cheia de toque, e o pior a paciente ver, né? É constrangedor, se tivesse o capote, eu tiraria e pronto. Eu fiquei toda sem graça, porque eu não queria que ela me visse me limpando por causa dela, mas, é um material biológico de terceiros (ESMERALDA).

A enfermeira Esmeralda relata o constrangimento que vivenciou durante uma ocorrência de parto, quando sua vestimenta foi contaminada por material biológico.

Os enfermeiros sugerem ainda a aquisição de alguns EPIs para o serviço, diante das atividades desenvolvidas no contexto de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) móvel, tais como touca, capa descartável, protetor auricular e máscaras com elástico lateral. Os

enfermeiros informaram que as máscaras descartáveis com tiras laterais para amarração não são adequadas ao contexto pré-hospitalar.

Ainda com relação às máscaras descartáveis, além da mudança de apresentação, os enfermeiros sugerem mudança de quantidade no padrão da unidade, informam ser inadequada a disponibilização de 01 item por profissional na unidade móvel, além disso, solicitam soluções adequadas para o armazenamento das mesmas no interior das unidades com a finalidade de evitar contaminação do EPI.

Até as máscaras ficam de uma forma [...] a gente tenta acondicionar elas, tenta guardar, mas não tem como confiar, fica exposto, manipula tudo demais (IOLANDA).

Outro problema relatado pelos enfermeiros intervencionistas foi sobre a necessidade, ocasional de deslocamento da equipe entre outros setores e outras instituições com o propósito de obter EPI para atendimento de necessidades comuns ao serviço. Além disso, reclama que o almoxarifado não abre aos domingos e feriados dificultando a reposição da máscara N95, com baixo estoque nas bases.

Às vezes foi necessário se deslocar para o almoxarifado central ou em algumas bases ou como já aconteceu de ter que pegar em outra unidade: hospitalar, uma UPA. Isso já aconteceu, realmente, na indisponibilidade de luva de determinados tamanhos no serviço. Mas, no geral, na maioria das vezes é acessível. Uma dificuldade que a gente tem também com relação às máscaras N95, que nem todas as bases possuem para reposição imediata, e às vezes você tem que ir ao almoxarifado, fazer uma reposição de máscara N95, ou a informação se perde, não consegue repor nos feriados, nos domingos (JANDIRA).

Diante da observação das falas dos enfermeiros ao identificar os riscos ocupacionais, os EPIs, os problemas operacionais relacionados a esse tema e as sugestões de melhorias, além de um impresso de registro de não conformidade de materiais nas bases descentralizadas, buscou-se compreender por quais motivos o pleito da equipe da intervenção não eram relatados à gestão ou atendidos.

Já tive situações de notificar a qualidade de um tipo de umidificador, qualidade de algum outro material, que eu não estou lembrando agora, mas às vezes a notificação fica parada, porque não tem pessoas fazendo a mesma notificação, aí, não dá andamento ao processo, não há um confirmatório de que aquele material não é adequado para o serviço. [...] A logística na verdade quando faz a compra, faz a licitação [...] Eu, na verdade, desconheço a presença de uma comissão para isso, de avaliação de qualidade mesmo, um setor de qualidade. Acredito que alguns fornecedores devam emitir os seus produtos para avaliação, porém eu desconheço a presença de um setor de avaliação de qualidade de equipamentos, de pensos e outras coisas que possam ser fornecidas (JANDIRA).

Na parte de entrevistas, não ficou claro os obstáculos na notificação das não conformidades relacionadas aos produtos e equipamentos, mas durante a parte observacional, no convívio, foi possível constatar um forte desestímulo dos enfermeiros na realização das notificações, pois apesar de executarem o preenchimento dos impressos e encaminharem para o setor responsável, não tinham qualquer tipo de retorno daquele setor, nem eram observadas mudanças no processo.

Acredita-se que existam fortes motivos que impeçam a realização de algumas mudanças solicitadas. No entanto, ao não ser dado um *feedback* ao profissional que solicitou, nasce uma sensação de descredito dispensado à demanda.

Desta forma, mais uma vez, sugere-se fortemente a adoção de um quadro de gestão à vista por parte da administração, elencando as demandas da intervenção e as condutas adotadas, de envio mensal para as bases, para que o *feedback* favoreça o vínculo de confiança entre as partes, e o profissional sinta-se valorizado enquanto agente de mudança num serviço em busca de melhoria contínua.

2.3.2.2 A exposição não termina no serviço, o EPI sujo com material biológico é levado para casa.

Ainda sobre os riscos biológicos decorrentes da estrutura organizacional, constatou-se com esta pesquisa que o mesmo não se limita apenas ao ambiente laboral, mas estende-se até

o domicílio do servidor, ampliando o número de vulneráveis à exposição, quando a higienização dos EPIs é compartilhada pelos enfermeiros.

A gente tem que se virar e lavar em casa mesmo. Às vezes a pessoa nem é a pessoa que lava e dá pra outra pessoa lavar, essas pessoas nem sabem o que pode ter ali, por onde aquilo passou, que contato aquilo ali teve (TÚLIO).

Inclusive a bota e o macacão, que são EPIs, sujam nas ocorrências de trauma e a gente tem que limpar isso em nossas residências e acaba a gente trazendo material biológico para nossas casas. Inclusive teve um caso no Amazonas, de uma mãe que trabalhava num serviço de emergência hospitalar mesmo, que ela pegou um caso de meningite, estava com a bata e tudo e contaminou a filha, que veio a falecer (ESMERALDA).

Cada um higieniza seu macacão em casa. Se você se sujar e precisar trocar o macacão, atualmente, o SAMU não dispõe de outro para trocar para você. Você tem que ir à residência, você tem que pedir para ir à residência para trocar o macacão. Ou como aconteceu comigo recentemente, eu sujei o macacão com urina e foi um dia que tinha muitas ocorrências, e eu não conseguia ir para casa trocar o macacão, e eu já estava com medo, inclusive, de ser abordada no caminho. Então, no momento que a central disponibilizou para realizar a lavagem da unidade, eu aproveitei e lavei o macacão lá mesmo [...] Lavei o macacão lá, e usei o macacão molhado. Lavei lá na área de higienização das ambulâncias, era a parte da perna só! Lavei e usei o macacão molhado. [...] Tinha exposição com urina (CELINA).

Apesar de o serviço primar pelo trabalho baseado no conceito de segurança pessoal e da equipe em primeiro lugar, pela fala da Enfermeira Celina observa-se que o atendimento ao paciente tem se mostrado prioritário na rotina do SAMU Salvador a despeito das condições de trabalho, pondo em risco a saúde e segurança do socorrista.

A enfermeira Esmeralda exemplifica fato de disseminação de riscos ocorrido em outro serviço com características análogas de trabalho e higienização de EPI, que acabou com óbito de familiar vulnerável.

O Ministério do Trabalho, NR-06, trata dentre outras coisas das atribuições do empregador:

6.6.1. Cabe ao empregador quanto ao EPI:

a) adquirir o adequado ao risco de cada atividade;

- b) exigir seu uso;
- c) fornecer ao trabalhador somente o aprovado pelo órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho;
- d) orientar e treinar o trabalhador sobre o uso adequado, guarda e conservação;
- e) **substituir imediatamente, quando danificado ou extraviado; (GRIFO NOSSO)**
- f) **responsabilizar-se pela higienização e manutenção periódica; (GRIFO NOSSO)**
- g) comunicar ao MTE qualquer irregularidade observada.

(BRASIL, NR-06, 2006, p.01-2)

O enfermeiro Túlio chama atenção para os mecanismos de desresponsabilização da gestão do SAMU sobre os riscos biológicos advindos do macacão contaminado, quando se substitui a nomenclatura de EPI para fardamento e o impacto disso para a saúde e segurança dos enfermeiros.

Na verdade o nosso EPI, fardamento, se assim eu posso dar essa nomenclatura, a depender de como você chame, você dá um destino mais confortável para você. Então assim, se por vezes, eu tenho a obrigação de usar o macacão por ser um EPI, na hora de lavar é fardamento. A farda é sua, você cuida dela. Não é uma roupa privativa, como tem no hospital, que você entra com sua roupa comum, troca, entra com sua roupa privativa e o serviço dá o destino de higienizar. Não, enquanto eu uso no meu trabalho é um EPI, saio do plantão, ele vira um fardamento que eu tenho que cuidar. Então, tem dupla função, dupla personalidade (rir). [...] De fuga mesmo, porque no momento que você tira o termo EPI para fardamento, você tira um monte de responsabilidade do serviço sobre aquele EPI. É sua farda! É sua roupa, é como se fosse uma roupa minha, entendeu? Isso não é uma roupa minha, entendeu? (TÚLIO).

O enfermeiro Túlio refere ainda, que quando teve o macacão sujo por material biológico em grande quantidade, procurou meios para troca e foi questionado pelo setor do almoxarifado sobre a dispensação de dois macacões há 05 anos. Ficando o questionamento: a dispensação de 02 macacões pela gestão a desresponsabiliza da obrigação de higienização do EPI? O destino a ser dado ao EPI contaminado continua sendo a residência do enfermeiro, só porque a ele foram disponibilizados 02 fardamentos há 05 anos?

Desta forma, sugere-se ao setor de almoxarifado prover meios para atender a legislação no que tange a higienização de EPIs contaminados e a pronta substituição dos mesmos quando impróprio para uso, tendo em vista, que o não cumprimento desta conduta acarreta conhecidos riscos a saúde e segurança do trabalhador.

#### 2.4 RISCO OCUPACIONAL RELACIONADO AO AMBIENTE DE REPOUSO

As bases descentralizadas do SAMU são estruturas físicas construídas tendo como princípio garantir o melhor tempo-resposta de atendimento numa região, através de uma infraestrutura que possa acomodar a equipe de intervenção nos momentos em que não estão em atendimento, disponibilizando meios para o atendimento de necessidade humana básica da equipe, tais como eliminação, higienização, refeição e repouso; acomodação das unidades móveis e pequeno almoxarifado para que as equipes reponham os materiais utilizados nas ocorrências. Possui um padrão mínimo estabelecido pela Portaria nº 2.657/GM/MS (BRASIL, 2004).

No SAMU de Salvador, as bases descentralizadas são adaptadas e anexas de algumas Instituições de Ensino Superior Particular ou Saúde (UPA, PA e Hospitais), sendo algumas destas pertencentes a esferas governamentais distintas, um fator, que por vezes é motivo de problemas quando há necessidade de manutenção, por questões burocráticas, ficando o SAMU dependente das normas Institucionais cedentes do espaço físico.

Durante a etapa da entrevista, houve muita crítica com relação às estruturas das bases descentralizadas e buscou-se compreender melhor os motivos na etapa da entrevista e observacional, no intuito de identificar o que mais incomodava aos profissionais.

A acomodação da equipe, eu acho ruim. As condições de trabalho, eu acho ruim. [...] já acho difícil para fazer o atendimento pré-hospitalar, por não ter a condição ótima, mas, você chega numa base, onde o banheiro está sujo, o freezer ou geladeira está descongelando, o microondas não funciona, enfim essas situações acabam incomodando muito. [...] causa desconforto, pois você deveria estar melhor acomodada. Não é a questão do descanso em si, mas da acomodação. E a condição de você entrar e sair e saber que está entrando e saindo de um lugar descente, não é o conforto do luxo, mas é o conforto do bem estar (VERÔNICA).

A enfermeira Verônica sente-se pouco acomodada na sua base e incomodada pela falta de manutenção dos equipamentos eletroeletrônicos e higienização local. O problema com higienização das bases foi compartilhado por outros enfermeiros, a exemplo de Glória. A base de Glória conta com a colaboração de um agente de limpeza 2 a 3 vezes na semana, diante de um contexto de um serviço que funciona 24h, com 9 a 10 pessoas por período. Aos finais de semana, as bases não possuem higienizadores, ficando as instalações sanitárias em condições precárias.

A base tem ficado muito suja, pois antes a universidade disponibilizava o pessoal da higienização, então eles iam todos os dias, mas não oferecem mais esse apoio para o SAMU. Então, temos ajuda de uma funcionária, que é do SAMU, da prefeitura, que já higienizava outra base na paralela mesmo. Uns dias na base de lá e outros dias na minha base. Na base, ele só vai lá 2 no máximo 3 vezes na semana. E fica constantemente suja, pois não tem condições de entrando e saindo tanta gente, não ficar suja. E o serviço funciona 24h (GLÓRIA).

Célia relata que as dificuldades de infraestrutura das bases e organizacionais quanto à limpeza é um problema crônico, mas que tem piorado consideravelmente nos últimos meses, diante da saída de alguns higienizadores. A enfermeira relata que as condições do ambiente ficam insalubres, afetam a dignidade humana, sente-se desvalorizada e ainda possui impacto em sua saúde, uma vez que é desconfortável utilizar as instalações sanitárias e por questões higiênicas evita fazer as necessidades fisiológicas.

A colaboração que eu tenho de melhorias de ambiente para minha base, é procurar mantê-la organizada, limpa, não sujar mais do que já está, pedir a colaboração dos colegas, mas chega o momento que não é possível manter local salubre, digno de qualquer pessoa estar. Porque chega aos finais de semana, que por não ter higienizadores, ficamos prendendo as necessidades fisiológicas, eu evito em ir ao banheiro. Evito ir ao banheiro escovar os dentes, evito em ir ao banheiro miccionar. Porque o banheiro no dia de domingo está insalubre, impossível de entrar e isso afeta a nossa dignidade. Porque a gente sabe que a higienização, o sono são necessidades humanas básicas, que a gente precisa ter isso respeitado, mas no SAMU, a gente não tem e de certo tempo para cá, isso tem sido totalmente negligenciado pela coordenação próxima, pela gestão, que está à frente desses serviços (CÉLIA).

E muitas vezes, fica à mercê do pessoal de higienização da UPA, de unidade hospitalar, para que seja feita a higienização da base. Enquanto isso se acumula lixo, condições sanitárias bastante ruins. E os profissionais ficam expostos à questão do mau cheiro, muitas vezes comer na frente de uma porta de banheiro. Porque a base, não tem uma estrutura adequada de comportar uma copa e comportar um banheiro num lugar mais adequado. Então, são estruturas completamente equivocadas, no que concerne mesmo a necessidade e acomodação de equipes do SAMU. É o quantitativo de pessoas, a disposição dos materiais de registro, materiais de abastecimento das unidades. Os pontos relacionados às bases são bem negativos (JANDIRA).

Ainda no quesito instalações sanitárias, observa-se que as bases proporcionam condições anti-higiênicas para seus profissionais, ditas ilegais inclusive, quando desrespeitam as normas regulamentadoras de instalações sanitárias preconizadas pelo Ministério do trabalho, Norma Regulamentadora nº24 (NR-24).

Conforme a NR-24, as instalações sanitárias devem ser separadas por sexo, higienizadas de forma permanente, ter piso e paredes revestidos de material resistente, liso, impermeável e lavável. Não poderão se comunicar diretamente com os locais de trabalho nem com os locais destinados às refeições.

E de noite, que o horário da alimentação é junto com o do banho, tem bases que possuem apenas 01 banheiro, na minha base, são 03 equipes, são 07 pessoas e só temos 01 banheiro. Muitas vezes, a gente pede o QRF e banho em horários próximos, porque não dá para ficar esperando, se não, você será acionado novamente para outra ocorrência. Mesmo em bases que contam com dois banheiros, como a do Pau Miúdo, são 07 equipes (VERÔNICA).

Os enfermeiros relataram que em algumas bases a porta do banheiro fica voltada para o local destinado a refeição, outras não possuem pias e os pratos e talheres são lavados no banheiro, algumas possuem ralos na copa com retorno de esgoto, quando a rede está entupida e falta material de higienização.

Bom... banheiro, temos muitas bases que possui um banheiro só para toda a equipe, quando deveria ter banheiro feminino e masculino, a gente tem



problemas de falta, inclusive de papel higiênico (riso), de papel para enxugar as mãos, os materiais de limpeza são de péssima qualidade, quando chegam, porque geralmente temos falta de material de limpeza. Sabonete para lavar as mãos muitas vezes a gente leva de casa para colocar na pia para lavar as mãos. Muitas bases não possuem uma copa e os pratos, copos e talheres são lavados na pia do banheiro (CELINA).

Ainda com relação ao banheiro, a enfermeira Esmeralda reclama de algumas bases que não possuem resistência para aquecer a água do chuveiro, ficando os profissionais em condições bastante desconfortáveis, a exemplo de tomar banho gelado às 3h da manhã, momento que foi liberado a higienização da equipe pela central de regulação, diante da demanda do plantão.

Tem bases que o banheiro é ruim, o chuveiro não é elétrico, tem que tomar banho frio, agora no verão não, não faz diferença por causa do calor. Mas, no inverno, a gente tem inverno. Esse ano, eu senti um inverno vigoroso aqui em Salvador. Teve um dia que estava muito frio, eu tomei banho porque não tinha jeito. 03h da manhã, eu tomando banho frio, gelado. Não custava nada um negocinho quente ali. Eu acho que no serviço deveria ter uma pessoa responsável pela manutenção de todas as bases, que trocasse uma lâmpada, que trocasse um registro, a gestão também, não estar preocupada com o nosso conforto (ESMERALDA).

Os enfermeiros continuam a pontuar que não querem luxo, mas uma condição mínima de conforto, sentir-se acolhido pela gestão, prezando pelo seu bem-estar, tendo em vistas as diversas exposições que tem ao longo do dia na execução dos atendimentos, um mecanismo de compensação.

Com relação à acomodação do local para descanso, os profissionais reclamam da precária iluminação, manutenção dos ar-condicionados e camas velhas, algumas quebradas. Relatam que recentemente foram trocados os forros dos colchões, que estavam rasgados. Existem bases que não possuem pisos e é necessário jogar água no chão para evitar exposição à poeira.

Estrutura física adequada, pois tem bases boas, bases ruins. Olhe a base da VIR, por exemplo, é uma base bem distribuída, mas, não tem piso.

Entendeu? Eu sei que para a higienização, é melhor o piso, com certeza, a mulher tem que aguar, jogar água para varrer, baixar a poeira. Então, é complicado (TÚLIO).

Observa-se também, que em algumas bases os materiais estocáveis para reposição na ambulância (medicamentos, material de CME, descartáveis) ficam dentro do local de descanso, sendo constantemente necessário incomodar o colega, que se encontra em descanso, diante do ruído ao separar os materiais para repor na unidade móvel.

Na análise observacional, verificou-se que as bases descentralizadas estocam, em pequena quantidade, líquido inflamável: álcool 70%, alguns dentro de armário de madeira, próximo a fonte de energia elétrica, seja no local destinado ao conforto da equipe ou no mini almoxarifado, em ambas as situações observou-se que não há plano de extinção de fogo em caso de possível incêndio, não possuem rota de fuga e as portas não abrem para fora. Desta forma, uma condição insegura para os profissionais que descansam nestes locais.

A insegurança foi outro tema abordado pelos enfermeiros. Apesar de algumas unidades contarem com apoio policial ou segurança privada, a simples presença do mesmo não garante a segurança da equipe, uma vez que rondas são esporadicamente realizadas, os portões de abertura manual, muitos sem cadeados e a maioria das bases localizam-se em bairros periféricos com elevado índice de criminalidade.

Mas, na minha base tem dois policiais que ficam lá, tem um posto policial lá, mas eu não vejo eles fazendo ronda, por exemplo. Não existe uma situação onde a gente fique mais seguro. Mas, melhorou com relação à questão da iluminação. Tinha uma iluminação muito ruim, precária mesmo. Mas, a gente tem uma situação melhor hoje de iluminação. Eu acho que deveria ter uma ronda por horário, uma coisa mais efetiva mesmo (VERÔNICA).

Aí, quando eu preciso ir lá esquentar a comida, eu chamo um dos homens da base para não ir sozinha. Mas, antes, quando o segurança sempre ficava lá, eu não tinha medo (GLÓRIA).

Algumas bases têm problemas com segurança, né? Algumas bases já sofreram isso, principalmente, a base do 5º centro; tem base que a gente fica exposto como a de Periperi, porque não tem estacionamento e a gente tem que deixar o carro na rua, os carros são riscados, a gente tem que se deslocar na rua até o veículo, também fica exposto, até porque a área de Periperi também é uma área de certo risco. Já tivemos assaltos a carros dentro do estacionamento da base (CÉLIA).

Com relação aos locais dispensados para refeição, os enfermeiros reclamam sobre a falta de materiais eletroeletrônicos, talheres, mesas e cadeiras em números insuficientes da quantidade de profissionais.

Os equipamentos, que estavam previstos para copa, para a gente cuidar da nossa alimentação: geladeira, fogão, cafeteira, alguns a secretaria forneceu, outros a gente teve que comprar fazendo uma arrecadação entre a equipe para comprar. Televisores, que era para a área de estar, também, que deveriam ter nas bases; alguns televisores foram comprados pelas equipes, pratos, copos, talheres, todos foram comprados pelas equipes; isso, deveria ter sido fornecido, já que a gente faz a refeição na base. A gente não tem local adequado para se alimentar, não tem mesa suficiente, não tem cadeira suficiente, muitas cadeiras quebradas. É insuficiente também, o número de cadeiras e mesas para o número de profissionais que tem nas bases. Os locais de copas, normalmente, não são climatizados, não tem ventilação (CELINA).

Os refeitórios, obedecendo às condições de conforto da NR-24 deveriam contemplar minimamente os itens:

Local adequado, fora da área de trabalho; piso lavável; limpeza, arejamento e boa iluminação; mesas e assentos em número correspondente ao de usuários; lavatórios e pias instalados nas proximidades ou no próprio local; fornecimento de água potável aos empregados; estufa, fogão ou similar, para aquecer as refeições.

Tendo em vista, a falta de recursos e provisionamento por parte da gestão, os enfermeiros informam que os profissionais recorrem ao recurso da doação ou partilha do valor de compra para mobiliar as bases descentralizadas, com o desejo de manter um mínimo de conforto no ambiente.

Mas, a maior parte das bases, são de estruturas completamente, digamos, [...] armengada. Diante de um local, que já existe, que não foi criada para receber aquelas pessoas, aquele quantitativo de pessoas, aquela necessidade de colocação de armários e materiais a serem dispostos, então, elas não tem estrutura. [...] Seja em aquisição de armários, às vezes entrar nas vaquinhas para reformar algo da base como sofá. Então, já participei sim de

vaquinhas, relacionadas a itens da base e a maior parte dos itens não são fornecidos pela gestão. Eles são algumas vezes, um profissional que vai se desfazer de alguma coisa e resolve doar porque vê que existe a necessidade daquele item na base. Aí, por uma questão de bom senso, de querer a melhoria, os profissionais se unem na expectativa de melhorar a acomodação da base. Compra de liquidificador, compra de algumas coisas (JANDIRA).

Os enfermeiros ainda relataram que além da exposição a materiais biológicos durante o atendimento, as bases descentralizadas comportam-se como extensões dos riscos, uma vez que não dispõe de expurgos e as bombonas que acondicionam os materiais biológicos e perfurocortantes ficam expostas, muitas, na entrada da base, próximo ao local onde os profissionais realizam refeição. Em outras bases, existe um local para acondicionamento, mas a periodicidade para coleta é alargada, de forma a propiciar acúmulo de grande quantidade de lixo, propiciando o aparecimento de insetos e roedores.

O lixo infectante, os perfuros, porém a gente não tem um expurgo. Por exemplo, secreção aspirada de pacientes todas às vezes, até porque é a orientação, é destinado dentro de uma unidade hospitalar, dentro da unidade de referência do paciente. Mas, nas bases, nós não temos locais específicos para destinação, por exemplo, destas secreções. Apesar de existir a separação de recipiente, acondicionamento de lixo infectante, de recipiente a acomodar outros lixos produzidos, ainda assim, não se considera adequada separação, segregação mesmo (JANDIRA).

O lixo tem uma casa de lixo nas bases, que são péssimas, muitas vezes eles demoram a recolher esses lixos biológicos, acumulam e aparecem insetos, ratos, cobras, alguns locais essa casa de lixo não é trancada, o que é um problema (CELINA).

Diante do exposto, fica claro, que as exposições ocupacionais dos enfermeiros da intervenção do SAMU de Salvador não se restringem ao momento de atendimento ou tripulação nas unidades móveis, mas, também às bases descentralizadas diante da deficiência no cumprimento de condições mínimas da infraestrutura relacionadas a instalações sanitárias, local para repouso, refeição e descarte de material biológico.

Nesta pesquisa, os principais riscos identificados pelos enfermeiros foram os ergonômicos, de acidente e biológico. Assim, sugere-se a gestão o mapeamento dos riscos e a implementação de medidas corretivas/ preventivas.

## 2.5 ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE OCUPACIONAL

Foi comum na fala dos enfermeiros desta pesquisa o relato de adoecimento dos seus pares, sendo os transtornos psíquicos e osteomusculares os principais agravos identificados, esses achados empíricos corroboram com o estudo de Dal Pai *et al.*, 2015, que já sugere estudos para adoção de medidas preventivas eficazes.

Se a gente for levar para os termos objetivos, número de atestados, afastamentos, licença sem vencimento, ela tem aumentado no SAMU, o adoecimento. Então, é algo para ser ratificado com nossos argumentos quantitativo, os indicadores serem levados para gestão e daí, perceber que em determinado período tínhamos “X” faltas, “X” acidentes de trabalhos, o que está acontecendo? A saúde do trabalhador precisa, sim, ser levada a sério. Até porque isso vai interferir na qualidade do serviço. As reuniões acontecem, mas não há o retorno imediato das demandas (CÉLIA).

Não. Eu não conheço nenhum órgão, nenhum setor, que trabalhe com a proteção da saúde emocional ou a saúde como um todo[...]. Eu desconheço e nunca vi na prática acontecer de ter algo regular. Se já aconteceu de algum colega ter sido encaminhado, deve ter sido por iniciativa particular de alguém. Mas, eu não conheço dentro do nosso organograma um setor de apoio a esse profissional. Principalmente psicológico. E eu percebo que afeta demais. Assim, o pós-plantão, o nosso humor é alterado, o nosso descanso é difícil (TÚLIO).

Na verdade, a pouco tempo, eu fiz uma avaliação com um neuro, mas por questões que eu tinha certeza, que estavam relacionadas ao trabalho, ao desgaste físico e mental mesmo, uma frequência elevada de cefaleia, e um transtorno de ansiedade relacionado ao trabalho. O desgaste, a questão de mais de um emprego, desgastes outros, eu acho que com o tempo, eles podem desenvolver algum distúrbio relacionado e recentemente me levou a procurar de um neuro (JANDIRA).

Tendo em vista a ausência de políticas de prevenção de agravos ou promoção da saúde no SAMU de Salvador, o levantamento inicial dos riscos ocupacionais relacionados ao APH, a identificação de falhas operacionais relacionadas às medidas de proteção, colaborando para a exposição ocupacional dos enfermeiros e a implicação para a saúde do servidor e conseqüentemente do serviço ao desativar uma unidade por conta de atestado médico, sugere-se a implantação de um serviço de saúde ocupacional para os servidores do SAMU, justificada pela peculiaridade do serviço e importância para a comunidade.

A homologação de atestados médicos e liberação do profissional de alguns dias do ambiente de trabalho pela junta médica, já não é mais suficiente, uma vez que as condições operacionais e os riscos ocupacionais permanecem os mesmos.

Não existe esse acompanhamento desses profissionais. A equipe médica que tem para avaliar a gente só é a equipe médica da junta, casos de atestado, necessidade de cirurgia, essas coisas que podem acontecer. Mas, periódico, não. [...] Com certeza, os profissionais tem ficado desassistidos (GLÓRIA).

Não, prevenção e promoção da saúde do servidor não existem no SAMU. Mas, quando o profissional adoece, ele vai para junta e cede alguns dias para esse trabalhador, se ele achar que deve. Sem orientação nenhuma, o profissional retorna a suas atividades laborais (CÉLIA).

Os enfermeiros relataram que sentem falta do apoio psicológico no serviço e identificaram alguns transtornos psíquicos menores após o plantão, principalmente quando ocorreram situações de exposição a eventos críticos, informa humor alterado, sinal de alerta contínuo, ansiedade, etc.

Seria ótimo naquela ocorrência do sequestro da básica de sua base mesmo. Ali, deveria ser direcionada para um psicólogo, para trocar uma ideia, isso tem que estar tudo registrado, porque a psicóloga sabe conduzir isso, ela tem estratégias para conduzir isso, entendeu? Eu até estava conversando com uma psicóloga, muitas vezes a gente da área da saúde, tenta ajudar um colega com algumas palavras, quando na verdade, podemos complicar mais ainda, porque a linha que você utilizou não é para aquele momento (ESMERALDA).

Para Sousa, Souza e Costa (2014, p. 03):

Conhecer os fatores de riscos ocupacionais (de acidente, químicos, biológicos, físicos e as situações não ergonômicas) da equipe de saúde no APH móvel, para que tomem conduta de alerta, mudança de comportamento e promovam estratégias que possam transformar a assistência prestada, para que equipe e vítima possam ter conforto e segurança.

Desta forma, sugere a implantação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, contemplando ações de caráter preventivo e de reabilitação, com realização de exames periódicos, permitindo o gerenciamento da saúde do trabalhador, propondo intervenções mais precoces possíveis objetivando evitar desenvolvimento de agravos ocupacionais, contemplando estudos de ergonomia dentro das unidades móveis de atendimento e nas bases descentralizadas para embasar a implementação de soluções eficazes na redução de exposição ocupacional aos riscos laborais, incluindo os EPIs.

Enquanto medidas de assistência direta sugere-se a implementação de fluxo de atenção multiprofissional durante às 24h ao trabalhador exposto a situações críticas com grande demanda psíquica e programas de reabilitação de profissionais com agravos osteomusculares, propondo adaptações necessárias. Como facilitador do processo, o SAMU de Salvador já dispõe de um profissional de fisioterapia no serviço, mas que no momento encontra-se em atividade alheia a sua função.

A enfermeira Verônica reconhece a importância da pesquisa na área de saúde do trabalhador no serviço de APH e apesar de incomodada com as condições de trabalho, mantém-se otimista quanto às possibilidades de melhorias do serviço.

Então, é um momento difícil, mas eu sou otimista sempre, eu tenho uma vontade grande de que as coisas aconteçam. Que as coisas vão melhorar, eu só posso pensar que vai melhorar! Porque se eu pensar que as coisas não vão melhorar, vai ficar muito mais difícil. Então, eu imagino que a gente só esteja começando o ano, sempre tenho uma expectativa de que uma coisa boa sempre estar por acontecer, não sou nem de longe sonhadora, não estou pensando num sonho. Estou querendo ser otimista, buscando e trabalhando para que aconteça. Não vou pensar que não vai acontecer, só por eu ficar no pessimismo achando que não vai acontecer. Mas, temos muitos problemas,

temos muitos problemas, muitos. Mas, a ideia é partir para uma pesquisa, é mostrar isso em dados científicos, balizado por entrevista (VERÔNICA).

Para Worm *et al.* (2016), a realização profissional é trabalhar fazendo aquilo que gosta e uma identificação com o que faz proporciona ao trabalhador transformar o sofrimento vivenciado na realização do trabalho, fazendo-o buscar melhores condições de saúde para o enfrentamento laboral.

Tendo em vista o embasamento do APH no modelo biomédico, o aumento de estudos na área podem favorecer também, meios para construção de processos de trabalho de enfermagem autônomos, baseados no cuidado técnico-científico, reconhecendo o enfermeiro como profissional capacitado para tomada de decisões.



### **CAPÍTULO III - Violência urbana e saúde:** limites de atuação e vivências dos enfermeiros do SAMU de Salvador

Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), define a violência como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (apud OMS, 2002, p. 27).

Em um levantamento na literatura digital sobre a violência, percebe-se que inicialmente, o tema foi o campo de atuação, exclusivo, dos órgãos relacionados à segurança pública. Neste contexto, eram os responsáveis por coibir, julgar e punir os crimes.

No entanto, observou-se que a violência é um problema complexo, multifatorial, que necessita de intervenções multissetoriais, onde a segurança pública, apenas, não dá conta de responder (MINAYO, 2006).

Para o setor saúde, a violência imprime grandes gastos em todos os níveis de atenção: pré-hospitalar, hospitalar, emergência e processo de reabilitação (MINAYO, 2006).

Em 2002, foi construído o primeiro Relatório Mundial sobre violência e saúde como contribuição no estudo da violência e o impacto na sociedade (OMS, 2002) tendo como perspectivas discutir e avaliar as ações preventivas a nível local, nacional e mundial.

Já em 2006, Minayo, no livro *Violência e Saúde*, abordou o assunto como fruto de um processo sócio histórico, que acompanha toda a experiência da humanidade, desde os relatos bíblicos até a atualidade, com diversas formas de apresentação: “desprezo e menosprezo pelo outro, discriminações, crueldades, autoritarismo, lutas fratricidas, guerras, terrorismos e processos de autodestruição” (p.10).

Apesar de ser histórica, a preocupação relacionada ao tema é bem atual diante do perfil epidemiológico e das consequências da violência na sociedade contemporânea. Tendo em vista, o modo como se apresenta: predomínio de vítimas jovens, na faixa etária

economicamente ativa, numa população menos favorecida socialmente e com repercussões diversas.

Na carga global de mortalidade para o agravo violência interpessoal referente ao ano de 2016, o Brasil ocupou o 7º lugar, precedidos, no *ranking*, pelo El Salvador, Venezuela, África do Sul, Guatemala, Colômbia e Honduras (IHME, 2018).

Complementando a relevância do tema, dados epidemiológicos recentes do Ministério da Saúde (MS) demonstram que as causas externas ocuparam o terceiro lugar nas causas gerais de morte na população Brasileira no período de 2006-2016 (último ano disponibilizado pelo DATASUS na internet), com 1.591.786 casos (BRASIL, 2018). Nesta categoria são contemplados a violência e os acidentes. A agressão foi a subcategoria com maior número de casos registrados (37,4%).

Para Dahlberg e Krug (2007, p.2), “os fatores responsáveis por reações violentas, quer sejam derivados de atitudes e comportamentos ou de condições sociais, econômicas, políticas e culturais mais amplas, podem ser modificadas”.

Diante do impacto social, abrangência e número de vítimas, a violência é considerada um problema de saúde pública no mundo, com necessidade de estudo, construção e implementação de políticas públicas, tendo em vista o entendimento de que se trata de um agravo prevenível.

Assim, com o projeto de responder a demanda dos elevados índices de mortalidade por agravos relacionados ao trauma e à violência no Brasil, o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências em 2001.

Já em 2003, institui a Política Nacional de Atenção às Urgências e com ela o atendimento pré-hospitalar (APH) através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), visando dentre outras coisas “garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não intencionais, **violências (GRIFO NOSSO)** e suicídios)” (BRASIL, 2003).

Desta forma, ao trabalhar no ambiente pré-hospitalar, o enfermeiro intervencionista do SAMU, muitas vezes, é chamado a atuar em cenas de conflitos sociais. Sejam socorrendo as vítimas de agravos relacionados à violência (agressão física, perfuração por arma de fogo (PAF), perfurações por arma branca (PAB), etc) ou atendendo vítimas de agravos não

relacionados diretamente com as circunstâncias conflituosas (causas clínicas, obstétricas, psiquiátricas), mas que possuem como plano de fundo um cenário inseguro, por circunstâncias alheias aos profissionais de saúde, com grande impacto na atuação dos mesmos.

O tema exposição à violência urbana durante jornada de trabalho foi um fator vivenciado e relatado, de forma preocupada, por todos os enfermeiros do SAMU de Salvador que participaram dessa pesquisa. Informaram serem vítimas deste contexto social e identificaram, empiricamente, o aumento da frequência de exposições aos atos violentos nos cenários de atendimentos pelas equipes de saúde do APH de Salvador nos últimos anos.

O consenso do Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado (sigla em inglês: PHTLS) trata que a segurança do socorrista e sua equipe são questões prioritárias em qualquer atendimento, sendo prerrogativa, inclusive, para postergar ou interromper o mesmo: “o atendimento ao doente deve ser adiado até que a cena esteja segura” (PHTLS, 2011, p.88).

A violência foi percebida pelos profissionais entrevistados como um fator de risco ocupacional no APH, desencadeador de sofrimento, com risco iminente de lesão corporal e morte para esses socorristas. É representada por sentimentos desagradáveis pelos profissionais que já vivenciaram ou possuem pares envolvidos neste contexto.

‘A violência representa um risco para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima’. Ou seja, o setor saúde e seus profissionais não vislumbram positividade nas manifestações da violência. Ao contrário, consideram-nas negativas para a sociedade, para os indivíduos e para o próprio setor (MINAYO, 2006, p.71).

Uma das enfermeiras entrevistada relata que a violência urbana é vista como um fator motivador para mudança de área de atuação profissional, tendo em vista a insegurança que o ato causa.

Diante deste contexto, e considerando:

- A imprevisibilidade, diversidade e falta de controle sobre o ambiente de atendimento pré-hospitalar;

- O relato de hostilidades vivenciadas pelos profissionais de saúde no atendimento pré-hospitalar (APH), segundo fala das entrevistadas, pondo em risco a segurança da equipe;
- O respaldo legal de suspensão de atendimento em situações de vulnerabilidade da equipe do APH;
- O risco de não conseguir atender os princípios e diretrizes do SUS e missão do SAMU no aspecto acessibilidade, universalidade e integralidade, regredindo na atenção à Política Nacional de Urgências diante de um contexto inseguro para a atuação das equipes no pré-hospitalar.

Buscou-se melhor compreender o fenômeno da exposição ocupacional dos enfermeiros do Atendimento pré-hospitalar à violência urbana com o objetivo de aumentar o debate sobre o tema e tentar propor medidas de intervenção, salientando que não foi encontrada na literatura essa abordagem para o APH.

Desta forma, foram identificadas as possíveis causas da violência/insegurança no atendimento, os atores sociais envolvidos, as medidas de enfrentamento realizadas pela equipe de intervenção do APH e os desafios a serem superados, baseados na vivência dos enfermeiros do SAMU de Salvador.

### 3.1 AUTORES E MOTIVOS DA HOSTILIDADE NO APH DE SALVADOR

No momento do atendimento pré-hospitalar, além do paciente, existem vários atores sociais envolvidos na cena: familiares, amigos, vizinhos, circunstantes, terceiros ou transeuntes, que participam ativamente das relações sociais estabelecidas naquele local e interferem no atendimento, sejam com objetivo de promover a aproximação do paciente com os recursos de saúde ou afastá-lo.

Tem sido comum, no serviço, relatos de situações de vulnerabilidade a quem ficam expostas as equipes de intervenção do SAMU, em determinados bairros de Salvador, local deste estudo. Mas, percebe-se através de reportagens vinculadas amplamente na mídia, que não é um problema local, outros Estados do Brasil compartilham dessa mesma situação.

Durante a etapa da entrevista, apareceram nomes de alguns bairros ou comunidades de Salvador, que foram palcos de vivências de atos violentos ou inseguros pela equipe do SAMU: Liberdade/Pau Miúdo (comunidade do Brongo e Milho), Baixinha de Santo Antônio, Nordeste de Amaralina e Narandiba.

Numa análise conjuntural, observa-se que estas localidades possuem como pontos comuns, serem bairros periféricos de Salvador, com grande densidade populacional, crescimento desorganizado, caracterizado pela pobreza, dominado pelo tráfico de drogas, com disputas de territórios.

Lancmam *et al.* (2009) afirmam que existe uma relação direta entre regiões de maior risco social e intensificação da violência. Corroborando com esses achados, Dahlberg e Krug (2007) constataram que a população de baixa e média renda apresentavam maiores índices de mortalidade relacionada à violência.

Numa análise, mais profunda, Minayo (2006, p.35) defende que a população mais carente é a mais vulnerável, não por aspectos biológicos ou genéticos, mas por questões de origem macroeconômica e social:

O ato subjetivo de entrada no mundo do crime é secundado e contextualizado por uma situação de extremas desigualdades, de falta de oportunidade para o protagonismo, como cidadão, e de total descrença nas possibilidades de acesso ao consumo, à cultura e ao reconhecimento social. Por isso, o mercado da violência passa a se configurar como uma escolha viável, numa conjuntura de crescente desemprego e exclusão social, cultural e moral. [...]. Essas situações que têm origem macroeconômica e social são acompanhadas pelo surgimento de novas subjetividades marcadas pela secularização, pela desvalorização das hierarquias tradicionais e da autoridade familiar e comunitária. O desencanto com a política e com a democracia, tal como ela é praticada em benefício dos próprios políticos e de grupos privilegiados, coroa o panorama propício à configuração da violência social brasileira contemporânea.

Representando a influência da violência social impactando nos atendimentos de saúde na área pré-hospitalar, os enfermeiros identificaram os familiares, terceiros, traficantes da área e solicitante da ocorrência como os responsáveis pelas agressões direcionadas à equipe no

local da ocorrência. Estudo realizado em 03 regiões do Chile converge para o mesmo achado (CAMPO e KLIJN, 2017).

Os enfermeiros intervencionistas relataram que se sentem vulneráveis quando chegam numa cena para atendimento e está acontecendo troca de tiros entre a Polícia Militar (PM) e os traficantes locais. Apesar do conflito não ser o motivo original do chamado, nem estar relacionado ao mesmo, o contexto social naquele momento expõe os profissionais ao risco de serem baleados.

Os motivos que apareceram relacionados aos atos violentos contra a equipe de atendimento foram o tempo de espera, a ansiedade da população frente à criticidade do agravo, a falta de compreensão da população sobre o papel do veículo de intervenção rápida (VIR), assim como a falta de clareza por parte da população sobre as atribuições do SAMU, além do contexto e organização social local.

O tempo de espera é um fator crítico para o serviço de urgência e emergência. No contexto de um serviço móvel, podemos prever algumas variáveis que podem interferir no processo de aproximação do serviço de saúde com o paciente: trânsito com fluxo intenso e a carência de educação no trânsito para liberação de passagem do recurso mesmo em uso de sirene e giroflex; número deficiente de ambulâncias frente à demanda; unidades desativadas por questões estruturais (higienização, déficit de profissionais, macas retidas em unidades reguladoras, etc); distância entre local do chamado e localização do recurso móvel, problemas mecânicos durante deslocamento, abordagem em outra ocorrência, locais de difícil acesso, sem pontos de referência, etc.

Além dos fatores reais que interferem no tempo-resposta, observa-se que a dimensão tempo é superestimada por quem espera principalmente em situações que envolvem agravo à saúde com risco iminente de morte.

Balardín e Fogliatto (2011) realizaram um estudo sobre fatores que interferem na percepção do tempo de espera em filas e observaram que as pessoas mais jovens, que esperam sozinhas e usam o serviço de forma esporádica tendem a superestimar mais o tempo de espera.

Muitos chamados realizado para o SAMU possuem como motivo agravos de natureza grave, com risco iminente de morte para a vítima. A presença de sangue na cena tem sido referida pelos enfermeiros como um fator de comoção social. O grupo percebeu que estes tipos de ocorrências elevam o grau de ansiedade dos sujeitos da cena, sejam por vínculos

afetivos (amigos ou familiares, que desejam um breve socorro e reversão do quadro clínico do paciente) ou por questões sociais indesejadas, como óbito dentro da comunidade associada a uma causa externa.

No âmbito global, em situações de conflitos sociais, os profissionais de saúde são gravemente afetados e com o plano de garantir minimamente uma segurança na execução de suas atividades são deslocados para áreas urbanas, acontecendo inclusive abandono de profissão de forma definitiva (OMS, 2002). E o que fazer quando estes conflitos ocorrem nas áreas urbanas, como é a realidade do APH de Salvador?

Muitas vezes os populares estão agressivos com a equipe porque demorou de chegar, por comoção social mesmo, por ver muito sangue, muita coisa. A população, no seu papel de leigo, fica no afã de que a unidade chegue logo (CÉLIA).

Fomos atender uma vítima, em um bairro perigoso de Salvador, chamado popularmente como Brongo, que fica no Pau Miúdo. Era um estrangeiro que estava em overdose de cocaína e por medo da questão dele morrer ali e deles serem retaliados, os traficantes da área pediam urgência no atendimento, queriam que chegassem logo e aí, saímos de uma base mais distante. Quando chegamos ao local, fomos extremamente hostilizados. Primeiro, porque eles acharam que foi demora dez minutos de deslocamento; segundo, porque nossa unidade não removia, a gente teve que esperar uma unidade de remoção chegar, uma ambulância chegar. Então, começou-se a questionar por que a gente não tinha pegado o paciente e retirado do local ainda. Então, enquanto a gente estava tentando explicar que a gente já estava atendendo a vítima, a pessoa começou a falar palavra de baixo calão e de ameaça. A gente não precisa repetir isso, mas palavras bem pesadas, que te tiram a concentração no momento (TÚLIO).

Além de relatar sobre o medo do óbito em locais indesejados, o enfermeiro Túlio discorre sobre a falta de compreensão da população sobre o papel do Veículo de Intervenção Rápida (VIR) na cena do atendimento e a maior vulnerabilidade percebida pelo enfermeiro ao tripular este tipo de unidade em bairros violentos, por assemelhar-se à viatura da PM, uma vez que essa semelhança aumenta a possibilidade de serem confundidos com os mesmos e virarem alvo de ação criminosa. Além disso, a população não o reconhece como meio passível de intervenção, uma vez que não pode transportar o paciente.

O VIR trata-se de um veículo na configuração 4x4, modalidade SUV, que possui como objetivo alcançar localidades de difícil acesso, atendendo à realidade de crescimento

desorganizada e íngreme do solo urbano de Salvador, levando recurso de natureza avançada para o local.

No entanto, quando se faz necessária a remoção do paciente, o VIR sempre tem que rodar em comboio com outra unidade móvel na configuração convencional de ambulância, que nem sempre se encontra na mesma área de atuação e por consequência pode chegar mais tardiamente na cena de atendimento.

E o formato de ser uma caminhonete, expõe a gente em bairros violentos, porque as pessoas demoram a entender que o SAMU tem um carro que não parece uma Van, que não parece uma ambulância. Então, as pessoas olham estranhas, olha pra gente, a primeira reação é de susto! Aí, passo com o vidro baixo, e eles: “ah, é o SAMU!”. Mas, assim, a primeira impressão que a gente causou é que era polícia, depois que foram ver que era o SAMU. Então, uma pessoa armada, que olha e estão em atividade em todo momento e chega aquele carro ali, você acha que ele vai parar para ler? Ou ele vai atirar primeiro? Ele pode atirar. Então, a gente chega nesses locais com uma tensão um pouquinho maior. Eu confesso que entro em bairro perigoso, mais tenso no veículo de intervenção rápida do que na ambulância. Fato! (TÚLIO).

Percebe-se na fala dos entrevistados, que por muitas vezes a agressão sofrida pela equipe de APH em bairros dominados pelo narcotráfico não está relacionado ao atendimento, nem direcionado especificamente à equipe de saúde, mas ao papel que ela ocupa em determinada situação naquela comunidade: um estranho, oferecendo um suposto risco na dinâmica local.

Então, a gente entrou para atendimento num bairro, em que naquele dia, naquele horário era o momento que o tráfico recebia droga, e eles ficam tensos, eles ficam muito ativos, porque eles podem ser abordados pela polícia e há movimento de drogas naquele momento, então eles ficam extremamente reativos a qualquer movimento estranho. Então, assim, a ocorrência não determinava que precisava de apoio da polícia, mas o bairro, o dia, o momento que a gente chegou no bairro exigia apoio policial (TÚLIO).



Outro problema comum como gerador de conflito no serviço é a falta de clareza relacionada ao papel do SAMU na resolução de determinados agravos. Muitas vezes o serviço é acionado para situações de caráter exclusivamente social, fora do contexto de urgência e emergência. As unidades são encaminhadas diante do quadro de comoção social, mas diante da falta de recursos para atender essa demanda, as equipes do SAMU acabam por serem agredidas pela população.

O pessoal do serviço social queria que avaliasse, pois poderia ser alguma crise convulsiva, mas a moto (do SAMU) já tinha ido lá e suspeitado de abstinência alcoólica. Aí, chegamos lá, os tremores, o próprio paciente disse que ele já tinha aquilo, quando ficava sem beber, que costumava beber todos os dias, a queimadura ele falou que já estava cicatrizando, e que não precisava da gente. Sinais vitais todos normais. Quando a gente falou que não tinha indicação de remoção, o serviço social saiu de fininho, deixou a gente lá, a população não deixou a gente sair, arrodaram a ambulância portando um monte de coisa, dizendo que se não levasse iam quebrar tudo. Teve que chamar a polícia para essa ocorrência, pra gente poder sair, e a gente saiu a muito custo (GLÓRIA).

Estas situações em que os profissionais do APH são confrontados com realidades de miséria intensa, falta de recursos e alternativas para resolvê-las também são configuradas como um tipo de violência praticada contra o profissional, denominada violência indireta (LANCMAN *et al.*, 2009).

Desta forma, ao acionar o serviço para determinado agravo, apesar de não ser o perfil de atendimento do SAMU, a população tem uma expectativa, busca um retorno, a resolução ou encaminhamento da situação que os incomodam/afligem. Muitas vezes, para ser uma porta de entrada no sistema de saúde, que em muitas situações encontra-se aquém das necessidades daquela população.

Porém, o serviço possui seu limite de atuação e existindo a negativa de remoção do paciente, um conflito é estabelecido, uma vez que não existe uma articulação clara do serviço com os demais setores da atenção primária e o paciente é orientado a procurar atendimento por meios próprios tendo em vista tratar-se de um agravo crônico, sem características emergenciais.

Como a violência social é tolerada naquela comunidade como meio de angariar mecanismos de resolução da sua demanda, a população tende a reproduzir atos com o propósito de coagir ou chamar atenção dos profissionais de saúde.

Desta forma, a violência é traduzida pela “expressão de crises sociais que levam a população mais atingida negativamente, à revolta frente à sociedade ou ao Estado que não conseguem lhe dar respostas adequadas” (MINAYO, 2006, p.19).

### 3.2 EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA

A violência urbana se expressa das mais variadas formas no dia a dia do socorrista, durante a execução de suas atividades laborais na comunidade: cenas hostis envolvendo presença de arma de fogo, agressões verbais ou sendo vítimas da criminalidade em casos de assaltos, estas foram algumas das situações vivenciadas pelos profissionais.

Observa-se que em ambas as situações existem uma relação conflituosa de poder envolvido e associado ao uso de ameaças e intimidações.

“A violência é resultado da complexa interação de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais” (DAHLBERG e KRUG, 2007, p.10).

As situações conflituosas com abordagem da equipe na presença de arma de fogo foram relatadas em 03 modalidades, que se repetiram em algumas falas das entrevistadas: **atendimento em cenas onde a PM encontra-se em confronto direto com setores do tráfico de drogas** no momento em que ocorre a solicitação de atendimento para o SAMU, muitas vezes para uma situação alheia à cena violenta; **abordagem da equipe tendo como objetivo agredir a vítima** que está sendo atendida pelo SAMU e a **presença do serviço significando atuação de um estranho** na comunidade, nestas situações a equipe é questionada sobre sua presença no local e quando o atendimento é permitido pela comunidade, ficam sob vigilância contínua realizada por “olheiros”.

Eu já tive 03 episódios de ficar em troca de tiro. Uma vez numa praça, a gente atendendo paciente, começou um tiroteio entre policiais e marginais tivemos que se jogar mesmo no chão da unidade (ambulância) para poder se proteger; outro momento, chegando à casa do paciente também, a polícia chegou na rua e começou o tiroteio (JANDIRA).

Teve uma equipe que foi fazer um atendimento a uma vítima de ferimento por arma de fogo e o agressor parou a ambulância durante o transporte para a unidade de regulação, ele interceptou a ambulância [...] e executou a vítima dentro da unidade (CELINA).

Depois chegou um homem armado e perguntou o que a gente estava fazendo lá nessa casa. A gente explicou e ele saiu, mas ficaram os olheiros, várias pessoas no beco olhando o que a gente estava fazendo (GLÓRIA).

A ocorrência relatada pela enfermeira Celina aconteceu dentro de uma unidade de suporte básico do SAMU, nas imediações do bairro do Bonocô, em Salvador. Enquanto a equipe se deslocava com o paciente baleado para o Hospital Geral do Estado (HGE) foram interceptados em via pública por um carro e a técnica de enfermagem foi mantida no fundo da unidade móvel, sendo obrigada a assistir a execução do paciente. Esta ocorrência gerou afastamento da profissional do serviço por questões psicossociais.

Houve o relato de que as unidades básicas são as que apresentam maior frequência como vítimas da violência. Trata-se de um resultado esperado, diante da maior demanda de ocorrências para as mesmas, maior quantitativo desse recurso no serviço, menor complexidade e maior dependência para com a central de regulação na tomada de decisão.

Outra situação de insegurança na cena do atendimento foi relatada pela enfermeira Verônica sobre outra equipe de suporte básico que ficou em meio a um tiroteio com a chegada da polícia militar na localidade conhecida como Baixinha de Santo Antônio. A técnica de enfermagem ficou como refém no domicílio do solicitante, numa situação análoga a um cárcere privado, sob ameaça de arma de fogo e tortura psicológica. Já o condutor ficou em meio à troca de tiro entre PM e traficantes, quando foi buscar um material na ambulância.

Nesta situação, a ocorrência tinha uma natureza clínica não relacionada a causas externas, porém, o ambiente se tornou hostil com a chegada da ronda da PM na localidade e a equipe do SAMU ficou de refém nesta ocorrência durante 03h sob ameaça de morte.

Tortura e outros tratamentos ou punições cruéis, desumanos ou degradantes refere-se a 'ato mediante o qual se inflige intencionalmente dor severa ou sofrimento, seja físico ou mental, a uma pessoa, com finalidade de se obter informações ou uma confissão, punição, intimidação ou coerção, ou por qualquer motivo baseado em discriminação de qualquer espécie' (CONVENÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1984 apud OMS, 2002, p. 239).

Desta forma, sugere-se que a violência urbana contra os profissionais de saúde do APH em Salvador tem se assemelhado, no seu modo de agir, aos atos terroristas que ocorrem ao redor do mundo em países guerrilheiros, sendo negligenciado na realidade local, ficando invisíveis aos olhos dos poderes públicos e impedindo a construção de políticas públicas eficazes ao setor, apesar dos inúmeros registros de boletins de ocorrências nas delegacias da cidade.

O mito que corre no imaginário social e é apropriado politicamente é de que somos um país pacífico. [...]. Uma das formas mais contundentes de violência no Brasil, que se poderia chamar estrutural e 'estruturante' pelo seu grau de enraizamento, são os níveis levadíssimos de desigualdade que persistem historicamente e são o chão sobre o qual se assentam muitas outras expressões (MINAYO, 2006 p. 27 e 29).

Numa análise mais aprofundada, fica-se a questionar a quem serve essa ideologia do país pacífico vendida pelo Brasil? Diante das grandes desigualdades sociais, lucrativo comércio de materiais bélicos e drogas ilícitas, com extensão internacional, à sombra das desregulações. Além das indústrias que se estruturam por detrás disso: grades, armas e segurança privada.

O tipo de violência que, neste momento histórico específico, invade o imaginário e a opinião pública brasileira, conforme teoriza Wieviorka (1997), tem características 'pós-modernas'. Suas manifestações são múltiplas e se tornam particularmente relevantes suas formas criminais e delinqüenciais (MINAYO, 2006, p.33).

Ainda com relação à violência urbana contra a equipe de APH, os enfermeiros relataram que constantemente são agredidos verbalmente na cena de atendimento, através de xingamentos e ameaças de morte com arma de fogo e arma branca caso o paciente evolua o quadro clínico para um desfecho desfavorável na cena ou quando não há indicação de remoção da vítima e a comunidade assim o deseja.

Conforme Lancmam *et al.* (2009), situações que envolvem “agressão verbal, ameaças, intimidações, abuso psicológico e insultos” são caracterizadas como violência psicológica.

Mas, fomos forçadas a reanimar um paciente, porque estavam armados (população) e proferiam palavras mesmo de que a gente tinha que salvar. A gente achou por bem que teríamos que remover o paciente, simulando uma reanimação, porque a hostilidade era grande no ambiente. Tivemos que deslocar uma vítima de PAF, uma situação de um evento externo, que não tinha indicação inclusive, nem de remover do local, um óbito (JANDIRA).

A enfermeira Jandira informa, ainda, que a violência contra os profissionais do SAMU não são restritas às cenas de atendimento, se estendem para as bases descentralizadas do serviço, onde são abordados por populares armados diante da vulnerabilidade proporcionada pelo déficit da área de segurança nestes locais.

Na parte observacional da pesquisa, percebe-se que, quando existem, os portões das bases descentralizadas são de abertura manual, sem dispositivos de travamento eletrônico e a operação é executada por 01 vigilante desarmado. A maioria das bases encontra-se localizada próxima a bairros periféricos da cidade, reconhecidos pelo alto índice de violência. Desta forma, os profissionais de enfermagem encontram-se vulneráveis à ação da violência urbana nas 24h do plantão, sejam nos locais de atendimento, durante deslocamento (com interceptação da unidade móvel) ou nas bases descentralizadas.

O risco de agressão física por mecanismo de ação manual e assalto da equipe também foi pontuado por duas enfermeiras nesta pesquisa.

E um solicitante veio na minha direção, eu me vi levando um murro, porque ele veio, veio pertinho assim, cara a cara comigo (simulou como foi), o condutor chega saiu do lugar dele e veio para o meu lado, ele (solicitante) veio na minha direção com tanta raiva, que eu não sei nem o porquê que eu não levei o murro (IOLANDA).

Porque foi numa época que teve um médico que foi assaltado, acho que ele estava no VIR, então foi tudo quase na mesma época. Aí, fiquei com medo dele querer assaltar a gente dentro da ambulância também, enfim. Você pensa mil e uma coisas (ESMERALDA).

Em contrapartida, olhando para o impacto dessas ações para uma comunidade, o atendimento pelos profissionais do SAMU em muitas comunidades de Salvador tem sido prejudicado por questões de conflitos sociais no local, comprometendo a acessibilidade dos recursos do SUS à população. Estes casos são registrados na delegacia da área, através do boletim de ocorrência, para que não sejam caracterizados como omissão de socorro, quando o apoio policial não puder acompanhá-los.

Observa-se, pelo relato das entrevistadas, que o sofrimento causado por ações violentas contra o profissional de saúde no exercício das suas atividades laborais tem causado sofrimento psíquico intenso aos mesmos, sendo inclusive motivo de traumas psicológicos com afastamento permanente do serviço de intervenção. O profissional não consegue voltar para atuar na linha de frente por medo de reviver a hostilidade e é relocado, muitas vezes, para a área administrativa.

E acabou que a menina da intervenção não consegue voltar para a intervenção. Então, assim, eu já conversei com ela depois. Ela agora está na parte administrativa e é uma profissional muito boa, de assistência muito boa e que não vai voltar! Provavelmente, ela não volte para a assistência, entendeu? Porque ainda está muito latente, muito real, o trauma dela (VERÔNICA).

O Transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) é caracterizado como uma síndrome secundária a vivência de situações que envolvam violência ou trauma. Inicialmente, foi associado a ocorrências de Guerras, porém ao longo do tempo percebeu-se que pacientes portadores de doenças graves, como câncer também apresentava sinais e sintomas análogos (FIGUEIRA e MENDLOWICZ, 2003).

Para o paciente ter o diagnóstico do TEPT faz-se necessário identificar a existência de vivência (TEPT primário) ou testemunho (TEPT secundário) de situações relacionadas à ameaça de morte ou ferimento grave de si ou terceiros e a reação da pessoa com sentimentos de medo intenso ou terror, sendo estes influenciados por fatores individuais, sociais e

ocupacionais. Os sinais e sintomas devem persistir por mais de 04 semanas após a ocorrência do trauma. Enquanto forma clínica, se apresenta em 03 subcategorias: Revivescência do Trauma; Esquiva ou entorpecimento emocional e Hiperestimulação autonômica (FIGUEIRA e MENDLOWICZ, 2003; LIMA e ASSUNÇÃO, 2011).

De acordo com o relato supracitado da Enfermeira Verônica, a profissional envolvida na cena traumática faz esforços para evitar atividades, locais ou pessoas associadas com o trauma, evidenciado pela dificuldade da mesma retomar suas atividades na intervenção, esses sinais são relacionados ao comportamento de esquiva do TEPT.

Partindo para uma análise estrutural e organizacional do serviço, observa-se que a violência contra os profissionais de saúde, também, gera impacto neste aspecto, uma vez que, diante dos afastamentos, não é repostos profissionais na área de intervenção e isso acarreta num déficit de dimensionamento de pessoal, com risco para desativação de unidade e sobrecarga para os demais profissionais que se encontram escalados, uma vez que as ocorrências não param de acontecer.

A violência no local de trabalho causa uma ruptura imediata e, muitas vezes, de longo prazo nos relacionamentos interpessoais, bem como desagrega o ambiente de trabalho como um todo. Os custos dessa violência incluem:

Custos diretos - efeitos colaterais de pontos como:

- acidentes;
- enfermidades;
- invalidez e morte;
- absenteísmo;
- rotatividade de funcionários.

Custos indiretos, inclusive:

- menor desempenho no trabalho;
- menor qualidade dos produtos ou do serviço, e produção mais lenta;
- diminuição na competitividade;

Custos mais intangíveis, inclusive:

- danos à imagem de uma organização;
- menor motivação e moral mais baixa;
- menor lealdade para com a organização;

- níveis mais baixos de criatividade;
- um ambiente menos condutivo ao trabalho.

(OMS, 2002, p.40)

Diante dos relatos dos enfermeiros, as equipes de intervenção do SAMU de Salvador estão expostas a violência de natureza física, psicológica e de privação durante a realização das suas atividades laborais. São relatados fatos de violência interpessoal do tipo comunitária e violência coletiva.

“Violência interpessoal do tipo Violência comunitária – violência que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco (consanguíneo ou não), e que podem conhecer-se (conhecidos) ou não (estranhos), geralmente fora de casa” (OMS, 2002, p.28).

“A violência coletiva cometida para seguir uma determinada agenda social inclui, por exemplo, crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões” (OMS, 2002, p.28).

A violência incomoda, é uma pedra no sapato e por isso obriga a todos os que estão acomodados em seu bem-estar a pensar que tudo o que ocorre pode estar relacionado com eles e ninguém escapa de seu raio de influência. [...] violências correspondem a altos custos emocionais e sociais e com aparatos de segurança pública. Causam prejuízos econômicos por causa dos dias de ausência do trabalho, pelos danos mentais e emocionais incalculáveis que provocam nas vítimas e em suas famílias, e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos (MINAYO, 2006, p.39).

Com o desejo de salvaguardar suas vidas, os enfermeiros utilizam diversos mecanismos de enfrentamento para atuarem nesta realidade, construídos com base em experiência acumulada.



### 3.3 MECANISMO DE DEFESA

Os enfermeiros do SAMU, enquanto sujeito social numa cena de atendimento, ao ser exposto a situação de violência durante sua jornada laboral desenvolve alguns mecanismos de enfrentamento, que vão aprendendo ao longo do tempo.

Muitas ações não são provenientes de protocolos implantados, mas de uso comum no grupo, tais como: uso da **linguagem não verbal** para comunicação; **afastar-se da cena hostil; diálogo com a comunidade; solicitação de apoio da PM no atendimento; mediação de apoios através dos profissionais da central de regulação** do SAMU (rádio operador e enfermeiro regulador); **conhecimento por vivência pessoal sobre periculosidade da área de atendimento e adaptação à rotina do crime organizado.**

O aprendizado pela experiência acumulada para detecção de riscos também foi pontuada por Lancmam *et al.* (2009) no estudo sobre condições de trabalho dos ACS e os mecanismos de enfrentamento.

A revisão bibliográfica realizada por Ramos e Bortagarai (2012), relata a importância da utilização da linguagem não verbal na área da saúde como relacionamento terapêutico entre profissional e paciente. Este tipo de linguagem propõe-se evidenciar a percepção dos sentimentos e intenções, ao afirmar o que se diz, o que se quer dizer e o que não pode ser dito.

Pela fala dos enfermeiros intervencionistas, num ambiente hostil ou inseguro, muitas coisas são vivenciadas pelos envolvidos no processo, porém não podem ser ditas, diante das organizações sociais e culturais estabelecidas naquele contexto, por serem informações veladas.

No entanto, precisam ser pactuadas condutas para uma tomada de decisão efetiva e rápida para proporcionar um melhor desfecho e garantir a segurança da equipe. Desta forma, os profissionais utilizam-se do recurso da linguagem não verbal nos atendimentos, principalmente em cenas violentas.

O uso da mímica foi um dos recursos de comunicação, em cenas inseguras, citada como meio de articular ações protetoras para os profissionais. A convivência em equipe foi um fator destacado como facilitador desse processo de compreensão da mensagem.

A enfermeira Esmeralda relata sobre um atendimento que realizou numa comunidade marcada por conflitos sociais e comércio de drogas ilícitas, onde a remoção do paciente para uma unidade de saúde foi necessária. Para tanto, foi solicitado um acompanhante no deslocamento junto com o paciente, o filho do paciente o acompanhou na unidade móvel do SAMU. A equipe de enfermagem, que se encontrava assistindo o paciente no fundo da ambulância, observou que o acompanhante apresentava um comportamento suspeito (portava uma arma de fogo por debaixo da roupa).

Menina, eu só fazia mímica com a técnica, a gente destravou todas as portas, a gente estava pronta, próximo à porta de trás (da ambulância), porque se acontecesse alguma coisa, a gente descia numa parada do semáforo. Ele estava o tempo todo com a mão na virilha, como se estivesse segurando alguma coisa e a gente não sabia o que era e estávamos morrendo de medo (ESMERALDA).

Ao chegar à Unidade de Saúde, a enfermeira relata ter descido com o paciente de forma bem rápida e alertou aos profissionais de saúde da unidade fixa que recebeu o paciente, que aumentassem a vigilância na cena, diante da suspeita da presença de arma de fogo, minimizando o risco de exposição dos profissionais da unidade de saúde, que contava com um aparato de segurança no local.

A enfermeira Regina além de trabalhar no SAMU de Salvador, possui experiência pregressa em serviço análogo em outro município baiano e relata que já teve a vida resguardada pela comunicação não verbal, diante de uma abordagem na base, quando foram intimidados mediante presença de arma de fogo a seguir para uma cena de atendimento insegura sem a presença da PM. No momento em que saía da base, a enfermeira informa que conseguiu se comunicar por contato visual com a equipe da básica que chegava para o descanso.

E o que me salvou foi que como eu tenho essa linguagem não verbal, quando eu olhei, a equipe básica percebeu que eu estava numa situação acuada, a gente seguiu eles (traficantes) e eles (equipe básica) foram chamar a polícia (REGINA).

Quando a cena está insegura, seja pelo aglomerado de pessoas, hostilidade na recepção da equipe, ameaças verbais e físicas e notar a presença de “olheiros” nos locais de forma intimidadora, as equipes são respaldadas a sair da cena, diante da insegurança que a mesma oferece.

No entanto, muitas vezes, a situação não permite a saída da equipe sem a prestação do atendimento, então, optam por remover a vítima e realizar procedimento dentro da unidade móvel, muitas vezes em deslocamentos para localidades centrais, movimentadas, consideradas menos inseguras. Assim, que possível o fato é reportado à central de regulação do SAMU para as medidas cabíveis.

Observa-se na fala das enfermeiras, para manter a sua integridade física, são obrigadas a executar ações que não mudaria desfecho do quadro clínico do paciente, muitos nem teriam indicação de remoção do local, mas a cena as coagem.

Fomos forçadas a reanimar um paciente, porque estavam armados e proferiam palavras de que a gente tinha que salvar e a gente achou por bem que teríamos que remover o paciente, simulando uma reanimação, porque a hostilidade era grande no ambiente e a gente teve que deslocar uma vítima de PAF, uma situação de um evento externo, que não tinha indicação inclusive, de nem remover do local, um óbito. A polícia teria que ser acionada, mas fomos forçados a fazer isso pela hostilidade do local (JANDIRA).

Por atuar de forma descentralizada, territorializada e com atuação permeada pela escala de serviço, lotando profissionais por bases, o SAMU permite aos profissionais melhor reconhecer sua área de atuação e identificar os ambientes marcados por conflitos sociais, assim como características territoriais.

Nos locais de acessibilidade reduzida, sem rota de fuga, tais como becos e vielas, tão marcantes no modo organizacional do solo de Salvador, com disputa de territórios, principalmente no período noturno, os enfermeiros informam adotar a estratégia da conferência com o solicitante.

Solicitam à central de regulação que faça uma ligação telefônica para o solicitante da ocorrência, com intenção de aproximar o recurso de saúde do paciente. Ao solicitante é pedido que traga o paciente até a rua principal onde se encontra a ambulância, pois caso haja

algum conflito, facilita a saída da equipe do local ou quando não é possível, que ele venha ou peça alguém da comunidade para vir ao encontro da equipe, e desta forma, garantir uma mínima segurança para adentrar nestes locais. A presença de alguém da comunidade junto da equipe de intervenção é interpretada como um aval para atuar naquele lugar.

Já tive uma experiência de madrugada, na suburbana, naquela parte ali bem pra dentro, eu não sei nem o porquê eu entrei, porque quando chegou na metade do caminho eu me perguntei: “ O que eu estou fazendo aqui?” . Quatro homens, assim, um em cada canto olhando feio, e a família veio pegar a gente e levar. A solicitante que era familiar, fazendo uma cara fechada para eles, para a gente passar e na volta, eles vieram de três novamente levar a gente até a ambulância. Estavam armados e coisa boa não era (IOLANDA).

Quando o solicitante reluta ou informa não poder ir ao encontro da equipe de intervenção, a dificuldade na localização da cena pode incomodar a rotina local e promover atos inseguros contra a equipe.

A gente foi fazer um atendimento, numa área de risco de madrugada, estava com dificuldade de achar o endereço, o endereço mal caracterizado, já tinha pedido conferência com o solicitante duas vezes; solicitante informava o endereço e a gente não encontrava, estava muito estranho essa referência que ele passava e nisso, como a gente estava indo e voltando nas ruas da região para procurar o endereço, um grupo de pessoas que estavam reunidos em uma ruela, começaram a se incomodar com o movimento do SAMU por ali, aí já começaram a sair, ver, porque que a gente ia e voltava ali e não parava em lugar nenhum; a gente percebeu que eles já estavam ficando um pouco incomodados [...]aí, lá vem o carro: “perai, SAMU” e eu: “não, obrigada, obrigada”, saímos com a ambulância. O rapaz entrou no carro e perseguiu a ambulância pela cidade, a gente foi em alta velocidade evadindo do local e ele continuava perseguindo a ambulância. Eu fiquei super nervosa, eu não sabia se me abaixava, se eu ia pra um canto, se ia pro outro, o que eu fazia, pois eu só pensava que o cara ia atirar na ambulância, não sabia o que fazer para me proteger (CELINA).

Ao relatar sua experiência, a enfermeira Celina parece reviver os momentos angustiantes, apresenta mudança no tom de voz, fica um pouco mais alto, de modo mais

acelerado, semelhante ao modo de como informa se deslocar ao tentar fugir da situação conflitante, como se houvesse uma pressa para resolver e se desvencilhar daquele cenário.

Outro mecanismo de enfrentamento relatado pela equipe e utilizado com maior frequência é a tentativa de diálogo com a comunidade com o desígnio de aproximar o paciente dos recursos, assim como, contornarem a situação quando os ânimos estão exaltados, evitando sempre o confronto direto.

Assim, o enfermeiro Túlio informa que o diálogo com os traficantes da região, quando acessíveis, tem possibilitado em algumas situações minimizar a exposição da equipe à violência, uma vez que são referências sociais naquela comunidade.

Eu já tive que me comunicar com traficantes e não é um a mais. Lembro que já é a terceira vez que eu tenho que me comunicar com o traficante, para pedir que ele acalme o ânimo das pessoas, para que ele afaste as pessoas armadas da região, que ele permita que a gente entre até o local (TÚLIO).

Schraiber, D'Oliveira e Couto (2009) tratam da violência como um objeto complexo e caracterizada pela ruptura na comunicação.

Em determinadas regiões periféricas de Salvador, o SAMU é recepcionado como um estranho, e como tal, executa alguns procedimentos objetivando demonstrar ser inofensivo àquela comunidade.

É comum a realização de vistorias do interior das ambulâncias pela comunidade antes que a equipe adentre a cena para atendimento. Ainda sobre garantias de segurança na cena, com o fim de não serem confundidos com a polícia, há um consenso informal, que antes de chegar nessas regiões, a ambulância do SAMU deve estar com o giroflex desligado, faróis no modo estacionamento, luz interna acesa e mãos dos tripulantes visíveis.

O serviço acaba tendo que, por falta de uma segurança, se adaptar a realidade do local. Por exemplo, entrando em bairros perigosos, existe uma ordem do crime organizado de que o veículo não pode entrar com o giroflex ligado, faróis baixos, luz interna acesa, mãos visíveis, para que a gente não ofereça riscos pra eles. Então, qual o nosso protocolo quando a gente está deslocando? Veículo sinalizado, luz ligadas, sirene ligada. Aí, a gente vai chegar até certo ponto e ter que mudar o nosso protocolo, para se adaptar ao

protocolo do crime organizado para que a gente tenha segurança pra chegar lá (TÚLIO).

Apesar de ser um consenso, não há nenhum registro formal no SAMU sobre esses procedimentos, mas estas ações tem permitido certa acessibilidade das unidades móveis em locais de características conflituosas. No entanto, a enfermeira Verônica não considera que seja um protocolo seguro e informa sentir-se vulnerável nestas situações.

Eu não consigo estabelecer nenhum processo que seja seguro. A gente sempre está numa exposição muito maior do que a gente deveria estar. Não tem um protocolo seguro de forma nenhuma. Até você pedir assim: “não vamos entrar com a luz apagada, vamos entrar com a luz acesa”. Na verdade, são situações que você vem criando como se fosse uma lenda urbana de que não pode ligar giroflex à noite em certas áreas, não pode entrar com luz interna apagada, ter que sinalizar para a comunidade que está chegando, que não é a polícia e sim a unidade do SAMU. Mas, eu não entendo isso como protocolo e longe de ter a situação mais segura. Longe disso me permitir me sentir mais segura porque estou fazendo dessa forma. Eu acho que a gente não tem isso bem estabelecido (VERÔNICA).

Os condutores das ambulâncias foram elogiados pelos enfermeiros como grandes responsáveis pela segurança da equipe em situações de violência urbana, ao conhecerem a malha viária, os locais de riscos, possibilidades para retorno e posicionamento das unidades em rota de fuga. Além disso, desempenham um papel ativo na tentativa de comunicação com a PM via 190, para saber posicionamento da viatura da PM, e promover aproximação, quando a equipe da radio-operação do SAMU demora a comunicar.

Alguns profissionais da central de regulação foram reconhecidos como facilitadores no processo de enfrentamento, os rádios operadores e enfermeiros reguladores, sejam realizando as conferências com os solicitantes ou solicitando apoio para a Polícia com objetivo de promover a segurança no local.

A portaria do Ministério da Saúde 2048 (BRASIL, 2002, p.22), respalda ao SAMU acionar apoio dos profissionais da área de segurança pública para resguardar a segurança na cena de atendimento.

Além desta equipe de saúde, em situações de atendimento às urgências relacionadas às causas externas ou de pacientes em locais de difícil acesso, deverá haver uma ação pactuada, complementar e integrada de outros profissionais não oriundos da saúde – bombeiros militares, policiais militares e rodoviários e outros, formalmente reconhecidos pelo gestor público 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.

Já é protocolo do serviço acionar apoio da PM para acompanhar as equipes de intervenção no SAMU em ocorrências de natureza violenta (Perfuração por arma de fogo (PAF), Perfuração por arma branca (PAB), agressão física, etc). As equipes do SAMU de Salvador são acionadas e orientadas a saírem da base e aguardar num local seguro até a confirmação da presença da PM no local de atendimento ou marcam um ponto de encontro entre as equipes envolvidas (PM e SAMU) para chegarem juntas na cena.

Porém, estas circunstâncias geram alguns problemas operacionais: nem sempre a PM possui viatura disponível para o apoio; a central do SAMU não possui uma via de contato direto com a mesa de comando e acaba disputando a ligação via o número telefônico 190 (Central de Polícia) com a população, aumentando o tempo de acionamento do apoio; não há uma comunicação direta com a equipe de rua da PM para prever tempo-reposta e acompanhar o deslocamento; a atendente do 190 também não possui esse contato, só informam que já foi acionado o recuso. Há uma morosidade muito grande na confirmação da PM no local pelo fato da intermediação das informações conforme informam as enfermeiras entrevistadas.

Além disso, não há uma delimitação clara sobre um local seguro para que a equipe da intervenção do SAMU aguarde, trata-se de um ambiente não controlado, muitas vezes a ocorrência é do lado da base, população informa o endereço errado e omite o “apelido” da região diante da fama da periculosidade, sendo muitos os relatos de abordagem das equipes do SAMU por solicitantes da ocorrência antes da chegada da PM no local. Nestas circunstâncias, a equipe inicia o atendimento de forma insegura.

Os enfermeiros queixam-se que ao pensar na sua segurança, por vezes questionam à central de regulação (CR) sobre a orientação de saída da base sem a confirmação da PM no local diante da proximidade com o local da ocorrência e são mal interpretados, gerando um descontentamento na equipe de intervenção ao acreditar que a central não valoriza a segurança da cena e os colocam na situação de risco, sendo taxados negativamente.

As equipes ficam desprotegidas nestes lugares, não acontecem coisas piores por Deus mesmo, porque proteção nenhuma a gente tem. E quando a gente questiona se é para entrar mesmo nesses locais, com esses tipos de ocorrências, a gente é taxado de... não sei se é de preguiçoso, não sei se é macetoso, como o povo fala. É porque não quer ir! Porque, na verdade, muitas vezes as pessoas que estão lá na central, não se colocam no lugar de quem está na rua, do risco que a pessoa está correndo em entrar em determinados locais (GLÓRIA).

A presença da PM é um pouco contraditória neste contexto de conflito social, pois por muitas vezes é pela presença deste apoio que os conflitos se iniciam. Tendo em vista, que em áreas que imperam o crime organizado, o apoio da PM não é bem vindo, muitas vezes são recepcionados a tiros. No entanto, é o órgão que possui responsabilidade legal pela segurança pública.

Diante dos relatos dos enfermeiros sobre os últimos acontecimentos de violência contra a equipe, a presença da PM nas ocorrências não tem necessariamente garantido a segurança da cena.

A gente começa a ter a inversão de valores, a gente vai entrar com a PM e a PM não é uma estrutura bem vinda naquela região. Muitas vezes eu tenho essa percepção, sabe? É isso, a central de regulação já tentou implantar esses protocolos de segurança, que na minha percepção são protocolos falidos, não tem uma garantia de que a gente vai ter segurança na cena. A presença da PM não significa que a cena estará segura, nada garante que não haja uma troca de tiros (CÉLIA).

Diante do aumento dos casos de exposição das equipes de intervenção do SAMU à violência urbana, com intenção de minimizar o problema de comunicação entre as equipes de apoio e aproximar os recursos, a gestão do SAMU angariou um lugar no Centro de Operações e Inteligência (COI) da Secretaria de Segurança Pública (SSP).

Trata-se de um centro de operações especiais que conta com representantes da Polícia Militar, Polícia Civil, Bombeiros, Transalvador, Guarda Municipal e Polícia Rodoviária Federal, com tecnologia de videomonitoramento disponível para determinadas áreas de grande circulação de Salvador durante 24h, nos 07 dias da semana.



O profissional do SAMU que foi escolhido para representar o serviço no COI foi o enfermeiro, justificado pela coordenação diante da experiência de atuação de campo na intervenção e/ou regulação do serviço e perfil de gerenciamento contemplado pela formação acadêmica.

Os enfermeiros da intervenção relataram uma melhora na assistência, ao diminuir o tempo-resposta nos apoios mediados pelo COI, e da segurança da equipe no local de atendimento, com redução significativa de agressões às equipes.

No entanto, apesar das melhorias relatadas, o serviço só durou 02 meses no ano de 2017. Quando questionadas sobre os motivos da suspensão do serviço no COI, observou-se um grande sentimento de desvalorização na fala dos profissionais por parte da secretaria municipal de Saúde de Salvador, ao não reconhecer a importância do papel do enfermeiro neste contexto, apesar das tentativas da coordenação local em viabilizar a continuidade do serviço.

Os enfermeiros informaram que na época foi feito um acordo informal entre gestão e enfermeiros para que o serviço de apoio no COI fosse viabilizado. Informam que executavam o trabalho na SSP como plantão extra, uma vez que extrapolava sua carga horária de trabalho mensal e existia a exigência de descanso mínimo de 12h interjornada entre atuação na intervenção/regulação no SAMU e COI, com assinatura de folha de frequência extra.

Os enfermeiros informaram que apesar de existir uma normatização quanto ao valor a ser pago nos plantões extras, o mesmo não foi cumprido nos plantões realizados no COI e desta forma, optaram por suspender o serviço diante da quebra de acordo firmado. Revelaram ainda que, apenas, no final do segundo mês de trabalho foi que tiveram acesso ao contracheque e surpreendidos por um valor muito abaixo do acordado, sentiram-se enganados, desvalorizados e desmotivados a continuar diante das exposições ocupacionais.

Eu mesma fiz parte do grupo de enfermeiros que cumpria escala no COI, então, fora de minha escala no SAMU, era completamente desvinculado. Eu dava, acho que eram três plantões no mês que a gente podia fazer, cada enfermeiro. Esse valor eu iria receber como plantão extra, só que o pagamento foi feito com atraso, deram uma justificativa coisa e tal e aí, a gente trabalhou dois meses, no final do segundo mês é que a gente recebeu o primeiro mês, e aí, tivemos a surpresa, no dia que saiu o contracheque, que o valor que eles pagaram era um valor muito abaixo, do valor que a gente tinha acordado. [...] Então, quando a gente viu quanto iríamos receber, a gente viu a falta de compromisso da gestão com aquilo que tinha sido acordado com a

gente, nos sentimos enganados, ludibriados, explorados e decidimos por não continuar com aquele serviço. Foi um acordo do grupo de enfermeiros, o grupo se uniu e decidiu que por aquele valor, seria inviável continuar trabalhando. E até hoje, isso faz alguns meses, até hoje nada se resolveu e a gente perdeu um apoio aí, que era essencial. Não só para as equipes, mas para a população, já que viabilizava um atendimento bem melhor, e para os outros órgãos, que lamentaram muito a saída do SAMU (CELINA).

Diante do aumento de exposições ocupacionais à violência urbana após a saída do enfermeiro do COI, em janeiro, só na base do Roberto Santos foram 02 casos num intervalo de 15 dias com afastamento do profissional do serviço por agravo relacionado, houve discussões em nível de coordenações do serviço e optou-se pelo retorno do enfermeiro no COI no mês de Março/2018 no período noturno considerado mais crítico.

Porém, as cenas hostis contra a equipe têm acontecido nos períodos diurnos e a presença da PM não tem sido suficiente para garantir a segurança da cena, muitas vezes são recepcionados pela comunidade de forma hostil.

Outra queixa por parte dos enfermeiros é que não há uma comunicação prévia por parte da PM informando que o local está seguro para atuação da equipe de saúde. Muitas vezes a equipe do SAMU entra na comunidade em comboio com a viatura da PM, ocorrendo a troca de tiros, atos de revide por parte da PM, a unidade de saúde fica exposta, sem EPI adequados a essa cena.

Porque o correto era a polícia entrar na cena, avaliar e dá um ok pra gente. Mas, o que acontece, pelo menos nas ocorrências que eu fui, é a unidade ir junto com a polícia. Já sugerir uma vez, ao condutor, se não era melhor ele esperar, ele disse que não, que era melhor seguir em comboio, a maioria que decide (GLÓRIA).

Diante dos relatos dos enfermeiros e com base em pesquisa literária sobre o tema, há um consenso de que a violência urbana trata-se de um problema complexo, com necessidade de apoio multisetorial para ser superado. A estratégia de saúde da família utiliza-se do recurso de um líder comunitário como mediador da entrada das equipes de saúde para atuação na comunidade. Tendo em vista, um mecanismo exitoso, sugere-se a tentativa de organização e diálogo com essas instâncias para o serviço de atendimento pré-hospitalar.

Ainda sobre a violência, Minayo (2006, p.61) ressalta que “como fenômeno social, os indicadores de prevenção e de êxito precisam ser delineados com parâmetros de inclusão social (ressaltando a importância da inclusão dos cidadãos também nos benefícios do setor saúde) e de promoção da cidadania”.

A OMS (2002, p. 41) alerta que a “violência no trabalho não é simplesmente um problema individual, que acontece de tempos em tempos, mas sim um problema estrutural com causas socioeconômicas, culturais e organizacionais muito mais amplas”. Para tanto devem ser estudadas e implementadas medidas efetivas e eficazes, no gerenciamento e organização do trabalho, de diante da concepção da violência como algo passível de prevenção.

Um grande obstáculo é simplesmente a falta de conhecimento. Para muitos responsáveis pela tomada de decisões, a ideia de que a violência é um problema de saúde pública é nova e, na verdade, bastante contrária à crença de que a violência é um problema criminal (OMS, 2002, p.39).

Desta forma, a violência do trabalho deixa de ser algo de cunho, exclusivamente, criminal e passa a fazer parte da consequência do modelo organizacional do trabalho.

### 3.4 SENTIMENTOS VIVENCIADOS

“A maior parte das dificuldades para conceituar a violência vem do fato de ela ser um fenômeno da ordem do vivido, cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia” (MINAYO, 2006, p.16).

A exposição do profissional de saúde à violência urbana podem não resultar em ferimento, incapacidades ou morte, mas gerar danos físico, psíquico e social de consequências imediatas ou latentes e durar por anos após o ato (OMS, 2002).

A ocorrência que mais me marcou foi uma situação de violência contra a equipe (GLÓRIA).

No relato dos enfermeiros sobre suas vivências e exposições ocupacionais a cenas violentas observa-se que foram marcadas pelas palavras medo, vulnerabilidade, preocupação, constrangimento e tensão. Esses sentimentos também foram experimentados ao saberem notícias de colegas que passaram por fatos semelhantes.

Olhe, eu vou lhe dizer, pessoalmente quando eu vou para uma ocorrência à noite, eu tenho muito medo de violência de entrar nessas vielas, lugares que se dizem mais perigoso. Eu tenho medo da abordagem, não só da abordagem, mas pelo fato de você está com o giroflex ligado, você tomar um tiro. Então, muitas vezes eu estou dentro da ambulância e fico imaginando: “meu Deus se derem um tiro aqui do lado de cá, vai passar aqui e vai pegar nas minhas costas”, então, eu fico naquela: “se eu sentar aqui nessa cadeira, será que eu me protejo mais?”. Intuitivamente, estou ali dentro pensando na ocorrência, mas pensando em minha segurança também (REGINA).

Foi uma ocorrência que eu fiquei com muito medo sim. Pois, eram muitos homens, tudo sem camisa, com muita tatuagem, muito ouro, tablete [...]. O condutor disse: “isso o é o povo que veio comprar as drogas minha filha”, eu: “não acredito!”. Mas, isso foi conversando depois, claro. Lá a gente não conversou nada. A ocorrência foi toda em silêncio (ESMERALDA).

Medo e vulnerabilidade eu, praticamente, sinto em todos os meus plantões. [...] mas, a gente não tinha tanta preocupação, tanto medo como tem hoje. A situação hoje está muito mais insegura, muito mais preocupante (VERÔNICA).

A vulnerabilidade no exercício da profissão com o medo de exposição, ameaça a integridade e o temor de represália foram pontos compartilhados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no estudo de Lancmam *et al.* (2009). Profissionais que compartilham das mesmas condições de trabalho dos socorristas do APH no que diz respeito à atuação em comunidades marcadas por conflitos sociais.

“Para Camus, o medo é uma técnica de quem não pretende convencer o adversário e sim esmagá-lo pela força das armas ou por ideologias” (1960, apud MINAYO, 2006, p.42).

No contexto de representação social, os profissionais que trabalham salvando vidas em situação emergenciais são comparados a um herói. Atuam nos ambientes mais inesperados, não medindo esforços para chegar até àqueles que lhe foi confiado o cuidado no momento mais delicado de suas vidas, chegando das formas mais diversas: ambulância, moto, SUV, ambulância, helicóptero e empreendendo força, raciocínio científico, lógico e acima de tudo, a empatia.

Os enfermeiros referem se identificar demais com essa atividade, se sentem felizes com o reconhecimento da população como contrapartida do trabalho prestado, mas que nem sempre são acolhidos, muitas vezes são hostilizados na cena. Em contrapartida, nos lembram de que não são heróis. São trabalhadores, pessoas de carne e osso, são pais, mães, filhos, cônjuges, irmãos, amigos, que deixam seus lares para cuidar de vidas e não podem ter as suas ceifadas num ato de violência.

A gente não é super-homem, né? E não dá para confiar que eles respeitam a gente, porque não é bem assim. Nem sempre (IOLANDA).

E parar de conferir a gente status de super-heróis, não somos! Então, se a gente entende que a segurança da equipe é o primeiro passo, a cena é segura? Então, se a cena é insegura, eu não vou. [...] Não somos super-heróis, somos de carne e osso, somos pais, somos familiares. Então, a gente não vai se expor numa situação, que vai nos deixar numa vulnerabilidade maior do que já estamos (VERÔNICA).

O enfermeiro Túlio enfatiza que os profissionais do APH são pessoas portadoras de deveres, mas também, de direitos, que devem ter seus riscos ocupacionais identificados, aferidos, previstos e acima de tudo garantia de acesso aos meios de proteção eficazes e adequados à realidade dos riscos a que são expostos.

Eu não tenho colete, eu não sei da tática de combate, eu não ando armado, eu não sou militar. Eu sou um profissional de saúde. Tem que parar para entender que o heroísmo do SAMU não está vinculado a combater crime, combater armas e fogo. O heroísmo que eu entendo, é trabalhar em locais totalmente inadequados ao atendimento de saúde e mesmo assim me propor a fazer isso e não para estar num local que me ofereça um risco iminente de morte (TÚLIO).

### 3.5 DESAFIOS NO ENFRETAMENTO DA VIOLÊNCIA

Por tratar-se de um problema complexo, com influência na área de saúde e grande impacto na atuação das equipes de APH, fazem-se necessárias ações intersetoriais na construção de políticas para a área da Violência Urbana, garantindo a acessibilidade do recurso de saúde móvel em situações de emergência à população, sem, no entanto, por em risco a vida dos socorristas.

Os enfermeiros apontaram algumas situações como desafios a serem superados na rotina de trabalho, que impactam diretamente em sua assistência na cena de atendimento: **apoio policial em bairros considerados perigosos, independente da característica da ocorrência; melhora na triagem e classificação de risco por parte dos médicos reguladores** (houve 01 relato de envio de unidade em local perigoso, apenas para se certificar que o solicitante estava mentindo, sem condutas adicionais para o fato, apenas exposição da equipe); **trabalho com a comunidade sobre indicação de chamados para o SAMU e melhora nos fluxos de acionamento e parceria de atuação com a PM.**

### 3.6 SUGESTÕES DE MELHORIAS

Ao longo da fala dos enfermeiros surgiram algumas sugestões de melhorias para o serviço com a finalidade de aproximar os recursos móveis da área da saúde à população, que necessita de forma segura para a equipe:

- Com relação ao apoio para resguardar a segurança na cena:
  - Melhorar a comunicação da equipe da PM com o SAMU, ainda intermediada e considerada ineficaz nos padrões atuais. Verificar viabilidade de contato direto com as áreas, ao invés da central 190, para otimizar o tempo da comunicação, uma vez que atendem a cidade de

forma territorializada como o SAMU, ou seja, possuem áreas comuns de atendimento.

- Mapear as áreas de riscos nos principais bairros de Salvador, que apresentam áreas de conflitos sociais, diante dos registros de ocorrências de violência contra a equipe de intervenção do SAMU para que medidas preventivas sejam planejadas e implementadas com meta de minimizar ou eliminar a reincidência dos casos.
  - Acionar a equipe do SAMU para atendimento de ocorrências de natureza violenta quando a segurança da cena já estiver resguardada e avaliada pelos órgãos de segurança pública.
- Olhar da gestão:
    - Identificar os fatores externos ao ambiente de trabalho do socorrista, que interfere na dinâmica do mesmo, levando em consideração a voz do socorrista, que vivência o fato na rotina. Item já recomendado pela OMS em 2002, no Relatório Mundial sobre Violência, quando fala da formulação das políticas públicas de saúde, com participação dos empregados e empregadores, no que tange às ações de prevenção de exposição à violência.
    - Tentar estabelecer contato e redes de comunicação com representantes comunitários das principais regiões de conflitos sociais, estabelecendo fluxos, plano de ação e protocolos, com a intenção de promover a acessibilidade dos recursos de saúde pela população. A importância da liderança social no combate a violência foi corroborada pelos estudos de Dahlberg e Krug (2009) e associada a ações multissetoriais ligadas ao ministério da educação e defesa. Chamando atenção para a escuta de quem vivencia o problema.

- Valorizar o trabalho do enfermeiro no serviço, diante da importância do mesmo no contexto assistencial e gerencial dos processos, tendo em vista a qualidade de vida que promove para todos. Todos os profissionais entrevistados se encontravam bastante desmotivados ao não terem suas queixas acolhidas e resolvidas, com salários defasados, distribuição desigual das tarefas, com condições estruturais precárias, além da exposição à violência, colocando sua vida em risco a cada atendimento prestado.
- Surge-se também a criação de um protocolo de comunicação rápida, algum código que possa ser utilizado via rádio ou Telegram, cuja mensagem comunique a central que a equipe encontra-se numa situação iminente de risco de agressão ou morte, onde o aparato de segurança pública deve ser acionado.

### 3.7 APOIO OFERTADO AO PROFISSIONAL VÍTIMA DA VIOLÊNCIA

A violência contra profissionais de enfermagem no exercício da função é caracterizada como acidente de trabalho. Sendo assim, deve existir um protocolo de atendimento à vítima, além da notificação e acompanhamento.

A OMS (2002) recomenda o aconselhamento e apoio às vítimas afetadas pela violência. No entanto, apesar da existência de vários casos de violência contra profissionais do APH no SAMU Salvador, inclusive com afastamento da intervenção e do serviço de APH, os enfermeiros entrevistados informam que não existe um protocolo de atendimento ou se existe não é de conhecimento dos mesmos, apesar da evidência do abalo psicológico.

O que ocorre, por vezes, é a liberação do profissional a pedido do mesmo, diante da impossibilidade relatada em continuar no plantão. Ou seja, é de iniciativa da vítima, numa situação de vulnerabilidade, reconhecer seus limites de atuação e pedir liberação do plantão. Alguns enfermeiros informaram que a carga horária liberada deve ser compensada posteriormente.



Silove, Ekblad e Mollica (2000) fizeram uma consideração importante sobre as pessoas com Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) grave, alertando que essa é uma categoria menos propensa a procurar tratamento. Corroborando com a necessidade de acolhimento destas pessoas por Instituições de Saúde.

No contexto do APH do SAMU de Salvador, os enfermeiros negam ou desconhecem a existência de um fluxo, de apoio social ou psicológico imediatamente após o evento de violência urbana contra a equipe. A maioria dos eventos é praticado no período noturno e os profissionais informam sentir-se desamparado neste contexto.

Tendo em vista que a violência é um agravo de notificação compulsória pelo SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e a inexistência de fluxo de atendimento aos profissionais do APH, que foram vítimas da violência no exercício de sua profissão no SAMU Salvador interfere nas notificações dos casos, pode sugerir que existe uma subnotificação e conseqüentemente, déficit de dados para gerar subsídios na tomada de decisão.

Minayo (2006) interpreta a negligência e omissão como formas de violência. Neste contexto, além da violência sofrida durante o atendimento, o enfermeiro pode ter seu sofrimento potencializado ao deparar-se com desamparo institucional na condução do caso. Ter consciência desse fato é “fundamental para que se desnaturalizem processos estruturais e atitudes de poder que se expressam em ausência de proteção e cuidados” (MINAYO, 2006, p.72).

Os enfermeiros definem o convívio nas bases descentralizadas como ambiente familiar, diante da aproximação que o ambiente propicia pelo tempo que dura o plantão (24h) e característica do serviço que preza pelo trabalho em equipe. O ambiente familiar serve de apoio social para os colegas que passam por ocorrências estressantes.

Os enfermeiros informam que obtêm apoio dos pares e contam com o bom senso do enfermeiro regulador e chefe de plantão escalado no dia na condução do caso de violência contra a equipe. Porém, relatam que diante da falta de fluxo ou padronização, observam condutas divergentes a depender do profissional que esteja na central de regulação.

Houve um relato de caso onde a conduta do chefe de plantão divergia da enfermeira reguladora quanto à liberação dos profissionais do plantão e por falta de protocolos institucionais implantados a cerca do fato, prevaleceu a conduta do chefe de plantão, por questões hierárquicas, apesar de questionamentos éticos cabíveis ao caso.

Depois de tudo quando ela conseguiu sair a minha intenção era liberar ela, como era de madrugada e a base em Periperi, pelo menos não ser mais acionada. Porque eu achava mais seguro ela ficar na base do que ir embora de madrugada. Mas, o chefe de plantão disse que era pra desativar temporariamente. Dá umas 3h. Até eles se recomporem. Aí, o que eu orientei ao rádio-operador, era que fizesse o máximo para não acionar a equipe. Só em último caso (GLÓRIA).

O caso citado pela enfermeira Glória relata a vivência de uma equipe básica, que ficou em meio a um tiroteio por várias horas e após conseguir sair da cena, abalados psicologicamente, desgastados fisicamente, só tiveram direito a 3h de descanso. Ficando os questionamentos: Que apoio foi ofertado ao profissional vítima de acidente de trabalho? Quais estudos comprovam que 03h de descanso tornam os profissionais aptos a retornarem as atividades laborais sem prejuízos psíquicos, técnicos e sociais?

Num estudo sobre populações vítimas de desastres, Silove, Ekblad e Mollica (2000) observaram que num mesmo contexto social existiam subpopulações, que reagem de forma distinta a uma mesma situação de estresse: portadores de doenças psiquiátricas importantes; aqueles com reações psicológicas graves ao trauma; a maioria que é capaz de se adaptar uma vez a paz e a ordem é restaurada. Ficando evidente que os dois primeiros grupos poderiam se beneficiar com cuidados de saúde mental, desde que fossem levados em consideração fatores culturais e sociais e econômicos.

“A violência psicológica é muito difícil de ser dimensionada. Igualmente, no Brasil e no mundo, tabus e preconceitos explicam por que muitos suicídios e tentativas de cometê-los sejam intensamente subnotificados” (MINAYO, 2006, p.118).

Desta forma, confirma-se a necessidade de um acompanhamento mais próximo destes profissionais afetados pela violência durante suas atividades laborais, tendo em vista os fatores subjetivos e culturais envolvidos no processo de enfrentamento desta problemática, mesmo porque alguns referiram sinais e sintomas sugestivos de TEPT, tais como ansiedade e depressão.

Barreto e Heloani (2015) falam sobre a relação antagônica entre o capital e o trabalho, onde as relações sociais competitivas, prática do modelo econômico capitalista, explicitam a “amplitude das relações sociais competitivas, individualistas, consumistas. Sem respeito ou reconhecimento ao fazer do outro”. Ainda fala sobre a hierarquia rígida transvestida de autonomia e a negação do outro enquanto ser de direitos. “O ser capaz de recuperar-se de

imediatamente, vencendo obstáculos e tolerando pressões sem qualquer perturbação interior” (p. 551).

Dahlberg e Krug (2009) descrevem sobre a importância de trabalhar sobre o tema violência na perspectiva da prevenção, extrapolando para o mundo do trabalho, seriam enquadrados em 03 aspectos: prevenir a exposição do profissional a atos violentos, cuidar do profissional pós-exposição e reabilitar o profissional, reintegrando-o ao ambiente de trabalho.

Em abril de 2018, numa oportunidade de participação de um congresso na área de Enfermagem relacionado ao APH (Congresso de Desenvolvimento Profissional em Enfermagem – CONDEPE), no estado de São Paulo, verificou-se que o tema violência urbana contra os profissionais de saúde do SAMU era algo partilhado pelos demais estados participantes do evento e a depender de cada contexto, o serviço tentava articular medidas para minimizar a exposição.

Aproveitando o ensejo da ida a São Paulo (SP), diante das diversas possibilidades de arranjo organizacional de um mesmo serviço (SAMU), foi solicitada uma visita técnica ao SAMU SP com o objetivo de verificar o modelo organizacional local, o que foi prontamente atendido pela coordenação do serviço.

Na ocasião, dentre as vivências compartilhadas, verificou-se, pela fala dos enfermeiros reguladores, que o serviço de SP já possui um fluxo de atendimento e acolhimentos dos profissionais vítimas da violência urbana implementado, pensado de forma multiprofissional, contemplando o envolvimento do CAPS no apoio psicossocial imediatamente após o evento de exposição ocupacional. O fluxo do serviço funciona 24h por dia, conforme necessidade do SAMU, garantindo o acolhimento precoce ao profissional e contemplando abertura de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Sendo avaliado de forma positiva por estes enfermeiros.

Diante do exposto, tendo como prerrogativa a ocorrência de acidente de trabalho relacionado aos eventos violentos contra os profissionais de APH do SAMU de Salvador, com impacto na saúde mental dos trabalhadores, uma ausência de fluxo de atendimento implementado gerando sensação de desamparo Institucional no momento delicado de vulnerabilidade, sugere-se ao SAMU de Salvador, que além de aprimorar as medidas de prevenção à exposição, sejam criado e implementado de forma padronizada um fluxo de acolhimento a estes profissionais pós exposição com o propósito de minimizar ocorrência de transtornos de estresse pós traumáticos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo proporcionou a compreensão dos principais fatores de riscos do enfermeiro no APH, evidenciando uma condição de trabalho com alta demanda, ritmo acelerado de trabalho e precariedade das estruturas físicas e organizacionais do serviço, propiciando o aumento de exposição ocupacional.

Os enfermeiros reguladores (ER) demandam a presença de um segundo profissional da mesma categoria para divisão de atribuições na central de regulação, assim como ajuste do trabalho real ao prescrito, estabelecendo claramente as atribuições privativas do enfermeiro e proporcionando sua autonomia nas tomadas de decisões.

Enquanto estratégia de minimização de carga estressora, os ERs sugerem implantação da ginástica laboral no serviço, acompanhamento psicológico, adequações ergonômicas no setor e revisão do número de atribuições do enfermeiro, além de melhoria na divisão de atribuições, proporcionando momento efetivo de descanso, sem incômodo promovido por outras categorias profissionais.

No contexto da Unidade de Suporte Avançado (USA) de vida, o enfermeiro foi identificado como o profissional mais vulnerável na equipe para o desenvolvimento de agravos ocupacional, diante da natureza das atividades que exerce, do local que ocupa no interior da unidade (cadeiras com cinto de 02 pontos, presença de elementos móveis soltos, proximidade com recipientes de perfurocortante abertos com unidades de atendimento em movimento, etc), somados as outras exposições comuns aos demais profissionais (acidente de trânsito, posições anti-ergonômicas, etc), soma-se a divisão desigual de atribuições no *check-list* da unidade, sendo responsável pela maior parte dos materiais e o acúmulo de função assistencial e administrativa.

Observaram-se falhas no processo organizacional proporcionando potencialização dos riscos ocupacionais, tais como: problemas nos EPIs (qualidade e periodicidade de fornecimento); na comunicação ineficaz com a gestão, que ocorre de forma verticalizada sem participação de tomada de decisão que envolvam assuntos relacionados a área fim dos serviço, na infraestrutura, conservação das bases e unidades móveis, com necessidade de adequação às normas e leis vigentes. Foi sugerido o quadro de gestão à vista com atualização

de *status* e divulgação mensal nas bases, aproximando a gestão dos servidores da intervenção, diante do contexto de administração à distância.

A educação continuada também foi reconhecida como importante no trabalho do APH, os profissionais do NEP parabenizados pelo desempenho técnico-científico e houve algumas sugestões de melhorias, como a ideia de privilegiar a problematização dos assuntos pertinentes a vivência do trabalho no intuito de adequar a teoria à prática, elemento chave da educação permanente.

Diante do que foi consensualizado mediante fala dos enfermeiros, é uma demanda para o serviço a implantação do PCMSO tendo como meta resguardar a saúde e segurança dos profissionais no APH, além do PPRA e suas respectivas medidas intervencionistas.

Com relação à violência, é um consenso na literatura, que apesar de ser um tema histórico, inerente à organização social baseada na luta pelo poder, a preocupação atual é legítima diante da dimensão do problema secundário evidenciado por levantamentos epidemiológicos, com impacto em vários setores.

Na dimensão econômica, é impactado tanto por envolver em sua maioria uma população economicamente ativa, quanto por gerar elevados custos ao setor saúde advindos nos atendimento às vítimas em todos os níveis de atenção: pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação.

É considerado um problema de saúde pública mundial, complexo, relacionado à fatores múltiplos de organização social, econômica e política, com necessidade de ações intersetoriais, para minimizar ou eliminar sua ocorrência.

Nesta perspectiva, várias políticas públicas de saúde pública vêm sendo implementada no Brasil, dentre elas a Política Nacional de Atenção às Urgências, em 2003, abrindo o campo de atuação do APH, através do SAMU e conseqüentemente do Enfermeiro, como componente de uma equipe avançada. O serviço se propõe a atender diversos tipos de ocorrências em caráter de urgência de aspecto clínico, traumático, psiquiátrico e obstétrico, num ambiente com diversidade de organização social e por vezes conflituosa.

A exposição à violência urbana durante as atividades laborais foi relatada por todos os enfermeiros do SAMU de Salvador, de forma angustiante, sendo os sentimentos de medo e vulnerabilidade os predominantes nas falas.

Com a finalidade de minimizar as exposições, os profissionais utilizam-se de algumas estratégias acumuladas com a experiência: estabelecer comunicação com população, evitar áreas de conflitos, sair da cena de atendimento mediante insegurança no local, identificar-se de forma não verbal em regiões dominadas pelo tráfico de drogas, além dos apoios policiais em ocorrências de natureza violenta. A presença do Enfermeiro no COI foi descrita como importante ação, porém não valorizada pela gestão, diante da baixa remuneração ofertada aos profissionais que ali exerceram suas atividades de apoio.

Na avaliação dos enfermeiros, o apoio da PM não tem sido o suficiente para garantir a segurança na cena de atendimento, sendo, algumas vezes, os precipitadores de cenas violentas em locais de conflitos sociais relacionados ao domínio de território e tráfico de substâncias ilícitas. Sugerem a criação de protocolo de comunicação rápida via rádio e/ou Telegram que sinalize a central de regulação, que a equipe de intervenção encontra-se exposta a uma situação com risco iminente de morte.

Queixam-se da falta de padronização e acolhimento aos profissionais após exposição à violência, sentindo-se desamparados pela instituição SAMU num momento delicado e relatam afastamento de profissionais por incapacidade psicossocial no serviço relacionado a eventos de natureza traumática. Sendo sugerido ao serviço, a criação de protocolo interinstitucional, com fluxos bem definidos, que funcione 24h por dia, nos 07 dias da semana, atendendo à demanda dos servidores exposto em tempo hábil.

Observam-se ainda, que alguns enfermeiros referem sintomas similares aos apresentados em situações de transtorno de estresse pós-traumático, a exemplo da ansiedade e depressão, alguns em uso de medicamentos da classe dos psicotrópicos.

Tendo em vista a repercussão negativa para a saúde destes trabalhadores, com risco para eventos incapacitantes, o aumento da frequência de exposição à violência durante os atendimentos, referido pelos trabalhadores e o impacto causado na organização do serviço, sugere-se realização de estudos de viabilidade para construção e implementação de política pública no setor, tendo em vista que se trata de um agravo prevenível, porém complexo, necessitando de intervenção multissetorial, baseado no momento histórico, político, econômico e cultural na tomada de decisões estratégicas.

Como sugestões iniciais os enfermeiros solicitam que sejam viabilizados projetos, que tornem a unidade móvel segura para transitar, **com aquisição de materiais específicos para o APH**, a exemplo das caixas de material perfurocortante com tampa; **distribuição**

**individualizada dos equipamentos de proteção**, quando as medidas coletivas não forem suficientes, **melhora da qualidade dos EPIs** para que tenham eficácia na proteção do trabalhador contra acidentes, meios de **interação mais eficazes entre a equipe do SAMU e órgãos de operações especiais**, além da viabilidade de programas de promoção da saúde e prevenção de agravos através de **orientações ergonômicas por um profissional habilitado**, como o fisioterapeuta, diante dos agravos relacionados às doenças osteomusculares nesta categoria profissional.

Este levantamento sobre as condições de trabalho do enfermeiro do SAMU refere-se à realidade exclusiva do SAMU de Salvador, que apesar de obedecer as diretrizes do Programa Nacional de Urgências e Emergências do Ministério da Saúde, possui suas peculiaridades organizacionais, que impossibilitam a extrapolação dos achados para os demais serviços de APH, possui ainda a seleção do olhar sobre a realidade de uma única categoria profissional, o que não desmerece os achados. Mas, suscita a necessidade de novos estudos e corrobora com os achados literários que apontam para a imprescindibilidade de construção de políticas públicas voltadas para saúde do trabalhador no APH.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Z. N. **Processo de trabalho e algumas implicações para a saúde do trabalhador**. In: *Enfermagem e Trabalho: fundamento para a atenção à saúde dos trabalhadores*. São Paulo: Martinari, 2008, p.16.
- ALMEIDA, W. A. de; *et al.* **Riscos ocupacionais da equipe de enfermagem no atendimento pré-hospitalar móvel no município de Tangará da Serra – MT**, 2013. Disponível em: [http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/80/2013\\_80\\_7839.pdf](http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/80/2013_80_7839.pdf). Acesso em: 11 abr. 2018.
- ALMONDES, K. M. de.; SALES, E. de A.; MEIRA, M. de O. Serviço de psicologia no SAMU: campo de atuação em desenvolvimento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.16, n.2, p. 449-457, abr/jun. 2016.
- ALVES, M. *et al.*. **Particularidades do trabalho do enfermeiro no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte**, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_25.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_25.pdf). Acesso em: 30 mar 2018.
- ANDRADE, M. C. M; SIQUEIRA JÚNIOR, A.C. Estresse ocupacional no serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev Min Enferm**. V.18, n.2, p. 376-438, abr/jun. 2014.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Luvas cirúrgicas e luvas de procedimento: considerações sobre o seu uso. **Boletim Informativo de Tecnovigilância**, Brasília, n.2, abr/maio/junho, 2011. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/boletim\\_tecno/boletim\\_tecno\\_Junho\\_2011/PDF/Luvas%20Cir%C3%BArgicas%20e%20Luvas%20de%20Procedimentos\\_Considera%C3%A7%C3%B5es%20sobre%20o%20uso.pdf](http://www.anvisa.gov.br/boletim_tecno/boletim_tecno_Junho_2011/PDF/Luvas%20Cir%C3%BArgicas%20e%20Luvas%20de%20Procedimentos_Considera%C3%A7%C3%B5es%20sobre%20o%20uso.pdf). Acesso em: 27 mai 2018.
- AUROBINDO. Aurobindo pharma indústria farmacêutica. **Ceftriaxona sódica 1g**. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=5754512015&pIdAnexo=2712010](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=5754512015&pIdAnexo=2712010). Acesso em 27 mai 2018.
- BARBOZA, J. I. R. A. *et al.* Avaliação do padrão de sono dos profissionais de Enfermagem dos plantões noturnos em Unidades de Terapia Intensiva. **Einstein**. v. 6, n.3, p. 296-301, 2008. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/pdf/927-v6n3aao927portp296-301.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2018
- BARDIN, L. **Análise do Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977, p.118.
- BALARDIN, E; FOGLIATTO, F.S. **Alternativas para minimizar o impacto do tempo de espera em filas**. In: XXXI Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: [http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2011\\_TN\\_STO\\_136\\_867\\_18449.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2011_TN_STO_136_867_18449.pdf). Acesso em: 28 mai 2018.
- BARRETO, M.; HELOANI, R. Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 123, p. 544-561, jul./set. 2015
- BERNARDES, A. *et al.* Supervisão do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. **Rev. Eletr. Enf** [internet], v.16, n. 3, p. 635-43, jul/set, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.21126>. Acesso em 28 mai 2018 às 22h.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em 13 dez. 2015.
- \_\_\_\_\_. CONTRAN. Conselho Nacional de Trânsito. **Resolução nº 518 de Janeiro de 2015**. Estabelece os requisitos de instalação e os procedimentos de ensaios de cinto de segurança, ancoragem e apoios de cabeça dos veículos automotores. Disponível em: [http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32367122/do1-2015-02-02-resolucao-n-518-de-29-de-janeiro-de-2015-32367109](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32367122/do1-2015-02-02-resolucao-n-518-de-29-de-janeiro-de-2015-32367109). Acesso em: 25mai 2018.
- \_\_\_\_\_. DATASUS. **Mortalidade no Brasil por causas externas 2006-2016**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def> Acesso em 25 maio 2018 às 14h.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Mortalidade no Brasil por causas externas 2010-2015**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em 23 dez 2017.



\_\_\_\_\_. **Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999.** Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3048compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048compilado.htm). Acesso em: 03 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Acidentes e Violência.** Set 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidentes-e-violencias>. Acesso em mar 2018.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: 24 de abril de 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Decreto Federal nº 5055, de 27 de abril de 2004.** Institui o Serviço Móvel de Urgência (SAMU). 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). Acesso em: 23 nov 2018.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Departamento de atenção hospitalar e urgências coordenação geral de urgência e emergência. **Termo de referência nº 3144 - Sistema de registro de preços.** Brasília, abr. 2016, p. 1-25.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 2048/GM 05 de novembro de 2002:** Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/>. Acesso: 11 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003.** Institui o componente pré-hospitalar móvel da Polícia Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo território brasileiro: SAMU -192. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 out. 2003. Seção 1. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864\\_29\\_09\\_2003.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html). Acesso em: 12 nov 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004.** Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgência e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192. 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). Acesso: 12 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.338, de 03 de outubro de 2011.** Estabelece diretrizes e cria mecanismos para implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências, p.01. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2338-\[4964-191011-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2338-[4964-191011-SES-MT].pdf). Acesso em: 14 fev 2018.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C.** Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/seguranca%20e%20saude%20no%20trabalho/RECOMENDAES%20PARA%20ATENDIMENTO%20E%20ACOMPANHAMENTO%20DE%20EXPOSIO%20OCUPACIONAL%20A%20MATERIAL%20BIOLGICO%20HIV%20E%20HEPATITES%20B%20e%20C.pdf>. Acesso em 28 mai 2018.

\_\_\_\_\_. **SAMU.** Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/projetos/52-samu>. Acesso em: 03 Fev 2018.

\_\_\_\_\_. **MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943.** Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/De15452.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De15452.htm). Acesso em: 23 mar.2018.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. NR 05 – Comissão interna de prevenção de acidentes. **Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011.** Disponível em: <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR5.pdf>. Acesso em: 30 mar 2018.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. NR 06 – EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – EPI. **Portaria SIT n.º 194, de 22 de dezembro de 2006.** Disponível em: [http://www.portoitaiai.com.br/cipa/legislacao/arquivos/nr\\_06..pdf](http://www.portoitaiai.com.br/cipa/legislacao/arquivos/nr_06..pdf). Acesso em: 28 mar 2018.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. NR 07 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. **Portaria MTE n.º 1.892, de 09 de dezembro de 2013.** Disponível em: <http://www.trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR7.pdf>. Acesso em: 30 mar 2018.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. NR 09 – Programa de prevenção de riscos ambientais. **Portaria MTb n.º 871, de 06 de julho de 2017.** Disponível em: <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR09/NR-09-2016.pdf>. Acesso em 25 mar 2018.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. NR-15 – Atividades e operações insalubres. **Portaria MTE n.º 1.297, de 13 de agosto de 2014.** Disponível em: <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR15/NR-15.pdf>. Acesso em: 30 mar 2018.

- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. NR 17 – ERGONOMIA. Estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente. **Portaria SIT n.º 13, de 21 de junho de 2007**. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR17.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2018.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. NR-13 CALDEIRAS, VASOS DE PRESSÃO E TUBULAÇÃO. **Portaria MTb n.º 1.084, de 28 de setembro de 2017**. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR13.pdf>. Acesso em: 02 mai 2018.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. NR 24 - Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho. **Portaria SSST n.º 13, de 17 de setembro de 1993**. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR24.pdf>. Acesso em: 02 mai 2018.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. NR 32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. 3.9 Da manutenção de máquinas e equipamentos. **Portaria MTE n.º 485, de 11 de Novembro de 2005**. Disponível em: <http://sbbq.iq.usp.br/arquivos/seguranca/portaria485.pdf>. Acesso em 05 mai 2018.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria n.º 194 de 07 de dezembro de 2010**. Altera a Norma Regulamentadora nº06. Disponível em: < [http://www.normaslegais.com.br/legislacao/portariasit194\\_2010.htm](http://www.normaslegais.com.br/legislacao/portariasit194_2010.htm) >. Acesso em: 02 mai 2018.
- BRICKUS, L.S.R.; AQUINO NETO, F.R.de. A qualidade do ar de interiores e a química. **Química Nova**, v.22, n. 1, 1999.
- CAMPO, V.R.; KLIJN, T.P. Abuso verbal e assédio moral em serviços de atendimento pré-hospitalar no Chile. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.25, p. 2956, 2017.
- CARVALHO, M.S. *et al.* **Satisfação no trabalho entre os profissionais de Enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital filantrópico de Aracaju- SE**. In: INTERNATIONAL NURSING CONGRESS Theme: Good practices of nursing representations In the construction of society Mai, 2017.
- CARRENO, I.; VELEDA, C.N.; MORESHI, C. Características da equipe de atendimento pré-hospitalar do Rio Grande do Sul. **Rev. Min. Enferm.** v. 19, n.1, p. 88-94, 2015.
- CICV. **Comitê Internacional da Cruz Vermelha**, 2017. Disponível em: <http://www.cruzvermelha.org.br/pb/movimento-internacional/comite-internacional-da-cruz-vermelha/>. Acesso em 23 dez 2017 às 17:20h.
- COFEN. COFEN apresenta proposta para melhoria no atendimento pré-hospitalar, 2017. **Notícias de Enfermagem** Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/cofen-apresenta-proposta-para-melhoria-no-atendimento-pre-hospitalar\\_52504.html](http://www.cofen.gov.br/cofen-apresenta-proposta-para-melhoria-no-atendimento-pre-hospitalar_52504.html), 2017a. Acesso em: 29 mar 2018.
- \_\_\_\_\_. COFEN participa do 17º Congresso Panamericano de Trauma. **Notícias de Enfermagem**. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/cofen-participa-17o-congresso-panamericano-de-trauma\\_59305.html](http://www.cofen.gov.br/cofen-participa-17o-congresso-panamericano-de-trauma_59305.html). Acesso em: 29 mar 2018.
- \_\_\_\_\_. Comissão de Urgência e Emergência visita regulação do SAMU no RS, 2017b. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/comissao-de-urgencia-e-emergencia-visita-a-central-de-regulacao-do-samu-no-rs\\_52955.html](http://www.cofen.gov.br/comissao-de-urgencia-e-emergencia-visita-a-central-de-regulacao-do-samu-no-rs_52955.html). Acesso em: 30 mar 2018.
- \_\_\_\_\_. **Resolução n.º 255 de 25 de agosto de 2015**. Dispõe sobre cumprimento de prescrição médica/terapêutica à distância. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2252000\\_4267.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2252000_4267.html). Acesso em: 29 mar 2018.
- \_\_\_\_\_. **Resolução n.º 543 de 18 de abril de 2107**, 2017c. Atualiza e estabelece os parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de Enfermagem. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017\\_51440.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html). Acesso em: 23 mar.2018.
- COFEN. **Resolução n.º 7498 de 25 de junho de 1986**. Regulamenta o exercício profissional da enfermagem. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html). Acesso em 28 mar 2018.
- CORONEL, D. **História do atendimento pré-hospitalar**, 2012. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAawcQAA/historia-atendimento-pre-hospitalar>. Acesso: 14 fev 2018.
- DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(Sup): 1163-1178, 2007.

- DAL PAI, D. *et al.*. Equipes e condições de trabalho nos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** Out/dez, 2015.
- DAVID, H. M. S. L.; *et al.* Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto Contexto Enferm**: Florianópolis, v.18, n. 2, p. 206-14, abr/jun, 2009.
- DAVIM, M. V. da C., *et al.* Urgências e emergências: do atendimento pré-hospitalar aos cuidados intensivos. **Rev Enferm. UFPEonline**, v. 10, n. 11, 4157-60, nov, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11504/13377>. Acesso em: 10 abr 2018.
- DEJOURS, C. **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. Atlas: São Paulo, 1994, p.29.
- DONOSO, M. T. V. O gênero e suas possíveis repercussões na gerência de enfermagem. **Rev. Min. Enf.**, v.4, n. ½, p.67-69, jan./dez., 2000.
- DUARTE, N. S.; MAURO, M. Y. C. Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros. **Revista Brasileira de Saúde ocupacional**, 2010.
- FIGUEIRA, I; MENDLOWICZ, M. Diagnóstico do transtorno de pós-traumático. **Rev Bras Psiquiatr**, v.25, (Supl D), p.12-6, 2003.
- FIOCRUZ. **Riscos de Acidentes**, 20???. Disponível em: [www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab\\_virtual/riscos\\_de\\_acidentes.html](http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/riscos_de_acidentes.html). Acesso em 30 mai 2018.
- FRACAROLLI, I. F. L; OLIVEIRA, S.A; MARZIALE, M. H. P. Colonização bacteriana e resistência antimicrobiana em trabalhadores de saúde: revisão integrativa. **Acta Paul Enferm**; v. 30, n.6, p.651-7, 2017.
- FREITAS-SWERTS, F. C. T. de; ROBAZZI, M. L. C. C. Efeitos da ginástica laboral compensatória na redução do estresse ocupacional e dor osteomuscular. **Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo Original**. V.22, n. 4, p. 629-36, jul.-ago. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt\\_0104-1169-rlae-22-04-00629.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00629.pdf). Acesso em: 28 mar 2018.
- GAZZOTTI, A. A., VASQUES-MENEZES, I. **Suporte afetivo e o sofrimento psíquico em burnout**. Em W. Codo (Org.) in *Educação: Carinho e trabalho* (pp. 261-266). Rio de Janeiro: Vozes, 2000.
- GUTIERREZ, B. A. O.; CIAMPONE, M. H. T. Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm** v.19, n.4, p. 456-61, 2006.
- IHME. Instituto de métricas e avaliação em saúde. **Carga Global por violência interpessoal**. 2016. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Acesso em: maio 2018.
- IPCS. Disponível em: <http://www.estresse.com.br/publicacoes/stress-na-atualidade-qualidade-de-vida-na-familia-e-no-trabalho/>. Acesso em: 03 mai. 2015.
- KILIMNIK, Z. M; DIAS, S. M. O; JAMIL, G. L. Fatores de pressão no trabalho e comprometimento com a carreira: um estudo com profissionais de Tecnologia da Informação. **Revista eletrônica de Sistemas de Informação**, v.11, n.2, jul//dez 2012.
- KOLHS, M. *et al.* A enfermagem na urgência e emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista online de Pesquisa**. v. 9, n. 2, p. 422-431, abr/jun, 2017,
- LAKATOS, E. M; MARCONI, M. de A. Fundamentos de metodologia Científica. **Atlas**: São Paulo, 7ª ed. 2010.
- LANCMAN, S. *et al.*. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa de Saúde da Família. *Ver Saúde Pública* v. 43, n. 4, p. 684, 2009
- LAPLANTINE, F. **Antropologia da Doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- LIMA, E.deP.; ASSUNÇÃO, A.A. **Prevalência e fatores associados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em profissionais de emergência: uma revisão sistemática da literatura**. *Rev Bras Epidemiol* v. 14, n. 2, p. 217-30, 2011
- LOPES, M.J.M; LEAL, S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *cadernos pagu* (24), pp.105-125, janeiro-junho de 2005.
- LÚCIO, M.G; GUSMÃO, C.M.P; TORRES, M.C. **Riscos ocupacionais do atendimento pré-hospitalar: uma revisão de literatura**. *Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente*, Aracaju, v.1, n.3, p.69-77, 2013.

- LUMIAR HEALTHCARE. Oxigênio Medicinal O<sub>2</sub>. FISPQ – Ficha de informações de segurança de produto químico. Disponível em: <<http://lumiarsaude.com.br/MANUALPDF/FISPQ%20Oxig%C3%AAnio%20Medicinal%20%20Lumiar%20Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em 26 mai 2018.
- MARTINS, J. T., *et al.*. Equipe de enfermagem de emergência: riscos ocupacionais e medidas de autoproteção. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p.334-0, ,mai/jun , 2014
- MARTINS, P. P. S.; PRADO, M.L. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**: Brasília, v. 56, n. 1, p. 71-75, 2003
- MASSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção conceitual**: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde. Disponível em: [www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947098405educa%E7%E3o%20continuada%20e%20permanente.pdf](http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947098405educa%E7%E3o%20continuada%20e%20permanente.pdf). Acesso em Jun 2018.
- MELO, M. B de.; BARBOSA, M. A.; SOUZA, P. R de. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n. 4,[9telas], jul/ago, 2011.
- MINAYO, Maria Cecília Souza (Org.). **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 24. ed Petrópolis, RJ: Vozes,1994
- \_\_\_\_\_. **Violência e saúde**. FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em 28 mai 2018.
- MIORIN, J.D., *et al.*. Estratégias de defesa utilizadas por trabalhadores de enfermagem atuantes em pronto-socorro. **Enferm.Foco**, v.7, n. 2, 57-61, 2016.
- MOSQUERA, J. J. M; STÖBAUS, C. D. Vida adulta: superdotação e motivação. Cadernos, ed. 2006, n. 28. Disponível em: <http://coralx.ufsm.br/revce/ceesp/2006/02/a5.htm>>. Acesso em: 02mar 2018.
- MSF. Médicos sem fronteiras. Nossa história. Disponível em: <https://www.msf.org.br/nossa-historia>>. Acesso em: 29 mar 2018.
- OLIVEIRA, R. C. *et al.* Exposição ao ruído ocupacional pelos tripulantes de ambulâncias. **Rev. CEFAC**. V.17, n.3, p.847-853, mai-jun, 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Editado por Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi e Rafael Lozano. Genebra, 2002. Disponível em: <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>. Acesso em 23 abr 2018.
- PEREIRA, M. dos S. Lei do exercício profissional da Enfermagem e a autonomia profissional do enfermeiro. **Enferm. Foco**; v.4, n. 3,4, p. 171 - 174, 2013. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/543/226>. Acesso em: 21 mar.2018.
- PEREIRA, W. A. P.; LIMA, M. A. D. S. O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n. 2, p.320:7, 2009.
- POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem. **Artes Médicas**: Porto Alegre, 1995.
- PRADO. C. E. P do. Estresse Ocupacional: causas e consequências. **Rev Bras Med Trab.**, v.14, n. 3, p.285-9, 2016.
- PREHOSPITAL TRAUMA LIFE SUPPORT (PHTLS). **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, p. 88.
- RAMOS, A. P.; BORTAGARAI, F.M. A comunicação não-verbal na área da saúde. **Rev. CEFAC**, v. 14, n. 1, p. 164-170, jan/fev. 2012.
- RAMAZZINI, B. Prefácio. In: \_\_\_\_\_. **As doenças dos trabalhadores**. São Paulo: Fundacentro, 2016.
- RESCK, Z. M. R.; GOMES, E. L. R. A formação e a prática gerencial do enfermeiro: caminhos para a práxis transformadora. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.16, n. 1 jan/fev, 2008.
- RIO GRANDE DO SUL. **Atuação de profissionais de enfermagem na regulação do SAMU serve de modelo para o país, 2017**. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/atuacao-de-profissionais-de-enfermagem-na-regulacao-do-samu-serve-de-modelo-para-o-pais>. Acesso em 12 fev 2018.

ROMANZINI, E. M.; BOCK, L. F. Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e formação profissional. **Rev. Latino-Am de Enfermagem**, v. 18, n. 2, mar/abril, 2010.

SALIMENA, A. M. de O. *et al.*. Falatório e ocupação no cotidiano das profissionais de enfermagem no cuidado de si e do outro. **Revista Baiana de Enfermagem**: Salvador, v.30, n.1, p-316-324, 2016.

SALVADOR. Sistema de Informação Municipal de Salvador. **Característica demográfica da população residente por cor ou raça**. Disponível em: <http://www.sim.salvador.ba.gov.br/indicadores/index.php>. Acesso em: 02 mar 2018a às 03:30h.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Característica demográfica da população residente por religião**. Disponível em: <http://www.sim.salvador.ba.gov.br/indicadores/index.php>. Acesso em: 02 mar 2018b às 03:42h.

\_\_\_\_\_. **Lei Ordinária do Município, nº 7867 de 2010**. Plano de Cargos e Vencimentos dos profissionais de saúde da prefeitura municipal de Salvador. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/ba/s/salvador/lei-ordinaria/2010/786/7867/lei-ordinaria-n-7867-2010-dispoe-sobre-o-plano-de-cargos-e-vencimentos-dos-profissionais-de-saude-da-prefeitura-municipal-do-salvador-e-da-outras-providencias>. Acesso em 14 mar.2018 às 03:04h.

SILVA, J.L.L. da, *et al.*. O ruído causando danos e estresse: possibilidade de atuação para a enfermagem do trabalho. **Avances em Enfermeria. enferm.**, v.32, n.1, p. 124-138, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a13.pdf>. Acesso em: 28 mar 2018.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v.25 Sup 2:S205-S216, 2009.

SILOVE D; EKBLAD S; MOLLICA R. The rights of the severely mentally ill in post-conflict societies. **Lancet**, v. 355, p. 1548-1549, 2000.

SOUSA, A. T. O. d e; SOUZA, E.R.de; COSTA, I.C.P. Riscos ocupacionais no atendimento pré-hospitalar móvel: produção científica em periódicos online. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, n.2, 167-174, 2014.

STERLING, T. D.; COLLETT, C; RUMEL, D. A epidemiologia dos "edifícios doentes". **Rev. Saúde Públ**: São Paulo v.25, n. 1, 1991.

TELES, A. S. *et al.* Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional. **Cad. Saúde Colet.** :Rio de Janeiro, v.25, n.1, p. 51-57, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n1/1414-462X-cadsc-25-1-51.pdf>. Acesso em: 29 mar 2018.

TODOROV, J. C.; MOREIRA, M. B. O Conceito de Motivação na Psicologia. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v7n1/v7n1a12.pdf>. Acesso em: 28 mar 2018.

WIKIPEDIA. **Movimento Internacional da Cruz Vermelha e Crescente Vermelho**. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Movimento\\_Internacional\\_da\\_Cruz\\_Vermelha\\_e\\_do\\_Crescente\\_Vermelho](https://pt.wikipedia.org/wiki/Movimento_Internacional_da_Cruz_Vermelha_e_do_Crescente_Vermelho). Acesso em: 22 dez 2017, às 10:30h.

WORM, F.A, *et al.* Risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no trabalho em atendimento móvel de urgência. **Rev Cuid.** V. 7, n.2, p. 1288-96, 2016.

VASQUES-MENEZES, I.; SORATTO, L. **Burnout e suporte social**. In: W. Codo (Org.) in *Educação: Carinho e trabalho* (p. 267). Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

ZAPPAROLI, A. dos S.; MARZIALE, M. H. P. Riscos ocupacionais em unidades de suporte básico e avançado de vida em emergências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n.1, p. 41-6, 2013.

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**

**Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho (PPGSAT)**



O senhor/ a senhora está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa com Enfermeiros do APH móvel que trabalham no SAMU de Salvador. Para tanto, gostaríamos de contar com sua participação respondendo um instrumento contendo um conjunto de questões que visam conhecer o perfil dos Enfermeiros do APH móvel e analisar os motivos que levam estes a se identificarem com suas atividades laborais e os mecanismos de enfrentamento que utilizam durante suas práticas. Para tanto serão observados nesta pesquisa todas as recomendações previstas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 466/12.

Enquanto enfermeira do APH móvel do SAMU de Salvador, esta temática chamou atenção da autora, diante de relatos de afastamento de funcionários por distúrbios psíquicos, DORT e acidentes de trabalho no serviço; crescente números de atestados médicos, implicando conseqüentemente em prejuízos à saúde do trabalhador ao reduzir sua capacidade funcional. Há, também, perda para o serviço, pois a falta do funcionário pode significar redução de recursos disponíveis à população. Desta forma, a pesquisa permite a identificação de problemas, doenças e agravos relacionados à saúde do trabalhador enfermeiro decorrente do exercício profissional e servir como base para a fomentação de política pública de saúde voltada para o trabalhador do pré-hospitalar.

O conjunto de questões compreende aspectos socioeconômicos, tipo de atividade desenvolvida pelos enfermeiros, presença ou ausência de sintomatologias relacionadas ao estresse ocupacional, doenças de base, medicações em uso, hábitos alimentares, realização de atividades física e de lazer, além de levantamento dos fatores que contribuem para sua motivação no trabalho e os mecanismos de enfrentamento.

Caso haja alguma palavra ou frase que o senhor/ a senhora não consiga entender, converse com o pesquisador responsável. A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar de forma voluntária do mesmo.

A instituição responsável pela pesquisa é a Universidade Federal da Bahia, através do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Bahia. A entrevista será realizada pela pesquisadora assistente Carla Catharine Chaves Nascimento, mestranda, sob orientação do prof. Dr. Lauro Antonio Porto.

Sua participação na pesquisa é voluntária, ou seja, você só participa se e enquanto quiser. Se você não quiser participar, não haverá qualquer penalidade ou interferência em seu trabalho, área de atuação, inclusive na relação com a pesquisadora ou a instituição. Você terá a liberdade de desistir a qualquer momento ao longo da pesquisa, sem prejuízo algum ao seu cuidado, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 466/12).

Os riscos provenientes da pesquisa podem estar relacionados com a quebra de confidencialidade e com a possibilidade de produção de constrangimento ou desconforto diante de alguma pergunta do questionário. Contudo, esses danos serão minimizados através da realização do questionário na versão eletrônica, onde o participante poderá escolher o melhor local e momento para responder. O senhor/ a senhora é livre para não responder qualquer pergunta ou até mesmo desistir de participar da pesquisa sem necessitar de

explicação. Suas respostas serão confidenciais e somente o senhor/ a senhora e os pesquisadores terão acesso a elas. Seu nome não será identificado em nenhum de nossos relatórios ou publicações que resultarão deste estudo, sendo para este fim utilizado um pseudônimo.

O senhor/ a senhora poderá ter acesso, a qualquer tempo, às informações relacionadas à pesquisa, e se for o seu desejo, poderá solicitar esclarecimento de quaisquer dúvidas entrando em contato com a pesquisadora assistente Carla Catharine Chaves Nascimento por meio do telefone (71) 98605-8604 e e-mail: calcatharinec@gmail.com, com a orientador prof. Dr. Lauro Antonio Porto pelo e-mail lauroporto@uol.com.br e pelo contato institucional através do telefone (71) 3283- 5573 – Programa de Pós Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho pela Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, Largo do Terreiro de Jesus, Centro Histórico, CEP 40.026-010- Salvador, Bahia.

A pesquisadora estará disponível para o esclarecimento de dúvidas antes, durante e após o tempo da pesquisa. O senhor/ a senhora não será responsabilizado (a) por nenhum custo relacionado à pesquisa. As transcrições e gravações decorrentes dessa pesquisa ficarão arquivadas por 05 (cinco) anos aos cuidados da pesquisadora.

Este estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia, sob o parecer de número 2.320.715 em outubro/2017, cujo contato é através do telefone (71) 3283-5564 ou pelo e-mail cepfmb@ufba.br, Largo do Terreiro de Jesus, s/nº - Centro Histórico, CEP: 40.026-010, Salvador, Bahia.

Caso o senhor/ a senhora concorde em participar da pesquisa, por favor, assine esse termo que tem duas vias, uma sua e outra da pesquisadora.

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

## APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados: Questionário Eletrônico



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde,**  
**Ambiente e Trabalho (PPGSAT)**



### Bloco: SÓCIO DEMOGRÁFICO

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Sexo: \_\_\_\_\_
3. Situação Conjugal: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) União Estável ( )  
Outros \_\_\_\_\_
4. Pratica alguma religião? ( ) Não ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_
5. Participa de algum grupo que não seja relacionado à atividade do trabalho?  
( ) Não ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_
6. Possui filhos? ( ) Não ( ) Sim, quantos? \_\_\_\_\_
7. Além de ser Enfermeiro, possui alguma outra formação profissional?  
\_\_\_\_\_
8. Possui quanto tempo de formado em Enfermagem? \_\_\_\_\_
9. Qual sua área de atuação no momento? (Regulação ou Intervenção)  
\_\_\_\_\_
10. Já trabalhou em outra área? Se sim, o que te fez mudar? \_\_\_\_\_
11. Trabalha em outra área? Se sim, o que te fez conciliar as atividades no APH móvel com  
esta \_\_\_\_\_ outra \_\_\_\_\_ área?
12. Qual a sua renda familiar? \_\_\_\_\_
13. Você é o único provedor da família? ( ) Não ( ) Sim
14. Recebe alguma forma de auxílio financeiro? ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_
15. Você acredita que existe igualdade na inserção entre homens e mulheres na área de  
Enfermagem no APH móvel?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Bloco: SAÚDE**

17. Com relação aos hábitos de vida:

a) Consome bebida alcoólica? ( ) Não ( ) Sim.

Se sim, com que frequência (quantas vezes na semana)? \_\_\_\_\_

b) Fuma? ( ) Não. ( ) Sim. Com que frequência (Quantos cigarros /quantas vezes ao dia)?

\_\_\_\_\_  
Se não, já fumou alguma vez? ( ) Não ( ) Sim ( )

c) Pratica atividade física: ( ) Não ( ) Sim. Com que frequência (quantas vezes por semana)?

\_\_\_\_\_  
d) Possui momentos de lazer? ( ) Não ( ) Sim. Com que frequência (quantas vezes por semana)? \_\_\_\_\_

18. Possui em algum problema de saúde? ( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

19. Se sim, esse problema começou no período em que começou a trabalhar com atendimento no APH móvel?

\_\_\_\_\_  
20. Faz uso de alguma medicação rotineira? Se sim, qual?

\_\_\_\_\_  
21. Seu problema de saúde é ou já foi motivo de afastamento do ambiente de trabalho?

( ) Sim ( ) Não

22. Se possui alguma doença, quanto tempo faz que foi diagnosticado(a)?

\_\_\_\_\_  
23. Marque um (X) nos sinais e sintomas que você vivencia atualmente:

( ) Distúrbio do sono ( ) Dificuldade de concentração ( ) irritabilidade

( ) Cansaço físico/mental ( ) Dores musculares ( ) Dores de cabeça

( ) Alteração do humor ( ) Alteração da memória ( ) Falta de apetite

( ) Depressão ( ) Perda de iniciativa ( ) Outros (Por favor, citar) \_\_\_\_\_

**Bloco: ASPECTO OCUPACIONAL**

24. O que te motivou a escolher o campo de APH móvel para atuar?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

25. Quantas horas de trabalho exerce por dia/semana?

\_\_\_\_\_  
26. Fica de sobreaviso? ( ) Não ( ) Sim. Com que frequência (quantas vezes por semana)?

\_\_\_\_\_

27. Já precisou interromper seu período de descanso para resolver problemas no trabalho?  
( ) Não ( ) Sim. Com que frequência (quantas vezes por semana)? \_\_\_\_\_
28. Como você classificaria seu relacionamento com os colegas de trabalho:  
( ) Ruim ( ) Regular ( ) Bom ( ) Ótimo
29. Você percebe a existência de sobrecarga de trabalho nas suas atividades laborais?  
( ) Não ( ) Sim. \_\_\_\_\_  
Se possível, exemplifique.
30. Existe estímulo para atualização científica em seu ambiente de trabalho?  
( ) Não ( ) Sim
31. Qual é a sua relação com o seu gestor imediato?  
( ) Ruim ( ) Regular ( ) Bom ( ) Ótimo
32. Suas sugestões de trabalho são levadas em consideração pelos gestores de trabalho?  
( ) Sempre ( ) Às vezes ( ) Nunca
33. Você possui autonomia para resolver os problemas que ocorrem durante sua jornada de trabalho?  
( ) Sempre ( ) Às vezes ( ) Nunca
34. Possui perspectiva de crescimento na carreira profissional?  
( ) Não ( ) Sim
35. Costuma planejar sua carreira profissional? Se sim, como?
36. Já pensou ou pensa em desistir da carreira Enfermagem e/ou APH móvel? Por quê?
37. Quais fatores te motivam no seu trabalho?
38. Você percebe o reconhecimento de seu trabalho?  
( ) Não ( ) Sim. Se sim, de que forma você percebe esse reconhecimento?
39. Quais os riscos você identifica na execução do seu trabalho? São passíveis de manejo/medidas protetivas? Quais estratégias você utiliza? \_\_\_\_\_
40. Sua área de atuação é sempre controlada ou existem eventos externos (não controláveis), que podem intervir em sua rotina? Existindo interferências de eventos externos, exemplifique.
41. Você tem acesso aos Equipamentos de Proteção Individual?

**Bloco: SUPORTE SOCIAL**

42. Compartilha com amigos os problemas relacionados ao seu trabalho?

Não  Sim

43. Possui bom vínculo familiar?

Não  Sim

44. Compartilha com familiares os problemas relacionados ao seu trabalho?

Não  Sim

45. Consegue manter bom equilíbrio entre sua vida profissional e pessoal?

Sim  Não. Qual prevalece?

46. Na maioria das vezes, como costuma resolver os problemas que surgem durante sua jornada laboral?

Resolvendo o problema sozinho  Buscando suporte afetivo/social

Outros. Exemplifique \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**

**Programa de Pós-Graduação em Saúde,**

**Ambiente e Trabalho (PPGSAT)**



O senhor/ a senhora está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa com Enfermeiros do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel que trabalham no SAMU de Salvador. O objetivo é compreender aspectos da organização do trabalho dos enfermeiros que atuam no (APH) móvel e a sua influência na saúde destes trabalhadores.

Enquanto enfermeira do APH móvel do SAMU de Salvador, esta temática chamou atenção da autora, diante de relatos de afastamento de funcionários por distúrbios psíquicos, DORT e acidentes de trabalho no serviço; crescente números de atestados médicos, implicando conseqüentemente em prejuízos à saúde do trabalhador ao reduzir sua capacidade funcional. Há, também, perda para o serviço, pois a falta do funcionário pode significar redução de recursos disponíveis à população. Desta forma, a pesquisa permite a identificação de problemas, doenças e agravos relacionados à saúde do trabalhador enfermeiro decorrente do exercício profissional e servir como base para a fomentação de política pública de saúde voltada para o trabalhador do pré-hospitalar.

A instituição responsável pela pesquisa é a Universidade Federal da Bahia, através do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Bahia. A entrevista será realizada pela pesquisadora assistente Carla Catharine Chaves Nascimento, mestranda, sob orientação do prof. Dr. Lauro Antonio Porto.

Sua participação na pesquisa é voluntária, ou seja, você só participa se e enquanto quiser. Se você não quiser participar, não haverá qualquer penalidade ou interferência em seu trabalho, área de atuação, inclusive na relação com a pesquisadora ou a instituição. Você terá a liberdade de desistir a qualquer momento ao longo da pesquisa, sem prejuízo algum ao seu cuidado, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 466/12). O senhor/ a senhora responderá a uma entrevista, no local que melhor lhe convier, que apresenta perguntas sobre a sua experiência como enfermeiro do APH relacionadas a organização do trabalho, motivação, enfrentamentos e possíveis problema de saúde que tenha sido acometido (a) em consequência do exercício da profissão.

Os riscos provenientes da pesquisa podem estar relacionados com a quebra de confidencialidade e com a possibilidade de produção de constrangimento ou desconforto diante de alguma pergunta da entrevista. Contudo, esses danos serão minimizados através da realização das entrevistas em local reservado no qual estará presente apenas o entrevistador e o participante da pesquisa. O senhor/ a senhora é livre para não responder qualquer pergunta ou até mesmo desistir de participar da pesquisa sem necessitar de explicação. Suas respostas serão confidenciais e somente o senhor/ a senhora e os pesquisadores terão acesso a elas. Seu nome não será identificado em nenhum de nossos relatórios ou publicações que resultarão deste estudo, sendo para este fim utilizado um pseudônimo.

A entrevista será gravada em um aparelho de áudio, e para isso, solicitamos a sua concordância (ANEXO D). As observações que se fizerem necessárias nesse contexto serão realizadas em um caderno específico do estudo. O senhor/ a senhora poderá ter acesso, a

qualquer tempo, às informações relacionadas à pesquisa, e se for o seu desejo, poderá solicitar esclarecimento de quaisquer dúvidas entrando em contato com a pesquisadora assistente Carla Catharine Chaves Nascimento por meio do telefone (71) 98605-8604 e e-mail: calcatharinec@gmail.com, com a orientador prof. Dr. Lauro Antonio Porto pelo e-mail lauroporto@uol.com.br e pelo contato institucional através do telefone (71) 3283- 5573 – Programa de Pós Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho pela Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, Largo do Terreiro de Jesus, Centro Histórico, CEP 40.026-010- Salvador, Bahia.

A pesquisadora estará disponível para o esclarecimento de dúvidas antes, durante e após o tempo da pesquisa. O senhor/ a senhora não será responsabilizado (a) por nenhum custo relacionado à pesquisa. As transcrições e gravações decorrentes dessa pesquisa ficarão arquivadas por 05 (cinco) anos aos cuidados da pesquisadora.

Este estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia, sob o parecer de número 2.320.715 em outubro/2017 , cujo contato é através do telefone (71) 3283-5564 ou pelo e-mail: cepfmb@ufba.br, Largo do Terreiro de Jesus, s/nº - Centro Histórico, CEP: 40.026-010, Salvador, Bahia.

Caso o senhor/ a senhora concorde em participar da pesquisa, por favor, assine esse termo que tem duas vias, uma sua e outra da pesquisadora.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## APÊNDICE D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**



**Programa de Pós-Graduação em Saúde,  
 Ambiente e Trabalho (PPGSAT)**

Eu, \_\_\_\_\_, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “Vivências e enfrentamentos dos enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar móvel: Um olhar sobre a organização do trabalho e a saúde desse profissional” poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista na fase III da pesquisa, AUTORIZO, por meio deste termo, os pesquisadores Carla Catharine Chaves Nascimento e Lauro Antonio Porto a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes para fins acadêmicos.
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa (Lauro Antonio Porto), e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Salvador-BA, \_\_\_\_\_.  
 (data)

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
 (Carla Catharine Chaves Nascimento  
 (71) 3283-5573 (PPGSAT))

## APÊNDICE E – Roteiro norteador para Entrevista Narrativa



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**

**Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho (PPGSAT)**



1. Poderia relatar sua experiência, algum exemplo, o que mais lhe marcou neste período de SAMU?  
(A partir desse relato podem surgir outras questões)
2. Como é o seu trabalho no dia-a-dia? Como é sua relação com a equipe?  
(Sobre isso deve surgir diversos questionamentos que serão aprofundado. Ex: a solidariedade com a equipe, sinalizações momentâneas para se permanecer ou sair da cena de atendimento).
3. Pode relatar algum sofrimento pessoal que mais lhe marcou relacionado ao serviço do SAMU?  
(Relatar situações traumáticas)  
  
Já esteve em situações de risco de vida ou presenciou situações com outros colegas?  
(Caso tenha feito alguma encenação para resguardar a vida, por favor, relate).
4. O que mais lhe incomoda (maiores dificuldades) enquanto profissional do SAMU?
5. Já fez alguma avaliação médica por questões relacionadas ao trabalho? Se sentiria a vontade para relatar se possui alguma enfermidade (sinais/sintomas) que o relacione ao trabalho?
6. Agradeço sua colaboração e gostaria de perguntar se possui algo a mais que possa complementar? Alguma sugestão para a melhoria da organização do trabalho no SAMU?

## Apêndice F – Artigo 01



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**



**Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e  
Trabalho (PPGSAT)**

**INTERFERÊNCIA DA VIOLÊNCIA NOS ATENDIMENTOS DO SAMU:  
ACESSIBILIDADE AO SERVIÇO VERSUS SEGURANÇA DA EQUIPE**

**INTERFERENCE OF VIOLENCE IN SAMU CARE: ACCESSIBILITY TO SERVICE  
VERSUS TEAM SECURITY**

Carla Catharine Chaves Nascimento\*

Lauro Antonio Porto\*

Maria do Carmo Soares de Freitas\*

\* Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho (PPGSAT) da Faculdade de Medicina da Bahia, UFBA, Salvador, BA, Brasil. [calcatharinec@gmail.com](mailto:calcatharinec@gmail.com)

### **RESUMO**

Violência urbana é um dos principais motivos de chamados para atendimento no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e tem-se apresentado também como empecilho ao acesso da equipe do serviço à vítima em locais de conflitos sociais, por impedimento de atuação e agressões contra a equipe. Buscou-se identificar os motivos dessas agressões e os mecanismos de garantia da acessibilidade da população ao serviço sem se comprometer a segurança dos socorristas. Trata-se de um estudo de campo, realizado em Salvador, Bahia, com abordagem qualitativa, uso de questionário eletrônico, entrevista e observação assistemática, à luz da teoria da análise do conteúdo, tendo o enfermeiro como porta-voz. Constatou-se que havendo situação de violência contra as equipes do SAMU, os agressores mais frequentes são familiares das pessoas socorridas, terceiros, traficantes da área e solicitantes do atendimento. Os motivos das agressões são tempo de espera, criticidade do



agravo, desconhecimento sobre o papel do veículo de intervenção rápida e as atribuições do SAMU, além do contexto e organização social local. O apoio da Polícia Militar e a tentativa de diálogo com a população não têm sido suficientes para se evitarem atos violentos contra a equipe de saúde.

**Palavras-chave:** Atendimento pré-hospitalar. Ajustamento social. Violência.

## ABSTRACT

Urban violence is one of the main reasons for calls for care in the Mobile Emergency Care Service (SAMU), and it has also been shown as an obstacle to the access of the service team to the victims in places of social conflicts, due to the impediment of action and aggressions against the team. The aim was to identify the reasons for these aggressions and the mechanisms to guarantee the accessibility of the population to the service without compromising the safety of the rescuers. This is a field study carried out in Salvador, Bahia, with a qualitative approach, use of electronic questionnaire, interview and non-systematic observation, considering content analysis theory, with the nurse as a spokesperson. It was found that in case of violence against the SAMU teams, the most frequent aggressors are relatives of the rescued persons, third parties, traffickers of the area and service applicants. The reasons for the aggressions are waiting time, criticality of the occurrence, ignorance about the role of the rapid intervention vehicle and the attributions of the SAMU, in addition to the local context and social organization. The support of the Military Police and the attempt to dialogue with the population have not been enough to avoid violent acts against the health team.

**Key words:** Emergency medical services. Social adjustment. Violence.

## INTRODUÇÃO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) compõe a Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde. Visa socorrer precocemente as pessoas vítimas de agravo à saúde que possa levar ao sofrimento, sequela ou morte, sendo os agravos relacionados à violência um dos principais tipos de chamados para o serviço.

Violência é o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação<sup>1</sup>.

Trata-se de um problema complexo, multifatorial, que necessita de intervenções multissetoriais, em que a segurança pública, apenas, não consegue resolver. Para o setor saúde, a violência imprime grandes gastos em todos os níveis de atenção: pré-hospitalar, hospitalar, emergência e processo de reabilitação<sup>2</sup>.

Apesar de ser histórica, a preocupação relacionada ao tema é bem atual diante do perfil epidemiológico e das consequências da violência na sociedade contemporânea, com predomínio de vítimas jovens, na faixa etária economicamente ativa, numa população menos favorecida socialmente e com repercussões diversas.

Com relação ao perfil epidemiológico, a violência no Brasil ocupou o 7º lugar no *ranking* na carga global de mortalidade no mundo em 2016 e 3º lugar nas causas gerais de morte na população brasileira no período de 2006-2016; as agressões corresponderam a 37,4% dos casos<sup>3,4</sup>.

Assim, com o objetivo de responder à demanda dos elevados índices de mortalidade por agravos relacionados ao trauma e à violência no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências e com ela o atendimento pré-hospitalar (APH) através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), visando, dentre outras coisas, “garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não intencionais, **violências**)”<sup>5</sup>.

Ao trabalhar no ambiente pré-hospitalar, o enfermeiro intervencionista do SAMU, muitas vezes, é chamado a atuar em cenas de conflitos sociais, seja socorrendo as vítimas de

agravos relacionados à violência ou atendendo vítimas de agravos não relacionados diretamente com as circunstâncias conflituosas, mas que possuem um cenário inseguro como plano de fundo, por circunstâncias alheias aos profissionais de saúde, mas com grande impacto na atuação dos mesmos.

Tendo em vista o consenso do Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado (sigla em inglês: PHTLS), a segurança do socorrista e sua equipe são questões prioritárias em qualquer atendimento, sendo prerrogativa, inclusive, para postergar ou interromper o mesmo<sup>6</sup>.

Diante de vários relatos de agressão contra a equipe do SAMU durante a execução do atendimento em comunidades de conflitos sociais e da inviabilidade de atendimento nestas situações, dificultando, assim, a acessibilidade da população ao recurso de saúde, decidiu-se realizar um estudo tentando compreender os principais motivos de agressão às equipes e os mecanismos utilizados pelas mesmas para garantirem a acessibilidade do SAMU à população sem comprometer a segurança da equipe intervencionista.

## **MÉTODO**

Estudo de campo, exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, recortado do projeto de mestrado da autora principal sobre vivências e enfrentamentos dos enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar móvel, organização de seu trabalho e reflexos em sua saúde.

A coleta de dados ocorreu em três etapas: questionário eletrônico, entrevista narrativa obedecendo à técnica de saturação dos achados e observação assistemática. Os dados foram explorados à luz da análise do conteúdo. Foram incluídos todos os enfermeiros do SAMU de Salvador, Bahia, que laboram em escala de turno de 24h executando atividades fins da

Instituição e excluídos os que estavam em gozo de licença médica ou maternidade. Participaram 46 enfermeiros na etapa do questionário e 10 foram entrevistados. O anonimato foi garantido por pseudônimos.

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia, pertencente à Universidade Federal da Bahia, parecer nº 2.320.715, em outubro de 2017, com anuência Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, além da gestão local do SAMU Salvador.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O tema exposição à violência urbana durante jornada de trabalho foi um fato vivenciado e relatado, de forma preocupada, por todos os enfermeiros do SAMU de Salvador que participaram desta pesquisa. Informaram serem vítimas desse contexto social e identificaram, empiricamente, o aumento da frequência de exposições aos atos violentos nos cenários de atendimentos das equipes de saúde do APH de Salvador nos últimos anos.

A violência foi percebida pelos profissionais entrevistados como um fator de risco ocupacional do APH, desencadeador de sofrimento, com risco iminente de lesão corporal e morte para esses socorristas. É representada por sentimentos desagradáveis pelos profissionais que já vivenciaram ou possuem pares envolvidos nesse contexto, e alguns deles externaram o desejo de sair do serviço tendo em vista a insegurança que o ato causa.

Foram considerados os seguintes aspectos: imprevisibilidade, diversidade e falta de controle sobre o ambiente de atendimento pré-hospitalar; relato das entrevistadas sobre as hostilidades e riscos à segurança vivenciados no trabalho; respaldo legal de suspensão de atendimento em situações de vulnerabilidade da equipe do APH; inviabilidade de atendimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da missão do SAMU em relação a acessibilidade, universalidade e integralidade. Procurou-se compreender o fenômeno

da exposição ocupacional dos enfermeiros do atendimento pré-hospitalar à violência urbana com intenção de ampliar o debate sobre o tema e tentar propor medidas de intervenção, salientando-se que essa abordagem para o APH não foi encontrada na busca realizada na literatura.

Desta forma, foram identificadas as possíveis causas da violência/insegurança no atendimento pré-hospitalar, os atores sociais envolvidos, as medidas de enfrentamento realizadas pela equipe de intervenção do APH e os desafios a serem superados, com base na vivência dos enfermeiros do SAMU de Salvador.

#### AUTORES E MOTIVOS DA HOSTILIDADE NO APH DE SALVADOR

No momento do atendimento pré-hospitalar, além do paciente, existem vários atores sociais envolvidos na cena: familiares, amigos, vizinhos, circunstantes, terceiros ou transeuntes, que participam ativamente das relações sociais estabelecidas no local e interferem no atendimento, seja no intuito de promover a aproximação do paciente com os recursos de saúde ou afastá-lo.

Foram comuns, nos relatos dos entrevistados, narrativas sobre as situações de vulnerabilidade a que ficam expostas as equipes de intervenção do SAMU, em determinados bairros de Salvador, local deste estudo. No entanto, percebe-se, através de reportagens veiculadas amplamente na mídia, que este não é um problema local, outros Estados do Brasil compartilham dessa mesma situação.

Durante a etapa da entrevista, apareceram nomes de alguns bairros ou comunidades de Salvador que foram palcos de vivências de atos violentos ou inseguros pela equipe do SAMU: Liberdade/Pau Miúdo (comunidade do Brongo e Milho), Baixinha de Santo Antônio, Nordeste de Amaralina e Narandiba.

Numa análise conjuntural, observa-se que estas localidades possuem como pontos comuns serem bairros periféricos de Salvador, com grande densidade populacional, crescimento desorganizado, caracterizados pela pobreza, dominados pelo tráfico de drogas e disputas de territórios.

Existe uma relação direta entre regiões de maior risco social e intensificação da violência<sup>7</sup>. As populações de rendas baixa e média apresentavam maiores índices de mortalidade relacionada à violência<sup>8</sup>. No entanto, a população mais carente é a mais vulnerável, não por aspectos biológicos ou genéticos, mas por questões de origem macroeconômica e social<sup>2</sup>.

Diante dos impactos da violência social nos atendimentos de saúde na área pré-hospitalar, os enfermeiros identificaram os familiares, terceiros, traficantes da área e solicitante da ocorrência como os responsáveis pelas agressões direcionadas à equipe no local da ocorrência. Estudo realizado em três regiões do Chile converge para o mesmo achado<sup>9</sup>.

O conflito entre a Polícia Militar (PM) e os traficantes locais, envolvendo troca de tiro na cena, foi uma das situações de risco caracterizada por vulnerabilidade pelos enfermeiros intervencionistas, quando faz parte do contexto em que é feito o atendimento, apesar de não estar relacionado ao agravo que gerou o chamado para o SAMU.

Os motivos que apareceram relacionados aos atos violentos contra a equipe de atendimento foram: o tempo de espera, a ansiedade da população frente à criticidade do agravo, a falta de entendimento da população sobre o papel do veículo de intervenção rápida (VIR) e as atribuições do SAMU.

O tempo de espera é um fator crítico para o serviço de urgência e emergência. No contexto de um serviço móvel, podemos prever algumas variáveis que podem interferir no processo de aproximação do serviço de saúde do paciente: trânsito com fluxo intenso e a carência de educação no trânsito para liberação da passagem do recurso, mesmo em uso de

sirene e giroflex; número deficiente de ambulâncias frente à demanda; unidades desativadas por questões estruturais (higienização, déficit de profissionais, macas retidas em unidades reguladoras, etc); distância entre local do chamado e localização do recurso móvel, problemas mecânicos durante deslocamento, abordagem em outra ocorrência, locais de difícil acesso, sem pontos de referência etc.

Além dos fatores reais que interferem no tempo-resposta, observa-se que a dimensão tempo (para a chegada da equipe na cena e início do atendimento) pode ser superestimada por quem espera, principalmente em situações que envolvem agravo à saúde com risco iminente de morte. Sobre fatores que interferem na percepção do tempo de espera em filas, observou-se que as pessoas mais jovens, que esperam sozinhas e usam o serviço de forma esporádica tendem a superestimar o tempo de espera<sup>10</sup>.

Muitos chamados realizados para o SAMU possuem como motivos agravos com risco iminente de morte para a vítima, e a presença de sangue na cena tem sido referida pelos enfermeiros como um fator de comoção social.

O grupo entrevistado percebeu que as ocorrências elevam o grau de ansiedade dos sujeitos da cena, por vínculos afetivos (amigos ou familiares, que desejam um breve socorro e reversão do quadro clínico do paciente) ou por questões sociais indesejadas, como óbito dentro da comunidade associada ou não a uma causa externa.

Fomos atender uma vítima, em um bairro perigoso de Salvador, chamado popularmente como Brongo, que fica no Pau Miúdo. Era um estrangeiro que estava em overdose de cocaína e por medo dele morrer ali os traficantes da área pediam urgência no atendimento, queriam que chegassem logo, mas saímos de uma base mais distante. Quando chegamos ao local, fomos extremamente hostilizados. Primeiro, porque eles acharam que foi demorado 10 minutos de deslocamento; segundo, porque nossa unidade não removia, e nós tivemos que esperar uma unidade de remoção chegar, uma ambulância chegar (TÚLIO).

Além de relatar sobre o medo do óbito em locais indesejados, o enfermeiro Túlio narra ainda sobre a falta de esclarecimento da população acerca do papel do Veículo de Intervenção Rápida (VIR) na cena do atendimento e a maior vulnerabilidade percebida pelo enfermeiro ao tripular este tipo de unidade em bairros violentos, por se assemelhar à viatura da PM, uma vez que essa semelhança aumenta a possibilidade de os servidores do SAMU serem confundidos com policiais e virarem alvo de ação criminosa. Além disso, a população não o reconhece como meio passível de intervenção, uma vez que não pode transportar o paciente.

O VIR é um veículo utilitário esportivo (SUV) com tração nas quatro rodas que objetiva alcançar localidades de difícil acesso, atendendo à realidade de crescimento desorganizado e íngreme do solo urbano de Salvador, levando recurso de natureza avançada para o local. Para transportar o paciente, conta com apoio de uma unidade básica convencional.

Outro problema comum é a falta de clareza relacionada ao papel do SAMU na resolução de determinados agravos. Muitas vezes o serviço é acionado para situações de caráter social ou fora do contexto de urgência e emergência.

Essas situações em que os profissionais do APH são confrontados com realidades de miséria intensa, falta de recursos e de alternativas para resolvê-las também são configuradas como um tipo de violência praticada contra o profissional, denominada violência indireta<sup>7</sup>.

Desta forma, ao acionar o serviço para determinado agravo, apesar de não ser o perfil de atendimento do SAMU, a população tem uma expectativa, busca um retorno, a resolução ou encaminhamento da situação que a incomoda/aflige. Muitas vezes, é para ser uma porta de entrada no sistema de saúde que, em muitas situações, encontra-se aquém das necessidades daquela população.

Porém, o serviço possui seu limite de atuação e existindo a negativa de remoção do paciente, um conflito é estabelecido, uma vez que não existe uma articulação clara do serviço



com os demais setores da atenção primária e o paciente é orientado a procurar atendimento por meios próprios tendo em vista tratar-se de um agravo crônico, sem características emergenciais.

A violência encontra espaço muito mais propício para se exprimir quando a realidade social não está estruturada por tipos de conflitos passíveis de serem tratados pelos atores<sup>2</sup>.

## EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA

A violência urbana se expressa das mais variadas formas no dia-a-dia do socorrista: cenas hostis envolvendo presença de arma de fogo, agressões verbais ou assaltos foram algumas das situações vivenciadas pelos profissionais. Observa-se que nessas situações existe uma relação conflituosa de poder envolvida e associada ao uso de ameaças e intimidações.

As situações conflituosas com abordagem da equipe na presença de arma de fogo foram relatadas em três modalidades: **atendimento em cenas onde a PM encontra-se em confronto direto com setores do tráfico de drogas** no momento em que ocorre a solicitação de atendimento para o SAMU, muitas vezes para uma situação alheia à cena violenta; **abordagem da equipe tendo como objetivo agredir a vítima** que está sendo atendida pelo SAMU; e a **presença do serviço significando atuação de um estranho** na comunidade. Nestas situações a equipe é questionada sobre sua presença no local e, quando o atendimento é permitido pela comunidade, fica sob vigilância contínua realizada por “olheiros”.

Teve uma equipe que foi fazer um atendimento a uma vítima de ferimento por arma de fogo e o agressor parou a ambulância durante o transporte para a unidade de regulação, ele interceptou a ambulância [...] e executou a vítima dentro da unidade (CELINA).

Depois chegou um homem armado e perguntou o que a gente estava fazendo lá nessa casa. A gente explicou e ele saiu, mas ficaram os olheiros, várias pessoas no beco olhando o que a gente estava fazendo (GLÓRIA).

Durante a etapa das entrevistas, houve o relato de que as unidades básicas são as mais expostas à situação de violência. Trata-se de um resultado esperado, diante da maior demanda de ocorrências para as mesmas, maior quantidade desse tipo de unidade no conjunto dos recursos do serviço, menor complexidade e maior dependência para com a central de regulação na tomada de decisão.

A enfermeira Verônica relatou que uma equipe de suporte básico ficou exposta a um tiroteio com a chegada da Polícia Militar na localidade conhecida como Baixinha de Santo Antônio. A técnica de enfermagem ficou como refém no domicílio do solicitante, numa situação análoga a um cárcere privado, sob ameaça de arma de fogo e tortura psicológica. Já o condutor ficou em meio à troca de tiro entre PM e traficantes, quando foi buscar um material na ambulância.

Nesta situação, a ocorrência tinha uma natureza clínica não relacionada a causas externas, porém, o ambiente se tornou hostil com a chegada da ronda da PM na localidade e a equipe do SAMU ficou como refém nesta ocorrência durante três horas, sob ameaça de morte.

Tortura refere-se ao “ato mediante o qual se inflige intencionalmente dor severa ou sofrimento, seja físico ou mental, a uma pessoa”, com finalidade de se obter informações ou uma confissão, punição, intimidação ou coerção, “ou por qualquer motivo baseado em discriminação de qualquer espécie”<sup>1</sup>.

Desta forma, sugere-se que a violência urbana contra os profissionais de saúde do APH em Salvador tem se assemelhado, em algumas situações, aos atos terroristas que ocorrem ao redor do mundo em países com guerrilha, sendo negligenciada na realidade local, ficando invisível aos olhos dos poderes públicos, impedindo a construção de políticas públicas eficazes ao setor, apesar dos inúmeros registros de boletins de ocorrências nas delegacias da cidade.

Situações que envolvem “agressão verbal, ameaças, intimidações, abuso psicológico e insultos” são caracterizadas como violência psicológica<sup>7</sup>.

Mas, fomos forçadas a reanimar um paciente, porque estavam armados (população) e proferiam palavras de que a gente tinha que salvar. A gente achou por bem que teríamos que remover o paciente, simulando uma reanimação, porque a hostilidade era grande no ambiente. Tivemos que deslocar uma vítima de PAF [perfuração por arma de fogo], uma situação de um evento externo, que não tinha indicação, inclusive, nem de remover do local, um óbito (JANDIRA).

A enfermeira Jandira informa, ainda, que a violência contra os profissionais do SAMU não são restritas às cenas de atendimento, se estendem para as bases descentralizadas do serviço, onde são abordados por populares armados diante da vulnerabilidade proporcionada pelo déficit da área de segurança nestes locais.

Em contrapartida, olhando para o impacto dessas ações para uma comunidade, o atendimento pelos profissionais do SAMU em muitas comunidades de Salvador tem sido prejudicado por questões de conflitos sociais no local, comprometendo a acessibilidade dos recursos do SUS à população. Estes casos são registrados na delegacia da área, através do boletim de ocorrência, para que não sejam caracterizados como omissão de socorro, quando o apoio policial não puder acompanhar os profissionais.

Observa-se, pelo relato das entrevistadas, que o sofrimento causado por ações violentas contra o profissional de saúde no exercício das suas atividades laborais tem causado sofrimento psíquico intenso, sendo, inclusive, motivo de traumas psicológicos com afastamento permanente do serviço de intervenção. O profissional não consegue voltar para atuar na linha de frente por medo de reviver a hostilidade e é relocado, muitas vezes, para a área administrativa.

E acabou que a menina da intervenção não consegue voltar para a intervenção. Então, assim, eu já conversei com ela depois. Ela agora está na parte administrativa e é uma profissional muito boa, de assistência muito boa e que não vai voltar! Provavelmente, ela não volte para a assistência, entendeu? Porque ainda está muito latente, muito real, o trauma dela (VERÔNICA).

O Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) é caracterizado como uma síndrome secundária à vivência de situações que envolvem violência e trauma. Inicialmente, foi associado a ocorrências de guerras, porém ao longo do tempo percebeu-se que pacientes portadores de doenças graves, como câncer, também apresentavam sinais e sintomas análogos<sup>11</sup>.

De acordo com o relato supracitado da enfermeira Verônica, a profissional envolvida na cena traumática faz esforços para evitar atividades, locais ou pessoas associadas com o trauma, pela dificuldade em retomar à intervenção.

Houve um consenso, na fala dos enfermeiros entrevistados, sobre a exposição à violência de natureza física, psicológica e/ou de privação da liberdade durante a realização das suas atividades laborais na intervenção do SAMU de Salvador.

## MECANISMO DE DEFESA

Os enfermeiros do SAMU, como sujeitos sociais numa cena de atendimento, ao serem expostos à situação de violência durante sua jornada laboral, desenvolvem alguns mecanismos de enfrentamento, que vão aprendendo ao longo do tempo.

Muitas ações não são provenientes de protocolos implantados, mas de uso comum no grupo, tais como: **linguagem não verbal** para comunicação; **afastar-se da cena hostil**; **diálogo com a comunidade**; **mediação de apoios através dos profissionais da central de**

**regulação** do SAMU (rádio-operador e enfermeiro regulador); **conhecimento por vivência pessoal sobre periculosidade da área de atendimento e adaptação à rotina do crime organizado.**

O aprendizado pela experiência acumulada para detecção de riscos também foi encontrada no estudo sobre condições de trabalho dos ACS e os mecanismos de enfrentamento<sup>7</sup>.

Há relato da importância da utilização da linguagem não verbal na área da saúde como relacionamento terapêutico entre profissional e paciente. Este tipo de linguagem propõe-se a evidenciar a percepção dos sentimentos e intenções, ao afirmar o que se diz, o que se quer dizer e o que não pode ser dito<sup>12</sup>.

Pela fala dos enfermeiros intervencionistas, num ambiente hostil ou inseguro, muitas coisas são vivenciadas pelos envolvidos no processo, porém não podem ser ditas, diante das organizações sociais e culturais estabelecidas naquele contexto, por serem informações veladas.

No entanto, precisam ser pactuadas condutas para uma tomada de decisão efetiva e rápida com finalidade de proporcionar um melhor desfecho e garantir a segurança da equipe. Desta forma, os profissionais utilizam-se do recurso da linguagem não verbal nos atendimentos, principalmente em cenas violentas.

O uso da mímica foi um dos recursos de comunicação, em cenas inseguras, citado como meio de articular ações protetoras para os profissionais. A convivência em equipe foi um fator destacado como facilitador desse processo de compreensão da mensagem.

Quando a cena está insegura, seja pela aglomeração de pessoas, hostilidade na recepção da equipe, ameaças verbais e físicas e presença de “olheiros” nos locais de forma intimidadora, as equipes são respaldadas pelo protocolo do PHTLS a sair da cena, diante da insegurança que a mesma oferece.

No entanto, muitas vezes, a situação não permite a saída da equipe sem a prestação do atendimento, então, opta-se por remover a vítima e realizar procedimento dentro da unidade móvel, muitas vezes em deslocamentos para localidades centrais, movimentadas, consideradas menos inseguras. Assim que possível, o fato é reportado à central de regulação do SAMU para as medidas cabíveis.

Por atuar de forma descentralizada, territorializada e com atuação permeada pela escala de serviço, lotando profissionais por bases, o SAMU permite aos profissionais reconhecer melhor sua área de atuação e identificar os ambientes marcados por conflitos sociais, assim como características territoriais.

Nos locais de acessibilidade reduzida, sem rota de fuga, tais como becos e vielas, tão marcantes no modo de ocupação do solo de Salvador, com disputa de territórios por quadrilhas, principalmente no período noturno, os enfermeiros informaram que solicitam à central de regulação do SAMU que faça uma ligação telefônica para o solicitante da ocorrência para aproximar o recurso de saúde do paciente e garantir a entrada nesse território de forma mais segura.

Ao solicitante é pedido que traga o paciente até a rua principal onde se encontra a ambulância, pois caso haja algum conflito, facilita a saída da equipe do local ou quando não é possível, que ele venha ou peça alguém da comunidade para vir ao encontro da equipe, e desta forma, garantir uma mínima segurança para adentrar nesses locais. A presença de alguém da comunidade junto da equipe de intervenção é interpretada como um aval para atuar naquele lugar.

O enfermeiro Túlio informa que o diálogo com traficantes da região ou seus representantes, quando acessíveis, tem possibilitado em algumas situações minimizar a exposição da equipe à violência, uma vez que são referências sociais naquela comunidade.

Eu já tive que me comunicar com traficantes e não é um a mais. Lembro que já é a terceira vez que eu tenho que me comunicar com o traficante, para pedir que ele acalme o ânimo das pessoas, para que ele afaste as pessoas armadas da região, que ele permita que a gente entre até o local (TÚLIO).

É comum a realização de vistorias do interior das ambulâncias pela comunidade antes que a equipe adentre a cena para atendimento. Ainda sobre garantias de segurança na cena, para os servidores do SAMU não serem confundidos com a polícia, há um consenso informal de que a ambulância ao chegar a essas regiões deve estar com o giroflex desligado, faróis no modo estacionamento, luz interna acesa e mãos dos tripulantes visíveis.

Apesar de ser consenso, não há qualquer registro formal no SAMU sobre tais procedimentos, mas estas ações têm permitido certa acessibilidade das unidades móveis em locais de características conflituosas. No entanto, a enfermeira Verônica não considera que seja um protocolo seguro e informa sentir-se vulnerável nessas situações.

Os condutores das ambulâncias foram elogiados pelos enfermeiros como grandes responsáveis pela segurança da equipe em situações de violência urbana, ao conhecerem a malha viária, os locais de riscos, possibilidades para retorno e posicionamento das unidades em rota de fuga.

Ainda na abordagem do aspecto de segurança,

em situações de atendimento às urgências relacionadas às causas externas ou de pacientes em locais de difícil acesso, deverá haver uma ação pactuada, complementar e integrada de outros profissionais não oriundos da saúde – bombeiros militares, policiais militares e rodoviários e outros, formalmente reconhecidos pelo gestor público 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<sup>13</sup>.

Já é protocolo do serviço acionar apoio da PM para acompanhar as equipes de intervenção no SAMU em ocorrências de natureza violenta (perfuração por arma de fogo,

perfuração por arma branca, agressão física etc.). As equipes do SAMU de Salvador são acionadas e orientadas a saírem da base e aguardar num local seguro até a confirmação da presença da PM no local de atendimento ou marcarem um ponto de encontro entre as equipes envolvidas (PM e SAMU) para chegarem juntas na cena.

Porém, estas circunstâncias geram alguns problemas operacionais: nem sempre a PM possui viatura disponível para o apoio; a central do SAMU não possui uma via de contato direto com a mesa de comando e acaba disputando a ligação via o número telefônico 190 (Central de Polícia) com a população, aumentando o tempo de acionamento do apoio; não há uma comunicação direta com a equipe de Rua da PM para prever tempo-resposta e acompanhar o deslocamento; a atendente do 190 também não possui esse contato, só informa que já foi acionado o recurso. Assim, há uma morosidade muito grande na confirmação da PM no local por conta da intermediação das informações, conforme informam as enfermeiras entrevistadas.

Assim, quando em atendimento de ocorrências que envolvam violência, a equipe de intervenção do SAMU é orientada pela sua respectiva coordenação a aguardar em um local seguro até o encontro com a equipe da Polícia Militar. Mas, não há uma delimitação clara sobre onde seria esse local seguro, caracterizando algo abstrato, subjetivo. É um ambiente onde os riscos ocupacionais são desconhecidos e a equipe fica em condição de alerta durante todo tempo.

Os enfermeiros informaram, ainda, que muitas vezes a ocorrência é do lado da base, aproximando ainda mais a equipe do risco sem o apoio da equipe de segurança pública. Alegam, ainda que, quando a ocorrência é em locais que possuem fama de perigoso, a população informa o endereço errado e/ou omite o “apelido” da localidade, favorecendo a abordagem das equipes do SAMU por solicitantes da ocorrência antes da chegada da PM no local. Nestas circunstâncias, a equipe inicia o atendimento de forma insegura.



No intuito de melhorar a comunicação do SAMU com a PM, foi disponibilizado um lugar para o profissional enfermeiro no Centro de Operações e Inteligência (COI) da Secretaria de Segurança Pública da Bahia, no meado do ano de 2017, mas só funcionou durante dois meses. Os enfermeiros referiram que a motivação foi reivindicação da categoria por melhores condições de trabalho. Hoje o serviço funciona de forma esporádica, no período noturno, em sistema de revezamento com a escala do aeromédico.

A presença da PM é um pouco contraditória nesse contexto de conflito social, pois, muitas vezes, os conflitos se iniciam por sua presença, tendo em vista que, em áreas controladas pelo crime organizado, a PM não é bem-vinda e, com frequência, é recebida a tiros.

Diante dos relatos dos enfermeiros sobre os últimos acontecimentos de violência contra a equipe, a presença da PM nas ocorrências não tem necessariamente garantido a segurança da cena.

## SENTIMENTOS VIVENCIADOS

A exposição do profissional de saúde à violência urbana pode não resultar em ferimentos, incapacidades ou morte, mas gerar danos físicos, psíquicos e sociais de consequências imediatas ou latentes a durarem por anos após o ato abusivo inicial<sup>8</sup>.

Observa-se que os relatos dos enfermeiros sobre suas vivências e exposições ocupacionais a cenas violentas foram marcados pelas palavras medo, vulnerabilidade, preocupação, constrangimento e tensão. Esses sentimentos também foram experimentados ao saberem de notícias de colegas que passaram por fatos semelhantes.

Medo e vulnerabilidade eu, praticamente, sinto em todos os meus plantões. [...] mas, a gente não tinha tanta preocupação, tanto medo como tem hoje. A situação hoje está muito mais insegura, muito mais preocupante (VERÔNICA).

A vulnerabilidade no exercício da profissão com o medo de exposição, ameaça à integridade e o temor de represália foram pontos também relatados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)<sup>7</sup>, profissionais que compartilham das mesmas condições de trabalho dos socorristas do APH no que diz respeito à atuação em comunidades marcadas por conflitos sociais.

No contexto de representação social, os profissionais que trabalham salvando vidas em situações emergenciais são comparados a heróis. Atuam nos ambientes mais inesperados, não medindo esforços para chegar até àqueles que lhe foram confiados o cuidado no momento mais delicado de suas vidas, chegando das formas mais diversas, empreendendo força, raciocínio científico, lógico e, acima de tudo, a empatia.

Os enfermeiros referem que se identificam demais com essa atividade, se sentem felizes com o reconhecimento da população pelo trabalho prestado, mas que nem sempre são acolhidos, pois muitas vezes são hostilizados na cena. Em contrapartida, nos lembram de que não são heróis. São trabalhadores, pessoas de carne e osso, são pais, mães, filhos, cônjuges, irmãos, amigos, que deixam seus lares para cuidar de vidas e não podem ter as suas ceifadas num ato de violência.

É parar de conferir à gente status de super-heróis, não somos! Então, se a gente entende que a segurança da equipe é o primeiro passo, a cena é segura? Então, se a cena é insegura, eu não vou. [...] Não somos super-heróis, somos de carne e osso, somos pais, somos familiares. Então, a gente não vai se expor numa situação que vai nos deixar numa vulnerabilidade maior do que já estamos (VERÔNICA).

Por se tratar de um problema complexo, com influência na área de saúde e grande impacto na atuação das equipes de APH, fazem-se necessárias ações intersetoriais na construção de políticas para a área da violência urbana visando-se garantir a acessibilidade do recurso de saúde móvel em situações de emergência à população, sem, no entanto, pôr em risco a vida dos socorristas.

Os enfermeiros apontaram algumas situações como desafios a serem superados na rotina de trabalho, que impactam diretamente em sua assistência na cena de atendimento: **apoio policial em bairros considerados perigosos**, independente da característica da ocorrência; **melhora na triagem e classificação de risco por parte dos médicos reguladores**; **orientação da comunidade sobre o papel do SAMU** e **melhora nos fluxos de acionamento e parceria de atuação com a PM**.

#### SUGESTÕES DE MELHORIAS PARA O PROCESSO

Além das medidas implantadas, sugerem-se como estratégias: a manutenção do enfermeiro no Centro de Operações e Inteligência (COI) continuamente, através de condições de trabalho dignas, uma vez que foi uma estratégia que demonstrou eficácia; mapeamento das áreas de riscos para violência na cidade; criação de protocolo próprio de comunicação da equipe da intervenção com a central de regulação do SAMU como alerta quanto ao risco iminente de morte em situações hostis; viabilização de meios de comunicação direta com a equipe de Polícia Militar que trabalha na intervenção; diálogo do Serviço com as lideranças comunitárias.

Como contribuição para a saúde do trabalhador, recomenda-se a criação de protocolo de acolhimento psicossocial eficaz aos trabalhadores expostos às cenas críticas, com a escuta ativa de todos os envolvidos no processo e a valorização do trabalho do enfermeiro no serviço, diante da importância do mesmo no contexto assistencial e gerencial dos processos, tendo em vista a qualidade de vida que promove para todos.

## **CONCLUSÕES**

A acessibilidade da população ao atendimento de saúde pelas unidades móveis está comprometida em áreas de conflitos sociais e as equipes de intervenção do SAMU estão constantemente sendo expostas à violência urbana.

Quando ocorrem situações de violência contra as equipes do SAMU, os agressores mais frequentes dos socorristas são familiares das pessoas socorridas, terceiros, traficantes da área e solicitantes da ocorrência. Os motivos das agressões são tempo de espera, criticidade do agravo, desconhecimento da população sobre o papel do veículo de intervenção rápida e as atribuições do SAMU, além do contexto e organização social local. O apoio da Polícia Militar e a tentativa de diálogo com a população não têm sido suficientes para se evitarem atos violentos contra a equipe de saúde.

Entre as atitudes adotadas como táticas de enfrentamento das situações de risco são comuns o uso de linguagem não verbal para comunicação, o afastamento da cena hostil, o diálogo com a comunidade, a mediação de apoios através dos profissionais da Central de Regulação do SAMU (rádio-operador e enfermeiro regulador) e o acatamento de rotinas induzidas pelo crime organizado, como desligar o giroflex, usar faróis no modo estacionamento, acender luz interna e deixar as mãos dos tripulantes visíveis a quem está no exterior do veículo.

## REFERÊNCIAS

- 1 Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002, p. 5, 217.
- 2 Minayo MCS. *Violência e saúde* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. [acessado 2018 maio 28]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>.
- 3 Institute for Health Metrics and Evaluation. *Global Health Data Exchange*, 2016. Seattle: University of Washington. [acessado 2018 maio 28]. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
- 4 Brasil, Ministério da Saúde. *Mortalidade no Brasil por causas externas 2006-2016*. Brasília: Datasus. [acessado 2018 maio 25]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>.
- 5 Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 out. 2003. Seção 1, p. 56. [acessado 2019 fev. 4]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=06/10/2003&jornal=1&pagina=56&totalArquivos=152>.
- 6 Prehospital Trauma Life Support (PHTLS). *Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado*. 7 ed. National Association of Emergency Medical Technicians Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, p. 88.
- 7 Lancman S, Ghirardi MIG, Castro ED, Tuacek, TA. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2009;43(4):682-688, p. 684.
- 8 Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Cien Saude Colet* 2007; 11(Sup):1163-1178.
- 9 Campo VR, Klijn TP. Abuso verbal e assédio moral em serviços de atendimento pré-hospitalar no Chile. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2017;25:e2956.
- 10 Barladin E, Fogliatto FS. Alternativas para minimizar o impacto do tempo de espera em filas. In: *XXXI Encontro Nacional de Engenharia de Produção*; 2011; Belo Horizonte. [acessado 2018 maio 25]. Disponível em: [http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2011\\_TN\\_STO\\_136\\_867\\_18449.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2011_TN_STO_136_867_18449.pdf).
- 11 Figueira I, Mendlowicz M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev Bras Psiquiatr*, 2003;25(Supl. I):12-16.
- 12 Ramos AP, Bortagarai FM. A comunicação não-verbal na área da saúde. *Rev. CEFAC*, 2012;14(1):164-170.
- 13 Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002: Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Seção 1, p. 32-54, p. 36. [acessado 2012 nov. 14]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=12/11/2002&jornal=1&pagina=32&totalArquivos=88> e páginas seguintes.