



**II CURSO de ESPECIALIZAÇÃO
em SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL
e OUTRAS DROGAS**

 **Universidade de Brasília**
Instituto de Psicologia



**MINISTÉRIO DA
SAÚDE**

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

PATRICIA RODRIGUES NASCIMENTO

**O SOFRIMENTO PSÍQUICO GERADO NO SILÊNCIO DO TRABALHO EM
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**

BRASÍLIA –DF

2015



**II CURSO de ESPECIALIZAÇÃO
em SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL
e OUTRAS DROGAS**

 **Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia**



**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

PATRICIA RODRIGUES NASCIMENTO

**O SOFRIMENTO PSÍQUICO GERADO NO SILÊNCIO DO TRABALHO EM
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientado por: Prof. Ileno Costa

BRASÍLIA - DF

2015



**II CURSO de ESPECIALIZAÇÃO
em SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL
e OUTRAS DROGAS**

 Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia



**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

PATRICIA RODRIGUES NASCIMENTO

**O SOFRIMENTO GERADO NO SILÊNCIO DO TRABALHO EM URGÊNCIAS E
EMERGÊNCIAS**

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: ____/____/____

Nota: _____

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Coordenador Geral do II CESMAD

BRASÍLIA – DF

2015



**II CURSO de ESPECIALIZAÇÃO
em SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL
e OUTRAS DROGAS**

 Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.



**II CURSO de ESPECIALIZAÇÃO
em SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL
e OUTRAS DROGAS**

 Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia



Aos meus pais Sr. David e Sr^a Maria do Socorro, minha irmã Daiane e meus sobrinhos Stephany, Ian e Iane, meus eternos amores.



II CURSO de ESPECIALIZAÇÃO em SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL e OUTRAS DROGAS

 Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

AGRADECIMENTOS

A Deus por ser o Senhor da minha vida.

Aos meus pais e minha irmã por acreditarem na minha capacidade e por me motivarem nos momentos que pensei em desistir.

Aos meus sobrinhos por serem o motivo que me faz querer ser cada vez melhor, através do conhecimento e atendimento ao próximo.

A todos os professores pela dedicação e paciência com nossas dificuldades.

A minhas amigas Núbia Rodrigues e Silvania de Jesus Rocha.

Ao amigo Wesley Lanna Costa e a monitora Yasmin Magalhães pelo auxílio de todas as horas.

A todos aqueles que de alguma forma ajudaram a semear, cultivar e colher os frutos desse curso.



**II CURSO de ESPECIALIZAÇÃO
em SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL
e OUTRAS DROGAS**

 Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

*"[...] Tenham coragem de serem felizes... Sejam
revolucionários".*

(Papa Francisco)



II CURSO de ESPECIALIZAÇÃO em SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL e OUTRAS DROGAS

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia



RESUMO

A demonstração de que em muitos aspectos a prática não condiz com a teoria já deve ter sido descrita em diversas situações. Nas Urgências e Emergências não são diferentes apesar de um roteiro estabelecido não se é possível a sua aplicabilidade na íntegra, os prejuízos causados pelas lacunas do rompimento das regras gera danos em todos os eixos de funcionamento dos serviços. Este relato de experiência irá buscar a representação destas consequências em especial na saúde do trabalhador que presta o serviço de socorrista.

Palavras-chave: SAMU; Saúde do trabalhador; Relatos de experiência.



II CURSO de ESPECIALIZAÇÃO em SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL e OUTRAS DROGAS

 Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia



ABSTRACT

The demonstration that in many ways the practice is not consistent with the theory must have already been described in various situations. The Emergency and Emergency are no different despite an established script is not possible its applicability in full, the damage caused by the rupture of gaps rules generates damage in all axes runs the services. This experience report will seek the representation of these in particular effect on the health of the employee providing the rescuer service.

Keywords: SAMU, Worker health, Experience Report.



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 METODOLOGIA E METODO DA PESQUISA	19
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
3.1 O SOFRIMENTO	19
3.2 O ESTRESSE.....	22
3.3 A SINDROME DE BURNOUT	24
3.4 O ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO.....	27
4 O SAMU NA TEORIA	28
4.1 O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL	29
4.2 AS AMBULÂNCIAS.....	30
4.3 A TRIPULAÇÃO.....	31
5 O SAMU NA PRÁTICA NO DISTRITO FEDERAL	33
6 RELATO DE CASOS	37
6.1 RELATO: ACIDENTE DE PERCURSO COM EQUIPE – O RISCO DE MORTE....	37
6.2 RELATO: A MORTE	38
6.3 RELATO: MAS TAMBÉM HÁ VIDAS	40
6.4 RELATO: A ANGÚSTIA	41
6.5 A DECISÃO	43
7 DISCUSSÃO	44
8 EMPODERAMENTO	46
9 CONDIÇÕES DE TRABALHO.....	47
10 ORGANIZAÇÃO.....	49
11 ACIDENTES DE TRABALHO.....	50
12 O AUTOUIDADO	52
13 ASSÉDIO MORAL.....	53
14 CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS BIBILOGRÁFICAS	59

1 INTRODUÇÃO

As experiências aqui relatadas fazem parte das rotinas e ambiente de trabalho da autora. O serviço é prestado na área de urgência e emergência do Distrito Federal através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) a fim de demonstrar como funciona a dinâmica das chamadas solicitadas pelo número 192, enfatizando os atendimentos dos técnicos em enfermagem e enfermeiros que prestam este serviço, sobressaltando a saúde mental destes profissionais, que são servidores concursados da Secretária de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Na busca de trabalhos acadêmicos ou científicos nesta área para embasamento deste trabalho foi observado a carência de bibliografia referente ao tema no que se trata da urgência e emergência. Sendo assim a área da saúde do trabalhador será referênciada juntamente com teorias e relatos da aplicação da psicologia.

O auge do consumismo é a representação da era do capitalismo, o trabalho nos dias de hoje é muito mais do que obter recursos para sobrevivência, o trabalho disputa espaço até mesmo com a família no sentido da prioridade, a busca por ascensão profissional demonstra correr atrás do sucesso, do reconhecimento, do status, da aceitação social e outros conceitos pessoais.

No campo da saúde mental observamos uma dificuldade na aceitação do sofrimento psíquico por parte da grande maioria dos pacientes, antes que se obtenha um diagnóstico relacionado ao Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais ou DSM, que se trata de um manual diagnóstico e estatístico feito pela Associação Americana de Psiquiatria para definir como é feito o diagnóstico de transtornos mentais.

E com os colaboradores da saúde não é diferente, talvez seja até mais intenso essa recusa em compreender o que realmente é um comportamento neutro ou um comportamento de comprometimento pessoal diante do sofrimento do outro, possuindo dificuldade em organizar o que (in) devidamente falando, contudo humanamente possível foi absorvido da dor do outro.

Ser colaborador no SAMU é (re) significar a dor em diversos cenários dentro da realidade social de cada paciente, nas cenas de violência contra todos os gêneros sem distinção de idade, na brutalidade ou na beleza da morte, na absorção da culpa dum sistema mal gerenciado, e na busca incansável de fazer uso da fenomenologia, sendo também necessário fazer vínculo com a empatia quase que obrigatória e inerente ao serviço, arcando ainda com a manutenção da resiliência.

Imaginar que estes trabalhadores possuem sofrimento psíquico sem obter qualquer reação de compreensão do que está ocorrendo não será nenhum delírio, a essência do cumprimento das tarefas no SAMU está na questão dos imprevistos por maiores que sejam os detalhes passados via telefone no momento da solicitação do atendimento não se compara com a cena real. O processo de trabalho em urgências e emergências tem como característica o atendimento a uma pessoa gravemente doente/ferida que precisa de cuidados imediatos e que corre risco de morte.

Sabemos que diante de situações adversas significa nos colocarmos em posição de suspense, de nos envolvermos em algo inesperado, essa situação faz com que o nosso organismo libere diversos hormônios sendo o principal a Adrenalina o que nos posiciona na reação de alarme, promovendo taquicardia, arritmias, tremores, sudorese, reações de fuga ou de ataque. Após este processo vivencia o stress causado por toda esta agitação, seguido de esgotamento físico e mental, e dependendo do resultado alcançado uma insatisfação com a sua própria atuação (Baixa realização profissional) estas situações acontecem repetidas vezes em um período mínimo de 6 horas e máximo de 18 horas (carga diária permitida).

Segundo Trigo, Teng e Hallak (2007), ocorre diminuição na qualidade do trabalho por mau atendimento, procedimentos equivocados, negligência e imprudência. A predisposição a acidentes aumenta devido à falta de atenção e concentração.

O Abandono psicológico e físico do trabalho pelo indivíduo acometido por Burnout leva a prejuízos de tempo e dinheiro para o próprio indivíduo e para a instituição que tem sua produção comprometida. (TRIGO; TENG; HALLAK et. al., 2007).

Ainda de acordo com a literatura, as condições de vida, e a pressuposição de uma estrutura psicoemocional mais resiliente está mais preparada para combater ou defender-se dos agravantes das condições de trabalho inadequadas.

Estudos apresentam uma limitação quanto à possibilidade de extrapolação de seus resultados (validação externa). Os pacientes foram recrutados a partir de um centro de cardiologia único, terciário e privado. Isto justifica alguns achados, como a alta prevalência de indivíduos com escolaridade superior e ganhos acima de 11 salários mínimos. A possibilidade de estimarmos corretamente a prevalência da Síndrome de Burnout - SB em pacientes admitidos por Síndrome Coronariana Aguda – SCA em nosso meio seria possivelmente a partir de registros com amostragem representativa de toda população nacional. (PROSDÓCIMO et. al., 2014).

Observem que os sintomas relacionados fazem parte de uma série de sinais e sintomas avaliados pelos psiquiatras ao diagnosticar transtornos como: Ansiedade, Síndrome

do Pânico, Transtornos alimentares dos mais diversos, Síndrome de Burnout, Depressão, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), e outros. Contamos também com futuros comprometimentos cardiológicos, esses sintomas ocorrendo de forma excessivamente repetidas podem contribuir para tais complicações iniciados normalmente por pequenas crises de hipertensão.

Para termos uma idéia, as atividades realizadas pelos “samuzeiros”, segundo a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (Portaria GM/MS Nº 1339 de 18 de novembro de 1999), estão mais presentes ou são mais suscetíveis às afecções descritas nos Grupo I da CID-10 (que basicamente relaciona doenças transmissíveis por meio viral ou bacteriano); Grupo V da CID-10 (transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho, tais como alcoolismo crônico (F10. 2), transtornos depressivos (F32), estresse grave (F43), 93“neurose profissional” (F48. 8), “Síndrome de Burnout” (Z73. 0), dentre outras); Grupo VI da CID-10 (doenças do sistema nervoso relacionadas com o trabalho.) Alguns exemplos são: distúrbios de ciclo de vigília-sono (G47. 2) e mononeuropatias dos membros superiores (G56); Grupo IX da CID-10 (doenças do sistema circulatório relacionadas com o trabalho, a teor de sintomáticas relacionadas à hipertensão arterial (I10.), angina pectoris (I120.), arritmias cardíacas (I49.), dentre outras); e Grupo XIII da CID-10 (doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, relacionadas com o trabalho, a exemplo de artroses (M19.) e dorsalgia (M54)).

A questão da automedicação é um comportamento que pertence à população de maneira geral, contudo entre os profissionais de saúde pode se observar certa frequência devido a uma série de justificativas, durante o período de trabalho não é viável se ocupar em estar consultando com o médico para que seja tratada uma “simples cefaléia”, é mais cômodo associar as dores físicas pessoais com as dores do paciente e fazer uso da “mesma receita”, ressaltando que a facilidade de acesso a todo tipo de medicamento parece funcionar como economia de tempo.

É notório o comprometimento lógico, emocional e existencial demandado do profissional que atua no contato e atendimento diário dos pacientes. Uma boa percepção do ambiente e das condições dos pacientes é fundamental para o seu trabalho. Uma boa técnica não é o suficiente para o manejo do paciente, afinal não é só uma questão clínica, não há como separar as dimensões do paciente e do cuidador.

Na área da urgência essa demanda ainda é mais perceptível, seja em função do ambiente normalmente instável vivenciado, seja pela gravidade e comprometimento do estado de saúde dos nossos clientes.

O desempenho dos profissionais que atuam no campo da saúde envolve uma série de atividades que necessitam forçadamente de um controle mental e emocional muito maior que em outras profissões. (CORNELIUS; CARLOTTO, 2007).

Ainda de acordo com as autoras, o excesso de trabalho, a alta competitividade, os conflitos, o contato com a morte, a falta de organização do serviço, os conflitos entre colegas de trabalho são variáveis que aumentam o risco de surgimento de SB. (CORNELIUS E CARLOTTO, 2007).

Estudo realizado por Serrat (2001 apud CORNELIUS; CARLOTTO, 2007) com 234 trabalhadores americanos que prestavam serviços de atendimento de urgência identificou associação positiva entre estressores ocupacionais e as três dimensões de Burnout.

Assim profissionais que atuam em situações de emergência e de cuidados intensivos estão constantemente expostos a situações estressantes que, se persistentes, podem levar à SB. (CORNELIUS; CARLOTTO, 2007).

Na avaliação Cornelius e Carlotto verificam que, quanto maior a frequência em considerar a possibilidade de desistir da profissão, maior é a exaustão emocional. Já a medida que aumenta o índice de satisfação com o trabalho, diminui o sentimento de desgaste emocional. Quanto maior o número de pacientes atendidos, maior o sentimento de distanciamento com relação aos pacientes. (CORNELIUS; CARLOTTO, 2007).

A profissão de Enfermagem tem a função de prestar assistência para sobrevivência de outros, garantindo seu bem-estar físico e emocional. Portanto, o ambiente hospitalar por lidar com pessoas debilitadas, dor, sofrimento e morte, torna-se um ambiente altamente propício a situações de estresse, que se persistentes, podem levar o trabalhador a desenvolver a Síndrome de Burnout. (SILVA; CARLOTTO, 2008).

O Ministério da Saúde do Brasil (2001 apud SILVA; CARLOTTO, 2008). reconhece a SB, também denominada de Síndrome do Esgotamento Profissional, como um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho que afeta, principalmente, profissionais da área de serviços e cuidadores, quando em contato direto e persistente com os usuários.

Segundo Rosa e Carlotto (2006) (apud SILVA; CARLOTTO, 2008),

Verifica-se uma tendência das organizações hospitalares no investimento de estrutura física, mais especificamente estéticas de suas instalações, com o intuito de gerar avaliação positiva no usuário, estando essa questão relacionada ao mercado consumidor. No entanto, os profissionais que trabalham na instituição precisam, acima de tudo, de melhores condições e organização de trabalho. Com suporte de seus supervisores, benefícios e

políticas organizacionais que contemplem sua qualidade de vida. Burnout, de acordo com as autoras, em profissionais que atuam na área hospitalar, é uma realidade preocupante, pois na ocorrência desta forma de adoecimento profissional, haverá comprometimento na qualidade da assistência que é prestada ao usuário e toda a rede social envolvida.

A questão da “satisfação no trabalho” é um dos desencadeantes mais importantes para a instalação e progressão da SB. Nos serviços de urgência acontece uma realidade impar no tocante a amplitude dos sentimentos vivenciados no cotidiano, de um lado a experiência de poder participar no “salvamento” de uma vida, do outro lado, um sentimento de desvalorização e abandono em vários quesitos diretamente relacionados ao bom estado de saúde dos profissionais que ai atuam.

Dejours (1997, p.35) examina essa discussão dos processos de saúde do trabalhador considerando que não é uma atividade neutra na vida do trabalhador, especialmente daquele que atua nessa área. Afirma que o trabalho ocupa um importante lugar no combate ao adoecimento, devendo-se levar em conta que não se trata de uma situação que deva ser dimensão coletiva. Entende se que “a divisão entre espaço de trabalho e espaço privado só é eventualmente pertinente na análise econômica, mas torna se inconsciente a partir do momento em que se trata das relações sociais e das questões de saúde”.

Nos resultados que investigam a relação entre Burnout e as variáveis qualitativas, pode-se verificar que a Exaustão emocional eleva-se na medida em que diminui a satisfação com as relações hierárquicas, a satisfação intrínseca com o trabalho e oportunidade de crescimento, a carga horária e o número de dias por licença-pessoal. (SILVA; CARLOTTO,2008).

Segundo Malmann et. al. (2009),servidores que trabalham no turno da noite, em turno integral ou em turnos variados apresentam maiores índices em relação aos que trabalham só pela manhã ou à tarde. Além disso, aqueles que trabalham aos fins de semana e não se deslocam com regularidade apresentaram maior exaustão emocional.

A percepção de que a profissão, a carga horária, a escala de trabalho, o tipo de paciente, as condições de trabalho e que conciliar o trabalho com a vida familiar é estressante, aumenta o sentimento de desgaste emocional. Perceber como estressor a dificuldade em conciliar o trabalho com a vida familiar diminui o sentimento de realização profissional.

Tendo em vista que os estressores associam-se a fatores contextuais do trabalho e que esses elevam o sentimento de exaustão emocional, primeira dimensão a surgir, de acordo com o modelo processual de Burnout, pode-se

pensar serem esses importantes fatores de risco de desenvolvimento da síndrome. (SILVA; CARLOTTO, 2008)

Os socorristas que atuam no serviço de urgência e emergência no Distrito Federal são constantemente treinados para atuarem com qualidade e perfeição buscando reduzir ou eliminar possíveis seqüelas ou danos que possam vir a serem causados pela origem da chamada ou até mesmo por um atendimento equivocado. Dentro deste treinamento técnico inclui-se o treinamento psicológico, mas não pensem que este treinamento psicológico seja orientado por um especialista, não, se resume apenas a suportar a pressão que a cena pode te oferecer.

No cotidiano prático da enfermagem, caracterizado por atividades que exigem interdependência, a motivação surge como aspecto fundamental na busca de maior eficiência e, conseqüentemente, de maior qualidade na assistência de enfermagem prestada, aliada à satisfação dos trabalhadores. (PEREIRA; FÁVERO, 2001).

A partir de uma leitura mais atual percebe-se que a motivação não está relacionada diretamente com questões externas ou satisfação.

De acordo Pereira, a motivação das pessoas depende de dois fatores: higiênicos e motivacionais. Os fatores higiênicos referem-se “as condições físicas e ambientais de trabalho, o salário, os benefícios sociais, as políticas da empresa, o tipo de supervisão recebida, o clima de relações entre a direção e os empregados, os regulamentos internos”, entre outros. Os fatores motivadores referem-se ao conteúdo do cargo, às tarefas e aos deveres relacionados com o cargo em si, produzindo efeitos duradouros de satisfação e aumento de produtividade em níveis de excelência. PEREIRA E FÁVERO. 2001.

Para Pereira e Fávero (2001),

O “Trabalho em si” foi a única categoria excluída das situações consideradas desmotivadoras e a categoria que teve maior número de citações, quando abordamos as situações motivadoras no trabalho. Isso confirma que os fatores motivadores referem-se ao conteúdo do cargo, às tarefas e aos deveres relacionados com o cargo em si, produzindo efeitos duradouros de satisfação e aumento de produtividade em níveis de excelência. Pág. 08

Ainda segundo as autoras, algumas organizações brasileiras negligenciam os aspectos extrínsecos do trabalho, quando deveria ocorrer o contrario, pois como são raras as ofertas de fatores motivadores, maior deveria ser o oferecimento de fatores higiênicos, para que o trabalho possa ser tolerável. (PEREIRA; FÁVERO, 2001).

Na saúde mental sempre nos deparamos com desafios e diante desses profissionais não é diferente no sentido da busca do autocuidado preservando constantemente a sanidade. Da mesma forma que dedicar-se á alimentação saudável para prevenir diversas doenças do corpo encontrou um grande espaço na vida das pessoas, preocupar-se com a prevenção a fim de manter uma boa saúde mental também deve ser almejado e procurado por todos, uma vez que doenças físicas são facilmente detectadas em exames auxiliares, enquanto que os sofrimentos psíquicos chegam de forma silenciosa sendo difíceis inclusive de serem aceitos que existam, vê lá provar que já estão instalados e precisam dos mais diversos cuidados tanto quanto as doenças físicas. É preciso um olhar sistêmico para identificar que as queixas de dores físicas pode ser o som emitido pelo sofrimento psíquico. Por isso devemos ter sensibilidade ao sofrimento do outro porque se trata de algo real e que faz parte do humano.

A interação entre a equipe de saúde, o doente e a família são essenciais para a efetivação do cuidado. Portanto, o profissional de enfermagem não deve restringir o cuidado na execução de procedimentos técnicos, mas precisa inserir a promoção da saúde em sua assistência. (UMANN et al., 2009).

No trabalho apresentado por Umann aparecem três subtemas: “o compromisso com o cuidado” a “questão ética presente nas inter-relações” e “a relação de poder. (UMANN et al., 2009).

A questão da relação de poder é um dos momentos mais tensos no cotidiano do serviço de urgência, nesses, encontram-se não poucas vezes duelos de ego, atitudes arrogantes ou abusivas e, para muitos, é um dos fatores mais estressantes no desenvolvimento do serviço.

O terceiro subtema, a relação de poder foi desvelado na fala: ... porque muitas vezes, os pacientes não perguntam as coisas para o médico... A convivência contínua do doente com a equipe de enfermagem permite o estabelecimento de um vínculo, oportunizando o dialogo e viabilizando uma relação de reciprocidade. (UMANN et al., 2009).

Outro ponto importantíssimo na questão do atendimento de urgência é a questão da ética. Apesar de parecer um ponto subjetivo, no caso da saúde, este aparece em todos os nossos movimentos.

Cada ator no cenário da saúde age manipulando o bem mais precioso do ser humano, a vida, para tanto qualquer ação que não esteja embebida de ética oferece potencialmente chance de algum tipo de agravamento tanto ao paciente e seu estado quanto aos atendentes pelo reflexo das suas próprias ações.

Como nosso trabalho é realizado em um ambiente complexo (instituição de saúde ou comunidade), nele, todas as nossas ações (modo de ouvir, olhar, tocar, falar, comunicar, e realizar procedimentos), são questionáveis do ponto de vista ético. A maneira como nos relacionamos com colegas de trabalho, clientes e familiares (dos clientes e nossos) podem influenciar o resultado do nosso trabalho.(KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005).

Ainda para os autores,a ética em saúde é permeada pelo “bem pensar” e pela “introspecção” (autoexame), não sendo suficiente a “boa intenção”. O autoexame nos permite descobrir que somos seres falíveis, frágeis, insuficientes, carentes e que necessitamos de muita compreensão.(KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005).

Entretanto, como está o ensino da bioética no mundo? Como as escolas estão preparando os profissionais de saúde para os impasses éticos do dia-a-dia? As decisões são orientadas para que o mundo se torne mais humano? Como buscar equidade na assistência com respostas morais adequadas á realidade que se apresenta no nosso mudo do trabalho? (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005).

Algumas outras considerações importantes na caracterização do ambiente favorável ao desencadeamento de doenças mentais ressaltam elementos como falta de incentivo por parte dos superiores, pouca ou nenhuma perspectiva de solução de problemas estruturais, carência de uma rede social de apoio, falta de autonomia (COSTA, 2013) e conflito nas relações interpessoais (...).(MALMANN et al., 2009).

2 METODOLOGIA E METODO DA PESQUISA

Este trabalho foi realizado mediante ao relato de experiência vivido no cotidiano do ambiente de trabalho da autora. Com breves explanações da rotina do serviço dos protocolos envolvidos, de breves conceitos de fatores que possam comprometer a saúde psicossocial do socorrista que atua no SAMU.

Utilizando se de método qualitativo buscando retratar uma realidade de forma completa e profunda enfatizando a interpretação do contexto experienciado na rotina do trabalho em urgência.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As pontuações que seguirão neste tópico caracterizam os eventos que se intentam estabelecer na avaliação e interpretação dos sinais evidenciados durante os relatos colhidos das experiências vividas no atendimento de urgência pelos profissionais de saúde.

3.1 O SOFRIMENTO

Manuela Fleming aborda a dor mental no processo psicanalítico. “Se, por um lado, é o contato com a realidade que promove o crescimento mental, por outro, por criar limites ao princípio do prazer, traz experiências de frustração, geradoras de um sofrimento insuportável ou de uma dor mental sem nome, isto é, experiências insuportáveis e por isso impensáveis”. O sofrimento envolve a liberdade de sonhar, desejar, planejar, conquistar e utilizar poder com autoridade, descobrir que existe uma incapacidade na forma de agir individualmente é capaz de trazer a tona uma consciência da possibilidade da não concretização do almejado, causando sofrimento, que inicia se na alma e em seguida se manifesta no físico. Além claro, de ter que encarar a realidade sem máscara.

Para Freud (1926) o que discrimina uma dor corporal de uma dor psíquica é a natureza do investimento. Na dor física predomina o investimento de natureza narcísica, enquanto na dor mental predomina o investimento libidinal do objeto, com um hiperinvestimento do objeto. Milheiro (1996) assinala que a transformação da dor física em dor moral e desta em sofrimento (ansiedade) pode ocorrer se a primeira, a dor física, for contida em uma relação com o outro. A necessidade de que o outro se concentre na dor física

narcísica demanda um conjunto de ações com demonstrações de total atenção direcionada exclusivamente ao que sofre. Na dor mental apresenta uma incapacidade de demonstração do que se passa na alma, a ausência do símbolo.

O sofrimento possui características subjetivas, mas com pontos relevantes uma vez que existe todo um contexto materializado ou que vai se materializar, o que diante da evolução da vida podemos considerar normal, e a recusa em admitir o sofrimento faz parte deste processo subjetivo. O trabalho ocupa a maior parte da nossa vida sendo assim o trabalho é uma fonte de sofrimento psíquico, afirma (DUNKER, 2014).

Dunker (2014) também diz que o sofrimento humano é igual para todos permitindo muitas vezes nos reconhecer no outro e que passa por transformações, sendo uma experiência universal e singular. A capacidade de envolvimento com a dor mental do outro baseado em histórias pessoais semelhantes desencadeando a opção da indiferença, buscando a repudia ao vivenciado ou o envolvimento além do necessário no sentido do amparo da dor/físico, existindo o risco de um ciclo vicioso, onde na tentativa de ajudar podemos reviver o próprio sofrimento.

É preciso compreender que o que é sofrimento para alguém pode ser fonte de prazer para outro, depende do significado. Esta relação é perceptível no ambiente de trabalho quando o serviço que é desenvolvido passa a não ser mais interessante começa o processo do sofrimento, porém o mesmo serviço ainda continua sendo fonte de prazer e realização para outro. Como mudança de trabalho nem sempre é uma opção fácil de escolher ou uma opção acessível, considerando todas as necessidades básicas ocorre que sofrimento passa a ser representado através do adoecimento, o que atualmente nos remete a um rápido processo de medicalização e automedicação, trazendo a tona o uso indiscriminado de ansiolíticos, antidepressivos e de que a dependência dos tranqüilizantes se faz necessário á sobrevivência.

O trabalho quando não realizado na sua plena satisfação causa sofrimento. Este sofrimento interfere por sua vez na saúde do trabalhador, tanto na sua forma física como em condições psíquicas. (CODD; SAMPAIO; HITOMI, 1995).

O estado de insatisfação causado por fatores determinantes como salários, a profissão exercida, reconhecimento profissional, familiar e social, carga horária distribuída por escalas indiscriminada, falta de infraestrutura, falta de oportunidade de crescimento. As somas desses fatores geram baixo rendimento no exercício da profissão. E se tratando do serviço público existe pouca perspectiva de soluções de problemas estruturais, carência de uma rede de serviços que possam ser apoio, ou seja, uma otimização do matriciamento em diversas esferas

e falta de autonomia, uma vez que a maior parte das decisões envolvem grandes fatores políticos.

O sofrimento que acomete o trabalhador, de acordo com Dejours (2012, p.29), possui uma ligação direta com a organização do trabalho e se manifesta a partir do bloqueio estabelecido com essa forma de se organizar. Afirma o autor que “a energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando sentimento de desprazer e tensão”. Amoldam esse sofrimento e resultam nas manifestações subjetivas do psiquismo pelo comportamento expresso da pessoa, da dificuldade de lidar com as condições precárias de trabalho.

O trabalho promove a realização das necessidades humanas, mas também contribui com fatores desencadeantes de uma serie de problemas psíquicos. Estes fatores se estabelecem através da monotonia, do risco de morte, do nível de ruídos, da influencia exercida pelo próprio trabalho. Doenças psicossomáticas são alguns dos distúrbios que podem se manifestar em função de desajustes mentais do individuo em seu ambiente de trabalho, promovendo uma queda da produtividade. (CODD; SAMPAIO; HITOMI, 1995).

Segundo a Organização de Saúde Mundial O.S.M. (2001), “A saúde mental e a saúde física são dois elementos da vida estreitamente, entrelaçados e profundamente interdependentes”.

A literatura chama a atenção ao fato de que os efeitos do trabalho sobre a saúde não se limitam ao que é reconhecido legalmente como doença profissional, mas o trabalho produz um processo de adoecimento.

Necessitaria um processo longo de conscientização e capacitação aos gestores e todos os envolvidos em comandar a organização no sentido de que o sofrimento é real, causa dor, causa a perda dos sentidos mais simples do cotidiano, transformando o trabalhador em apenas mais um simples componente da folha de pagamento, onde não mais consegue despertar a sua capacidade de criar, inovar e ser proativo na busca de resultados positivos em toda a sua plenitude.

O sofrimento desperta de uma maneira inconsciente o descontrole de todos os atos humanos, recebendo da parte de outras pessoas como retribuição uma chuva de incompreensão até que o sofredor encontre alguém capaz de julgá-lo e sentenciá-lo de acordo com sua dor que sequer recebeu oportunidade de ser tratada.

3.2 O ESTRESSE

O conceito de estresse foi primeiramente descrito por Selye, em 1936 (Helman, 1994; Gasparini & Rodrigues, 1992). Selye (1959) definiu estresse como sendo, essencialmente, o grau de desgaste total causado pela vida. Contudo, no século XVII, o termo foi utilizado por Robert Hooke, no campo da Física, para designar uma pesada carga que afeta uma determinada estrutura física (Lazarus, 1993). Etimologicamente, estresse deriva do latim *stringere*, significando apertar, cerrar, comprimir (Houaiss, Villar, & Franco, 2001).

Em 1936, o endocrinologista austríaco Hans Selye foi o primeiro a conceituar estresse como a resposta não específica do corpo a qualquer exigência feita sobre ele. Porém existia a necessidade de clarear ainda mais este conceito, mostrando o que o estresse não é. Não é simplesmente uma tensão nervosa, porque essa reação ocorre em animais inferiores sem sistema nervoso e até em plantas; não é o resultado específico de algum estímulo danoso, já que o agente pode ser agradável ou desagradável e o efeito estressor depende da intensidade da exigência feita sobre o indivíduo; não é algo que deva ou possa ser evitado, mas com a qual se pode lidar de um modo eficiente. Várias críticas são feitas a essa definição de estresse proposta por Selye.

Lipp (1996) apontam que existem três fases no processo do estresse:

1ª fase: A pessoa não percebe o que está acontecendo, e apresenta algumas mudanças de comportamento.

2ª fase: O organismo da pessoa começa a se adaptar às mudanças.

3ª fase: Ocorrem mudanças que afetam o psicológico.

Kalimo considera que o estresse é uma relação de desequilíbrio entre o ambiente e o indivíduo

Estresse não é doença em seu conceito clássico, porque não mostra sinais nem sintomas, e o próprio indivíduo, na maioria das vezes, não sabe que sua saúde está abalada (SANTOS, 1995).

Trata-se, como afirma LIPP (1998) de:

Um desgaste geral do organismo [...] é causado pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se vê forçada a enfrentar uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo a faça imensamente feliz. Pg. 10-20

A incidência do estresse não é limitada pela idade, raça, sexo e situação socioeconômica. Todavia, são menos vulneráveis as pessoas que se abrem a mudanças, as mais tolerantes e aquelas que estão sempre muito envolvidas com o que fazem, de acordo com LIPP (1998).

ALBRECHT (1990)

Adverte para o fato de que o estresse tem-se expandido ininterruptamente e afeta um número cada vez maior de pessoas, com conseqüências cada vez mais graves. Está atingindo proporções epidêmicas, apesar de não ser transmitida por qualquer bactéria ou outro microrganismo conhecido. A gama dos sintomas é tão ampla que deixa perplexo o observador leigo e faz voltar aos livros os médicos. Os sintomas vão desde os ligeiros incômodos até a morte, desde as dores de cabeça até os ataques cardíacos, da indigestão ao colapso, da fadiga à alta pressão arterial e o colapso dos órgãos, da dermatite às úlceras hemorrágicas. Essa doença está tendo um elevado custo em termos de saúde e bem-estar emocional humano. pg. 11.

Tomayo (2004) acrescenta que o estresse não é uma doença e sim uma reação do organismo a uma ou mais sobrecargas.

A questão é que não há unanimidade em torno do consenso de estresse, inúmeros pesquisadores, profissionais e leigos não concordam com uma definição comum, mas há sim uma concordância entre as alterações acometidas ao comportamento humano. Talvez a responsabilidade em não existir uma definição comum está no fato da banalização do uso da palavra estresse.

O fator principal é que dentro da aceleração em que o mundo vive, o estresse tem sido a justificativa de um adoecimento generalizado, onde direcionamos várias maneiras para apontar o que realmente significa estar estressado, definimos dores físicas que não se encaixam em algum diagnóstico explicável como estresse, assim como as “doenças” da alma são acusadas de obterem sua origem também no estresse, uma vez que é mais aceitável estar estressado ao invés de possuir alguma forma de transtorno mental. E mais uma vez abrimos espaço para o uso indiscriminado de hipermedicações como ansiolítico, e antidepressivo.

No ambiente de trabalho o estresse vem sendo utilizado como o principal argumento para as relações interpessoais em especial no sentido negativo, para a negação em assumir a possibilidade de qualquer transtorno para fugir do estigma carregado pela saúde mental desde os primórdios de sua existência, vem sendo usado também na justificativa do absenteísmo, na baixa produtividade e diversas situações onde não se tem algo realmente palpável utiliza se o estresse.

Talvez ele seja um grande vilão dentro dos problemas enfrentados pelas organizações que possuem uma sobrecarga de serviços manuais e psicológicos, onde a atenção dispensada ao trabalho é de extrema responsabilidade, por exemplo, dentro dos hospitais onde o fator principal que é a busca da restauração da saúde em um pequeno erro pode custar uma vida, trabalhos com grandes riscos de acidentes como o trânsito, trabalho com maquinários pesados que representem risco de vida, de amputações, ou de seqüelas que promovam a incapacitação do trabalhador.

3.3 A SINDROME DE BURNOUT

O ambiente do trabalho tem se modificado e acompanhado o avanço das tecnologias com mais velocidade do que a capacidade de adaptação dos trabalhadores. Os profissionais vivem hoje sob contínua tensão, não só no ambiente de trabalho, como também na vida em geral.

Dejours afirma que o trabalho nem sempre possibilita realização profissional. Ele pode, ao contrario, provocar problemas desde a insatisfação até a exaustão. O reflexo desta afirmação pode ser observado mais uma vez no absenteísmo.

O termo Burnout é conceituado, segundo um jargão inglês, que diz como aquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia, ou seja, já não possui mais desempenho físico ou mental se tornando cruelmente desnecessário, obsoleto ou um peso no qual a instituição não costuma a oferecer compreensão e ajuda. Tanto que no Grupo V da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados Á Saúde, décima edição (CID 10) já existe um código o (Z73).

A definição mais divulgada do Burnout compreende como decorrente da tensão emocional crônica, vivenciada pelos profissionais que envolvem o relacionamento intenso e freqüente com pessoas que necessitam de cuidado e/ou assistência, levando a exaustão emocional, e diminuição da realização pessoal. (AMORIN, 1998).

A Síndrome de Burnout é uma resposta ao estresse ocupacional crônico causado pela desmotivação, desinteresse, mal estar interno ou insatisfação ocupacional que parece afetar, em maior ou menor grau, profissionais que lidam com outras pessoas ou que resolvem problemas dos outros, como por exemplo, médicos, carcereiros, assistentes sociais, comerciários, professores, atendentes públicos, enfermeiros, funcionários de departamento de pessoal, atendentes de telemarketing entre outros. (AMORIN; TURBAY, 1998).

Trata-se de um conjunto de condutas negativas, como por exemplo, a diminuição do rendimento, a perda de responsabilidade, atitudes passivo-agressivas com os outros e perda da motivação, onde se relacionariam tanto fatores internos, na forma de valores individuais e traços de personalidade, como fatores externos, na forma das estruturas organizacionais, ocupacionais e grupais. Vários estudos têm relatado entre o contexto do trabalho e a síndrome de Burnout (GAINES; JERMIER, 1983; JENARO; FLORES; ARIAS, 2007; LAUTERT, 1995; RIOS CASTILLOS ET al., 2007). Um clima organizacional percebido como gerador de estresse ou má qualidade de vida no trabalho tem mostrado nas três dimensões que compõem a síndrome de Burnout.

A exaustão emocional abrange sentimentos de desesperança, solidão, depressão, raiva, impaciência, irritabilidade, tensão, diminuição de empatia, sensação de baixa energia, fraqueza, preocupação, aumento de suscetibilidade a doenças, cefaléias, náuseas, tensão muscular, dor lombar ou cervical, distúrbios do sono. Logo é possível observar rotinas no trabalho que podem desencadear todos esses sinais facilmente, por exemplo, o trabalho noturno, o trabalho freqüente em finais de semana e os de período integral, todos estes limitam a vida do indivíduo a uma dedicação quase que exclusiva ao trabalho, causando também um desespero por falta da sociabilização externa ao trabalho. Devemos considerar também a relação interpessoal.

A despersonalização provoca a sensação de alienação em relação aos outros, fazendo com que o profissional comece a tratar clientes e colegas de trabalho como objetos, com total insensibilidade emocional. Apresenta um comportamento indiferente á dor do outro, este comportamento promove uma falta de motivação para explorar possíveis soluções que sejam acessíveis aos problemas dos outros, permanecendo na inércia da rotina, promovendo um ambiente rico em desarmonia entre equipes, entre gestores e clientes.

Na baixa realização profissional o sentimento é de que tudo o que estar sendo desenvolvido é sem valor, e de que não consegue fazer melhor, existe uma auto desqualificação do próprio trabalho, cumpre o básico do exigido, ir para o trabalho se torna um peso, vem a tona uma frustração no sentido de que este trabalho não é o trabalho dos sonhos, inicia um processo de lamentações em relação a escolha profissional, se é que houve essa possibilidade de escolha, pois trabalhar como já vimos é também uma necessidade primária para a sobrevivência o que limita o processo da escolha e amplia o aproveitamento da oportunidade.

As manifestações do Burnout, do ponto de vista comportamental, ocorrem abuso de drogas e álcool, irritação, frustração, hiperatividade e dificuldade para controlar as emoções,

baixa produtividade, atrasos no trabalho, acidentes, roubos negligência e intenção de abandonar o emprego. O quadro de depressão, ansiedade, medo, angustia insatisfação, desmotivação, fadiga, agressividade, também é observada na síndrome. (SCHAUFELI; BUUNK, 1996).

Não encontrando uma saída começa a busca por métodos de aliviar o sofrimento e protelar a necessidade de tomar uma atitude, na expectativa de que está vivendo uma fase que logo vai passar e quando perceber que não se trata apenas de uma fase o indivíduo já diminuiu em uma boa porcentagem a sua chance de ter se livrado do tratamento de que agora necessita e ainda ter que encarar a verdade das conseqüências. No serviço público esse processo é facilmente perceptível, uma vez que a busca por alcançar o status e a estabilidade oferecida, torna ainda mais complicado ou até mesmo impossível abrir mão do trabalho que esta sendo realizado para buscar algo que consiga restaurar sua saúde física/mental.

O indivíduo pode apresentar fadiga constante e progressiva; dores musculares ou osteomusculares (na nuca e ombros; na região das colunas cervical e lombar); distúrbios do sono; cefaléias; enxaquecas; perturbações gastrointestinais (gastrites e úlceras); imunodeficiência com resfriados ou gripes constantes, com afecções na pele (pruridos, alergias, queda de cabelo, aumento de cabelos brancos); transtornos cardiovasculares (hipertensão arterial, infartos, entre outros); distúrbios do sistema respiratório (suspiros profundos, bronquite, asma); disfunções sexuais (diminuição do desejo sexual, dispareunia/anorgasmia em mulheres, ejaculação precoce ou impotência nos homens). (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007).

Mais estudos se fazem necessários diante desta síndrome com fatores de riscos multifatoriais (indivíduo trabalho, organização). Em comorbidade com algumas doenças psiquiátricas ou até desencadeá-las, como Burnout seguido de transtorno depressivo.

As pressões na saúde mental mundial estão se intensificando. De acordo com as Nações Unidas, o mundo será mais velho, mais populoso e mais pobre ao redor de 2050. Como as condições ao sei redor criam tensão (estresse) e ansiedade, mais pessoas estarão suscetíveis a transtornos mentais.

Segundo a OMS, “nossa saúde mental tem um impacto opressivo em nossas habilidades para funcionar e participar na sociedade”. Temos que começar a colocar mais de nossos recursos a favor da saúde mental.

3.4 O ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima edição (CID-10) define da seguinte maneira o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), F43:

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático caracteriza-se como uma resposta tardia e/ou pro tardia e geralmente prolongada a um evento ou situação estressante (de curta ou longa duração), de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, a qual reconhecidamente causaria extrema angústia em qualquer pessoa, como, por exemplo, os desastres naturais ou produzidos pelo homem, acidentes graves, estupros, terrorismo ou eventos que implicaram morte, ameaças de morte ou de lesão grave, ou ameaça à integridade física dela ou de outro.

Segundo Silva (2007), a prevalência desse transtorno mental está aumentando internacionalmente e, de modo mais marcante, nos contextos em que cresce a violência social, como é o caso nas grandes metrópoles brasileiras.

Mari e Mello afirmam que existem razões para que o impacto da violência nas taxas de TEPT seja muito elevado, não só no Brasil, mas em toda a América Latina.

Tradicionalmente a sintomatologia do TEPT é organizada em três grandes grupos: o relacionado à reexperiência traumática, à esquiva e distanciamento emocional e à hiperexcitabilidade psíquica. (FILHO; SOUGEY)

Glina e Rocha (2010) atestam que, fenômenos de revivescência e rememoração forçada do evento traumático, revivido em uma ou mais das seguintes formas: Recordações ou pensamentos aflitivos, repetitivos e intrusivos do evento traumático, às vezes com percepção de imagens; sonhos e pesadelos repetitivos com o evento; sentimento de revivescência, em que a pessoa age ou sente como se o evento estivesse acontecendo de novo, podendo haver ilusões e mesmo alucinações, e/ou em que a cena traumática é visualizada como se fosse um filme; intenso sofrimento psíquico quando vê ou encontra algo que evoca local, aspecto ou detalhe do evento.

Manifestações de evitação de tudo o que possa evocar o evento traumático: o portador e TEPT sente-se compelido a evitar o sofrimento de lembrar, assim:

- Evitará aproximar-se do local do evento; ver pessoas associadas ao ocorrido; defrontar-se com pessoas que tenham características físicas, roupas, ou outros detalhes que façam lembrar a situação, os agressores ou as vítimas. A evitação pode incluir os detalhes ou pessoa ligada ao evento traumático.

- Evitará falar sobre o evento, relatar o que aconteceu, evita em geral ouvir falar outra pessoa falar a respeito.
- A evitação é vivida também internamente, como um entorpecimento, em que há um distanciamento afetivo, inclusive das pessoas que lhe eram mais significativas e queridas. A perda de prazer costuma aparecer e, muitas vezes há um congelamento tal da vida afetiva que até a libido e a vida sexual são esvaziadas. (com preocupação de impotência sexual apresentada ao médico). É nesse conjunto de manifestações que o humor pode se inclinar a depressão, favorecendo idéias mórbidas, associadas à vivência de impotência diante das ameaças pressentidas. Não raro, podem surgir idéias de auto eliminação e, às vezes, ocorrem tentativas de suicídios. É quando o paciente busca escapar da própria vida, que lhe parece, agora, insuportável e invadida pelo trauma permanentemente revivido. (GLINA; ROCHA, 2010).

4 O SAMU NA TEORIA

No Brasil, o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) nasceu a partir da instituição da Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violência instituída através da Portaria GM/MS nº 737 de 16/05/2001. Dolor (2008, p.10) afirma que “a grande maioria dos acidentes e inúmeros agravos à saúde ocorrem, em geral, fora do ambiente hospitalar”, o que justifica a necessidade de que o Estado conte com um serviço de Atendimento Pré Hospitalar (APH), garantindo o suporte dos serviços através da ação de profissionais qualificados e que possam gerenciar os recursos disponíveis no momento da ocorrência de um sinistro, de modo a oferecer à população a melhor resposta possível a cada demanda.

Para um adequado atendimento pré-hospitalar móvel o mesmo deve estar vinculado a uma Central de Regulação de Urgências e Emergências. A central deve ser de fácil acesso ao público, por via telefônica, em sistema gratuito (192 como número nacional de urgências médicas ou outro número exclusivo da saúde, se o 192 não for tecnicamente possível), onde o médico regulador, após julgar cada caso, define a resposta mais adequada, seja um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios. O número de acesso da saúde para socorros de urgência deve ser amplamente divulgado junto à comunidade. Todos os pedidos de socorro médico que derem entrada por meio de outras centrais, como a da polícia militar (190), do corpo de bombeiros

(193) e quaisquer outras existentes devem ser, imediatamente retransmitidos à Central de Regulação por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser adequadamente regulados e atendidos. (Portaria 2048/GM)

4.1 O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

Considera-se como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento 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, seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde. Podemos chamá-lo de atendimento pré-hospitalar móvel primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento pré-hospitalar móvel secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento. (Portaria 2048/GM, Capítulo IV).

Requisitos Gerais: equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade física e mental para a atividade; iniciativa e facilidade de comunicação; destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica. . (Portaria 2048/GM, Capítulo IV). Estes requisitos gerais são comuns a todos os cargos. A atribuição de cada membro da equipe está baseada em suas formações.

4.2 AS AMBULÂNCIAS

Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos.

As dimensões e outras especificações do veículo terrestre deverão obedecer às normas da ABNT – NBR 14561/2000, de julho de 2000.

As Ambulâncias são classificadas em:

- TIPO A – Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.
- TIPO B – Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino.
- TIPO C - Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas).
- TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.
- TIPO E – Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil - DAC.
- TIPO F – Embarcação de Transporte Médico: veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade. . (Portaria 2048/GM, Capítulo IV. 2.1)

4.3 A TRIPULAÇÃO

Considerando-se que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, entende-se que os profissionais que venham a atuar como tripulantes dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada pelo presente Regulamento e cumpram o conteúdo curricular mínimo nele proposto –(Portaria 2048/GM. Capítulo VII).

- Ambulância do Tipo A: 2 profissionais, sendo um o motorista e o outro um Técnico ou Auxiliar de enfermagem.
- Ambulância do Tipo B: 2 profissionais, sendo um o motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem.
- Ambulância do Tipo C: 3 profissionais militares, policiais rodoviários, bombeiros militares, e/ou outros profissionais reconhecidos pelo gestor público, sendo um motorista e os outros dois profissionais com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida.
- Ambulância do tipo D: 3 profissionais, sendo um motorista, um enfermeiro e um médico.
- Aeronaves: o atendimento feito por aeronaves deve ser sempre considerado como de suporte avançado de vida. (Portaria 2048/GM, Capítulo IV. 5)

Como já mencionado a dinâmica do serviço inicia-se com uma ligação ao número 192. Onde o solicitante informa a localização e em seguida é direcionado para falar com um médico regulador, que decidirá o envio ou não envio de alguma viatura ou motolância.

São diversos os locais de atendimento, via pública, domiciliar, postos de saúde e em diversas outras situações. Os profissionais estão aptos a atender traumas de todas as origens, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vasculares Cerebrais (AVC), surtos psicóticos, crises convulsivas e outras demandas clínicas, tanto adultas como infantil de todos os gêneros. 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 e suicídios). (Portaria nº1.863/GM, Art. 2º parágrafo 1º).

Os profissionais que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Distrito Federal estão em permanente capacitação para proporcionar total segurança a integridade do paciente e transmitir informações precisas ao médico regulador causando na

regulação médica total confiabilidade para que o médico tome a sua decisão também de maneira segura. As equipes são os olhos, a voz, e as mãos do médico no momento do atendimento.

Essa capacitação ocorre através do Núcleo de Educação Permanente. (NEU). Onde os instrutores além de estar nas ruas juntamente com as equipes atuando e observando a demanda de treinamentos dos profissionais estão também em constante atualização das mudanças estabelecidas nos atendimentos de urgência e emergência.

Capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, abrangendo toda a gestão e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde; (Portaria nº1863/GM, Art. 2º parágrafo 4º)

Ao médico regulador também competem funções gestoras – tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com seu julgamento. Assim, o médico regulador deve:

- Decidir sobre qual recurso deverá ser mobilizado frente a cada caso, procurando, entre as disponibilidades a resposta mais adequada a cada situação, advogando assim pela melhor resposta necessária a cada paciente, em cada situação sob o seu julgamento;
- Decidir sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar;
- Decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (a chamada “vaga zero” para internação). Deverá decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência. (Portaria 2048/GM)

As ocorrências são classificadas com as seguintes prioridades: leve, moderada e severa, esta classificação é de responsabilidade do médico regulador. Chegando ao local a equipe enviada faz toda a avaliação do caso em questão e transmite ao médico regulador que tomará as devidas providências desde orientações, uso de medicação em casa e permanência do cliente no local ou remoção para uma unidade de saúde também escolhida pelo médico regulador, observando que após a regulação médica a prioridade pode ser alterada, uma prioridade leve ou moderada poderá se tornar uma prioridade severa, assim como uma severa poderá ser uma leve ou moderada, diante da avaliação realizada pelas equipes em loco em consonância com o médico regulador.

A legislação preconiza a vaga zero nas unidades de saúde para pacientes transportados pelo SAMU, uma vez que entende-se que o cliente atendido já passou por um pré-atendimento com indicativo da sua gravidade como mencionado acima em relação às prioridades.

5 O SAMU NA PRÁTICA NO DISTRITO FEDERAL

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foi inaugurado em Brasília em 24 de agosto de 2005, para iniciar os atendimentos foram selecionados servidores concursados que já pertenciam ao quadro da Secretária de Saúde (SES). Após esta seleção estes servidores obtiveram treinamento por um período de duas semanas, em seguida passaram a atuar nas ruas do Distrito Federal.

Por um período de quatro anos o quadro de médicos, enfermagem e condutores funcionou com parte dos servidores dividindo sua carga horária contratual, ou seja, para um servidor de 40 horas, 20 horas eram trabalhadas no SAMU e 20 horas em suas regionais de origem (Hospitais Regionais), o que enriqueceu grandiosamente o serviço de urgência do DF, pois o quadro de servidores contava com profissionais das mais diversas áreas: pronto-socorro; psiquiatria, pediatria; UTI; cirurgia geral; ortopedia, neurologia, neonatologia, cardiologia e outros, com essa diversidade de áreas atuantes a segurança nos diagnósticos de diversas situações eram com extremas riquezas de detalhes passadas ao médico regulador responsável pelo pré diagnóstico. O restante da escala do SAMU era preenchido apenas com horas extras, onde havia servidores que chegava a fechar uma carga horária semanal de até 72 horas (40h + 32h).

Após este período de quatro anos foi composto o quadro oficial de servidores exclusivos do SAMU, os que já estavam tiveram a opção de escolher permanecer

definitivamente e deixar as suas regionais de origem ou retornar para as mesmas. Os servidores oriundos direto do concurso tiveram que passar por treinamentos específicos para urgências e emergências, conforme exige a Portaria 2048/GM, assim como os que iniciaram o serviço no DF, somente após este curso (treinamento) poderão ir atuar nas ruas.

O SAMU do DF conta com um quantitativo de 38 viaturas USB e USA que encontra-se distribuído em núcleos a fim de facilitar o tempo resposta, portando sua divisão ficou estabelecida de acordo com a divisão de Regiões Administrativas (Cidades Satélite). Contamos com uma Central Administrativa, onde funcionam os serviços de almoxarifados, gestão dos serviços de enfermagem, transporte, regulação médica, central de atendimento de chamadas do número 192 e o núcleo de psicologia. Os núcleos estão divididos da seguinte maneira:

NAPH 01 - Sobradinho, Paranoá e Planaltina;

NAPH 02 - Gama e Santa Maria;

NAPH 03 – Taguatinga;

NAPH 04 - Samambaia e Recanto das Emas;

NAPH 05 - Ceilândia e Brazlândia;

NAPH 06 – São Sebastião e Plano Piloto;

NAPH 07 - Guará e Núcleo Bandeirante;

GMAU – Grupo de motociclista de atendimento em urgência (Motolância). Cada núcleo conta com uma dupla de motociclista durante o dia. Não há trabalho noturno nas motolâncias.

Disponibilizamos de dois tipos de viaturas a de Suporte Básico de vida – USB, composta por um condutor e dois técnicos em enfermagem e viaturas de Suporte Avançado de Vida – USA, tripulada por um condutor, um enfermeiro e um médico; motolâncias que andam em duplas, compostas por técnicos em enfermagem ou enfermeiros.

Como já mencionamos, o processo inicia-se pela chamada ao 192, o usuário informa ao atendente a localização do ocorrido, e sua identificação em seguida a ligação é transmitida ao médico regulador que envia uma equipe caso seja necessário. Depois da avaliação presencial da equipe o médico decide para qual unidade de saúde o paciente deverá ser encaminhado, aqui começa as nossas aflições na postura de profissionais atuantes nas ruas.

Ao sermos encaminhados para a unidade de saúde enfrentamos algumas dificuldades peculiares: Com uma frequência que não deveria ser admitida, não somos recebidos na unidade de saúde com referência de vaga zero para pacientes atendidos pelo SAMU. Por diversas vezes, há que se indispor com os médicos ou enfermeiros da unidade de saúde por

recusar receber o paciente, sob a justificativa de superlotação ou déficit de profissionais na equipe. Depois do insucesso das tentativas de negociações, repassamos a situação para o médico regulador que por sua vez opta por redirecionar a equipe para outra unidade de saúde, fora da aérea de abrangência tanto da equipe quanto do paciente, ao chegar à próxima unidade encontra-se novamente a mesma situação os mesmos argumentos para a recusa adicionado do fator de que aquele paciente não pertence a esta regional. Esta via sacra às vezes chega a ocorrer três ou quatro vezes na mesma ocorrência.

É ainda possível contarmos com a retenção de macas, o que promove uma unidade a menos durante um longo período, causando nas outras equipes uma sobrecarga de trabalho, sendo necessário às vezes utilizar viaturas que pertençam a outro núcleo para dar apoio ao núcleo que está com a maca retida, juntamente com a falta de macas, temos a falta de matérias como uma máscara de oxigênio e até mesmo a falta do ponto de distribuição de oxigênio.

A outra situação constrangedora é a questão de que alguns dos profissionais que atuam dentro dos hospitais, por diversas vezes recebem as equipes com aspereza, nos tratando com indiferença, pois julgam o trabalho do SAMU como uma máquina de produzir pacientes, alguns destes servidores acusam as equipes de superlotar as emergências com os pacientes atendidos pelas unidades do serviço de atendimento móvel de urgência.

Tal situação ocorrida por aproximadamente de nove a doze vezes no período de doze horas de trabalho (média de quantidade de atendimentos diários) desencadeia nas equipes uma situação de irritabilidade, estresse, desmotivação e sentimento de desvalorização do seu trabalho, tensão, raiva, inutilidade, tristeza e preocupação com a possibilidade de agravamento do paciente dentro de uma viatura. Esta situação ocorre com maior frequência com as Unidades de Suporte Básico, lembrando que ocorrências de natureza de alta complexidade não pertencem apenas as Unidades de Suporte Avançado, pois na maior parte do tempo em que a USA se encontra ativada é utilizada em sua maioria para transferências intra-hospitalares.

Outra situação pouco compreendida pelas equipes é quando ao atender pacientes que possuam planos de saúde, tendo a possibilidade de serem atendidos em hospitais particulares, os mesmos se negam a atender os pacientes que são removidos pelo SAMU, contudo observa-se que o mesmo cliente chegando por meios próprios às redes particulares, são atendidos normalmente está é mais uma situação constrangedora e estressantes para as equipes. Os hospitais justificam que os planos de saúde podem não estar sendo contemplado naquele momento, tal justificativa não convencem as equipes, que mais uma vez tem que se reportar a regulação médica para novo redirecionamento.

Quanto às cenas de traumas o destaque fica para o comportamento da população, quando as equipes chegam ao local, existe uma unânime reclamação quanto ao tempo resposta por parte da população, pois o solicitante não compreende que ao ligar no 192 fala com duas pessoas ou até três, os atendentes e em seguida o médico e dependendo da situação ainda se faz necessário falar com o rádio operador, para confirmação de endereço ou pedido de pontos de referências que facilitem a chegada ao local. Então logo depois deste processo é que a ocorrência é transmitida para as unidades móvel de atendimento. Salvo exceções de extrema urgência o qual a central buscar formas de acelerar o mais breve possível o atendimento ao chamado.

Alias este também é outro fator relevante que pode ser acrescentado como estressante, com o crescimento desordenado no setor habitacional, existe uma dificuldade extrema em estar localizando os endereços de forma rápida, em determinadas situações devido à falta de infraestrutura não é possível que a viatura chegue até o paciente sendo necessário continuar o percurso a pé.

Portanto o tempo resposta da viatura até o local não condiz com o tempo em que foi gerada a ocorrência. A população por vezes se nega a compreender a situação julgando as próprias equipes como responsáveis pela demora de chegada, causando também situações de transtornos e conflitos, aqui as equipes buscam manter o autocontrole emocional por estarem sendo responsabilizados por burocracia que não estão ao alcance das equipes resolverem. E mesmo diante da pressão mantém o maior grau de profissionalismo, preferem aguardar o final da ocorrência para extravasar seja de forma verbal, escrita ou por diversas vezes por choros incontidos as lamentações pelas agressões verbais recebidas no momento do atendimento, onde a prioridade sempre pertencerá ao paciente.

Todas essas ocasiões causa um reflexo na vida pessoal de cada samuzeiro, pois a cada paciente que atendem fica no pensamento que aquela falta de estrutura ou de atendimento adequado, além de ser desumano com o paciente, pensam também que a qualquer momento O paciente pode ser um dos próprios familiares ou um colega de trabalho ou o próprio samuzeiro. Trazendo como ponto positivo o esforço que cada servidor faz para oferecer o melhor atendimento possível.

6 RELATO DE CASOS

Os relatos aqui apresentados foram transcritos de pronto, haja vista, não descartamos a possibilidade de algum equívoco nas datas, horários e outros que porventura ofereçam imprecisão.

6.1 RELATO: ACIDENTE DE PERCURSO COM EQUIPE – O RISCO DE MORTE

No mês de abril de 2008, por volta das 10hs da manhã, uma USB foi acionada para atender um chamado no P norte, a prioridade da ocorrência era severa, a viatura se deslocou percorrendo todo o centro de Ceilândia/DF, em velocidade de aproximadamente 100 km, segundo relatos de terceiros, a velocidade permitida era de 60 km. Estava com sirenes ligadas (sinais sonoros) e Rotor-ligth (sinais visuais) regras estipuladas pelo CONTRAN. Artigo 29 Inciso VII- os veículos destinados a socorro de incêndio e salvamento, os de polícia, os de ambulâncias, além de prioridade de trânsito, gozam de livre circulação, estacionamento e parada, quando em serviço de urgência. A prioridade de passagem na via e no cruzamento deverá se dar com velocidade reduzida e com os devidos cuidados de segurança.

Ao passar por um cruzamento onde o semáforo estava sinalizando vermelho para a viatura, no outro sentido o semáforo sinalizava verde, havia um ônibus em velocidade não informada, porém visualmente falando acima dos 60 km.

No meio do cruzamento houve a colisão entre o ônibus e a viatura do SAMU. O ônibus arrastou a viatura por volta de 300 metros com a lateral da viatura no chão, atingindo a outros veículos que estavam na outra via. A equipe estava completa com um condutor e duas técnicas em enfermagem.

Não houve vítimas fatais, o motorista do ônibus saltou pela janela quando o veículo ainda estava em movimento, o condutor do SAMU, também saiu pela janela quando a viatura parou, dentro permaneceram as duas técnicas em enfermagem, aguardando o socorro. As duas foram atendidas pelo Corpo de Bombeiro Militar do Distrito Federal – CBMDF, encaminhadas ao Hospital Regional de Ceilândia – HRC, onde receberam os primeiros atendimentos médicos, após os primeiros exames foram transferidas para o Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF. O condutor também foi encaminhado ao HRC, mas sem agravos. Quanto às técnicas em enfermagem uma teve traumatismo leve na cabeça, apresentando edema subgalial, e desorientação parcial, onde ficou em observação por 24 horas, após este período recebeu alta hospitalar. A segunda técnica apresentava hematúria, dores abdominais,

e fratura de duas costelas à direita, devido a estas fraturas houve uma pequena lesão no fígado, o que justificava a hematúria, devido a este quadro inicial, permaneceu no hospital por 23 dias.

Neste dia houve uma mobilização emocional em todas as equipes que estavam trabalhando na Ceilândia, todos não conseguiam evitar a angústia e o medo da possibilidade das mortes que poderiam ter ocorrido, do que ainda poderia acontecer com os colegas envolvidos no acidente, tanto em relação à preservação da saúde quanto ao que poderia acontecer judicialmente, muitas incertezas tomaram conta dos pensamentos de todos estes servidores por longos dias, pesavam se realmente valia a pena arriscar a própria vida em função de outra.

Alguns após este acidente resolveram retornar a sua regional de origem, inclusive o condutor e uma das técnicas em enfermagem, a maioria permaneceu, mas até os dias de hoje relatam que no percurso para outros atendimentos com prioridade severa, além da preparação para o que vai encontrar na cena, ainda relembram a cena do acidente ao passar pelo local.

A servidora que permaneceu no serviço atualmente desenvolve atividades fora das ambulâncias, não consegue sequer entrar em uma viatura para qualquer tarefa simples como guardar material, o seu afastamento das viaturas depende de relatórios médico (psiquiatra) onde a mesma arca com os seus acompanhamentos psicológicos e psiquiátricos.

6.2 RELATO: A MORTE

Uma viatura básica com equipe completa foi acionada para uma prioridade moderada, onde a informação era de que a paciente estava vomitando há dois dias, o local era no setor Sol Nascente (setor de invasão, não possui infraestrutura adequada por se tratar de área apropriada de forma ilegal) em Ceilândia.

Chegando a residência a equipe verificou a seguinte situação. Paciente do sexo feminino, 56 anos de idade, portadora de Hipertensão e Diabetes, há dois dias apresentava vômitos excessivos, relatava sentir-se sem forças para ficar em pé, queixava-se de dor forte em região epigástrica, apresentando sudorese intensa, pele pegajosa, crise hipertensiva, com alterações da glicose e diminuição da oxigenação.

O caso foi passado ao médico regulador que em comum acordo com a equipe, realizou diagnóstico prévio de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), direcionou a equipe para o Hospital Regional de Ceilândia, alterando a prioridade para severa, realizando as medicações e os suportes básicos de vida disponíveis dentro da USB.

Ao chegar ao hospital a equipe foi informada que não havia médico atendendo no pronto socorro naquele período, foi solicitado que chamassem qualquer médico que estivesse atendendo na internação devido ao quadro da paciente ser grave e instável, mas a solicitação foi sem sucesso, sendo necessário reportar a situação ao médico regulador, que nos redirecionou ao Hospital Regional de Taguatinga (HRT).

Estando no HRT, foi feita uma ficha de atendimento para a cardiologia, mas não havia cardiologista para atender, logo a equipe novamente informou que o caso era urgente e que precisavam de um médico clínico ou cardiologista e mais uma vez a situação não teve sucesso.

Retornando a ligação para o médico regulador pela terceira vez foi solicitado que direcionasse a equipe para outra unidade de atendimento, contudo que fizessem uma comunicação prévia passando o estado da paciente que estava cada vez mais grave e instável, e desse a equipe a garantia do atendimento, uma vez que comunicar a unidade e garantir que a equipe seja recebida é uma atribuição do médico regulador. Assim foi feito.

A equipe foi redirecionada ao Hospital do Gama, a paciente já estava há quarenta minutos dentro da viatura. Ao chegar ao hospital que ficava por volta de trinta e dois quilômetros de distância da cidade de Ceilândia, a paciente havia agravado bastante, apresentando dificuldade respiratória e aumento da dor epigástrica, devido à comunicação prévia da situação já havia uma equipe com médico e enfermeiros aguardando a equipe, a usuária foi direcionada as pressas para a sala de emergência, onde foi realizado os procedimentos necessários, porém a paciente apresentou uma parada respiratória seguida de uma parada cardíaca, e mesmo com a realização de todos os procedimentos necessários a cliente veio a óbito diante dos profissionais do hospital e da equipe que retirou a paciente de dentro da sua casa com vida e com maiores chances de ter sido socorrida em tempo hábil, mas devido aos transtornos existentes nos hospitais públicos por falta de profissionais e devido à falta da logística correta do cumprimento das normas estabelecidas nas portarias não foi possível.

A equipe naquele dia se questionou de que adiantou todo o esforço dado naquela ocorrência, pois foi colocada em risco a vida de mais de cinco pessoas, três profissionais, um acompanhante familiar e a paciente em questão, pois uma vez que se coloca uma viatura em alta velocidade buscando salvar uma vida, existem muito mais vidas em risco, devido à possibilidade de ocorrer outras intercorrências como acidentes no trânsito.

A frustração pairou no ar por um determinado momento, juntamente com a indignação, decepção e tristeza de se ter nas mãos um serviço eficiente, pessoas capacitadas

qualidade de atendimento, mas com falhas na continuação, falhas estas que custou uma vida proporcionando a equipe o momento da reflexão do valor da vida e a presença da morte. Refletiram engoliram a situação como se fosse absolutamente normal tudo o que houve e prontamente já estavam à disposição para uma nova chamada.

6.3 RELATO: MAS TAMBÉM HÁ VIDAS

Março de 2010, às 18h35min, foi acionada uma viatura de suporte básico para atender um trabalho de parto com prioridade moderada. Nesta tarde havia o condutor e uma técnica em enfermagem, o atendimento foi solicitado na Ceilândia norte, paciente com 38 anos estava na sexta gestação. Ao avaliar a paciente o trabalho de parto já estava em estágio avançado, em fase de expulsão, não havia mais tempo hábil do parto ser realizado no hospital.

Feito contato com o médico regulador, que foi conduzindo pelo telefone, como em todas as ocorrências os passos a serem realizados naquela situação. A paciente estava deitada em sua cama onde foi colocada na posição ginecológica, a bolsa já havia se rompido e era possível visualizar a cabeça do bebê, seguindo as orientações médicas, a equipe foi orientando a cliente como deveria proceder, todo o material necessário já estava preparado, desde um simples pacote para parto contendo lâmina de bisturi, pinças, clips, campo estéril, até mesmo um aspirador caso fosse necessário auxiliar na respiração do bebê. O que felizmente não foi necessário.

Após dez minutos, apoiando e orientando a paciente, nasceu um lindo bebê do sexo masculino chorando e respirando bem, foi secado e aquecido, após o corte do cordão umbilical e realizado os procedimentos adequados a um parto natural. Em seguida mãe e filho foram encaminhados ao Hospital Regional de Ceilândia, onde recebeu os demais procedimentos de pesagem e limpeza do bebê, e retirada da placenta. Lembrando que no percurso da residência ao hospital a criança já foi sendo amamentada.

Os sentimentos destes profissionais se resumiam a um grande sorriso e lágrimas de felicidades por terem tido a honra de contribuir com sucesso na chegada de mais uma vida, estavam radiante por terem contribuído com um parto digno e de qualidade, tanto para mãe quanto para o bebê.

6.4 RELATO: A ANGÚSTIA

Em abril de 2012, por volta das 10h00minh, surge uma ocorrência de prioridade severa na aérea do P Sul (Ceilândia). A mensagem passada foi a seguinte: Criança de quatro meses com a cabeça presa no carrinho. Foram deslocadas uma Unidade Básica, com equipe completa (três integrantes), e duas motos (dois integrantes), sendo um condutor socorrista e o restante técnico em enfermagem.

Ao chegarmos ao local, a avó da criança avisou que já haviam removido a mesma para um determinado hospital particular que havia próximo da residência, todos das equipes resolveram de imediato ir até ao hospital mencionado.

Entramos na sala de emergência de hospital particular, encontramos uma equipe de enfermagem e uma pediatra no atendimento, a situação era mais grave do que imaginávamos, a criança estava em Parada Cárdio Respiratória – PCR. Assumimos a reanimação junto com a equipe do hospital que lamentavelmente era visível o despreparo com tal situação, revezávamos nas manobras a pediatra apresentava dificuldades na realização da entonação, então solicitaram a presença da médica da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal – UTI NEO.

Insistíamos nas massagens cardíacas e drogas evasivas, a situação era crítica o bebê já estava nesta condição há mais de vinte minutos, tempo já suficiente para deixar graves seqüelas, com a chegada da médica da UTI, a criança foi intubada, após mas algumas tentativas a criança voltou apresentar pulso, mas já havia quarenta minutos de reanimação descontando o tempo em que a mãe percebeu a situação.

Estávamos em um hospital particular e sabíamos que a família não conseguiria arcar com as despesas hospitalares, naquele momento o bebê necessitava ser encaminhado para uma UTI, fizemos contato com nossa central de regulação passamos a situação, a mobilização para salvar esta vida foi intensa, a comoção era geral todos se envolveram de alguma forma, a enfermeira da central começou a providenciar uma UTI, tínhamos a dificuldade para a transferência pois estávamos em uma unidade básica o que não é apropriada para remoções de pacientes intubados, e esta se tratava de uma remoção com necessidade da presença de um médico, não havia unidade avançada que pudesse nos dar apoio.

Foi quando a médica do hospital particular se propôs a nos acompanhar ao HRC, iríamos leva a criança com ventilação mecânica manual. No Hospital Regional de Ceilândia a equipe da unidade já nos aguardava, felizmente a enfermeira da central conseguiu uma vaga na UTI do Hospital Regional de Taguatinga, teríamos que fazer mais uma transferência da

mesma forma como saímos do hospital particular, tudo manual não tínhamos respirador mecânico. O pediatra do HRC nos acompanhou até a UTI.

A transferência mesmo sendo fora dos padrões foi um sucesso, aliás, está foi uma das ocorrências onde todos os protocolos foram quebrados a fim de agilizar o atendimento o máximo que podíamos.

O hospital particular nos comunicou posteriormente que as despesas com medicações e materiais utilizados no atendimento dentro do hospital não seria cobrada dos pais, uma vez que já estávamos nos mobilizado para arrecadar contribuições para ajudar nestas despesas que ficaram em R\$3.000,00 (três mil reais).

A mãe relatou que havia colocado a criança para dormi no carrinho de bebê e que quando voltou à sala, o bebê havia escorregado e ficado preso pelo pescoço no local onde passa a perninha da criança, promovendo a asfixia.

Por vários dias mantive contato com a família para saber como a criança estava progredindo, o quadro permaneceu estável por muito tempo, continuava em respiração mecânica e não apresentava nenhuma melhora, permanecia em estado vegetativo, comecei a observar que estava sendo diretamente afetada pela situação, foi então que decidi não mais manter contato com a família.

Por muitos meses tive sonhos da cena do atendimento e sofria por pensar se a nossa conduta foi a mais correta. As seqüelas naquele caso, sabíamos que seriam irreversíveis, o que seria melhor?Tê-lo deixado morrer ou ter deixado vegetando por longo tempo? Estas perguntas se repetem em minha cabeça até hoje, pois nunca terei a resposta.

Este atendimento foi dos quais jamais será esquecido, podemos dizer que todo o SAMU foi movimentado, a comoção ao final do atendimento era uma mistura de sentimentos pelo sucesso da reanimação, pelo trabalho em equipe organizado e efetivo, pelo carinho e preocupação com toda a família da criança. Quantos de nós pensamos na possibilidade de ser um dos nossos filhos, pois muitos temos filhos ainda pequenos.

Recebemos o reconhecimento dos familiares e dos outros servidores do nosso núcleo, nunca tivemos tanta certeza de que esta profissão era o que realmente nos realizava como seres humanos. Porem o sofrimento psíquico era visível na equipe por muitos dias, até que resolvemos não mais falar sobre este atendimento diante de tantas dúvidas e como não temos suporte ou “treinamentos” psicológicos para lhe dar com esta carga emocional, concluímos que foi mais um atendimento que mexeu com algo dentro de nós, mas que havia passado e já estávamos prontos para novas ocorrências severas.

6.5 A DECISÃO

Durante um atendimento no mês de abril de 2010, enquanto estávamos nos dirigindo para um endereço na expansão da Ceilândia fomos solicitados a parar porque uma idosa estava “passando mal” dentro do seu carro. Prontamente paramos, informando à Central de Regulação sobre a intercorrência, e iniciamos o atendimento.

Neste momento outro veículo se aproximou da nossa viatura e de forma desesperada nos pediu atendimento para a mãe do condutor desse. Após informarmos do já procedimento a primeira paciente solicitamos que esses se direcionassem ao Hospital Regional da Ceilândia por ser o mais próximo da nossa localização.

Em seguimento ao atendimento primeiro, após regulação médica encaminhamos a paciente ao HRC, lá chegando nos deparamos com os familiares da segunda solicitação em estado de choque, transtornados porque “sua mãe” havia falecido na sala de emergência do referido hospital. A partir desse momento fomos extremamente hostilizados pelos familiares e num dado momento até o profissional médico que os estava atendendo nos perguntou “porque não a trouxeram para o hospital?”

Diante da situação fizemos nova comunicação com a Regulação (SAMU 192) para referenciar o ocorrido. Posteriormente tivemos, toda a equipe, que responder a inquérito policial queixado pela família em questão.

A situação se prolongou ainda por meses até que o inquérito policial fosse conclusivo de que não havíamos incorrido em omissão de socorro e também de nenhuma outra realidade que se procedera em virtude da nossa decisão. Independente da carga de culpa ou não, essas situações são muito impactantes e rotineiras no nosso dia a dia. Estar com a vida dos outros “em nossas mãos” é uma realidade muito profunda e impactante ao nosso estado emocional e psíquico.

7 DISCUSSÃO

A motivação humana tem sido um dos maiores desafios na gestão organizacional para muitos psicólogos, gerentes e executivos. Inúmeras pesquisas têm sido elaboradas e diversas teorias têm tentado explicar o funcionamento desta força aparentemente misteriosa, ou ainda desconhecida, que leva as pessoas a agirem em direção do alcance de objetivos. Enquetes a respeito do assunto, entretanto, normalmente mostram que existem ainda muita confusão e desconhecimento sobre o que é e o que não é motivação ou seria automatização, segundo Castro et al. (2009).

Castro et al. (2009) nos leva a pensar na subjetividade da motivação, pois aparentemente a motivação depende de um objetivo, enquanto se tem algo a perseguir, significa ter energia para buscar, o impulso a chegar ao alvo é capaz de despertar a criatividade descobrindo caminhos e tendo razões para que o indivíduo se movimente, não se permitindo que alguém faça por ele, mas sim que ele próprio venha a encontrar e alcançar o objetivo proposto.

Quando uma pessoa se coloca ou se direciona a um caminho ou um objetivo, ela não necessariamente está motivada a atingir este objetivo. Os fatores que a levam a caminhar naquela direção podem-lhe ser intrínsecos (internos) ou extrínsecos (externos). Quando são intrínsecos, há motivação; quando são extrínsecos, há apenas movimento ou apenas satisfação (HERZBERG, 1968; BERGAMINI, 1986 E 1989).

Estar satisfeito não é sinônimo de motivação, estar satisfeito relaciona-se mais com o estado cômodo, não sendo mais necessário movimentar-se em busca de algo seja novos rumos ou melhorias do que se tem, basta da maneira como está, contudo a desmotivação gera insatisfação.

Mediante o trabalho, o ser humano, ao produzir algo, produz também a si próprio. Portanto, quando deste trabalho são retirados todos os elementos desafiadores, criativos, prazerosos e, principalmente, a possibilidade de o indivíduo deliberar sobre seu próprio desempenho e de participar na definição dos objetivos de seus esforços, o que resta? Somente o bagaço do trabalho. Toda a substância que daria sentido à ação humana foi extraída e, nesse processo, extraiu-se também a possibilidade de o ser humano fazer-se alguém digno, saudável, alegre, criativo, responsável, enfim, um ser integral. (MATTOS, 1992, p.9 apud LOPES, 1999; HERING, 1996).

Frederick Herzberg, psicólogo, afirma que o comportamento humano no trabalho é orientado por dois grupos de fatores: Os Higiênicos e os Motivacionais.

- **Fatores Higiênicos** (extrínsecos) são aqueles definidos pelo contexto que envolve o empregado e que fogem ao seu controle. São exemplos deles:

- Salários e Benefícios
- Tipo de Chefia
- Políticas e Diretrizes Organizacionais

O pensamento anterior considerava o trabalho como algo desagradável, demandando estímulos materiais (positivos) para a sua realização ou, por outro lado, punições (negativos) pela não realização.

Entretanto, quando os fatores higiênicos são ótimos, apenas evitam a insatisfação, não elevando a satisfação ou, se a elevam, não a mantêm continuamente. Por outro lado, quando são péssimos, provocam a insatisfação. Devido a isso, são caracterizados como Fatores Insatisfacientes.

- **-Fatores Motivacionais** (intrínsecos) são aqueles relacionados ao cargo e a natureza da tarefa desempenhada, sendo, portanto, controlável pelo indivíduo e que devem levar ao reconhecimento e à valorização profissional, culminando com a auto realização. Estes fatores (profundos e estáveis), quando ótimos, levam à satisfação, mas quando precários, bloqueiam a satisfação, o que os caracteriza como Fatores Satisfacientes. Em suma, os pressupostos de Herzberg são: Relação Inexistente: Os Fatores Satisfacientes não levam à situação inversa daquela determinada pelos Fatores Insatisfacientes e vice-versa.

Podemos aceitar que não se pode motivar diretamente alguém, mas contribuir para que a pessoa sempre encontre a motivação que a faça se movimentar de forma produtiva, a motivação deve partir do interior para o exterior.

As categorias mais citadas, como sugestões para elevar a motivação são “Relacionamento interpessoal” e “Organização do trabalho”, ou seja, aspectos do trabalho que podem ser transformados através de investimentos na área de recursos humanos e de mudanças na política organizacional. (PEREIRA; FÁVERO, 2001).

A exaustão emocional foi a dimensão de Burnout que apresentou maior índice. Por ser a primeira dimensão a surgir, segundo o modelo processual de Burnout (MASLACH, 1976) indica que o processo encontra-se em curso no grupo estudado, o qual possivelmente está com seus recursos internos reduzidos para enfrentar as situações vivenciadas no cotidiano do trabalho e com pouca energia para desempenhar as atividades. (MALMANN et al., 2009).

Profissionais com menos experiência apresentam maiores níveis da síndrome (BARRIA, 2002). Nos primeiros anos da carreira profissional, ocorre a transição entre as expectativas idealizadas e a prática laboral cotidiana (CHERNISS, 1995). Nesse período, as recompensas pessoais profissionais e econômicas nem sempre são as esperadas ou prometidas inicialmente (KLINK et al. 2001). Segundo Maaslach e Jackson (1984), profissionais com mais tempo de serviço possuem maior segurança na realização de tarefas e apresentam um maior domínio dos estressores laborais, portanto são menos vulneráveis à síndrome de Burnout. MALMANN et al., 2009).

8 EMPODERAMENTO

Outro ponto extremamente vinculado ao processo relacional no ambiente da enfermagem e na salubridade dessa relação é a questão do empoderamento. O fato do saber-se um profissional de formação dedicada ao cuidar de outro quase sempre evoca a esse profissional uma atitude de soberania ou, porque não dizer, domínio sobre o paciente. Há que se cuidar bem dessa característica na relação cuidador/cuidado.

O poder associado ao processo de cuidar da Enfermagem é indiscutível, pois está na essência da profissão. Os pacientes são parte fundamental desse tipo de poder. Os profissionais da enfermagem devem compartilhar esse poder no processo de empoderamento das pessoas (dos pacientes) não para dominá-las, coagi-las ou controlá-las. Deve-se, no entanto, compreender que o relacionamento profissional da Enfermagem/clientela é altamente contextual. (RIBEIRO et al.).

Segundo Ribeiro et al., contraditoriamente, apesar do confronto contínuo e permanente entre as determinações externas aos fazeres e às diferentes possibilidades de espaços de criação, responsabilidade e liberdade apresentados para os profissionais de enfermagem, o trabalhador da enfermagem está imerso nas relações de trabalho entendidas como relações de poder, de forças e enfrentamentos, além de já ter sofrido um processo de sujeitamento, com diferentes intensidades, tendo em vista, a produção já iniciada, bem anteriormente, à sua formação profissional.

É muito comum, até quase determinante, na relação do cuidado experimentar-se um abandono ou redução da autonomia e soberania do paciente em virtude do pensamento de que nas mãos da equipe de saúde que o atende a solução dos seus problemas.

O paciente pouco questiona essa invasão, em seu olhar é necessária para a sua recuperação, mesmo demonstrando constrangimento, vergonha e embaraço. Essa submissão

do doente à enfermagem e a outros profissionais da área da saúde ocorre por entender que o saber dessas profissões lhe confere o direito de manipular seu corpo. (RIBEIRO et al.).

9 CONDIÇÕES DE TRABALHO

Vários fatores compõem o ambiente de trabalho para os profissionais de saúde e esses fatores são participantes ativos na qualidade ou não do referido ambiente. Higiene, relações de trabalho, assédio moral dentre vários outros se destacam quando queremos determinar um ambiente favorável ou prejudicial à saúde desses trabalhadores.

O espaço hospitalar também é considerado um local onde se concentram pacientes acometidos por diferentes problemas de saúde, cujo sofrimento é eminente, o que exige uma assistência de diversas categorias de trabalhadores. Os profissionais de enfermagem, a maioria nessas organizações, além de estarem expostos a cargas psíquicas que solicitam um preparo adequado e um suporte para o desenvolvimento das atividades cotidianas, ainda são os que mais enfrentam condições insatisfatórias de trabalho e, diante disso, ficam expostos a situações na qual a manutenção da saúde está prejudicada. (NORATO et al., 2009).

As condições de trabalho da equipe de enfermagem, principalmente nos hospitais, têm sido consideradas impróprias no que concerne às especificidades do ambiente gerador de riscos à saúde. A remuneração inadequada, a acumulação de escalas de serviço, o aumento da jornada de trabalho, as características tensiógenas dos serviços de saúde (tanto pela natureza do cuidado prestado às pessoas em situações de risco quanto pela divisão social do trabalho), a hierarquia presente na equipe de saúde e o desprestígio social, entre outros fatores, associam-se as condições de trabalho da equipe de enfermagem e refletem-se na qualidade da assistência prestada ao usuário e no sofrimento psíquico dos profissionais. (SCHMOELLER et al., 2011).

A inadequação das condições do ambiente de trabalho já são conhecidas há muito tempo, isso devido a especificidades do ambiente e as tarefas executadas.

Ainda, segundo Norato, o desgaste físico e emocional, a baixa remuneração e o desprestígio social são fatores associados às condições de trabalho do profissional de enfermagem, que vem refletindo negativamente na qualidade da assistência prestada ao cliente, levando ao abandono da profissão e conseqüentemente a escassez de profissionais no mercado de trabalho.

As exigências rotineiras se contrapõem com as condições de trabalho que normalmente são insatisfatórias em vários quesitos tais como recursos físicos e materiais.

Ainda, situações como quadro de pessoal reduzido forçam um aumento no esforço dos profissionais para manter o atendimento aos usuários e pacientes.

As condições insatisfatórias do trabalho de enfermagem vêm sendo discutidas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), desde a 61ª Conferência, em 1976.(NORATO et al., 2009).

De acordo com o autor, problemas como extensas jornadas de trabalho, ausência de períodos de descanso e o fato da equipe de enfermagem não ser ouvida quanto ao planejamento e à tomada de decisões da prática profissional persistem e interferem negativamente na saúde dos trabalhadores.

Ao mesmo tempo em que há evidente idealização do trabalho, há também a frustração pelo seu não reconhecimento, pela sua desvalorização. O “trabalho de enfermagem” é preservado pelas suas características históricas de cuidado ao outro, as causas da frustração e insatisfação ficam canalizadas para as condições de realização do mesmo. Essa idealização, além de ser uma construção histórica, e uma forma de controle, pode servir também como estratégia defensiva, assim os profissionais de enfermagem preservam um lugar onde se sintam úteis e de alguma forma valorizadas. O prazer no trabalho, nesse caso, está na execução de algo valorizado e reconhecido socialmente. (NORATO et al., 2009).

Para Norato et al. (2009) a má remuneração é um fator importante de insatisfação, considerando-se que na enfermagem, o exercício profissional exige grande responsabilidade. De acordo com o Núcleo de Apoio aos Estudos de Graduação (NAEG) do Hospital de Base de São José do Rio Preto, 20% dos enfermeiros que abandonam a profissão o fazem devido à baixa remuneração, e 58,8% estão insatisfeitos financeiramente, mas continuam exercendo a profissão.

Os relatos dos trabalhadores aponta a questão da remuneração como fator importante na satisfação desses em relação às atividades desenvolvidas e a relação direta dessa satisfação na condição adequada para o trabalhador defrontar os agravantes de doenças psicológicas.

Diante do exposto observou-se que a baixa remuneração é um dos fatores mais citados pelos profissionais como insatisfatórios. A frustração econômica, muitas vezes leva o profissional a assumir mais de um emprego para manter condições dignas de vida, ou então gera alta rotatividade e desligamento do emprego.(NORATO et al., 2009).

Uma alternativa para o profissional da área da saúde melhorar seus rendimentos é a busca pelo trabalho noturno.

Para Norato, et. al. o trabalho noturno, muitas vezes se configura em um atrativo para o profissional devido à possibilidade de acréscimo nos vencimentos com adicional noturno,

além de facilitar a conciliação de mais de um vínculo empregatício. Quando analisado sob esse aspecto, os trabalhadores enfrentam as dificuldades de uma forma mais otimista, podendo assim avaliar sua qualidade de vida da mesma forma que os trabalhadores diurnos.

O excesso de trabalho restringe as oportunidades de estar com a família, principalmente nos finais de semana, o que somado à proximidade dos plantões, à insuficiência de pessoal e de material, causam desgaste no trabalhador. Este trabalhador tem acúmulo de tarefas, compensando o quadro de funcionários incompletos sem possibilidades de prestar assistência integral ao paciente. (NORATO et al., 2009).

Alguns paradoxos administrativos determinam ações no intuito de reduzir custos para aumentar a rentabilidade das empresas cortando horas de mão de obra dispensando profissionais, aumentando jornada de trabalho com valores por horas trabalhadas reduzidas dentre outras.

A política atual de racionalização de recursos humanos, materiais e financeiros é responsável pelo achatamento salarial, levando a maioria desses profissionais à dupla jornada de trabalho. A não contratação de pessoal, mesmo para reposição de demissões ou aposentadorias, resulta em sobrecarga de trabalho para a equipe. Associado a isso, as restrições de recursos materiais exige a constante adaptação do profissional para a execução das tarefas diárias, significando muitas vezes, maior tempo despendido, o que contribui para a existência de um ambiente insatisfatório. (NORATO et al., 2009).

10 ORGANIZAÇÃO

Uma instituição com estrutura organizacional deficiente provoca um desgaste em seus trabalhadores.

Os trabalhadores percebem as condições de trabalho e sua organização como fator que causa desgaste. (NORATO et al., 2009).

Fatores como a ausência de privacidade, ou seja, local para a guarda de bolsas e pertences e refeitório para os funcionários, apresentam impacto na avaliação dos profissionais. A inadequação dos recursos humanos e materiais na unidade são outros pontos negativos percebidos por esses trabalhadores.

De acordo com Norato et al. (2009) os direitos dos trabalhadores com relação às boas condições no ambiente de trabalho têm sido alvo de discussões. No entanto, a equipe de enfermagem necessita conhecer melhor seus direitos e principalmente reivindicá-los quando

oportuno, principalmente quando está em questão a vida de seres humanos e sua respectiva saúde, lutando por melhores condições de trabalho para a classe.

Partindo da realidade prática, observa-se no cotidiano dos profissionais de enfermagem certo desconhecimento em relação ao processo de trabalho e sua relação com a saúde/doença ocasionado muitas vezes pelo despreparo desses profissionais em reconhecer o trabalho como um possível agente causal nos agravos à saúde, aliado à falta de informações sobre os riscos ocupacionais aos quais estão susceptíveis.(NORATO et al., 2009).

Por fim, a má qualidade de vida em uma ou mais dimensões dos profissionais da equipe de saúde interfere na dinâmica do atendimento, gerando um serviço de baixa qualidade na assistência aos pacientes.

11 ACIDENTES DE TRABALHO

Apesar de historicamente a categoria dos profissionais de saúde não ter sido considerada de alto risco para os acidentes e doenças profissionais, essa situação tomou novo rumo mediante estudos e estatísticas que confirmam que os profissionais de saúde, especialmente os trabalhadores das unidades hospitalares, estão sujeitos a maior número de riscos ocupacionais do que outras categorias.(NORATO et al., 2009).

A rotina de sujeição ao ambiente inadequado ao trabalho favorece aos agravos de saúde causando afetações físicas e psicológicas produzindo transtornos alimentares, de sono, de eliminações fisiológicas, cansaço, diminuição do estado de alerta, desordens familiares e neuroses. Esse quadro favorece ao aumento dos acidentes de trabalho e conseqüentes prejuízos de ordem pessoal e administrativa.

Como conseqüências da sobrecarga/excesso de trabalho, os estudos selecionados identificaram principalmente freqüentes acidentes com material perfuro cortante ou com fluidos e secreções corporais, problemas de saúde, como contusões, hipertensão arterial, alergias, epigastralgias, problemas musculoesqueléticos, adoecimento/sofrimentos mental, entre outros. (SCHMOELLER et al., 2011).

Para Norato, et. al., as condições inadequadas de trabalho são também determinantes na qualidade do atendimento prestado ao pessoal de enfermagem, ficando evidente que as características do cotidiano dos profissionais de enfermagem em grandes hospitais são causadoras de sofrimento físico e psíquico.

Ainda de acordo com Norato et al. (2009), os trabalhadores da área de saúde tendem a apresentar níveis altos de ansiedade, seja pelo contato com o sofrimento humano, com o processo de morte do paciente, seja pela divisão técnica ou social do trabalho.

Em busca do aumento dos rendimentos, a maioria dos profissionais de saúde escolhe trabalhar com mais de um vínculo empregatício, isso resulta em uma permanência muito elevada no local de trabalho reduzindo de forma lesiva o tempo de convívio com a família e gasto de horas com lazer ou outra atividade de equilíbrio. Segundo Norato, et. al. essa situação leva ao aumento do período de exposição aos riscos existente nesses locais, podendo haver prejuízo para sua qualidade de vida no trabalho.

Outro aspecto importante mencionado nos estudos é a diminuição no tempo para atividades de lazer e recreação, necessárias para a manutenção da saúde física e mental dos trabalhadores. Inúmeras vezes, a equipe de enfermagem apresenta uma sobrecarga laboral e um excesso na jornada de trabalho que afasta os trabalhadores do convívio social e familiar. Ainda é válido destacar que muitas vezes o trabalhador torna-se distante de seus familiares e de situações da vida diária devido às longas jornadas ou por trabalhar em dois ou três empregos, tornando-se alienado, irritado e estressado. (NORATO et al., 2009).

Para Norato, et.al., outra questão importante relacionada ao trabalho de enfermagem refere-se à sua pouca visibilidade e valor da divisão social do trabalho. Em quase todos os países do mundo, as condições de trabalho do pessoal de enfermagem não são satisfatórias, e vêm causando um desgaste físico e psicológico aos trabalhadores, além do estresse cada vez mais presente. Em decorrência da sobrecarga de trabalho e do sofrimento psíquico podem apresentar doenças como hipertensão arterial, diabetes mellitus, distúrbios ortopédicos, neurológicos, gástricos, psicológicos, etc. Esse conjunto de variáveis aponta para a necessidade de mais estudos nessa área e possíveis intervenções que conciliem as necessidades das empresas com o bem-estar dos trabalhadores.

A literatura mostra que, na maioria das vezes, em virtude desse quadro de agressões ao psicológico os profissionais reagem com ausências ao trabalho, comportamentos agressivos, descumprimento de normas e procedimentos adotados.

Estudos apontam que a rotina de trabalho dos profissionais de enfermagem é desgastante e falta tempo para o descanso. O intenso ritmo de trabalho, a exigência do conhecimento, de criatividade, de iniciativa e critérios rígidos de avaliação leva o profissional a queixar de dores de cabeça e nas costas, dificuldade de dormir e cansaço que não melhora com o descanso. O desânimo sentido pode se somar ao estado de cansaço ou fadiga, tornando-

se importante fator de desgaste mental. Em contrapartida, observou-se que tais queixas são expostas, mas não são vistas pelos mesmos como problemas de saúde, evidenciando assim a banalização da própria saúde. (NORATO et al., 2009).

Há o reconhecimento do ambiente hospitalar como insalubre, penoso e perigoso para os profissionais, sendo um local privilegiado para o adoecimento, com riscos de acidentes e doenças de ordem física. (SCHMOELLER et al., 2011).

Aparentemente, a atividade noturna pode apresentar uma redução de trabalho, entretanto o quantitativo de pessoal também é reduzido, elevando assim as cargas de trabalho, somando-se às cargas fisiológicas pelo horário noturno. (SCHMOELLER et al., 2011).

Quando os trabalhadores não estão adequados ao serviço e à função que exercem, isso contribui para o aumento de incidências aos prejuízos e acidentes ocorridos no local de trabalho, ao agravamento de alguma patologia que ele já possui e também nas desvantagens que isso traz para o atendimento prestado. (ALVES; SOUZA; MARGON, 2009).

Borges (2005) a este respeito esclarece:

(...) Nossos resultados apontam que as condições de trabalho de algumas ocupações/profissões de saúde de elevadas exigências de habilidades em lidar com pessoas (usuárias dos serviços), principalmente quando não requereram o serviço e/ou quando expõem o profissional a imprevisíveis riscos de rua, tornam alguns profissionais mais vulneráveis a sentimentos de conteúdos depressivos e de esgotamento. A reduzida experiência dos profissionais amplia tal vulnerabilidade. Pg. 277

12 O AUTOCUIDADO

A preocupação dos profissionais da saúde com a sua própria saúde é recente, pois estes concentram a sua atenção e assuntos relacionados ao aperfeiçoamento da sua atividade, no sentido de adquirir novos conhecimentos técnicos, uso de novos instrumentos e fármacos, entre outros, visando à melhoria na assistência aos pacientes, esquecendo-se do seu próprio cuidado, principalmente em relação aos riscos, aos que está exposto na realização de suas ações. (SILVA; PINTO, 2012).

Dessa forma é essencial a adoção de estratégias que possibilitem uma educação permanente, através de programas de treinamento, palestras, cursos e desenvolvimento pessoal, com a implantação de medidas que desenvolverão proteção adequada no ambiente de trabalho. (SILVA; PINTO, 2012).

Os trabalhadores de enfermagem durante a assistência ao paciente estão expostos a inúmeros riscos ocupacionais causados por fatores químicos, físicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos, incluindo os psicossociais, que podem ocasionar doenças ocupacionais e acidentes de trabalho. (SILVA; PINTO, 2012).

13 ASSÉDIO MORAL

O assédio moral é outra prática que participa de forma agravante na baixa qualificação do ambiente e das relações de trabalho. Os danos psicoemocionais são raramente percebidos de forma mediata. Os prejuízos financeiros e materiais percebidos pelos gestores normalmente são detectáveis já depois de longo tempo dessa prática.

O assédio moral é prejudicial à saúde do trabalhador, é como uma enfermidade que se alastra, podendo levar o trabalhador a condições frágeis de saúde. Como consequência do assédio moral e os seus danos à saúde, muitos profissionais têm sofrido com a síndrome de Burnout. (INTRODUÇÃO..., 2011).

Por outro lado, cabe esclarecer, conforme aponta Silva (2007 apud INTRODUÇÃO..., 2011), que para que seja caracterizado o assédio moral as humilhações realizadas, direta ou indiretamente, nas relações de trabalho não precisam acontecer necessariamente dentro do ambiente deste, mas que sempre seja em função dessa relação.

De acordo com Ferreira (2006 apud INTRODUÇÃO..., 2011) a ausência do verdadeiro sentido de trabalho, em um ambiente adverso, portanto psicologicamente áspero e pesado, repercute na saúde física, mental e emocional dos trabalhadores.

As mulheres são mais vulneráveis ao assédio moral por questões culturais, de submissão, fragilidades, sendo alvos de constrangimentos. (INTRODUÇÃO..., 2011).

Quanto aos assediados, eles são justamente aqueles que, de alguma forma, quebram a harmonia, porque questionam, sugerem e apontam problemas. São geralmente, pessoas que buscam soluções para o coletivo, que se preocupam com os demais, ou seja, são os questionadores. (INTRODUÇÃO..., 2011).

A violência moral ocorre sempre precedida da dominação psicológica do agressor e da submissão forçada da vítima, geralmente nasce com pouca intensidade, como algo inofensivo, mas que têm acarretado consequências acentuadas no desempenho laboral, vida social, familiar e, principalmente no estado de saúde do indivíduo. (JESUS; FONSECA).

Na formação acadêmica onde a visão cartesiana das especialidades permeia o “ser” Enfermeiro, pode muitas vezes incorrer em graves prejuízos para a imagem da categoria,

ocasionando nos embates e conflitos decorrentes do abuso de poder e falta de preparo ético. (JESUS; FONSECA).

Ao mesmo tempo o desconhecimento do tema vem a se constituir em uma atitude rotineira, qualificando-as como habitual no exercício profissional, passando muitas vezes despercebidas pelas partes envolvidas. Entendemos com isso que o desconhecimento seja um aspecto tão grave quanto à ação, tornando-a freqüente e intensa. (JESUS; FONSECA).

Nos conflitos saudáveis percebemos algumas características como: regras e tarefas claras, relações colaborativas, estratégias abertas e francas, relações interpessoais explícitas, conflito aberto, discussão e comunicação direta; por outro lado, no assédio moral percebemos: ambigüidade de regras, comportamento não colaborativo, estratégias equivocadas, relações interpessoais ambíguas, ações encobertas e negação de conflitos, comunicação oblíqua e evasiva. (JESUS; FONSECA).

14 CONCLUSÃO

A expectativa de trabalhar no serviço de atendimento móvel de urgência desenvolve um paradoxo profundo enquanto profissional da área da saúde. A satisfação em poder fazer a diferença na qualidade de vida dos nossos clientes é algo fantástico, atender uma ocorrência em que nossos recursos técnicos, nossos treinamentos, nossa atuação e procedimento consigam melhorar e não poucas vezes resolver a demanda que nos foi passada provoca um alto nível de satisfação no trabalho.

Por outro lado, questões como a ingerência e defasagem na organização e qualificação da recepção das chamadas na central de regulação, as tensões e sensação de desrespeito pelo nosso trabalho enquanto nos relacionamos com as unidades de saúde para as quais somos destinados em dar continuidade no atendimento dos nossos clientes, provocam um estresse persistente.

Outro ponto extremamente negativo no desenvolvimento do serviço é a sensação de abandono que é perceptível no tocante à questão emocional e de adoecimento mental que por vezes é vivenciado na relação entre os servidores, durante conversas informais, pois a grande maioria se nega a buscar avaliação especializada.

A questão de remuneração financeira e de condições de trabalho e repouso (descompressão) é outro ponto muito forte e incisivo para nos dar suporte na qualidade do nosso desempenho.

Eventualmente existe um tempo razoável de descanso entre uma ocorrência e outra. Hoje contamos com cinco viaturas disponíveis para atendimentos em Ceilândia, quando todas estão ativas contamos com quinze servidores, que atuam nas ruas. Este momento que conseguimos nos encontrar permite interatividade, discussão de casos, alimentação (lanches), momentos lúdicos, onde podemos extravasar com sorrisos, e lágrimas se importante for.

Contudo existem dificuldades em fixar este local que chamamos de base, pois é onde ficamos baseados aguardando as chamadas. Atualmente possuímos dois lugares diferentes onde fica estipulada pela chefia qual equipe permanecerá em cada lugar, antes desta divisão de lugares, tivemos a oportunidade de experimentar um local onde todos permaneciam juntos, mas como esta sala foi ficando pequena então tivemos que buscar alternativas e a única encontrada até o momento foi separando as equipes, o que parece uma atitude simples, mas afetou diretamente as equipes emocionalmente, devido ao desejo de todos estarem sempre juntos quando possível, considerando também que as equipes não são fixas, então há um rodízio de encontro entre os sessenta e sete servidores que atuam neste núcleo.

Existe entre os servidores um grande envolvimento pessoal um laço familiar este grupo de servidores estão juntos no mesmo núcleo há mais de cinco anos, uma vez que passamos a maior parte do tempo no trabalho, os colegas de trabalho são aqueles que oferecem a escuta, oferecem apoio. Utilizarem um único ambiente era uma forma de estarmos em um consultório informal de psicologia, onde havia terapia individual e de grupo, o que proporcionava uma renovação de energia a cada ocorrência.

Alguns componentes da equipe realizam suas funções no SAMU/DF, há oito anos, ou seja, estão aqui desde o início, como mencionado existe um prazer e uma realização em trabalhar salvando vidas, contudo sempre vamos nos deparar com limitações inclusive as do corpo físico, o cansaço e as dores por vezes ocasiona a conclusão de que talvez já esteja na hora de atua e outros setores onde exija menos esforço físico, mas a política da Secretária de Saúde do DF não favorece esta decisão.

A transferência para outro local de trabalho depende rigorosamente de uma permuta, com autorização das chefias, ou seja, tem que haver uma pessoa capacitada (treinada) para ocupar o lugar de algum samuzeiro, e este processo leva tempo e muitos não, causando desgaste e comodismo a fim de evitar todo um processo lento que gera expectativas que nem sempre são alcançadas, a única forma de alcançar essa mudança de local de trabalho dentro da Secretária é através de atestados (relatórios) médicos, o que humanamente causa uma enorme tristeza, uma vez que dependemos de um relatório médico para confirmar o desgaste físico, significa estar adoecido em um grau já avançado, conseqüentemente e lamentavelmente tornado a nossa qualidade de vida abaixo das nossas expectativas.

Diante destas e outras situações que vivenciamos, vale sugerir também que as organizações avaliem os fatores de insatisfação do trabalho e suas repercussões para o profissional de enfermagem, juntamente com a valorização da saúde deste profissional para que este possa realizar uma assistência de melhor qualidade o que, conseqüentemente, contribuirá para o sucesso da instituição.

Além disso, é importante que estes profissionais se façam perceber através do cotidiano mais revelador e com transformações, a fim de serem tratados com a sua devida importância e acima de tudo consigam conquistar o seu reconhecimento, através da competência, da luta, da politização, da organização da categoria, do posicionamento na equipe e na instituição, e da realização de um trabalho de qualidade. (NORATO et al., 2009).

É importante para estes trabalhadores que fossem oferecidos equipamentos que contribuam na preservação da sua saúde, hoje contamos com os equipamentos obrigatórios de segurança no trabalho, os coturnos, os capacetes, os uniformes e capas de chuva, além dos

exigidos pela categoria que seria mascarar e luvas fornecidas pelos hospitais, mas o tempo que estes subsídios levam para ser gastos é muito menor que o tempo em que a instituição promove a troca dos mesmos fazendo com que os servidores arquem com as despesas de novos equipamentos inclusive uniformes.

Podem também ser oferecidos outros equipamentos físicos que não constam como obrigatórios, mas são importantes na preservação da saúde, como cintas que possam proteger a coluna que recebe muito impacto com o peso que temos que levantar todos os dias, meias compressivas a fim de evitar o desenvolvimento de varizes e promover o alívio das dores nas pernas, protetores auriculares e óculos de proteção com resistência e vedação e utilização do maior número possível de materiais descartáveis.

Contudo na preservação da saúde mental poderíamos receber acompanhamento psicológico e psiquiátrico nos casos que necessitem, oferecido pela instituição, uma vez que atualmente contamos com uma AVALIAÇÃO psicológica, pois saber da necessidade deste tipo de acompanhamento devido ao tipo de trabalho que desenvolvemos já sabemos.

No que diz respeito à avaliação de saúde no geral, recebemos todos os anos a solicitação de exames periódicos após o médico avaliar os resultados é solicitada avaliação especializada

De acordo com a necessidade individual, lembrando que atendimentos especializados exigem alto custo, e se for buscado dentro da própria secretaria de saúde caso não seja na camaradagem de outros colegas de profissão, a possibilidade de conseguir esta consulta é quase nula, principalmente falando dos acompanhamentos psicológicos e psiquiátricos.

Enquanto profissionais não podemos nos eximir também dos fatores que são nossas responsabilidades em autocuidado. Para que a qualidade de vida e a preservação da saúde para trabalhadores em especial os da área da saúde, os cuidados e prevenções devem ficar aos cuidados de uma parceria formada com a instituição e o profissional, temos que estar atentos a boas práticas que nos dias atuais são indispensáveis, como prática de exercícios físicos e qualidade na alimentação.

De acordo com os profissionais específicos manter uma alimentação saudável e movimentar o corpo de forma a promover o bem estar, encontra-se ao alcance de todos. Só depende exclusivamente do desejo individual, inclusive a preocupação com sua carga horária de trabalho uma vez que temos a opção de escolher entre vinte e quatro ou quarenta horas semanais e o acréscimo de horas extras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Aline Fernandes; SOUZA, Natália Maria Nogueira de; MARGON, Sandra Maria Coelho Diniz. Perfil profissiográfico dos enfermeiros do serviço de atendimento móvel de urgência. *Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG-V.2-N.2-Nov./Dez. 2009.*

BERGER, Wuiliam; MENDLOWICZ, Mauro. Vitor; SOUZA, Wanderson F.; FIGUEIRA, Ivan. Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Cividian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático.- *RevPsiquiater Rio Gd ...*, 2004 - SciELO Brasil. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n2/v26n2a06>

BORGES, Livia de Oliveira. Os profissionais de saúde e seu trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

BRANT, Luiz Carlos; GOMEZ, Carlos Minayo. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n1/19838.pdf>.

CASTRO, Aline Garcia de; BUENO, Isabela; LIMA, Luara Paula; PRADO, Michelly do; VASQUEZ, Georgiane. Estresse no trabalho. *Revista Secretariado em revista, Faculdade Sant'ana*, 2009. Disponível em: http://www.iessa.edu.br/cursos/secretariado/revista_eletronica.pdf#page=12

CORNELIUS, Adriane; CARLOTTO, Mary Sandra. Síndrome de Burnout em profissionais de atendimento de urgências. *Revista psicologia em foco*. 2014. Disponível em: <http://www.revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/1125>

COSTA, Ileno da; SILVA, Elisa Alves da. Dores dos “cuidadores” em saúde mental. Ed: Universidade de Brasília, 2013.

COSTA, Ileno Izidioda. *Intervenção Precoce e Crise Psíquica Grave: fenomenologia do sofrimento psíquico./ organização de Ileno Izidio da Costa./ Curitiba: ed. Juruá, 2013. Vários autores.*

DINIZ, Gláucia; MENEZES-VASQUES, Iône; TAVARES, Marcelo; LIMA, Maria Elizabeth Antunes; CODO, Wanderley. O trabalho enlouquece: um encontro entre a clínica e o trabalho./ organização de Wanderley Codo./ Ed. Vozes. Petrópolis. 2004.

FLEMING, Manuela. Dor sem nome. Pensar o sofrimento. Biblioteca das ciências do homem. Porto: Afrontamento, 2003. Resenha. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v42n2/v42n2a16.pdf>.

FRANÇA, Salomão Patricio de Souza; MARTINO, Milva Maria Figueiredo de; ANICETO, Edna Veríssimo dos Santos; SILVA, Lemoel Leandro. Preditores da síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré hospitalar. *Acta paul. enferm.* vol.25 no.1 São Paulo 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000100012&script=sci_arttext.

FREUDENBERGERR. H. STAFF Burnout. J. Social Issues, v 30.Ano 1974.

GLINA, Débora Miriam Raab; ROCHA, Lys Esther. Saúde mental no trabalho: da teoria à prática. Ed. Roca. 2010.

KOERICH, Magda Santos; MACHADO, Rosani Ramos; COSTA, Eliani. Ética e Bioética: Para dar início à reflexão. Ano 2005.

MALLMANN, Clarice Schoenardie – Psicóloga; PALAZZO, Lilian S.; CARLOTTO, Mary Sandra; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. Fatores associados à síndrome de Burnout em funcionários públicos municipais. Universidade Luterana do Brasil – Canoas. Psicologia: Teoria e Prática – ano 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872009000200006&script=sci_arttext.

Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção especializada. Coordenação-geral de urgências e emergências. Legislação. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/saude_urgencia_emergencia.pdf. Acesso em: Jan. 2015.

MUROFUSE, N.T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. Ver. Latino. Am. Enfermagem, v 13, p. 255 – 261, 2005.

PEREIRA, Marta Cristiane Alves; FÁVERO, Neide. Motivação no trabalho da equipe de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem vol.9 no.4 Ribeirão Preto ano 2001.

PROSDÓCIMO Ana Claudia Ciaxa; LUCINA, Luciane Boreki; OLANDASKI, Marcia; JOBS, Priscila Megda João; SCHIO, Nicolle Amboni; BALDANZI, Fernanda Fachin; CONSTATINI, Constatino Ortiz; PEREIRA, Ana Maria Teresa Benevides; SOUZA, Luiz Cesar Guarita; NETO, José Rocha Faria. Prevalência da Síndrome de Burnout em pacientes hospitalizados com síndrome coronariana aguda.

Política Nacional de Atenção às Urgências – Ministério da Saúde. Serie E. Legislação de Saúde. Versão Preliminar 1ª reimpressão. Brasília/DF. Ed. M.S. 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf

RIBEIRO, Adriana; AMERICO, Leodania Aparecida; SCHWALM, Magda T.; FELTRIN, José Otávio; SANTOS, Rosane dos. Autonomia e empoderamento do enfermeiro atuante na área hospitalar. Hist. enferm,Rev. eletrônica, v. 2, n. 1, p. 95-104], 2011. APA. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n3vol1artigo6.pdf>.

SILVA, Cinthya Danielle de Lima e; PINTO, Wilza Maria. Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar: Fatores que favorecem a sua ocorrência na equipe de enfermagem. Faculdade de Integração do Sertão, Serra Talhada – PE. Revista de Enfermagem. Saúde Coletiva em Debate, 2(1), 62-29, dez. 2012.

SILVA, Tatiana Detzel da; CARLOTTO, Mary Sandra. Síndrome de Burnout em trabalhadores da enfermagem de um hospital geral. Revista SBPH v.11 n.1 Rio de Janeiro jun. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100009

TV CULTURA. Café Filosófico. As transformações no sofrimento psíquico. Disponível em:
<https://www.youtube.com/watch?v=bIhdaluDUcQ>.

TRIGO, Telma Ramos; TENG, CheiTung; HALLAK, Jaime Eduardo. Síndrome de Burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Revista de Psiquiatria Clínica. 2007.

UMANN, Juliane; BEUTER, Margrid; BRONDANI, Cecilia Maria; SZARESKI, Charline; SOUZA, Luciane de; QUINHONES, Sabrina Wiethan; TADIELO, Bruna, Zurechetto. Relações de trabalho da equipe de enfermagem no processo de cuidar e educar.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Guidelines for the Primary Prevention of Mental, Neurological and Psychosocial Disorders: Staff Burnout. Geneva: Division of Mental Health Organization, 1998, p 91 – 110.