



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS  
MESTRADO ACADÊMICO EM  
POLÍTICAS PÚBLICAS E SOCIEDADE**

**ANA MARIA ALMEIDA MARQUES**

**CONDIÇÕES E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DAS  
EQUIPES DO SAMU/RMF: RISCOS E AGRAVOS  
DAQUELES QUE TRABALHAM CONTRA O TEMPO**

**FORTALEZA - CEARÁ  
2013**

**ANA MARIA ALMEIDA MARQUES**

**CONDIÇÕES E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DAS EQUIPES  
DO SAMU/RMF: RISCOS E AGRAVOS DAQUELES QUE  
TRABALHAM CONTRA O TEMPO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade do Centro de Estudos Sociais Aplicados, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Sociedade. Área de Concentração: Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. João Bosco Feitosa dos Santos

**FORTALEZA - CEARÁ  
2013**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação**  
**Universidade Estadual do Ceará**  
**Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho**  
**Bibliotecário Responsável – Francisco Welton Silva Rios – CRB-3 / 919**

M357c Marques, Ana Maria Almeida  
Condições e organização do trabalho das equipes do SAMU/RMF: riscos e agravos daqueles que trabalham contra o tempo / Ana Maria Almeida Marques. — 2013.  
CD-ROM. 171 f. ; il. (algumas color.) : 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, Fortaleza, 2013.  
Área de Concentração: Políticas Públicas e Sociedade.  
Orientação: Prof. Dr. João Bosco Feitosa dos Santos.

1. Trabalho – condição. 2. Trabalho – organização. 3. SAMU. 4. Urgência. Título.

CDD: 331.8



Universidade Estadual do Ceará  
 Centro de Humanidades  
 Centro de Estudos Sociais Aplicados  
 Programa de Mestrado Acadêmico em Políticas  
 Públicas e Sociedade

MESTRADO ACADÊMICO EM  
**POLÍTICAS PÚBLICAS**  
 e  
**SOCIEDADE**

**ANA MARIA ALMEIDA MARQUES**

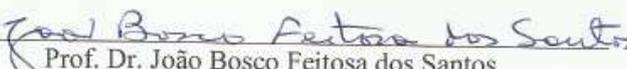
**“CONDIÇÕES E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DAS EQUIPES DO SAMU/RMF:  
 RISCOS E AGRAVOS DAQUELES QUE SEMPRE TRABALHAM CONTRA O TEMPO”.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Sociedade.

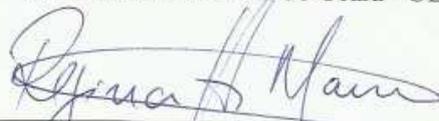
Área de concentração: Políticas Públicas

Aprovada em: 18/03/2013

BANCA EXAMINADORA

  
 Prof. Dr. João Bosco Feitosa dos Santos  
 (Orientador)  
 Universidade Estadual do Ceará – UECE

  
 Prof. Dr. João Tadeu de Andrade  
 Universidade Estadual do Ceará - UECE

  
 Prof. Dra. Regina Heloisa Mattei de Oliveira Maciel  
 Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Campus do Itapery - Bloco do Centro de Estudos Aplicados - CESA | Av Paranjana, 1.700 - 60.740-000 - Fortaleza-CE  
 Brasil

Fone/Fax: 85 3101.9887 | mapps@uece.br / politicasuece@gmail.com | www.uece.br/politicaspUBLICAS



Universidade Estadual do Ceará  
 Centro de Humanidades  
 Centro de Estudos Sociais Aplicados  
 Programa de Mestrado Acadêmico em Políticas  
 Públicas e Sociedade

MESTRADO ACADÊMICO EM  
**POLÍTICAS PÚBLICAS**  
 e  
**SOCIEDADE**

**FOLHA DE AVALIAÇÃO**

**Título da dissertação: “CONDIÇÕES E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DAS EQUIPES DO SAMU/RMF: RISCOS E AGRAVOS DAQUELES QUE SEMPRE TRABALHAM CONTRA O TEMPO”.**

**Nome da Mestranda: Ana Maria Almeida Marques**

**Nome do Orientador: Prof. Dr. João Bosco Feitosa dos Santos**

**BANCA EXAMINADORA:**

*João Bosco Feitosa dos Santos*  
**Prof. Dr. João Bosco Feitosa dos Santos**  
 Orientador

*João Tadeu de Andrade*  
**Prof. Dr. João Tadeu de Andrade**  
 1º Examinador

*Regina Heloisa Mattei de Oliveira Maciel*  
**Profa. Dra. Regina Heloisa Mattei de Oliveira Maciel**  
 2º Examinador

**Data da Defesa: 18/03/2013**

**Conceito obtido: Satisfatória**

Campus do Itapery - Bloco do Centro de Estudos Aplicados - CESA | Av Paranjana, 1.700 - 60.740-000 - Fortaleza-CE  
 Brasil

Fone/Fax: 85 3101.9887 | mapps@uece.br / politicasuece@gmail.com | www.uece.br/politicaspúblicas

“Eu tenho que cuidar do paciente como se fosse alguém meu. Ali é uma pessoa, é um pai, é uma mãe, é um irmão, entendeu? A questão da humanização mesmo precisa existir, pois tem que ser humanizado; tem que ser trabalhado; tem que ser oferecido condição: condição psicológica para os profissionais, cursos e mais cursos, o que puder ser feito. Porque não adianta capacitar profissionais na teoria, no atendimento pré-hospitalar que não vai mudar o coração. Mas eu acho que o profissional tem que ser visto com mais carinho. A gente precisa ter uma condição melhor de trabalho, porque muitas vezes não é só o material que nos impede de fazer um bom serviço não. Muitas vezes é essa questão mesmo da falta de reconhecimento”. (Técnica de Enfermagem do SAMU/RMF).

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus familiares e em especial ao meu filho, Aaron Marques, que me enche de alegrias desde quando chegou na minha vida.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por tantas bênçãos recebidas e a quem louvo pela existência e pelo dom da vida.

O que caminhei para chegar ao final deste trabalho dissertatório foi construído em um passo a passo que contou com a companhia e contribuição de diversas pessoas. Nestas linhas, expresso a minha gratidão a quem não desistiu de mim, não me deixou só nesse período em que se alternaram ausências, presenças, conversas corridas, cafés compartilhados, medos, limitações, ansiedades, inseguranças, planos e risos. Afinal, sorrir é fundamental quando se luta pelo que acredita.

Ao Professor Bosco Feitosa, pela paciência, apoio e orientação.

A todos os meus diletos professores do Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade da Universidade Estadual do Ceará. Em particular, aos professores João Tadeu de Andrade, Regiane Leila Medeiros e Regina Maciel. O meu agradecimento fraterno ao professor Hermano Machado, pelos conselhos, sabedoria e presença serena. Também aos professores Ricardo Linconl Laranjeiras Barrocas e Alba Pinho.

Aos meus pais, Jaime Marques (*in memoriam*) e Abigail Marques, pessoas de quem me orgulho e que significam exemplos de persistência, luta e dignidade.

Aos meus irmãos, Jamil Marques, Dione Marques e Léia Marques, por todo o apoio, atenção, amparo, conselhos e lealdade, que sei, é por toda a vida. Aos meus sobrinhos, a quem sempre dedico as minhas preces.

Às queridas Cristina, Ângela e Débora, pela forma atenciosa, profissional e carinhosa de me tratarem no decorrer dessa convivência na academia que ora se encerra.

Aos doutores Alci Pinheiro, Gilson Melo e todos do SAMU/CE. Em especial a Val e Mirelli e demais profissionais do SAMU/RMF, pela colaboração, apoio e receptividade. Registro aqui a minha admiração pelo trabalho extraordinário que os “samuzeiros” desenvolvem em prol do próximo.

Aos meus amigos e colegas de mestrado, pelas boas conversas, alegria, presença verdadeira, provocações importantes, parcerias significativas, enfim, pelos momentos e oportunidades que experimentamos juntos. Vocês me enriqueceram e ensinaram muito.

Aos meus amigos amados, sempre por perto, mesmo que estejam longe. E com o desejo de não esquecer ninguém, designo alguns, lembrando que, pelo cansaço, posso até não ter todos os nomes na memória, mas trago-os no coração. Aos amados Felipe Rinaldi, Sandro George, Naná, Papá, Zildinha, Paulo Petrola, Dainha Araújo, Odete Lima, Clara Petrola, Arthur Petrola, Genílria Maia, Luiz Alberto, Karina Loiola, Disraelly Calaça, Ana Cançado, Eniana Pacheco, Graça Lessa, Ana Rios, Márcia Silvestre, Nise Bessa e dona Clara, Paulo Passos, Régia Macedo, Ana Alice, Ticiana Carvalho, Carmilla Carvalho, Baby Ben, Didi, Carminha Walbruni, Elane Donato, Jamison Coe, Teresa Esmeraldo, Luiz Pollini, Hortência Tchian, Rainar Ribeiro, Mariana Lessa, Jordete Gomes, Ana Rachel, Nazaré Lima, Nicinha Feitosa, Pedro Alcântara, Larissa Moraes, Dra. Neide Almeida, Sarah Lima, Ângela Madeiro, Sâmea Alves, Lara Cruz, Irlena Malheiros, Gorete Oliveira, Izaildo Mota, Socorro Tabosa, Kássia Andrezia, Maia Filho, Dr. Valdeci Filho, Priscila Brito, Gislânia Silva, João Miguel, Sandra Victor, Isabelle Starling, Hugo Maia, Márcia Araújo, Jacinta Granjeiro, Verônica Corpe, Sandra Lopes e Milane Benevides.

Às amigas Anna Cleise, Marcelle Romcy e Gizela Oliveira, *in memoriam*, para quem a vida continua.

Também declino meus agradecimentos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que, através de bolsa de estudos, contribuiu para a realização deste trabalho.

Finalmente, gostaria que se sentissem abraçados e acolhidos pelo meu sentimento de gratidão, todos os que estiveram e se mantêm em minha vida, como parte desta história que está em pleno caminhar.

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo investigar as condições e organização do trabalho dos profissionais integrantes das unidades móveis do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Região Metropolitana de Fortaleza – SAMU/RMF. Utilizou-se metodologia de natureza qualitativa a partir da entrevista semiestruturada e da observação, além de pesquisa bibliográfico-documental, o que possibilitou análise mais aprofundada e articulada das informações coletadas no campo. A organização do trabalho encontrada é precária, principalmente pela natureza do vínculo empregatício estabelecido entre os trabalhadores do SAMU/RMF e a administração no qual um contingente significativo dos entrevistados é terceirizado. Outros aspectos que comprometem a organização do trabalho se voltam para a integração entre os componentes da Rede de Atenção às Urgências, bem como os próprios integrantes das equipes das unidades móveis tipo USA e USB. Há também que se mencionar que o parâmetro utilizado para a avaliação das equipes se sustenta no binômio “tempo-resposta” é incompatível com a realidade dos trabalhadores do SAMU/RMF, o que lhes causa grande insatisfação, dada a falta de manutenção periódica das unidades móveis, longas distâncias geográficas a serem percorridas até as unidades de saúde destino e a péssima conservação das rodovias. A condição do trabalho tem como aspecto positivo a provisão dos insumos utilizados nos atendimentos e dispostos nas unidades móveis, abastecidas pela área da dispensação. Todavia, há aspectos que dificultam o trabalho no que se refere às suas condições, tais como: o comprometimento da funcionalidade plena de algumas unidades móveis por falta de manutenção, o que expõe equipes e pacientes a diversos riscos; estrutura física de algumas bases descentralizadas inadequadas para oferecer o necessário repouso aos grupos de trabalho. Há também dificuldades da administração em perceber ou receber como adoecimento ou agravo à saúde sintomas de pânico, choro, angústia, encaminhando tais casos, quando manifestados, ao Núcleo de Treinamento em Urgência – NEU, por serem interpretados como falta de treinamento ou mesmo não adaptação ao posto de trabalho. No contexto deste estudo constatou-se que a precariedade leva a um comprometimento de toda a Rede de Atenção às Urgências – RAU, fragilizando todos aqueles que a compõem, levando à precarização do trabalho e consequente adoecimento do trabalhador.

Palavras chave: SAMU; Condição de trabalho; Organização do trabalho; atendimento de urgência.

## ABSTRACT

The present study has its objective on the investigation of the conditions and work organization of professional members of the mobile units of the SAMU of the Metropolitan Region of Fortaleza called SAMU/RMF. The methodology used was qualitative from the semistructured interview and observation as well as bibliographic and documental which allows further analysis and articulate the information collected in the field. The profile of workers who participated in the study mostly consisted of male gender, married, with an average time working in healthcare for around 13 years and at SAMU/RMF for 03 years. It was raised that most respondents members of the mobile units have a second labor activity. The work organization found is precarious mainly by the nature of the employment relationship established between workers from SAMU/RMF and the administration represented by SAMU/Polo I/EC in which a significant proportion of respondents is outsourced. Other aspects that affect the organization turn to the integration between the components of the Emergency Care Network as well as members of their own staff of mobile units types USA and USB and the components of the Central Regulatory. We must also mention that the parameter used for the evaluation of staffs is based on the response time binomial and it is incompatible with the reality of workers SAMU/RMF what causes them great dissatisfaction given the lack of periodic maintenance of mobile units and geographical distances to be traveled by the target health facilities and also the poor maintenance of the highways. The positive condition of the work is the health inputs provision used in the care and placed in the mobile units and fueled by the dispensing area. Although there are aspects that hinder the work with regard to their conditions which are the commitment of the full functionality of some mobile units for lack of maintenance that exposes staff and patients to various risks. Physical structure of some decentralized bases are inadequate to provide the necessary rest to the working groups. The uniforms are uncomfortably hot and they are spread in insufficient numbers for replacement. There are also difficulties for the administration to receive notices such as illness or health problem symptoms of panic, crying, anxiety, forwarding such cases when expressed to Core Training Urgency called in Portuguese as NEU. It has being interpreted as a lack of training or even no adaptation the job as the worker away in the latter case assumes other responsibilities then his previously routine. In the context of this study it was found that job insecurity leads to compromise the entire network for Attention to Emergencies called RAU. It has been weakening those who compose it also favoring practices that continually require the worker adequate answers to complex situations that are not faced with reality parameters which ends to weakening people and keeping them in precarious situations which leads them to the casualization of labor and consequently to illness.

Keywords: SAMU; Working Condition; Organization of work, emergency care

## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	14
LISTA DE FIGURAS .....	16
LISTA DE TABELAS.....	18
1. INTRODUÇÃO.....	19
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	25
2.1 O método e a natureza da pesquisa.....	25
2.2 O local da pesquisa (o campo).....	27
2.3 A abordagem dos sujeitos da pesquisa .....	36
3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA .....	42
3.1 Políticas Públicas de Saúde no Brasil.....	43
3.2 Considerações sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e a criação das políticas públicas de urgência.....	51
3.3 As políticas públicas de saúde e a saúde do trabalhador da saúde do SAMU/RMF .....	55
4. O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU).....	70
4.1 Histórico do SAMU no Brasil .....	71
4.2 SAMU no Ceará: estrutura do sistema de atendimento do SAMU Polo I /CE (SAMU/RMF).....	80
5. A ORGANIZAÇÃO E AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DO SAMU/RMF: DO QUE FALAM OS SUJEITOS ENVOLVIDOS .....	89
5.1 A organização do trabalho.....	93
5.1.1 O ingresso no SAMU/RMF – processo seletivo e admissão.....	97
5.1.2 A natureza do vínculo empregatício .....	99
5.1.3 O processo de treinamento .....	100
5.1.4 As escalas de trabalho .....	102
5.1.5 A relação entre as equipes das unidades móveis e a CR.....	103
5.1.6 A integração entre as equipes das unidades móveis USA e USB.....	105
5.1.7 A integração do SAMU/RMF com os demais componentes da RAU .....	107
5.2 A condição do trabalho.....	109
5.2.1 A estrutura física do SAMU .....	112
5.2.2 Os uniformes.....	123
5.2.3 As unidades móveis – condições das viaturas.....	125
5.2.4 Os riscos do trabalho.....	128
5.2.5 Avaliação do trabalho .....	130
5.2.6 A motivação para o trabalho.....	132
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	134
BIBLIOGRAFIA.....	139
APÊNDICES.....	151
Apêndice A: Perfil das equipes entrevistadas .....	152
Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	155
Apêndice C: Roteiro base para as entrevistas de campo.....	156
Apêndice D: Portarias publicadas pelo Ministério da Saúde que disciplinam e uniformizam o atendimento pré-hospitalar. Também configuram a estruturação do SAMU .....	157

ANEXOS.....	159
Anexo A: Mapa com a nova configuração do SAMU/Polo I/CE.....	160
Anexo B: Relação dos códigos de atendimento.....	161
Anexo C: Materiais (Insumos) que equipam as Unidades Móveis para o Atendimento de Urgência.....	162
Anexo D: Relatório de atendimento do SAMU/POLO I/CE.....	165
Anexo E: Formulário a ser preenchido após atendimento e apresentado à dispensação para que reponha o que foi utilizado pela unidade móvel.....	166
Anexo F: Relatórios expedidos pelo SAMU/POLO I/CE referentes aos tipos de atendimentos realizados no período entre 01/01/2011 a 30/11/2012.....	167
Anexo G: Representação do funcionamento da RAU – articulação com os demais componentes do Sistema Único de Saúde.....	168

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANTD	– Agenda Nacional de Trabalho Decente
APH	– Atendimento Pré-Hospitalar
AR	– Atendimento de Resgate
AVC	– Acidente Vascular Cerebral
CAT	– Comunicação de Acidente de Trabalho
CEREST	– Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIB/CE	– Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Ceará
CID	– Classificação Internacional de Doenças
CNS	– Conselho Nacional de Saúde
COND	– Condutor de Veículo de Urgência
COPAS	– Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde
CORES	– Coordenação das Coordenadorias Regionais de Saúde
COSEMS/CE	– Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Ceará
CR	– Central de Regulação
CTC	– Companhia de Transporte Coletivo do município de Fortaleza
DATASUS	– Departamento de Informática do SUS
DEGERTS	– Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
EMLURB	– Empresa Municipal de Limpeza e Urbanização do município de Fortaleza
ENF	– Enfermeiro(a)
FNSUS	– Força Nacional do Sistema Único de Saúde
GM	– Gabinete do Ministro da Saúde
GPS	– Sistema de Posicionamento Global
GSU	– Grupo de Socorro de Urgência – Corpo de Bombeiros
HGF	– Hospital Geral de Fortaleza
IJF	– Instituto Dr. José Frota
ISSEC	– Instituto de Saúde dos Servidores do Estado do Ceará
LC	– Lei Complementar
MAPP	– Monitoramento de Ações e Programas Prioritários do Governo do Estado do Ceará
MEC	– Ministério da Educação
MED	– Médico(a)
MS	– Ministério da Saúde
NOAS	– Norma Operacional da Assistência à Saúde

OMS	– Organização Mundial da Saúde
OPAS	– Organização Pan-Americana de Saúde
PDR	– Plano Diretor de Regionalização
PFST	– Programa de Formação em Saúde e Trabalho
PFST	– Programa de Formação em Saúde e Trabalho
PNAU	– Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH	– Política Nacional de Humanização do SUS
PNH/HumanizaSUS	– Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS
PPI	– Programação Pactuada e Integrada
PRF	– Polícia Rodoviária Federal
PS	– Posto de Saúde
PSF	– Programa de Saúde da Família
RAS	– Rede de Atenção em Saúde
RAU	– Rede de Atenção às Urgências
RMF	– Região Metropolitana de Fortaleza
SAMU	– Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU/CE/Polo I	– Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Estado do Ceará (composta por 41 municípios)
SAMU/RMF	– Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Região Metropolitana de Fortaleza
SAPH	– Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar
SESA	– Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Ceará
SGTES	– Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIM	– Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	– Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
SUS	– Serviço Único de Saúde
TCU	– Tribunal de Contas da União
TEF	– Técnico(a) de Enfermagem
UPA	– Unidade de Pronto Atendimento
USA	– Unidade Móvel de Suporte Avançado
USB	– Unidade Móvel de Suporte Básico
VIR	– Veículo de intervenção rápida (viaturas 4 x 4)

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa da área geográfica coberta pelo SAMU/Polo I/CE.....	28
Figura 2: Mapa da RMF com destaque nas localidades que foram objeto da pesquisa de campo.....	29
Figura 3: Organização estrutural e funcional do SAMU/POLO I/CE .....	83
Figura 4: Totem padrão na entrada do SAMU Eusébio – Base Centralizadora do SAMU/Polo I/CE. ....	114
Figura 5: Entrada da recepção do SAMU Eusébio – Base Centralizadora do SAMU/Polo I/CE. ....	114
Figura 6: Vista para o abrigo das unidades móveis no SAMU Eusébio – Base Centralizadora do SAMU/Polo I/CE .....	115
Figura 7: Imagem da área externa da base descentralizada SAMU/Maracanaú.....	116
Figura 8: Ambulância e motolância na área externa da base descentralizada SAMU/Maracanaú. ....	116
Figura 9: Vista do acesso aos repousos e ambulâncias estacionadas na área externa da base descentralizada SAMU/Maracanaú. ....	116
Figura 10: Fachada da base descentralizada do SAMU/Caucaia.....	117
Figura 11: Abrigo para as unidades móveis e área de convivência da base descentralizada do SAMU/Caucaia. ....	117
Figura 12: Entrada para os repousos e área de convivência da base descentralizada do SAMU/Caucaia. ....	118
Figura 13: Fachada da base descentralizada SAMU/São Gonçalo do Amarante/Croatá ...	118
Figura 14: Coberta da base em telha de amianto e localização da base descentralizada SAMU/São Gonçalo do Amarante/Croatá às margens da BR-222.....	119
Figura 15: Copa da base descentralizada SAMU/São Gonçalo do Amarante/Croatá.....	119
Figura 16: Cartaz afixado na copa da base descentralizada SAMU/São Gonçalo do Amarante/Croatá. ....	119
Figura 17: Repousos masculino e feminino (respectivamente) da base descentralizada SAMU/São Gonçalo do Amarante/Croatá.....	120
Figura 18: Recipientes para armazenamento de água e porta de acesso externo à copa da base descentralizada SAMU/São Gonçalo do Amarante/Croatá.....	120
Figura 19: Portão de acesso à base descentralizada SAMU/Maranguape.....	121

Figura 20: Fachada da base descentralizada SAMU/Maranguape.....	121
Figura 21: Vista da entrada da base descentralizada SAMU/Maranguape com vista para o abrigo das unidades móveis de atendimento .....	121
Figura 22: Entrada do corredor interno do hospital que dá acesso à base descentralizada SAMU/Maranguape .....	122
Figura 23: Uniforme utilizado pelos integrantes do SAMU/RMF.....	123
Figura 24: Área interna da Unidade Móvel de Suporte Avançado – USA.....	125
Figura 25: Área interna da Unidade Móvel de Suporte Avançado – USA.....	126
Figura 26: Unidade móvel de atendimento de urgência parada na base do Polo I/CE aguardando seu encaminhamento a oficina para reparos.....	126
Figura 27: Nas duas primeiras imagens, fotos de uma Unidade USB trafegando com as janelas entreabertas. Na terceira imagem, USB realizando atendimento na estrada. Problemas no aparelho de ar condicionado da viatura obrigam os integrantes a realizarem o atendimento (estabilização inicial do paciente) com as frestas das janelas traseiras entreabertas. ....	127

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Bases visitadas com quantificações de dados técnicos .....	32
Tabela 2: Classificação de Shilling.....	92

## 1. INTRODUÇÃO

O interesse em pesquisar a relação entre trabalho e saúde nasceu há alguns anos, quando ainda era aluna da graduação em Psicologia. Naquela oportunidade, não parecia haver qualquer relação entre o adoecimento do trabalhador e a sua rotina laboral. Todavia, com o passar do tempo e as experiências vivenciadas na área, especialmente pelas queixas que chegavam até o setor de recursos humanos das empresas em que trabalhava, percebi que diversas variáveis contribuíam para manifestações sintomáticas dos trabalhadores oriundas dos ambientes laborais.

O presente estudo versa sobre a organização e as condições ofertadas ao trabalhador da saúde que, de acordo com Adail Rollo (2007, p.19), em nada se diferenciam das vivenciadas pelo trabalhador de outras categorias. Não se trata de uma atividade descontextualizada das demais, salvo pelo fato de ser um ofício cujas condicionantes se revestem, em muitos casos, de uma invisibilidade, justamente por não serem muito divulgadas à sociedade as atividades por eles desenvolvidas. E isso foi algo que, inclusive, despertou forte interesse neste estudo.

De fato, a invisibilidade do cotidiano dos trabalhadores da saúde inicia-se pela dificuldade de o Estado reconhecer que há um processo de precarização, adoecimento e conflitos advindos da atividade desenvolvida pelos profissionais vinculados à Assistência Pré-Hospitalar (APH). Por isso, parece não haver dados, informações ou talvez análises suficientes e claras que sejam trazidas a público, com acesso facilitado, que apontem adoecimentos, agravos e problemas cujas manifestações se materializem por meio de sentimentos experimentados por esses trabalhadores, tais como: somatizações, sofrimento, medo e angústia. A suposição de tal ausência de informações leva a refletir, em um primeiro momento, sobre a necessidade de pesquisas nessa área, a fim de subsidiarem iniciativas que se refiram ao planejamento e concretização de políticas públicas específicas.

No espaço de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), a APH foi instituída pela Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) através da Portaria GM/MS Nº 1.863/2003 e se divide em quatro vertentes de trabalho que, na verdade, representam a rede de atendimento nacional de saúde. Essa rede organiza-se através de quatro componentes: o pré-hospitalar fixo (constituído por unidades de atendimento básico em saúde, agentes comunitários e unidades não hospitalares de atendimento, todos conforme o estabelecido pela Portaria GM/MS Nº 2.048/2002); o hospitalar, constituído pelas unidades hospitalocêntricas que dispõem de leitos para internação, áreas especializadas de

atendimento e espaços fixos para tratamento de longa permanência, além de terapias dos tipos semi-intensiva e intensiva; o pré-hospitalar móvel, que interessa mais diretamente o nosso estudo e representa o pilar desta dissertação, a saber, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as iniciativas que lhe dão suporte, especialmente através da chamada gratuita que pode ser realizada por qualquer aparelho telefônico para o número 192; e o pós-hospitalar, definido como aquele que se volta para a efetivação de projetos de reabilitação comunitária de saúde, atenção domiciliar e hospitais-dia.

E conta com dois últimos componentes que são o pré-hospitalar móvel, que diretamente interessa ao presente estudo e representa o pilar desta dissertação, a saber, o SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e as iniciativas que lhe dão suporte, especialmente através de chamada gratuita de qualquer aparelho telefônico para o número 192. Por fim, o último componente é o pós-hospitalar, definido como aquele que se volta para a efetivação de projetos de reabilitação comunitária de saúde, atenção domiciliar e hospitais-dia.

O SAMU é o mais relevante serviço que compõe a PNAU que, segundo o Ministério da Saúde (2003), é responsável por organizar o fluxo de atendimento e organizar os encaminhamentos para as unidades fixas de atendimento em saúde. No ano de 2011, segundo relatório de gestão do Ministério da Saúde, o serviço cobria 115.576.023 milhões de brasileiros, o que corresponde a 60,5% de cobertura, indicando que ainda se encontra em fase de implantação, ampliação e efetivação.

A escolha de estudar sobre a organização e as condições de trabalho dos trabalhadores do SAMU da Região Metropolitana de Fortaleza (SAMU/RMF) se deu em função da dificuldade de acesso a informações que tratem dessa realidade. Há estudos a respeito dos Serviços de Urgência, mas não se identificou, até o presente momento, um que especificamente se referisse à RMF.

Em pesquisa realizada sobre o SAMU em um dos municípios de Minas Gerais por MENDES, FERREIRA e DE MARTINO (2011), foi afirmada que as circunstâncias ou experiências que geram os sentimentos vivenciados pelos trabalhadores dessa área da saúde se caracterizam como estressoras. São considerados também como geradores de estresse a sobrecarga de trabalho mental, físico e psíquico a que estão submetidos os trabalhadores dos serviços de emergência, assim como a gravidade de sua clientela, além de todo o contexto das condições de trabalho, que exige equilíbrio na tomada de decisões para que o atendimento seja adequado.

A realidade indicada para os municípios pesquisados no estado de Minas Gerais também contribuiu como incentivo para se tentar conhecer a realidade do SAMU da região metropolitana da cidade de Fortaleza (RMF). A atividade em urgência é um desafio para trabalhadores da saúde, população e pacientes. É uma intensa rotina na qual os profissionais correm contra o tempo, seja o tempo cronológico, seja o tempo da vida de cada um dos envolvidos no processo de atendimento e na luta pela sobrevivência.

Integram as categorias básicas desta pesquisa a organização e condição do trabalho para o profissional da saúde, considerando-se o vetor tempo, já que o binômio tempo-resposta<sup>1</sup> à ocorrência é capaz de determinar o sucesso ou insucesso de uma intervenção específica, podendo contribuir para a revitalização ou óbito do socorrido, o que certamente contribui para um ambiente de trabalho mais ou menos tenso. Daí a inferência de que o profissional do SAMU está exposto a diversos riscos e situações que podem ocasionar ou agravar alguma situação de fragilidade referente à sua saúde, já que sempre trabalha sob o rigor dos protocolos de atendimento e envolvimento em situações geradoras de constante tensão.

Por isso, propomos algumas questões a serem debatidas ao longo deste trabalho, que são: como se estrutura a organização do trabalho dos profissionais das unidades móveis do SAMU da Região Metropolitana de Fortaleza (RMF)? Quais as configurações de trabalho no exercício laboral e as suas repercussões na vida desses profissionais? Como se organizam esses trabalhadores quanto à hierarquia? Como se dá o processo de contratação (processo seletivo)? Como se classificam ou se estabelecem os vínculos empregatícios entre a instituição SAMU e os seus profissionais? Há iniciativas que visam minimizar os impactos das situações de estresse extremo que vivenciam cotidianamente? Quais situações de agravo à saúde são encontradas no exercício dessa atividade?

A relevância da presente pesquisa se assenta na tentativa de contribuir com o debate acerca do trabalho das equipes de Assistência Pré-Hospitalar (APH) vinculadas ao SAMU/CE/Polo I, especificamente da RMF, no sentido em que tratam das ocorrências fora do tradicional ambiente hospitalar, o que requer maior autonomia e condições para lidar com a ocorrência em si. Além disso, ainda há a pressão que sofrem por parte da população que, em geral, aglomera-se em volta da vítima, quando o atendimento acontece na via pública, como também da própria vítima, quando consciente, dos familiares do atendido, da

---

<sup>1</sup> Tâmara Teixeira descreve o quanto o tempo para chegada da equipe de socorro ao local do sinistro contribui para o sucesso ou não da intervenção no âmbito do socorro de urgência (Acesso em 20/04/2012).

exposição à violência urbana, enfim, situações diversas que requerem habilidades que vão além das técnicas emergenciais.

GARCIA (2012), em entrevista concedida ao “portal de enfermagem”, falando a respeito do atendimento pelas equipes de APH, apontou algumas dificuldades desse tipo de trabalho nos seguintes termos:

Elas se iniciam, em algumas vezes, no próprio endereço da vítima, devido ao crescimento descontrolado, prejudicando o planejamento viário e, conseqüentemente, retardando a chegada do socorro no endereço. Outra dificuldade é o acesso à vítima em locais inóspitos, onde lançamos mão de equipamentos para salvamento em altura ou água, ou mesmo necessitamos ter um condicionamento físico para transpor as barreiras encontradas. No destino final do paciente, encontramos dificuldades no treinamento das equipes, disponibilidades de leitos e recebimento adequado do paciente. (Acesso em 26 out. 2012).

Portanto, reafirma-se que a intenção da pesquisa é tentar contribuir com o debate acerca das políticas públicas que envolvem as condições e a organização do ofício dos trabalhadores da saúde em urgência, tendo como objetivo geral investigar as condições dos profissionais integrantes das unidades móveis do SAMU da Região Metropolitana de Fortaleza (SAMU/RMF).

É pertinente explicar que pesquisar sobre essa temática significa igualmente indicar a existência de uma situação que envolve a falta de conhecimento da população que, desinformada<sup>2</sup>, desconhece o modo de trabalho das equipes, pressionando-as a atuar de um modo que não condiz com os protocolos oficiais, submetendo-as a uma pressão que muitas vezes acaba em violência contra esses profissionais. Também se constitui como nosso objetivo levantar informações que tratem da história da constituição do SAMU Ceará, os critérios para estruturação de uma unidade (base municipal) e as variáveis que configuram as unidades da RMF integrantes do SAMU Polo I do Estado; configurar o perfil profissional dos integrantes das equipes de trabalho das unidades móveis (USA e USB); analisar as falas que retratam a visão desses profissionais; caracterizar os critérios técnico-administrativos existentes para a formação das equipes móveis das unidades USB e USA; identificar os principais riscos e agravos à saúde a que possivelmente estão expostos esses profissionais; descrever o modo de organização do trabalho, o sistema hierárquico e, por

---

<sup>2</sup> No SAMU Polo I, desde o ano de 2011, foi iniciado o projeto “SAMU na minha cidade”, que visa reunir lideranças políticas e comunidade a fim de que tenham acesso a informações sobre o serviço, no intuito de evitar que seja acionado por razões que fogem às suas atribuições, além de conscientizar de que se trata de uma atividade disposta a atender casos que requerem intervenções rápidas e urgentes. No ano de 2011, 33% das chamadas realizadas para o número 192 do Polo I foram trotes. Em 2012, foram 35%, o que representa no total, em números brutos, somados os dois anos, 35.553 ligações.

fim, verificar se há políticas de prevenção e acompanhamento aos problemas relacionados à saúde do trabalhador do SAMU.

Segundo Silva et al (2009, p.600), o serviço de Assistência Pré-Hospitalar (APH) conta com trabalhadores cujos vínculos que prevalecem são os da terceirização, com objetivos que não se voltam para “o do aumento da eficiência e da produtividade, mas para reduzir custos por meio da exploração de relações precárias de trabalho. [...] Assim, inserem-se nas relações de trabalho elementos que desestabilizam a confiabilidade no desenvolvimento e na própria produção final do trabalho”. A menção a essa realidade faz sentido pela percepção obtida ao longo dos relatos registrados nesta pesquisa e que poderão ser verificados mais adiante.

Portanto, buscou-se estabelecer, no presente estudo, dois critérios centrais nos quais se assentam as investigações realizadas em campo: condição e organização do trabalho e, como vetor que possivelmente atravessa a realidade dos trabalhadores abordados, a precarização da atividade. Temáticas que abordaremos mais detidamente no decorrer desta dissertação.

O trabalho ficou dividido em quatro partes principais, sendo a introdução, a primeira delas. Na segunda parte, intitulada *Procedimentos metodológicos*, busca-se explanar acerca da metodologia utilizada para a realização da pesquisa, como os critérios para eleição do campo e definição dos sujeitos, além do instrumento de análise das reflexões advindas do diálogo com os pesquisados.

No terceiro ponto da dissertação, com o título de *Políticas públicas de saúde e o atendimento de urgência*, realizou-se uma investigação de cunho bibliográfico em que são tecidas considerações da constituição do campo da saúde no Brasil, assim como do Sistema Único de Saúde, além das políticas públicas de saúde dos trabalhadores do SAMU/RMF.

Já na quarta parte do trabalho, tratou-se da temática que é base de nossa pesquisa, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, traçando-se dados do histórico de sua constituição no País e no estado do Ceará.

Por fim, a última parte da dissertação dedica-se a tratar acerca das políticas públicas de saúde para os profissionais do SAMU/RMF atreladas à organização e às condições do trabalho identificadas ao longo da pesquisa, notadamente durante o trabalho de campo.

Cada uma das partes deste trabalho traz aspectos que suscitam a reflexão não apenas sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, mas de todas as estruturas que compõem a Rede de Atenção às Urgências no país. O que se tentou não foi apresentar um diagnóstico ou mesmo soluções para os problemas identificadas em campo, mas tão apenas contribuir para a reflexão sobre a área do atendimento móvel de urgência da Região Metropolitana de Fortaleza, discutindo a realidade do cotidiano desses profissionais nem sempre clara aos olhares para ela voltados.

## 2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia em um trabalho de pesquisa surge como a orientação básica para conduzir o pesquisador em seu mister. O cientista social, diversamente dos demais, é aquele que se depara com o seu objeto de pesquisa de forma muito próxima e que precisa de um itinerário para realizar sua atividade de pesquisador.

Com a pesquisa, busca-se através da coleta de dados e análises, compreender a realidade em um eterno exercício de se aproximar e reaproximar dela. Não há como alcançar a verdade absoluta através da pesquisa. Todavia, ao eleger o método, selecionam-se caminhos possíveis para que se alcance um determinado objetivo, como é o que move a presente dissertação.

### 2.1 O método e a natureza da pesquisa

O ato de pesquisar é um desafio para o pesquisador não apenas pela necessidade de manejar técnicas e métodos específicos para a coleta de dados no campo a ser explorado, mas por dele participar, especialmente quando faz uso de recursos etnográficos.

Beaud e Weber (2007, p. 15) afirmam que “você não sai de uma pesquisa sem ter mudado ou mesmo ileso. Você pode sair dela transformado e verá, a seguir, coisas e pessoas de outra maneira”. E, de fato, é o que se verificou na prática que resultou esta dissertação: houve necessidade de se chegar mais perto da realidade vivida pelos trabalhadores do SAMU da RMF. Buscou-se aprofundar diálogos, acessar documentos, acerrar-se de garantias de que se seguiu o proposto no projeto de pesquisa, tudo com o intuito de buscar uma aproximação da realidade vivenciada pelos profissionais da saúde urgencista (ou emergencistas, como preferem ser chamados). Houve um empenho em ver, ouvir, perceber, ampliar a visão acerca da vivência desses trabalhadores, diversificar leituras, sair dos livros e ir para o cotidiano.

Essa forma de pensar e atuar na pesquisa remeteu à concepção weberiana de não dissociar os fenômenos sociais da interpretação dos sujeitos neles envolvidos, na

intenção de promover uma sociologia voltada para a compreensão da realidade. Citando Weber (1991, p.29): “A ciência social que pretendemos exercitar é uma ciência da realidade. Procuramos entender na realidade que está ao nosso redor, e na qual encontramos situados àquilo que ela tem de específico”.

No ato de pesquisar, pesquisador e pesquisados passaram a interagir de modo a conferir uma objetivação não apenas dos dados coletados, mas do próprio modo de coletá-los, pois é impossível ser ignorada, enquanto pesquisadora, pelos sujeitos que estão no campo. É como ensina Helena Fontoura (2007, p.310): “a investigação social enquanto processo de produção e enquanto produto é, ao mesmo tempo, uma objetivação da realidade e uma objetivação do investigador que se torna também produto de sua própria produção”.

A partir dessa concepção é que se planejou realizar uma pesquisa qualitativa, apta a considerar as questões dispostas pelos próprios sujeitos da pesquisa, considerando não apenas as suas falas, mas seus significados. Depreende-se daí a possibilidade de enriquecimento da pesquisa através da utilização de procedimentos qualitativos que permitiu uma análise mais detida e articulada das informações coletadas no campo, além de facilitar a intermediação de um diálogo mais aprofundado com os sujeitos que o constituem. Como afirma Minayo (1994, p.21-22), é a metodologia de pesquisa que se volta para “um nível de realidade que não pode ser quantificado [...] e que trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes”.

Assim, a utilização desta metodologia, pela variedade das falas e materiais empíricos disponíveis no campo, justifica-se. Atraiam-se a essas características, a riqueza dos relatos e os detalhes que refletem uma realidade específica vivenciada pelos profissionais abordados.

É deste modo que também se fez uso da inspiração etnográfica na investigação da organização e condições de trabalho dos profissionais do SAMU/RMF, entendendo essa técnica (de natureza qualitativa) assim como concebida por Erickson (1992) apud Fontoura (2007, p.310), que a conceitua enquanto abordagem hábil para examinar os acontecimentos do ponto de vista daqueles envolvidos na situação ou realidade pesquisada. Prossegue afirmando que: “como método de investigação científica, traz, em si, um potencial desvelador das atitudes, interesses, crenças e valores, pela perspectiva dos sujeitos envolvidos no processo, tanto os que pesquisam como os pesquisados”.

Diante do aqui explanado foi que se buscou atuar no campo: considerando as peculiaridades; tentando-se promover distanciamentos temporais entre a visita e abordagem da equipe de uma base e outra, com o intuito de não se deixar contaminar por impressões de um grupo, aquelas que seriam expressas por outro e, por fim, tomar notas, com o fito de objetivar as expectativas acerca dos resultados coletados e das informações coincidentes, ou mesmo unânimes, demonstradas pelos participantes.

O interessante no trabalho inspirado na etnografia durante o processo da pesquisa realizada no SAMU da RMF foi perceber mais de perto que o conhecimento está em constante construção; sentir a ação e reação dos envolvidos – pesquisadora e pesquisados – em um trabalho que dia a dia permitiu o registro de uma realidade dinâmica, inusitada, intensa, que permeia o limiar entre a vida e a morte; o sucesso e a frustração de uma intervenção inadequada ou que não ocorreu a tempo. É a construção de um fazer-saber ou de um saber-fazer que se renova, restaura e se define a cada atendimento, a cada mudança de turno, a cada equipe construída: é o exercício da autonomia e do controle do agir cotidiano daqueles que laboram no atendimento de urgência.

## **2.2 O local da pesquisa (o campo)**

O estudo se deteve na configuração inicial do SAMU/POLO I/CE com cobertura de 41 municípios que contam com a prestação do serviço de atendimento móvel de urgência, acionado através de chamada gratuita para o número 192. A região de atendimento é representada pelo mapa abaixo no qual estão indicados na cor verde os quatorze municípios que integravam o extinto SAMU Litoral Leste, cujo período de existência foi de 30/01/2008 e 27/07/2011.

A partir de julho de 2011 foram agregados ao mapa os municípios sinalizados pela cor azul, que deram origem a atual designação do SAMU/Polo I/Ceará, que elevou a cobertura dos serviços a trinta e um municípios.

Por fim, na cor amarela, os municípios que vieram a integrar o Polo I/CE, a partir da publicação da Portaria GM/MS Nº 7.752/2011, compondo então o total de quarenta e uma localidades abrangidas pelo serviço.



**Figura 1:** Mapa da área geográfica coberta pelo SAMU/Polo I/CE

Apesar da extensão da área coberta pelo Polo I, representada por uma abrangência de 17.339,70 Km<sup>2</sup>, atendendo a uma população de 1.766.631 habitantes, sem considerar a chamada população flutuante, definiu-se como recorte para o campo deste estudo cinco dos quatorze municípios que compõem a Região Metropolitana de Fortaleza (RMF)<sup>3</sup> e que também fazem parte do SAMU/Polo I/CE.

Assim, para os fins do presente estudo, realizado entre outubro de 2011 e novembro de 2012, considerou-se como recorte geográfico uma área de 2.840,326 Km<sup>2</sup>, atendendo a uma população de 737.982 habitantes<sup>4</sup>, composta pelos seguintes municípios da RMF: Caucaia, Maracanaú, Maranguape, São Gonçalo do Amarante e Eusébio. O critério determinante para a seleção dessas localidades foi o de contarem com bases fixas descentralizadas nas quais se encontram Unidades de Suporte Avançado (USA) e Unidades de Suporte Básico (USB), integrantes do SAMU/CE/Polo I, possuindo assim, pelo menos duas equipes permanentes de trabalho, e que se encontram atuantes desde o início do ano 2000.

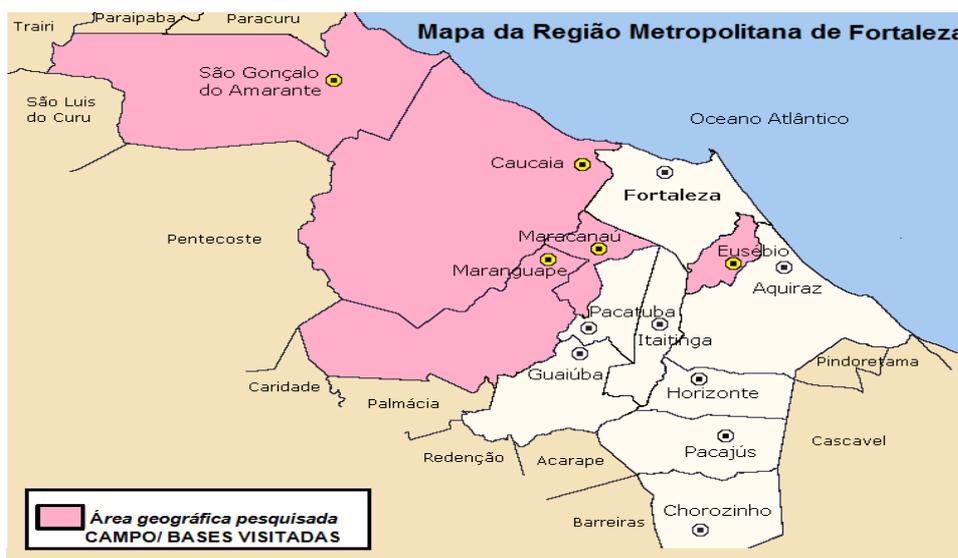
<sup>3</sup> A grande Fortaleza foi designada pela Lei Complementar (LC) nº 14/1973, que considerou inicialmente como RMF os municípios de Caucaia, Maranguape, Maracanaú, Pacatuba e Aquiraz. Foi a LC nº 78/2009 que acrescentou a estes os municípios de Pacajus, Eusébio, Horizonte, Chorozinho, Itaitinga, Guaiúba, São Gonçalo do Amarante, Pindoretama e Cascavel.

<sup>4</sup> Dados do Censo IBGE/2010, sem contar com a chamada “população flutuante”, que é aquela que se encontra na localidade em função de algum evento local, como por exemplo: carnaval, festas regionais, etc.

Os demais municípios que compõem a RMF, excetuando-se a capital, que não foi considerada nesta pesquisa por possuir SAMU autônomo e desvinculado da administração do Governo do Estado, não contam com as duas unidades móveis, possuindo, alguns deles, apenas o suporte das equipes tipo USB.

Foram realizadas 10 (dez) visitas no total, uma média de 02 (duas) visitas por base, dado que nem sempre que se chegava a uma base do SAMU/RMF as duas equipes (USA e USB) estavam presentes, ou mesmo por terem sido interrompidas as entrevistas em virtude da necessidade das equipes saírem para prestarem atendimento.

O processo de permanência no campo, desde a fase da pesquisa exploratória à fase de conclusão da coleta de dados no campo levou em torno de 08 meses, haja vista que no período de realização do estudo houve mudança na estrutura de governo, o que implicou em mudanças no corpo administrativo do SAMU/Polo I/CE. Especialmente esta situação levou a pesquisadora a voltar à área administrativa pelo menos quatro vezes.



**Figura 2:** Mapa da RMF com destaque nas localidades que foram objeto da pesquisa de campo

Cada município possui um ou mais tipos de veículos e cargas horárias de turnos também específicos. A saber:

Eusébio – trabalha em turnos de 12 horas; são 03 (três) equipes que, por sua vez, possuem (03) três médicos que se alternam em intervalos de quatro em quatro horas, entre a regulação e a intervenção; há 02 (dois) enfermeiros: um que fica lotado em uma unidade

móvel tipo USA e outro que fica coordenando a dispensação<sup>5</sup>; mais 02 (dois) técnicos de enfermagem: um que atua em uma unidade móvel tipo USB e outro que auxilia na dispensação; e 02 (dois) condutores: um para cada tipo de unidade móvel.

Ainda na base do Eusébio, na qual funciona a central do Polo I do Estado, também se encontram os Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARMS), responsáveis pelo atendimento às chamadas telefônicas e o devido encaminhamento ao médico regulador. Nessa base, as equipes são compostas da seguinte forma: 04 (quatro) auxiliares no horário entre 6h e 13h; 04 (quatro) entre 13h e 19h; e 04 (quatro) entre 19h e 6h da manhã. Tomei nota de que, dos quatro, apenas três atendem ao sistema telefônico, ficando apenas um como operador de frota, função com rodízio mensal entre todos os membros da equipe. A base foi projetada dentro dos padrões físicos estabelecidos pela Portaria GM/MS Nº 1.010 de 21 de maio de 2012.

Caucaia – base descentralizada que se encontra em uma área grande, com espaço confortável para o repouso e abrigo dos veículos. É considerada uma base avançada e possui estrutura administrativa própria, mas não perde o vínculo com a do SAMU Polo I, situada no município do Eusébio. A equipe móvel tipo USA conta diariamente com um médico, um enfermeiro e um condutor. São 04 (quatro) unidades móveis tipo USB constituídas por quatro equipes, sendo: 04 (quatro) técnicos de enfermagem e 04 (quatro) condutores de veículo de urgência. O plantão nesse município, para todos os profissionais, é de 24h.

Maracanaú – município previsto para receber instalações de uma base descentralizada própria, mantendo ligação direta com a do Eusébio, no ano de 2013. Atualmente, as equipes de trabalho possuem como ponto de apoio uma estrutura provisória que fica no final do centro de feiras da cidade, onde futuramente funcionará uma sede do SINE/IDT. O espaço é adaptado e a estrutura, segundo a própria equipe, não é adequada para o repouso. As equipes trabalham em turnos de 24 horas e a base possui na frota uma unidade tipo USA com equipe composta por um médico, um enfermeiro e um condutor. Possui também uma unidade USB, na qual atuam um condutor e um técnico de enfermagem.

São Gonçalo do Amarante – município com base descentralizada do SAMU/Polo I/CE situada na área urbana da cidade de Croatá, especificamente às margens da BR-222. A base é adaptada: antes funcionava uma revenda de veículos. Possui 02 (dois) dormitórios: um masculino e um feminino, que contam com aparelhos de ar-condicionado. Dispõe de uma pequena copa e pelo fato da cobertura ser de telha tipo amianto, é bastante quente. As

---

<sup>5</sup> A dispensação é a área da base que distribui os recursos e insumos necessários às unidades móveis que devem ser renovados após o atendimento de cada ocorrência.

equipes trabalham em plantões de 24h e se dividem em uma unidade móvel tipo USA que inclui um médico, um enfermeiro e um condutor, além de uma USB, que conta com um condutor e um técnico de enfermagem. Essa base também está ligada à sede do SAMU/Polo I, Eusébio, mas realiza a troca de equipes no município de Caucaia.

Maranguape – a base descentralizada do SAMU situada nessa localidade é uma extensão do Hospital Municipal Dr. Ageu Gurgel Braga Herbster. É ligada a esse hospital através de um corredor cuja função principal é dar acesso aos profissionais do SAMU ao refeitório. A localidade conta com uma unidade móvel do tipo USA, com equipe constituída por um médico, um enfermeiro e um condutor, como também de uma USB, na qual atuam um condutor e um técnico de enfermagem que trabalham em regime de plantão 24 horas.

O ponto de partida do trabalho de campo foi a realização de pesquisa exploratória na qual se verificou que o SAMU Polo I Ceará se encontra em processo de expansão e que, à época em que se chegou à base situada na cidade do Eusébio, o serviço cobria 14 (quatorze) municípios, passando a 41 (quarenta e uma) localidades em 2011, número considerado para a realização do presente estudo. Assim, baseando-se nos dados de 2011, a administração informou como o seguinte quadro de trabalhadores que atuam diretamente nas unidades móveis: 70 (setenta) médicos, que atuam como intervencionistas e reguladores; 40 (quarenta) enfermeiros; 161 (cento e sessenta e um) técnicos de enfermagem e 161 (cento e sessenta e um) condutores de veículos de urgência<sup>6</sup>. Dentre os técnicos de enfermagem, é relevante indicar que 33 (trinta e três) deles pertencem ao corpo de bombeiros do Estado do Ceará<sup>7</sup> e que 02 (dois) pilotam motocicletas chamadas de “motolâncias” não incluídos no presente estudo.

Desta forma, definidos os municípios e as equipes abordadas, incluindo os profissionais da área administrativa, chegou-se à quantidade de sujeitos previstos para serem entrevistados.

O número de profissionais do SAMU/RMF com o qual se realizou a pesquisa é de 30 (trinta) no total, considerando-se que foram abordadas 05 (cinco) pessoas entre componentes da área administrativa e dirigentes do Polo I /CE, estes últimos lotados na sede do Polo I, no município do Eusébio.

É importante esclarecer que havia uma flexibilidade para aumentar ou diminuir o número de sujeitos entrevistados, considerando a natureza qualitativa da pesquisa e a

---

<sup>6</sup> As informações foram obtidas a partir de dados passados pela área administrativa da base do SAMU Polo I Ceará, durante a fase exploratória da pesquisa.

<sup>7</sup> Esses bombeiros pertencem ao Grupo de Socorro de Urgência (GSU), que mantém vínculo com o SAMU.

provável saturação na coleta de informações. Assim, as visitas às bases para a realização das entrevistas se deram conforme a descrição realizada no quadro disposto abaixo:

**Tabela 1:** Bases visitadas com quantificações de dados técnicos

MUNICÍPIOS	QUANT UNIDADES USA	QUANT UNIDADES USB	QUANT DE PROFISSIONAIS ABORDADOS (unidades móveis)	TURNOS DE TRABALHO (Horários)	QUANT DE PROFISSIONAIS ABORDADOS (Área Administrativa)
01. Caucaia	01	04	05	24h	-
02. Eusébio	01	01	05	12h	05
03. Maracanaú	01	01	05	24h	-
04. Maranguape	01	01	05	24h	-
05. São Gonçalo do Amarante	01	01	05	24h	-

Fonte: Elaboração da pesquisadora.

A última coluna da tabela 1 faz referência a quantidade de profissionais abordados da área administrativa. Vale frisar que apenas 05 (cinco) foram abordados por possuírem as informações necessárias para subsidiarem os objetivos do presente estudo. Cabe também informar que todos são lotados na base centralizada do SAMU/Polo I/CE, situada no município do Eusébio, por lá funcionar a área administrativa do referido polo.

No processo de coleta de dados, foi fundamental o uso do gravador digital, caneta e diário de campo, como instrumentais imprescindíveis para uma aproximação da realidade de forma mais fiel possível.

Embora a previsão inicial tenha sido a de realizar entrevistas individuais e semiestruturadas com os profissionais das unidades móveis do SAMU/RMF, um fator inesperado redirecionou o procedimento: na busca de pessoas que se interessassem em participar da pesquisa, identificou-se resistência dos grupos em saírem do ambiente que compartilhavam coletivamente para responderem às perguntas realizadas.

Assim, diante da resistência encontrada, não restou outra alternativa que não fosse a de estabelecer entrevistas de caráter coletivo, de modo a realizar o levantamento dos dados necessários ao desenvolvimento do presente trabalho.

Apesar da entrevista de caráter coletivo ter em comum com o grupo focal a reunião de grupos, optou-se por utilizar o primeiro procedimento pelo fato de que no primeiro não há uma estruturação de roteiro fechado de perguntas. Iervolino e Pelicioni (2001, p.116) afirma que o grupo focal “contrasta dados colhidos em questionários fechados ou entrevistas

individuais, onde o indivíduo é convocado a emitir opiniões sobre assuntos que talvez nunca tenha pensado anteriormente”. Não foi o caso da pesquisa realizada que se utilizou da fala livre dos participantes a partir de um roteiro básico que permitiu a fluência dos relatos realizados pelos sujeitos.

De acordo com Minayo, Assis e Souza (2005, p.136), o tipo de entrevista na perspectiva coletiva deve exatamente contar com um roteiro que precisa priorizar questões específicas, e foi o que se buscou fazer. Como afirma a autora:

O roteiro deve se apoiar nas variáveis e indicadores considerados essenciais e suficientes para a construção de dados empíricos, podendo ser organizado em tópicos temáticos. Esses tópicos funcionam apenas como lembretes, devendo, na medida do possível, ser memorizados pelo investigador quando está em campo. Servindo de orientação e guia para o andamento da interlocução, constrói-se o roteiro de tal forma que permita flexibilidade nas conversas e absorção de novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua relevância.

Tomando-se por base as concepções aludidas pela autora referenciada acima, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, partindo de tópicos mais gerais, até ser possível trabalhar as especificidades coletadas durante o trabalho de campo, inclusive considerando novas questões ainda não introduzidas ou discutidas.

A entrevista semiestruturada é uma técnica que institui uma forma especial de lidar com os sujeitos da pesquisa, estabelecendo-se entre pesquisador e pesquisados uma situação semelhante ao de uma conversa informal, mas que possui finalidade determinada (Minayo, 2004. P.98).

Suely Deslandes (2005, p. 170), quando trata sobre a temática da entrevista, afirma que “mais do que verdades e fatos, se constrói um rico material sobre versões, opiniões, descrições peculiares, criadas na interação de dois interlocutores em uma *interview* do pesquisador e seu entrevistado”. Foi o que se tentou realizar.

Além de fazer uso da entrevista semiestruturada de caráter coletivo, a pesquisa propiciou a necessidade de realização de comparações entre as informações apresentadas pelos grupos de uma e outra equipe (USA e USB), tanto por não ter sido possível reunir as duas em uma só conversa quanto pela convicção de que seria mais proveitoso, no uso da técnica de entrevista coletiva, falar com cada uma, isoladamente. Ao contrário, no tocante às equipes de USB, o comentário comum em pelo menos dois dos municípios pesquisados foi de que “deveríamos conversar logo, antes que o outro pessoal chegue”. Essa foi a fala de

um dos componentes da equipe USB, referindo-se aos integrantes da USA que estavam fora da base realizando atendimento.

Portanto, a partir de tópicos planejados para a pesquisa<sup>8</sup>, os sujeitos passaram, após os primeiros momentos de conversa e vencidas as resistências, a falar livremente acerca de suas realidades de trabalho, vez por outra se certificando com a pesquisadora de que não seriam identificados, apesar de terem autorizado a gravação de suas falas.

Outro recurso utilizado para a coleta de dados no campo foi o da observação direta, a partir da qual se buscou estabelecer uma relação de proximidade com os sujeitos pesquisados, assim como da realidade na qual laboram. De acordo com Howard Becker (1994, p.47), através da técnica da observação, é possível dizer que:

O observador participante coleta dados através de sua participação na vida cotidiana do grupo ou organização que estuda. Ele observa as pessoas que está estudando para ver as situações com que se deparam normalmente e como se comportam diante delas. Entabula conversação com alguns ou com todos os participantes desta situação e descobre as interpretações que eles têm sobre os acontecimentos que observou.

A observação direta, na pesquisa que possibilitou a realização de análises, foi concretizada pelo ver, ouvir, conversar, fotografar, perceber as pessoas e o ambiente no qual laboram, estar atenta aos elementos que compõem o espaço da instituição, os comunicados, os flanelógrafos, os cartazes e a estrutura física de cada base. Realizou-se também o acompanhamento de alguns atendimentos receptivos feitos pela Central de Regulação, no município do Eusébio, já que é possível uma generalização, por seguirem os procedimentos operacionais de orientação do atendimento, uma padronização (protocolos específicos), registrando-se o que foi observado em um diário de campo, desde o momento em que a equipe TARM recebeu a chamada, passando pelo momento em que a viatura foi acionada para atender à ocorrência, finalizando com o encaminhamento da unidade móvel ao hospital ou centro de saúde para o qual o paciente foi destinado.

Seguindo a orientação de Richardson (2010, p.259), “a observação, sob algum aspecto, é imprescindível em qualquer processo de pesquisa científica [...]”. Considerando que a pesquisa empreendida se insere em uma realidade cujas multiplicidades de agentes e situações são uma dinâmica do cotidiano, acredita-se que a técnica de observação sistemática contribuiu para uma melhor organização dos conceitos apreendidos e dos fatos ocorridos em campo.

---

<sup>8</sup> Verificar Apêndice “B”.

Tais manifestações direcionaram o material coletado, numa análise prematura, para a técnica de tratamento de dados calcada na análise dos discursos a partir da ótica de Bardin (2011). Nesse primeiro momento, foram articulados relatos com as atitudes e o ambiente visitado em cada base (descritos no diário de campo utilizado para registro das observações realizadas no decorrer da pesquisa), bem como a documentação e os dados disponibilizados pela administração do SAMU Polo I, na qual estão inseridos os municípios da RMF estudados.

Nessa sistemática de trabalho, fez-se uso da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), fincada em três eixos, a saber: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados através da inferência e da interpretação. Em outras palavras, nessa articulação, foi preciso ultrapassar os sentidos textuais empregados pelos respondentes, considerando o sentido de suas falas contextualizadas em uma realidade sociológica específica.

Assim, considerando como ponto de partida a análise de conteúdo de Bardin (2009), é imprescindível informar que na metodologia trabalhou-se sobre os 03 (três) eixos já mencionados: a pré-análise, possibilitada pela fase em que se obteve material da pesquisa de campo e que permitiu um conhecimento prévio da organização e condições de trabalho dos profissionais das unidades móveis do SAMU/RMF, integrante do SAMU/Polo I/CE, além do acesso à realidade que se teve ao longo do tempo de permanência nas suas dependências, andando, fotografando, vendo e ouvindo os profissionais; a exploração do material, o teor das gravações e documentos relativos à dinâmica da administração do SAMU nos 05 (cinco) municípios selecionados; e o propósito de se realizar o tratamento dos resultados obtidos em campo através da inferência e interpretação, após a realização de leitura e releitura exaustiva de todos os relatos, tomando por base o que foi proposto no projeto de pesquisa.

É necessário ressaltar que, segundo Bardin (2009), “nem todo material de análise é suscetível de dar lugar a uma amostragem, e, nesse caso, mais vale abstermo-nos e reduzir o próprio universo (e, portanto, o alcance da análise) se este for demasiado importante”. Assim, justifica-se que o número de bases abordadas e profissionais entrevistados atendeu aos critérios já indicados no projeto de pesquisa, sendo suficientes para a realização de inferências e interpretações a respeito da realidade vivida pelos profissionais do SAMU/Polo I/CE a partir das incursões realizadas na RMF. Dos 47 (quarenta e sete) municípios que hoje compõem aquele polo, 15 (quinze) são os pertencentes à Região Metropolitana de Fortaleza e 05 (cinco) representam o recorte realizado para efetivação desta pesquisa.

No que tange à exploração do material produzido em campo (diário de campo, fotografias, o registro do desenrolar cronológico da convivência com o campo, o que se viu, ouviu, conversou, as entrevistas transcritas – lidas e relidas, os documentos/dados oficiais e as análises provisórias realizadas), quando analisadas as falas, buscou-se traçar os pontos em comum do que foi relatado por cada sujeito, identificando-os por categoria profissional (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e condutor de veículo de urgência), na tentativa de compreender a estrutura do ambiente de trabalho, a organização e as condições que são ofertadas aos profissionais das unidades móveis. Nessa tarefa, pretendeu-se igualmente identificar de que modo se dá o ingresso desses profissionais do SAMU integrantes da RMF e os vínculos que mantêm com a instituição, verificando se são variáveis hábeis a ensejar algum tipo de interferência, seja na condição ou na organização do trabalho dos profissionais abordados.

Enquanto pesquisa de natureza qualitativa cujas técnicas utilizadas foram com o auxílio de elementos da etnografia, com recurso de entrevistas semiestruturadas e coletivas associadas ao uso da observação direta, a técnica de análise do conteúdo de Bardin foi de extrema valia na forma de análise das informações coletadas no campo, já que possibilitou a elaboração de deduções particulares referentes às categorias determinadas no decorrer das leituras e da vivência em campo.

### **2.3 A abordagem dos sujeitos da pesquisa**

No tocante aos critérios de inclusão na pesquisa, foram considerados os profissionais de ambos os sexos, integrantes das equipes USA e USB, que estavam em regime de plantão quando abordados pela pesquisadora, para falarem acerca de sua rotina de trabalho. Eles concordaram voluntariamente em participar do estudo.

A abordagem dos sujeitos da pesquisa foi realizada em dias e horários aleatórios em que as equipes se encontravam em espaços reservados ao repouso, situado na base, que corresponde a uma estrutura física. Eles permanecem por lá até serem contatados pela Central de Regulação (CR) para atenderem a alguma ocorrência. Excetuando os municípios de Caucaia, Eusébio e São Gonçalo do Amarante, que contam com um galpão externo composto de mesa e cadeiras, as demais equipes foram entrevistadas durante o “repouso”.

As entrevistas foram realizadas nas bases de cada município. Vale esclarecer que as bases são cedidas e conservadas pelas prefeituras das localidades onde estão instaladas, sendo responsáveis por manter a estrutura física e os suprimentos para sua manutenção. De uma forma geral, todas possuem dormitórios, chamados de “repousos”

pelos entrevistados. Nas bases de São Gonçalo do Amarante, Caucaia, Eusébio e Maranguape, os repousos são divididos em masculino e feminino. No município de Maracanaú, no qual as equipes se encontram em uma estrutura provisória da prefeitura, destinada às futuras instalações do SINE daquela cidade, ficam todos juntos em uma grande sala com mesa, algumas cadeiras, utensílios de cozinha, notebooks, colchões espalhados pelo chão e algumas camas para o descanso.

Verificou-se que, apesar da estrutura física das bases visitadas possuírem áreas de repouso específicas para grupos de homens e mulheres, conforme indicado pela administração do Polo I, nos municípios de Maranguape, Maracanaú e Caucaia, a divisão é por equipe de unidade móvel. Isto é, independente do gênero, as equipes USA ficam juntas em um ambiente e os integrantes da USB em outro.

A partir dessa observação, já se pode inferir que há divisões entre as equipes, apesar dos integrantes que compõem o grupo das unidades móveis USA negarem essa realidade, o que mais uma vez reforça a realização das entrevistas em grupos separados.

As bases visitadas não possuem estrutura física padronizada. A única que atende aos padrões estabelecidos pela Portaria nº 2657/GM, de 16 de dezembro de 2004, é a do município do Eusébio, onde se encontram a administração do SAMU/POLO I/CE e a Central de Regulação. As demais bases, chamadas de descentralizadas, são instaladas em imóveis adaptados para receberem os profissionais do SAMU, muitas delas com deficiências causadoras de desconforto e dificuldades para a realização e implementação da rotina do trabalho.

Os relatos orais obtidos e registrados não se circunscreveram à seara profissional, alcançando muitas vezes aspectos da vida pessoal das pessoas abordadas.

Como o tema central desta dissertação gira em torno da organização e das condições de trabalho na área da saúde, inevitável foi tratar a respeito da incidência dessas variáveis na vida privada das pessoas. Foram entrevistados 05 (cinco) profissionais médicos, 05 (cinco) enfermeiros, 05 (cinco) técnicos de enfermagem e 10 (dez) condutores de veículo de urgência, todos integrantes das unidades móveis tipo USA e USB, respectivamente, além de 05 (cinco) integrantes da administração, dentre eles, o Diretor do SAMU/Polo I/CE, o administrador do SAMU/Polo I/CE, um médico regulador, um auxiliar de enfermagem que atua na área burocrática e um médico que atua no Núcleo de Educação em Urgência (NEU) do SAMU/Polo I/CE.

Pelo fato de a pesquisa lidar com seres humanos, está previsto na legislação brasileira que o projeto deve ser submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará (UECE), através da Plataforma Brasil do Ministério da Saúde, sendo também exigido que os participantes da pesquisa contribuam voluntariamente, depois de cientes dos objetivos, métodos, implicações, etc.

É imprescindível mencionar que alguns dos entrevistados se recusaram a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice “B”), mas quiseram participar da pesquisa, manifestando seus posicionamentos quanto ao que era conversado dentro do grupo. Tais falas foram registradas e consideradas na medida em que o teor do discurso foi identificado como relevante para se compreender a realidade daqueles trabalhadores que coletivamente participaram dos diálogos.

É necessário ressaltar que suas identidades foram preservadas, sendo então identificados apenas pela sigla da categoria profissional a qual pertencem, seguida de um numeral. Assim, os profissionais da área administrativa receberam as siglas ADM1, ADM2, ADM3, ADM4 e ADM5; os médicos intervencionistas, que são aqueles que atendem nas unidades móveis tipo USA foram identificados como: MED1, MED2, MED3, MED4 e MED5. Ao médico regulador, foi dada a sigla MR. Os enfermeiros que atuam apenas nas unidades tipo USA foram identificados como ENF1, ENF2, ENF3, ENF4 e ENF5; os técnicos de enfermagem que atuam apenas nas unidades USB foram identificados como TEF1, TEF2, TEF3, TEF4 e TEF5. Por fim, não foi feita nenhuma designação da unidade móvel guiada pelos condutores de veículo de urgência, sendo eles identificados como COND1, COND2, COND3, COND4, COND5, COND6, COND7, COND8, COND9 e COND10.

A composição das equipes das unidades móveis de urgência é determinada pelos seguintes diplomas legais: Portaria do Ministério da Saúde nº 2048/GM, de 05 de novembro de 2002; Portaria nº 1863/GM, de 29 de setembro de 2003; Portaria nº 1864/GM, de 29 de setembro de 2003 e Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1671, de 03 de julho de 2003.

As entrevistas foram realizadas também com pessoas que compõem a administração do SAMU Polo I, já que a partir delas foi que mais informações e dados oficiais a respeito da organização do trabalho foram gerados, o que permitiu, a partir das observações e análise de documentos, conhecer as condições ofertadas aos trabalhadores das unidades móveis da RMF.

Foram abordados trinta profissionais ao todo, sendo que dezenove deles do sexo masculino e onze do sexo feminino. Desses, 21 são casados, 04 solteiros, 03 divorciados e 02 separados.

Acerca dos trabalhadores das unidades móveis de urgência, dezesseis (64%) eram do sexo masculino e nove (36%) do sexo feminino. A faixa etária média ficou em torno de vinte e oito anos de idade. Todos já possuíam experiência na área de saúde, com uma média de 13 anos, seja no ambiente hospitalar ou mesmo no serviço móvel de urgência. Constatou-se que, do total entrevistado, o tempo médio de trabalho no SAMU/RMF é de 03 (três) anos. Por fim, verificou-se que 76% dos entrevistados possuem mais de um vínculo empregatício, restando 25% dos que laboram somente para o SAMU/RMF.

Utilizou-se como guia para a condução das entrevistas um roteiro com perguntas que continham orientações básicas, sem se tratar de disposições rígidas, já que foi necessário manter certa liberdade nos diálogos estabelecidos, por se compreender que os relatos motivavam a pesquisadora a se aprofundar em algumas narrativas, especialmente aquelas que tocavam a temática pesquisada. Suely Kofes (1994, p.118) fala das “interpretações individuais de experiências sociais”. Por isso, houve a pretensão, ao manter um roteiro básico de questões, de permitir que os entrevistados não se sentissem limitados em suas explanações, possibilitando-lhes uma expressão mais livre no contexto proposto pela pesquisa, sendo-lhes oportunizada uma fala ancorada nas experiências vividas no trabalho.

A despeito de a entrevista ter sido de caráter coletivo, diante da insistência dos respondentes em falar na frente uns dos outros, pode ser que as respostas coletadas não tenham expressado exatamente o pensamento de cada um deles. Entretanto, a temática abordada e a busca de trabalhar com grupos mais homogêneos em termos de trabalhos coletivos levam a pensar que os possíveis silêncios e/ou omissões não comprometeram a riqueza das informações obtidas, sobretudo considerando que o tema investigado era de interesse desses profissionais.

De qualquer modo, há que se mencionar sobre a impressão de que os respondentes se sentiam mais seguros e tranquilos ao falar de suas experiências de trabalho uns para os outros, sem invalidar as manifestações individuais. É importante ressaltar que membros das equipes USA não falaram diante daqueles que compõem as equipes USB, isto é, o caráter coletivo dos diálogos se desenvolveu em um ambiente no qual as equipes eram compostas por pessoas que atuam em postos semelhantes, mesmo que em grupos diferenciados. Houve momentos em que a entrevista fluiu em virtude das

perguntas terem temáticas abrangentes, mas que se voltou para os objetivos do estudo, sempre considerando como questões relevantes aquelas capazes de contribuir para a compreensão da organização e das condições de ofício dos trabalhadores do SAMU/RMF.

Ao chegar às bases do SAMU nas localidades já indicadas, ficou-se por um período indeterminado de tempo do lado de fora da base, aguardando que algum profissional aparecesse, a fim de que pudesse indicar à pesquisadora quem estava na coordenação do grupo de trabalho, no intuito de conceder autorização para a realização das entrevistas. A abordagem ocorreu assim, justamente para evitar interromper-lhes o descanso batendo à porta ou incomodando de algum modo, o que poderia causar resistência dos profissionais já no primeiro contato.

Obtida a permissão para adentrar nos ambientes indicados pelos profissionais para a realização das entrevistas, foram distribuídos e lidos com eles o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicando os fins da pesquisa e deixando-os à vontade para participarem ou não. Foram assegurados de que não se colocariam datas nos termos e não seriam reveladas também no texto final, já que essa informação possibilitaria à direção do Polo I identificar a escala plantonista e, conseqüentemente, os possíveis profissionais que participaram da pesquisa. Com isso, foi firmado o compromisso verbal por parte da pesquisadora no que tange ao respeito à privacidade e o sigilo das informações coletadas. No campo de pesquisa, a interação com os sujeitos da pesquisa iniciou-se por meio de conversas coletivas, conforme já mencionado. Todavia, uma equipe de profissionais componentes de uma unidade móvel tipo USA preferiu conversar individualmente, no que foram prontamente atendidos.

Os entrevistados preferiram (excetuando uma equipe USA da base do Eusébio) serem submetidos a entrevistas de caráter coletivo, ressaltando-se, contudo, que não houve oportunidade ou mesmo interesse dos integrantes das equipes das unidades USB de serem ouvidos pelos da USA, o que não ocorreu o mesmo com esta última. Roberto Castro (2011, p.157) citando Schutz (1962), afirma que os grupos criam códigos próprios e maneiras específicas para lidarem com certos fenômenos, especialmente quando diz respeito a temáticas de seus interesses. Assim fala o autor:

Como señala Schutz (1962), cada grupo “tipifica” su experiencia sobre un fenómeno dado al crear palabras y expresiones específicas para referirse a él. Consecuentemente, la identificación como “tipificaciones” de ciertas expresiones cotidianas em el lenguaje de los entrevistados permite presumir que ellas representan la experiencia colectiva del grupo em relación a los temas de interes [...].

Na oportunidade das entrevistas que tiveram caráter coletivo, as equipes USA não falaram na presença de integrantes da USB e vice-versa. Todavia, alguns integrantes das equipes USB se referiram aos médicos e enfermeiros, especialmente aos médicos, como integrantes de castas<sup>9</sup>. Além disso, os participantes da pesquisa (equipes USA e USB) não apenas relataram o que lhes vinham à lembrança acerca de suas práticas laborais a partir dos questionamentos realizados pela pesquisadora, como também reconheceram nos parceiros similitudes de iniciativas, antes por eles desconhecidas, principalmente no que se refere às práticas realizadas durante os atendimentos aos chamados.

Foi nesse contexto que se delineou a presente pesquisa, procurando realizar interconexões entre as narrativas dos sujeitos pesquisados e integrantes do SAMU/RMF e o discurso oficial da administração do SAMU/Polo I/CE (coletado através de pesquisas realizadas em documentos da instituição, sítios oficiais da rede mundial de computadores e informativos do próprio SAMU), considerando-se, a partir do cotidiano laboral visto, escutado e observado, o acesso a subsídios informativos que pudessem revelar aspectos relativos à organização e condição de trabalho desses profissionais.

---

<sup>9</sup> O termo “casta”, no sentido utilizado pelos sujeitos entrevistados das equipes USB, referindo-se aos médicos, na verdade faz menção à visão que possuem daqueles profissionais como pertencentes a uma classe social superior a deles, como pessoas detentoras de prerrogativas e privilégios que eles não possuem.

### 3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

As políticas públicas, segundo Eloisa Höfling (2001, p. 31), podem ser compreendidas “como o Estado implantando um projeto de governo, através de programas, de ações voltadas para setores específicos da sociedade”.

Considera-se, entretanto, que não se pode ou deve reduzir-se objetivamente o conceito de políticas públicas a práticas governamentais, pois a participação da sociedade é imprescindível na construção das iniciativas a serem implementadas pelo Estado.

Assim, de um modo ou de outro, direta ou indiretamente, consciente ou não, toda a sociedade participa da edificação do que se compreende por política pública. Cunha (2005, p.01) analisa que:

As políticas públicas têm, em cada Estado, o respaldo legal da Constituição Federal, da Constituição Estadual e Lei Orgânica do Município. Podem ser definidas como o conjunto de programas de ação governamental voltados à concretização de direitos sociais. Caracterizam-se como um instrumento de planejamento, racionalização e participação popular.

Já Celina Souza (2006, p. 25) formula, de modo didático, a diferença entre políticas públicas e políticas sociais, facilmente confundidas, sendo imprescindível tal distinção a fim de facilitar a articulação entre trabalho, saúde e políticas públicas, considerando o que se segue:

Do ponto de vista teórico-conceitual, a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares, e seu foco está nas explicações sobre a natureza das políticas públicas e seus processos. Por isso, uma teoria geral das políticas públicas implica a busca de sintetizar teorias construídas no campo da sociologia, da ciência política e da economia. As políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria das políticas públicas precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade.

A política social não deixa de se inserir no contexto da política pública, como pode ser verificado neste trabalho. É o que diz a concepção de Francisco Haas (2004), que defende a vertente de que “a demanda social deve ser a tônica central de qualquer discussão sobre a política social como política pública”. Neste sentido, o governo não pode se eximir de enfrentar as questões sociais quando lhes são demandadas, especialmente sob o argumento de que inexistente norma legal para que uma determinada ação possa ser encetada.

### 3.1 Políticas Públicas de Saúde no Brasil

Historicamente, foi a partir do excesso de contingente de mão de obra escrava liberta, ainda nos idos do Brasil Império, associado ao processo de urbanização, superpovoamento das cidades, falta de postos de trabalho, carência das condições de moradia, pobreza, proliferação dos cortiços e os maus hábitos dos moradores menos abastados que contribuíram para o alerta das autoridades sanitárias e políticas daquela época, dando início à implementação de uma agenda de saúde pública, levada a cabo pelos primeiros políticos em função dos trabalhadores da área, deixando claro que tais iniciativas não se restringiam apenas aos médicos.

Segundo Nísia Trindade Lima (2002, p. 35), o Brasil foi marcado por epidemias, que no final do século XIX manifestaram-se de maneira nefasta e puseram em destaque o cenário urbano nacional para o mundo, requerendo das autoridades a tomada de providências, consubstanciadas na implementação dessa agenda de saúde.

As doenças mais marcantes foram o cólera e a febre amarela, cujas sintomáticas levaram a comunidade médico-higienista a crer que eram consequências dos maus hábitos, e como já afirmado acima, resultantes da falta de higiene e de boas práticas sanitárias, o que lhes pareciam evidentes. Por isso mesmo, requereram intervenções de ordem governamental.

A partir dessa situação, as autoridades sanitárias dotadas de poder de polícia legitimado pelo Estado, passaram não apenas a fiscalizar o *modus vivendi* das “classes perigosas”<sup>10</sup>, como contribuíram para a construção de modelos de organização urbana, social e até econômica, sempre tomando por base o discurso higienista-sanitarista, frequentemente fazendo uso de uma força de trabalho capaz de desafiar a infraestrutura de uma ordem cultural já edificada. Foram esses os primórdios do que viria a se constituir como política pública de saúde no país.

No entanto, as iniciativas no campo da saúde pública não visavam atender apenas ao combate das epidemias e zelar pela prevenção do adoecimento populacional. Houve também um lado que privilegiou interesses privados que, tomando por base o discurso higienista (ou dele se apropriando), os especuladores imobiliários apropriaram-se do espaço urbano, sob o argumento de isolar as “classes perigosas” em prol do progresso

---

<sup>10</sup> A expressão “classes perigosas” foi definida por Sidney Chalhoub (1996) como aquelas compostas por ex-escravos, pessoas sem trabalho, doentes, pessoas mentalmente problemáticas, enfim, aqueles que eram excluídos do convívio social e que, segundo as autoridades da época, contribuíram para a disseminação de epidemias por práticas anti-higiênicas capazes de provocar malefícios a toda a sociedade.

das cidades e da preservação de saúde das demais classes. Diz Chalhoub (1996, p. 53) que “o empresário se apropria do discurso da higiene para justificar sua opção de investimento”.

Percebe-se, portanto, que a organização do sistema de saúde brasileiro foi atravessada pela necessidade de expansão das políticas governamentais gerais, mediada por interesses diversos, tais como o de mercado e políticos, traduzidos através da conquista dos sertões pela busca da edificação de uma identidade nacional, pelo domínio do processo de urbanização, pela implementação de unidades fabris e estabelecimento das bases de uma produção agrícola voltada para a consolidação de um modelo capitalista. Todas essas práticas ancoradas no discurso higiênico-sanitarista.

Assim, desde a época do Brasil Império, começaram a se desenhar os primeiros traços para o estabelecimento de uma agenda pública de políticas para a saúde no país. Os diversos males que acometeram a saúde da população, especialmente a pobre e negra, foram decisivos no processo de configuração dessa agenda de saúde pública cujas características (especialmente de estrutura profissional) se subsumiam a uma base hierárquica articulada ao exercício de um saber-poder médico<sup>11</sup>, até hoje experimentado pela sociedade brasileira.

Como forma de reforçar o que se percebeu ao longo da pesquisa bibliográfica, é importante destacar os estudos de Chalhoub (1996), quando demonstra a força de uma doença na determinação das decisões político-econômicas no ano de 1871, ao relatar uma comparação realizada por Pereira Rego quando então tratou a respeito da força da enfermidade frente às decisões político-econômicas perpetradas pelo governo brasileiro:

A praga amarela fazia “decrecer as transações mercantis” e, quiçá mais grave, afastava a imigração, “que nos deve trazer braços para desenvolver e fazer prosperar a agricultura e a indústria ainda tão atrasadas entre nós por falta de imigrantes idôneos a esses fins”. Em outras palavras, os políticos e burocratas da Corte e os fazendeiros do café passaram a perceber a febre amarela como um obstáculo à realização do progresso e da civilização no Brasil – segundo a definição que tais personagens atribuíam a esses conceitos (CHALHOUB, 1996, p. 93).

Pode-se dizer, então, a partir do que se verificou na realidade histórica de constituição do campo das políticas de saúde pública no Brasil, que a forma de se organizar e propiciar as condições de trabalho para os recursos humanos dessa área nasceu a partir

---

<sup>11</sup> Lima (2007, p. 169), tecendo comentários a respeito da relação poder-saber médico em sua tese, realiza uma afirmação, quando então tratava da questão central de seu trabalho, um estudo sobre a hanseníase. Diz a autora: “os dispositivos construídos em torno da lepra **encontram sua força não exatamente no rigor das imposições ou nos códigos disciplinares, mas na plena aceitação pela sociedade na racionalização científica da época, inquestionável** no que concernia ao trato com a lepra e com o leproso. Assim, sua força residia na positividade do poder que, conseqüentemente, justificava o rigor disciplinar”. (Grifou-se).

de disputas no campo social com consequências nas dimensões política, econômica e cultural.

Matta e Lima (2008, p.27), tratando acerca da relação Estado, sociedade e formação profissional em saúde, exprimem que a reforma sanitária brasileira sempre esteve ligada a outras questões sociais, especialmente ideológicas, quando então se referem à disputa entre concepções, valores e práticas em relação às dimensões de ordem econômica, de lazer, liberdade, meio ambiente, políticas urbanas, enfim, apontam para uma concepção ampliada de saúde, considerada como:

A dimensão ideológica na qual se disputam concepções, valores e práticas, e a dimensão das relações existentes entre a saúde e economia, saúde e trabalho, saúde e educação, salário, habitação, saneamento, transporte, terra, meio ambiente, lazer, liberdade e paz. Essa concepção ampliada de saúde define um processo no qual a própria doença não é mais reduzida ao corpo biológico, na medida que inclui o corpo socialmente investido, ou a necessidade de verificar como o corpo do homem se dispõe em sociedade antes de tudo como agente de trabalho, pelo fato de o trabalho definir o sentido e o lugar dos indivíduos na sociedade.

A partir dessa observação, pode-se averiguar ainda que a área da saúde, em especial a ciência médica, tal como em vigor até a contemporaneidade, não interveio e nem intervém apenas no corpo, mas teve seu espaço de atuação ampliado pela medicalização de todos os campos da sociedade. E sob o enfoque do presente estudo, chama-se a atenção para o ambiente organizacional, seara na qual atuam os trabalhadores da saúde.

Fenômenos tais como a transnacionalização das economias, automação fabril, informatização de tarefas rotineiras e absorção das tecnologias pela vida contemporânea não apenas aproximaram as fronteiras geográficas, mas proporcionaram uma intensificação das afinidades de interesses pelos métodos de se melhor alcançar a produtividade por todo o globo. Necessariamente, tais situações são atravessadas pela correlação entre os vetores da condição de trabalho-saúde do trabalhador ofertados à população, com a anuência do poder público.

Fundamentando essa afirmativa, Ribeiro (1997) *apud* Abramides e Cabral (2003) contribuem com a discussão, aduzindo que:

A força de trabalho, considerada mercadoria básica no processo de produção capitalista, é requerida pelo mercado, mas lhe é exigido ter a saúde necessária para executar um processo de trabalho: "Para o capital, a saúde – entenda-se a saúde suficiente – é um simples e relativizado componente da mercadoria força de trabalho" (Ribeiro, 1997:102).

Assim, o acirramento na busca pelo lucro e a modernização das rotinas cotidianas na vida do homem comum trouxeram também o fortalecimento da correlação entre políticas públicas de saúde e trabalho, favorecendo uma intervenção estatal mais atuante, quase sempre na intencionalidade de maximização dos preceitos da nova ordem sócio-metabólica do capital.

No caso da saúde, enquanto estratégia de aproximação do Estado da população, marcada pelo intenso debate entre os campos econômico e social, houve um reconhecimento da necessidade de proteção ampla ao trabalhador nessa frente, configurando-se como uma estratégia de nacionalização e dever estatal, portanto há uma concretização do exercício da política pública de saúde.

A partir dos anos de 1990, a intervenção estatal nessa realidade se deu objetivamente através da implementação de políticas públicas de saúde, o que ocorreu especialmente a partir do ano de 1953, por força do teor da Recomendação nº97 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que indicou a necessidade da saúde do trabalhador ser protegida.

Se, para o Estado, restou monitorar o vínculo que inter-relaciona trabalho e doença, às empresas ou instituições interessa atender estritamente aos preceitos legalmente impostos (limites legais) pela necessária quebra da interação doença-baixa/produtividade, por representarem uma queda nos lucros sem deixar de atender às imposições fixadas pela legislação.

Na atualidade, as políticas públicas de saúde contribuem de modo significativo para que o trabalhador possa dar conta de sua sobrevivência, mesmo que amparado, em boa parte dos países, sobre uma tênue linha, na qual se equilibram labor e dignidade<sup>12</sup>, considerando-se a condição mínima de respeitabilidade que lhes é ofertada.

O limite é tênue, não apenas pelo fato da lógica capital pressionar o Estado para que reduza ou minimize sua atuação através da flexibilização, desregulamentação e precarização dos direitos trabalhistas, mas também pelo restrito poder de mobilização da classe trabalhadora cuja natureza dos vínculos empregatícios são múltiplos e precários, especialmente quando se trata dos trabalhadores da saúde.

---

<sup>12</sup> David Ricardo (1982, p. 81) acreditava que o salário deveria corresponder a um valor tal que remunerasse o trabalhador pelo ofício exercido, bem como garantisse a sua sobrevivência em padrões mínimos, comentando que o dinheiro pago deveria ser “aquele necessário para permitir que os trabalhadores, em geral, subsistam e perpetuem sua descendência, sem aumento ou diminuição [...]”.

É digno de registro que a precarização do vínculo é algo que contraria a legislação, esboçada através da Portaria GM/MS (Gabinete do Ministro da Saúde) Nº 1864/2003 em seu artigo 6º, alínea “k”, quando proíbe a chamada relação precária de trabalho. O conceito de precarização com o qual se trabalha na presente dissertação toma por base aquele elaborado por Graça Druck (2011, p. 41), especificamente quando trata da categoria precarização social do trabalho, por ela compreendida como:

[...] um processo em que se instala – econômica, social e politicamente – uma institucionalização moderna do trabalho, que renova e reconfigura a precarização histórica e estrutural do trabalho no Brasil, agora justificada pela necessidade de adaptação aos novos tempos globais [...]. O conteúdo dessa (nova) precarização está dado pela condição de instabilidade, de insegurança, de adaptabilidade e de fragmentação dos coletivos dos trabalhadores e da destituição do conteúdo social do trabalho [...].

O artigo 6º, alínea “k” da Portaria nº 1864/GM traz o seguinte teor:

Art. 6º. Definir que a captação dos recursos federais necessários à implantação do componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências ficará condicionada à comprovação do cumprimento dos seguintes pré-requisitos e compromissos:

[...]

k) Comprovação de que a contratação dos recursos humanos respeita a legislação vigente, não sendo permitida a precariedade de vínculo nas relações de trabalho.

A esse respeito, Dagnino (2004, p.197) indica que tal realidade representa uma artimanha do Estado no intuito de ajustá-la à lógica neoliberal, promovendo o surgimento do chamado Estado mínimo que, paulatinamente, se desobriga de garantir direitos pela retração dos seus deveres morais, das suas “responsabilidades sociais e sua transferência para a sociedade civil. Este projeto constitui o núcleo duro do conhecido processo global de adequação das sociedades ao modelo neoliberal”.

Deste modo, o saber médico voltado ao campo de trabalho representado pela chamada saúde ocupacional (aqui também emblematicamente pela psicologia organizacional), inseriu-se definitivamente no espaço de produção, foi legitimado pela legislação trabalhista através das Normas Regulamentadoras ou mesmo pelas disposições que determinam perfil específico para que os postos de trabalho sejam preenchidos.

Muito menos do que focar na integridade do trabalhador, a saúde (ser saudável) é um dos elementos constitutivos do perfil para a oportunidade de ingresso e manutenção no mercado de trabalho, representando-se aqui mais uma das diversas contradições que só a organização da sociedade capitalista é capaz de albergar: a indiferença diante do que pode representar o desgaste do sujeito trabalhador (de sua própria saúde), através do

trabalho que desenvolve em nome da busca incessante pelo lucro, ou no caso das instituições públicas, de estatísticas que demonstrem significativos resultados das ações governamentais, enfim, indicadores de resultados que motivem a manutenção e perpetuação da lógica delineada e imposta pelas expectativas dos cidadãos e do próprio mercado.

Braverman (1974, p. 156-157), comentando a respeito do gerenciamento científico do trabalho e a sua relação com o fenômeno da mecanização dessa força humana na rotina organizacional, indica que há um processo de indiferença da administração frente às necessidades dos trabalhadores nos seguintes termos:

O princípio subjacente e que inspira todas essas investigações do trabalho é o que encara seres humanos em termos de máquina. Visto que a gerência não está interessada na pessoa do trabalhador, mas no trabalhador como ele ou ela são utilizados no escritório, na fábrica, no armazém, no empório ou nos processos de transporte, esse modo de encarar o ser humano é, do ponto de vista gerencial, não apenas eminentemente racional, mas também a base de todo o cálculo. O ser humano é considerado, nesse caso, como um mecanismo articulado de dobradiças, juntas e mancais de esfera, etc.

Por outro lado, discutindo as iniciativas que envolvem diretamente o trabalhador da saúde, as políticas voltadas especificamente a estes profissionais ainda são precárias no país e não compreendem, de modo explícito, que estão expostos aos mais diversos modos de adoecimentos decorrentes da atividade que desenvolvem.

Neste sentido, Viviane Forrester (1997, p.11) indica que os trabalhadores, de um modo geral, são conduzidos naquilo que se refere à visão de si próprios, reputando-se como “indignos da sociedade, e sobretudo responsáveis pela sua própria situação, que julgam degradante (já que degradada) e até censurável [...]”. Acusam-se ou se autopunem daquilo que na verdade são vítimas.

Quando se trata particularmente da realidade do trabalhador da saúde que atua no campo da urgência, cujas experiências com situações extremas, como trafegar em veículos em alta velocidade, correr contra o tempo, ter autocontrole diante da ocorrência normalmente de choque, qualificação adequada para lidar com o evento para o qual foi acionado e disciplina no pensar e agir, são imprescindíveis para o seu perfil profissional. O erro, mesmo se ocorrer pelo excesso de trabalho no plantão ou por desconhecimento da iniciativa que deveria ser tomada, pode ser interpretado como o resultado de uma falha do

próprio indivíduo, que se culpa em decorrência do insucesso de suas intervenções, concretizando o que Bourdieu (2012, p.37) conceitua como violência moral e simbólica<sup>13</sup>.

Para Bourdieu (2012, p.37), a violência simbólica é aquela que o indivíduo racionalmente não percebe e “é fundada sobre o reconhecimento, obtida por um trabalho de inculcação da legitimidade dos dominantes sobre dominados e que assegura a permanência da dominação e da reprodução social”. Nesse sentido, ao menos no que tange a situações percebidas durante a pesquisa de campo, percebe-se que os profissionais, apesar de se preocuparem em seguir estritamente o que determinam os protocolos de atendimento de urgência e as orientações do médico regulador que coordena todas as chamadas e destina as viaturas para os atendimentos de um determinado plantão através da Central de Regulação (CR), buscam a todo custo dar conta dos atendimentos que precisam realizar, mesmo que lhes faltem condições adequadas para fazê-lo. É importante ressaltar que o discurso desses profissionais se concentra na condição de que é uma obrigação deles realizar um bom atendimento, independente da atuação do Estado. Algumas falas exemplificam essas situações:

Até eu falei hoje, quando você chegou (referindo-se ao médico): você tem que ser generalista, tem que entender. Não dá pra gente entender tudo, mas a gente acaba tendo que entender um pouco de tudo, porque a equipe se resume aos três. Até eu falei pra ele: você tem que ser cirurgião, você tem que ser pediatra. Toda ocorrência é uma nova ocorrência, você pode dizer hoje: “ah é mais um atropelamento”. Não é um atropelamento porque você não sabe o que você vai encontrar, e quem me dá a visão inicial do que vai acontecer é a CR. Eu que recebo o telefonema da central, eles me passam e a gente vai tentando imaginar o que está nos esperando, pra gente se anteceder, pra ver o que a gente vai fazer naquela ocorrência. O protocolo diz é assim e assim, mas a gente não sabe por que alguém leigo ou não passou essa informação pra central, ou alguém na central ouviu, eu não sei se entendeu pra nos passar... Nem sempre o que chega até a gente é a informação real, e você tem que investigar mais, por questão de segurança da sua equipe e da vítima que está, muitas vezes, pior. Você tem que sugar o máximo da central, mas a central muitas vezes está limitada, não quer, nós precisamos. Muitas vezes, se irritam porque eu digo: “olha, eu estou em deslocamento, mas eu preciso entender o que está me esperando, o que esta esperando a equipe”. E muitas vezes não passam, se irritam ou porque eles não têm ou porque não sabem essa informação... (ENF2).

Nesse processo de buscar compreender a organização e as condições de trabalho dos profissionais do SAMU/RMF é importante, portanto, que seja considerada a dimensão simbólica, representada pela fala dos sujeitos entrevistados na pesquisa, pois através do que discorrem é possível compreender os conflitos e as diferenças vivenciadas pelos agentes que integram aquela realidade. O que favoreceu uma observação voltada

---

<sup>13</sup> Cecília Minayo (2010, p.15) entende que o conceito de violência moral e simbólica em Bourdieu se embasa na ideia “da dominação cultural, ofendendo a dignidade e desrespeitando os direitos do outro”.

para o contexto no qual estão inseridos, com suas contradições e constantes reconfigurações.

Eis que a noção de dimensão simbólica que se trabalha na presente dissertação se enquadra nas preocupações de Bourdieu (1992), ao se referir a relações entre grupos, considerando os aspectos inerentes à cultura em sociedade e a maneiras como esses grupos ou classes se relacionam. Na obra “A Economia das Trocas Simbólicas” (1992, p.16), Pierre Bourdieu exprime que o trajeto de seus estudos:

[...] visa aliar o conhecimento da organização interna do campo simbólico – cuja eficácia reside justamente na possibilidade de ordenar o mundo natural e social através de discursos, mensagens e representações, que não passam de alegorias que simulam a estrutura real de relações sociais – a uma percepção de sua função ideológica e política e legitimar uma ordem arbitrária em que se funda o sistema de dominação vigente.

Refletir sobre essa realidade representada pelo registro do simbólico, construída a partir da socialização das condições de cada indivíduo, particularmente no tocante ao trabalhador da saúde, diz respeito ao espaço por ele vivenciado e institucionalizado. No caso da presente pesquisa, o espaço é representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), cujas vivências práticas nem sempre correspondem ao prescrito nos documentos e dispositivos legais.

Deste modo, pode-se falar em uma distância real existente entre as diretrizes oficiais preconizadas pelo SUS e as vivências cotidianas dos trabalhadores da área da saúde que requerem destes uma adequação às situações recorrentes de emergência, abrindo espaço para uma dinâmica readequação organizacional, exigindo, igualmente, uma capacidade de trabalhar sob forte tensão e com as mais diversas possibilidades de respostas às demandas que se apresentam.

Afinal, é claro que contemporaneamente a mudança do estilo de vida das pessoas e da organização da própria sociedade tem contribuído para modificar também os tipos de adoecimentos e, igualmente, as ocorrências causadoras da necessidade de intervenção de profissionais da área da urgência.

Exemplos de situações inesperadas e que requerem algum tipo de resposta por parte dos trabalhadores do SAMU/RMF foram relatadas no decorrer da pesquisa. Uma delas, cujo trecho transcreve-se abaixo, trata exatamente da tensão e das experiências, muitas vezes traumáticas, vivenciadas e frequentemente silenciadas pelos trabalhadores que, necessitados de verbalizar o que veem e vivem, recorrem uns aos outros para compartilhar. Segue o trecho da fala de um médico cujo relato toca na temática da violência

urbana a que estão expostas as equipes de urgência e que não deixa de representar uma situação causadora de sofrimento:

A gente foi pra uma cena perto da faculdade onde um cidadão abordou o outro e cortou, degolou, deu uma facada na região do pescoço, né?! Quando a gente ia descendo a rua, provavelmente o agressor passou pela gente. Ele vinha correndo e disse: “é ali, é ali!”. Ninguém se tocou que fosse o agressor. Quando nós nos agachamos para nos certificar que a pessoa estava morta, e realmente estava, eu me lembrei porque eu vi o gatinho ali; o gatinho ali na cadeira. Quando eu olhei aqui de lado, na mesma linha da cena, a violência foi tão grande que o pobre do gatinho que estava ali do lado estava partido ao meio da facada, ou seja, o cara além de matar o cidadão lá, porque ele foi matar, tava com tanto ódio que matou o pobre do gato que ia passando no meio da história, o coitado. Então, aquilo ali me marcou. Eu olhei, falei pro socorrista, o socorrista falou pra enfermeira, que chamou a outra equipe, chamou a polícia pra gente mostrar o gato partido ao meio, quer dizer, é muita violência. A gente vai trabalhar, capta essa violência e fica pensando: e a nossa família, né? E nós, que estamos aqui, a nossa família tá exposta, estamos expostos a esse nível de violência, então isso aí também compromete muito. A tensão psicológica, viu, marca muito. (MED 1).

A partir desse relato percebe-se a inexistência de um programa ou mesmo uma estratégia que permita a esse trabalhador elaborar melhor as angústias que enfrenta, seja através de um serviço específico ou mesmo de convênios que permitam um espaço para catarse ou exercícios afins. O que se percebeu no campo de pesquisa foi a constatação dos trabalhadores da existência de uma política de saúde para eles permeada por limites e ações insuficientes no que se refere aos necessários cuidados que se queixam ser privados. Para os trabalhadores das unidades móveis do SAMU/RMF, especialmente quando se considera a saúde a partir da constituição das condições organizacionais para a realização do trabalho na área, não se pode isolar o fenômeno do adoecimento do trabalhador dos outros aspectos dessa forma de organização da sociedade, especialmente quando estão em voga os aspectos políticos, culturais, econômicos e sociais, já que todos se inter-relacionam.

### **3.2 Considerações sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e a criação das políticas públicas de urgência**

O SUS pode ser definido como um sistema, não apenas por constar a expressão na sigla, mas por envolver uma gama de atores e propósitos voltados para assegurar além do atendimento médico da população de uma forma geral – nos termos da Constituição de 1988 –, representar efetivamente a principal política pública brasileira para garantir a saúde no país, nos termos do que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Paim (2009, p.14) conceitua como sistema de saúde “o conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações”. Todavia, para que sua efetividade seja assegurada, necessita contar com

agentes de saúde, no sentido lato do termo, a fim de que possam conduzir e promover a aplicação das políticas públicas planejadas e programadas pelo governo.

É o teor da Lei 8.080/90 que regulamenta as ações e serviços de saúde no país exarados constitucionalmente e traz em seu artigo 4º uma definição genérica do que seja o SUS:

Art. 4º. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS.

Historicamente, no Brasil, o SUS foi precedido por outras políticas públicas que não alcançaram a envergadura do que se tem contemporaneamente em termos de legislação específica para o campo ora em discussão. Ressalte-se: legislação em contraponto com a prática cotidiana que se objetiva na aplicação prática das diretrizes do sistema, pois se verificou ao longo da pesquisa, que nem sempre o que está na letra da lei é cumprido no cotidiano da prática profissional em saúde e dos serviços ofertados à população.

Retomando a discussão acerca do histórico do SUS no país, de acordo com o Manual de Regulação Médica das Urgências publicado pelo Ministério da Saúde (2006-b), até fins do século XIX, a preponderância dos atendimentos à população eram realizados em ambientes hospitalares. Entre o final do século XIX até os dias atuais, o país viveu diversas experiências no intuito de consolidar uma política pública voltada para a saúde, algumas sem sucesso, mas todas contribuíram para a efetivação do que se tem hoje no Brasil.

Um exemplo foi a promulgação da Lei Eloy Chaves no ano de 1923, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensão, já como um primeiro passo representativo na criação de um sistema de previdência no país. Nessa época, a saúde estava ainda vinculada ao Ministério da Justiça, já que não havia pasta específica para a matéria.

A partir do governo de Getúlio Vargas, a saúde foi vinculada ao Ministério da Educação no ano de 1930. No ano de 1942, foi criada a Fundação Sesp, cujo intento público era o de adentrar os sertões com políticas de atendimento à população, especialmente do norte e nordeste do país.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que buscou inicialmente implantar um modelo hegemônico de lidar com a saúde no Brasil. Em 1960, teve-se a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS). No ano de 1966, após a deflagração do golpe

militar, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que veio reforçar o intuito de uma política centralizadora para a saúde pública no país.

De acordo com o Manual de Regulação Médica das Urgências (MS/ 2006, p. 12-13), no tocante à implementação de ações públicas na área da saúde à época da ditadura, cabe transcrever que:

A ditadura passa a investir largamente nas políticas sociais, como forma de conter insatisfações e mascarar o caráter extremamente autoritário e violento do governo. Tais políticas, no entanto, são dirigidas apenas aos profissionais formalmente inseridos no mercado de trabalho, com carteira profissional assinada. É diretriz oficial de governo a implementação do setor privado e, na área da atenção à saúde, essa proposta logra enorme sucesso, pois dentro da proposta de ampliação da abrangência das políticas sociais, o aumento da cobertura assistencial tem grande peso e para oferecer este atendimento à população, o governo opta por financiar a construção e equipamentos de hospitais privados, por meio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), com empréstimos de longo prazo e juros baixíssimos.

A partir dessa fase, outras iniciativas foram tomadas pelo governo, tais como a implantação do Plano de Pronto Ação, no ano de 1974, que propunha a universalização da atenção às urgências e em 1977 foi criado o Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS), que reorganizou administrativamente a previdência, fragmentando o sistema em três Institutos, a saber: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS) e o próprio INPS, já existente e que ficou responsável pela área previdenciária.

Em 12 de setembro de 1978, a partir da realização da 1ª. Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata, promovida pela OMS no Cazaquistão<sup>14</sup>, foi que surgiu a proposta internacional de priorização da atenção e do cuidado à saúde, coincidindo, no Brasil, com o fenômeno do “milagre econômico”, desencadeador de uma série de movimentos sociais, já que houve gastos excessivos da previdência em total descompasso com os serviços de saúde prestados à população, que eram de má qualidade.

Dados do Ministério da Saúde indicam que, na década de 1980, foi deflagrada uma crise significativa na previdência brasileira, cujas estratégias de combate e minimização

---

<sup>14</sup> A Conferência que resultou na elaboração da Declaração de Alma-Ata acabou por provocar a realização de outras conferências internacionais, tais como a que resultou na Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, dentre outras que trataram com mais profundidade a temática da saúde enquanto direito humano fundamental ligado diretamente ao desenvolvimento social. A Declaração de Alma-Ata reconheceu “a necessidade urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo [...]”. Portanto, foram traçadas políticas no sentido de diminuição da desigualdade social, do trabalho dos governos em favor da melhoria da atenção primária em saúde e da diminuição dos extremos em que se situam países ricos e pobres, diminuindo o hiato existente entre nações desenvolvidas e em desenvolvimento (2001).

dos efeitos percebidos pelo governo foram representadas por iniciativas criadas para mitigar as consequências políticas e sociais da referida situação. Foram elas: a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) no ano de 1981, que propôs uma estrutura para o modelo assistencial nacional e a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 17 de março de 1986, pelas suas dimensões em relação à participação massiva de representantes trabalhadores, partidos políticos, instâncias públicas, privadas, área acadêmica, enfim, significou um forte marco na democratização da discussão da temática em âmbito nacional.

Em julho de 1987, o então Presidente da República, José Sarney, publicou as diretrizes do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que incorporou princípios fundamentais da reforma sanitária brasileira historicamente traçada, a saber: a universalização, integralidade, regionalização, descentralização, dentre outros. Juntamente com os resultados obtidos a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, resultou na criação do SUS, explicitada na Constituição Federal de 1988 nos artigos 196 a 200.

Assim é que se pode compreender o SUS, não apenas como um sistema de saúde previsto constitucionalmente. Trata-se, na verdade, do resultado de discussões e de acontecimentos históricos que, de modo significativo, estruturaram um panorama de política pública de saúde no país. Atualmente, conta com a participação da comunidade no Sistema (Lei 8.142/90), assim como do Conselho Nacional de Secretário de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde no Conselho Nacional de Saúde do Brasil (CONASEMS).

Paim (2009, p.16) entende como ideal a ampliação da noção de sistema de saúde, por ser ele composto não apenas pelos serviços que lhes são inerentes a fim de garantir o bem-estar da população, “mas também por ser integrado pela mídia, escolas, financiadores, indústrias de equipamentos e de medicamentos, universidades, institutos de pesquisa, etc.”. E é dessa forma que interpretou o legislador brasileiro. Pelo menos, é o que se pode inferir a partir da leitura da Lei 8.080/90, especialmente em seus artigos 2º e 3º.

Diante disso, pode-se afirmar que o Sistema é regido por bases principiológicas específicas que se traduzem pelos seguintes pilares: o da universalidade, o da equidade, integralidade, resolutividade, direito à informação, descentralização e participação dos cidadãos na formulação das políticas de saúde do país.

A partir desse rol principiológico foi que se deu o processo de descentralização e municipalização do SUS, implementados através da Norma Operacional Básica (NOB) e

Norma Operacional da Assistência (NOAS), que foram editadas na vigência do governo Fernando Collor de Melo, já no ano de 1991.

Por fim, em 1993, foi extinto o INAMPS para, em 2001, surgir a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2001), que foi estruturada sob a seguinte tríade: regionalização e organização da assistência, fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e revisão dos critérios de habilitação de estados e municípios.

De acordo com Maeno e Carmo (2005, p.100), “O SUS foi a mais ousada reengenharia na Saúde Pública que veio deste processo de construção de uma Constituição que buscava reorganizar o país”. Ainda afirma que, antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde não era universal nem um dever estatal.

Assim, antes de representar apenas uma intervenção técnica, no que tange à estruturação da mais importante política pública de saúde do país, a criação do SUS possibilitou o exercício pleno de uma cidadania que inter-relacionou cidadão e Estado pela conjugação da necessidade populacional e a busca da aplicabilidade prática de uma medida governamental. Mais uma vez, transcrevendo as palavras de Maeno e Carmo (2005, p.105): “O SUS representa um conceito de cidadania de fato-concreto e palpável, em qualquer estrato social. Foi resultado de décadas de discussão, amadurecimento de ideias e envolvimento de forças variadas”.

No que se refere às políticas de urgência e emergência inseridas na estrutura do SUS, cabe indicar que, em junho de 1988, foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.923 cujo teor determinava investimentos na Assistência Pré-Hospitalar (APH) e criação de uma estrutura que suportasse a demanda existente no país, consolidada pela publicação das Portarias GM/MS nº 814/2001, 2.048/2002 e 1.863/2003. Esta última inaugurando uma nova forma de prestar atendimento na área de urgência através da criação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que então instituiu a implantação no país do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192), suas Centrais de Regulação (CR) e seus Núcleos de Educação em Urgência (NEU) em todo o território.

### **3.3 As políticas públicas de saúde e a saúde do trabalhador da saúde do SAMU/RMF**

“Somos profissionais da saúde, somos também trabalhadores [...]. Como enfermeiro, médico, psicólogo (dentre outros), nosso trabalho consiste em contribuir para a elevação dos níveis de saúde dos homens” (RIGOTTO, 1994, p.28). É com essa reflexão

que aqui se dá início ao desenvolvimento das considerações acerca das políticas públicas de saúde e do bem-estar dos trabalhadores, especificamente do SAMU/RMF, compreendendo de início que, economicamente, são classificados como trabalhadores do ramo de serviços e que, segundo Élide Hennington (2011, p.438), têm como principal característica “o caráter relacional e a peculiaridade de lidar com o sofrimento humano”<sup>15</sup>.

A partir dessa elaboração inicial, é imperativo pensar que as discussões sobre políticas públicas voltadas para a saúde do trabalhador da saúde devem considerar, necessariamente, a compreensão de que não se deve limitar esse debate apenas aos aspectos teóricos, mas que precisa incluir, sobretudo, os posicionamentos e a visão dos trabalhadores acerca da questão. Dito de outro modo: é uma contenda que não fica adstrita, mas supera marcos teórico-acadêmicos, aspectos legais, ambientes físicos e agentes epidemiológicos. Abarca, sem diminuir a importância dos demais, a percepção do próprio trabalhador.

Deste modo, também considerando que todos os trabalhadores, ao desenvolverem seus ofícios, lidam com a dimensão subjetiva, seja esta explicitada pela frustração diante da atividade que realizam ou do adoecimento a partir da atividade ocupacional, realização profissional ou outra variável que envolva aspectos relacionados à dinâmica da ambivalência de significados<sup>16</sup> e sentidos carregados pela atividade desenvolvida pelo homem, especificamente no que tange ao trabalhador da saúde, há agravantes e particularidades que precisam ser debatidas, a começar pela organização do trabalho, uma das categorias analisadas no presente texto dissertatório.

Entretanto, necessário se faz abordar preliminarmente e com maior especificidade a relação entre política pública de saúde e a saúde do trabalhador da área. De acordo com Paulo Ferreira Vilarinho (2004, p. 04), no que se refere ao entrelaçamento entre a temática da saúde e, conseqüentemente, uma agenda política que se refira aos seus recursos humanos, há inevitavelmente o tangenciamento dessas iniciativas pelos interesses de mercado, que a tudo trata e enxerga sob a sua ótica, “mercadorizando”, inclusive, o

---

<sup>15</sup> A esse respeito, Richard Sennet (2010, p.162) aduz que “embora devamos admirar a força individual, o voltar-se para dentro de si próprios para as relações íntimas mostra os limites da coerência que alcançaram. Exige-se um senso maior de comunidade, um senso mais pleno de caráter, do crescente número de pessoas que, no capitalismo moderno, estão condenadas a fracassar”. E aqui se lança uma questão: será que o profissional da saúde, que atua nas unidades móveis, que atende a RMF SAMU 192 Polo I possui condições para lidar com situações de fracasso? De frustrações frente aos resultados que objetivam alcançar, através de sua atuação no trabalho?

<sup>16</sup> O sentido que se dá ao termo ambivalência de significados nesta dissertação pode ser explicado como a condição do trabalhador em ter, através do seu ofício, o encontro com a sua “realização pessoal”, mas igualmente com a condição de perder-se de si. No dizer de Braverman (1980, p.237), “o trabalho deixa de ser uma função natural e se converte numa atividade extorquida, e o antagonismo a ele expressa-se numa tendência a encurtar a jornada, de um lado, e de outro [...] a atrofia da comunidade e a aguda divisão do meio natural deixam um vazio quando ele entra nas horas ‘livres’”.

próprio objeto do trabalho desenvolvido por esse profissional, assim como sua própria saúde.

Vilarinho (2004, p. 04) desenvolve suas análises a respeito dessa realidade tomando por base a Constituição Federal de 1988, quando então a saúde foi legitimada enquanto direito e garantia fundamental do cidadão, assumida como bem público a ser protegido pelo Estado, tendo como princípios a universalidade, integralidade, hierarquização, descentralização e excelência na qualidade dos serviços ofertados a todos. Todavia, o que se percebe na realidade, segundo ainda o referido autor, é que “muitas ações políticas, nacionais e internacionais, acabam formuladas sob pressão de interesses corporativos, contradizendo, política e ideologicamente, o paradigma de um Sistema único de atenção à saúde”.

Christophe Dejours (2011, p.58) afirma que trabalhar não se restringe a repetir operações de natureza técnica, pois “é também fazer funcionar o tecido social, as dinâmicas intersubjetivas indispensáveis ao reconhecimento, [...] necessárias na mobilização subjetiva da personalidade e da inteligência”. Essa reflexão tem mais força quando se trata do trabalhador de saúde pública, que busca soluções individuais para problemas socialmente produzidos, seja por uma questão natural da vida do indivíduo a quem socorre, seja em virtude das variáveis sociais, que se põem em evidência no cenário contemporâneo, tais como a violência e a preponderância dos valores de mercado.

Neste sentido, a saúde do trabalhador da saúde, como analisada por Sato (2010. P.45), coaduna-se com essa discussão e indica a necessidade que seja contextualizada histórica e socialmente.

A Saúde do Trabalhador, em nosso contexto, começa a ser mais bem delineada a partir do reaparecimento na cena pública do movimento sindical no final da década de 70, no Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat), um exemplo de expressão desse reaparecimento. Naquele órgão, engenheiros, advogados, ergonomistas, sociólogos, psiquiatras, sanitaristas e médicos do trabalho e psicólogos olham o mundo do trabalho através dos problemas de saúde, como descrito em outro momento. Tal enfoque também se faz presente nas atividades desenvolvidas pelos órgãos de saúde pública, através dos Programas de Saúde do Trabalhador nas secretarias estaduais de saúde em meados da década de 80 e os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST - estaduais e municipais).

Santos-Filho (2007, p.73), por sua vez, contribui com o debate trazendo uma reflexão mais voltada para o contexto do cotidiano dos serviços em saúde afirmando que “o trabalho em saúde atualmente tem sido ressaltado como objeto de atenção devido a sua crescente precarização no que se refere às condições de emprego e de trabalho”. De outro

modo, pode-se afirmar que a precarização das relações, do ambiente e das condições de trabalho resultam em problemas diversos no âmbito organizacional, dentre eles, a dificuldade em lidar com tais situações, especialmente quando se trata dos profissionais dessa área.

A atividade do trabalhador da saúde é, portanto, um ofício que se consubstancia por uma prática social permanente que adentra a vivência de cada sujeito, convoca aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, tais como: a ética, a realidade social dotada de suas variáveis, a exemplo da violência, da pobreza, da proliferação das ideologias e práticas cotidianas do consumo reforçadas pelos meios de comunicação de massa, o medo, a tensão, enfim, todos os elementos que, na atualidade, caracterizam e determinam o modo, a condição e a organização do desempenho desse trabalhador.

Trata-se, assim, de uma dimensão real, diferente daquela preconizada no texto Constitucional brasileiro que, recheado de normas programáticas, nem sempre diz respeito aos fenômenos que caracterizam o vivenciado pelo trabalhador da saúde cotidianamente. Merhy (2006, p.27), acerca dessa situação, pondera que a realidade da área da saúde, de um modo geral, tem apontado para a constatação de que “nem sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida efetivamente com a cura e sua promoção. As duras experiências vividas por usuários e trabalhadores da saúde mostram isso cotidianamente em nosso país”.

Tal reflexão não se vincula, portanto, somente aos usuários do serviço de saúde, mas também aos trabalhadores dessa área, especialmente quando se compreende sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS), contrapondo o chamado SUS real ao SUS constitucional, que no dizer de Mendes (2004, p.08) é indicado, respectivamente, como “SUS real – o que está nas ruas e SUS constitucional é o que se deseja”. Para o autor, ambos se ancoram no sistema valorativo com que a sociedade enxerga o Sistema.

Essa distinção é importante para que seja possível uma análise da realidade do trabalhador da saúde não a partir de uma visão ideal, mas fática. O que aqui se designa enquanto caráter fático do cotidiano laboral é atravessado pela forma de se gerenciar o ofício daqueles que dão vida ao sistema: os próprios trabalhadores. Por isso, é imprescindível que se considerem as plataformas gerenciais e a própria estrutura do SUS como modo para se tentar alcançar uma compreensão da lógica que ancora a organização e condição do trabalho dos agentes da saúde.

Maeno e Carmo (2005, p.23) defendem que a “militância na área da saúde do trabalhador é, a um só tempo, desafio e luta [...]. A maneira como o trabalho interfere na vida e na saúde das pessoas é uma das grandes questões [...]” que põe em discussão toda a organização do sistema, já que não se pode ignorar as necessidades dos trabalhadores que o colocam em funcionamento. Essa ponderação está ancorada no ponto de vista que compreende o campo da saúde pública como espaço no qual se desencadeiam diversas lutas, que envolvem diferentes atores, interesses e conflitos, especialmente quando referidos à relação capital-trabalho.

Há que se perceber o caráter socializante do trabalho na vida das pessoas, em especial daquelas que lidam com situações extremas como o limite entre a vida e a morte, caso dos “samuzeiros”<sup>17</sup>. De acordo com Santos-Filho (2007, p.73), “o trabalho em saúde tem sido ressaltado como objeto de atenção devido a sua crescente precarização no que se refere às condições de emprego e trabalho e repercussões na qualidade de vida e saúde dos trabalhadores”.

Em vários dos relatos obtidos no decorrer da pesquisa de campo, a temática da precarização do trabalho surgiu como se tratasse de um processo inevitável. Portanto, não é para o “samuzeiro” do SAMU/RMF uma opção, o que favorece ainda mais sua fragilidade, forçando-o a uma condição de maior vulnerabilidade.

A vulnerabilidade referida aqui possui ligação direta com o sofrimento mental (ou psíquico) que, de acordo com Adail Rollo (2007, p.45-46), tem uma relação objetiva com as resultantes do trabalho desenvolvido por profissionais que se sentem ou estão comprometidos com a articulação dor-sofrimento-trabalho. Segue explanação do supramencionado autor a respeito de pesquisa ocorrida em Cuba, no ano de 2005, e coordenada pelo psicólogo cubano Dr. Jorge Grau Abalo, a respeito do adoecimento dos trabalhadores no sistema de saúde de Cuba e que versa exatamente sobre essa temática:

[...] Jorge Grau caracterizou o sofrimento mental como uma situação que se observa nos trabalhadores autculpabilidade, sensação de incompetência, diminuição da autoestima, piora no rendimento e qualidade profissional com perda da atenção, má acolhida dos usuários e colegas, com tendências a posturas culpabilizantes agressivas, tanto no trabalho como em suas relações sociais, e piora das manifestações de doenças psicossomáticas. A manutenção dessa situação por um período prolongado pode levar à Síndrome de Burnout (“queimar para fora”, liquidação da capacidade de trabalho), caracterizada como um estado pessoal de esgotamento emocional com despersonalização, perda da capacidade laborativa e aumento significativo do risco de drogadição e suicídio. É observada,

---

<sup>17</sup> “Samuzeiro” é como os profissionais do SAMU/RMF se referem uns aos outros e a si próprios.

principalmente, em quem trabalha na atenção a pessoas com interação humana intensa e onde a imprevisibilidade é uma constante [...] (Grifou-se).

Não se pode negar que a organização do trabalho e as condições ofertadas ao trabalhador na sociedade capitalista em nada se diferenciam quando se fala do profissional da saúde ou de qualquer outra categoria. Mas há o fato de possuir condicionantes que se revestem de uma invisibilidade, não apenas pela dificuldade do Estado em reconhecer que há um processo de precarização e, por isso mesmo, podemos acessar dados que apontem os processos de adoecimento e conflitos advindos da atividade desenvolvida na área da saúde, cujas manifestações se materializam através da sintomática e sofrimento do trabalhador, bem como pela exposição que sofre diante da dor alheia, associada a uma sensação de incompetência, segundo caracterização do sofrimento já aqui descrita por Jorge Grau (Brasil, MS/Opas, 2001, p. 191).

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.

Essas condições representam a resultante de uma série de motivadores, tais como a precariedade dos vínculos empregatícios, o ambiente ofertado para desenvolver suas atividades, o nível de proteção legal que possui naquilo que tange aos seus direitos, enfim, situações diversas que remetem à circunstância com que e como cada trabalhador desenvolve suas atividades.

Algumas falas dão o testemunho da situação experimentada pelos profissionais pesquisados inseridos no SAMU/RMF que corroboram, inclusive, com dados levantados em estudo do próprio Ministério da Saúde (2003), que desvelou uma realidade em que há “80% de situações em que os trabalhadores não são cobertos por direitos básicos, em decorrência da flexibilização nas relações trabalhistas”. Tanto reconhece o Governo as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores da saúde, que no ano de 2003, criou a Política Nacional de Humanização (PNH).

A PNH (Ministério da Saúde, 2010) trata-se de uma política pública do SUS cujos objetivos estão atrelados ao reconhecimento do papel da gestão ligado de modo inseparável à “produção de novos sujeitos”. De acordo com o referido documento, o objetivo

principal dessa política é o de promover uma mudança na gestão de modo que esteja orientada para a análise e mudança de seu modo de administrar, especialmente compreendendo que “práticas de gestão e de atenção se influenciam mutuamente; que se deve ampliar o grau de contato e de troca entre as pessoas<sup>18</sup> e apostar na capacidade de fazer dos sujeitos”, considerando-se o potencial que possuem para criar e manifestarem suas vontades.

De acordo com o Caderno HumanizaSUS (Min.Saúde, 2010, p.25):

A humanização é um movimento que propõe a inclusão das pessoas de uma organização/serviço para que possam reconstruir de forma mais compartilhada e coletiva modos de gerir e de cuidar, considerando princípios e diretrizes, que são pressupostos éticos, clínicos e políticos.

De qualquer modo, mesmo considerando as diretrizes do HumanizaSUS, a realidade aponta para a existência de problemas enfrentados no âmbito da esfera gerencial, e que traz como resultantes da exposição a diversas situações imprevisíveis no cotidiano do trabalho, como o próprio sofrimento psíquico e o adoecimento que se manifesta de diversas formas, inclusive através do esgotamento nervoso. Algumas falas dos trabalhadores do SAMU/RMF refletem esta realidade:

Tenho dois filhos e o meu filho mais novo me cobra muito. Ele diz assim: “ah, já vai trabalhar de novo?”. Ele entende que eu preciso trabalhar por conta da escola, pra dar uma condição de vida melhor, mas ele cobra e tem momentos que a família quer ver a gente perto. Como ontem: ontem ele saiu e é só um exemplo e aí eles disseram: “mãe, a gente queria comer uma pizza”. Eu até já tava deitada porque eu sabia que vinha trabalhar hoje, mas eu disse: “tá, eu vou comprar”. Mas naquela hora eles não queriam a pizza: eles querem a minha presença com eles, tá entendendo? O momento que a gente tem de folga, que é muito pouco, a gente tem que aproveitar a família. E sofremos pela nossa falta de disposição e pela sobrecarga porque a gente tem que trabalhar muito, porque hoje, nos dias de hoje, você acha que tem como sobreviver com seiscentos reais? (TEF3).

É pra ter um controle emocional diante de um tiroteio, né? Manter a calma diante de três crianças mortas e a mãe gritando. Você tem que ter um pouco de psicologia pra lidar com tudo aquilo, né? Era pra liberarem cursos de controle emocional porque não dá pra gente pensar no que a gente pode pegar, num dá! Num dá! Você, durante a chegada até o local, vai criando o que poderia ser: dois ônibus, um trem com um ônibus e também poderá se acidentar, num poderá? Um estádio lotado de gente poderá cair o teto em cima de quinhentas, duas, dez mil pessoas e quem vai pra lá além do Corpo de Bombeiros? O SAMU, né? (TEF1)

Outra situação, que não deixa de se encaixar na temática do sofrimento, por ser ele a resultante de vários processos desencadeados de modo subjetivo no trabalhador, é a do sentimento de culpa que o acomete, normalmente relacionado ao fracasso no trabalho, seja por desconhecimento da atividade, treinamento insuficiente ou mesmo inexistente,

---

<sup>18</sup> De acordo com o Ministério da Saúde (2010, p.25) “exige deslocamentos subjetivos e identitários”.

imprudência ou acidente, realidade que é quase sempre relacionada à sua própria forma de se conduzir naquela atividade, cujos reflexos são resultados tanto da organização quanto das condições de trabalho ofertadas pelo empregador, assim como pelo resultado de um processo autoavaliativo a que se impõe o próprio empregado:

Na hora do atendimento, eu tento colocar todo meu conhecimento técnico a serviço do paciente, toda a minha perícia, todo conhecimento que eu aprendi na faculdade a favor da saúde, isso até a hora que eu entrei no hospital e depois da ocorrência eu tanto vou refletir quanto o aspecto da vítima e os familiares estavam sofrendo, como também o quê que eu poderia melhorar mais, porque ninguém é perfeito e sempre você vai ter que aperfeiçoar. Você sempre tem algo a mais a fazer, pra poder, na próxima vez, você fazer mais, fazer melhor ainda, fazer algo mais por aquele paciente. Eu vejo tanto o lado emocional como também o lado de serventia que eu tenho pra com a sociedade. (ENF4).

Teve uma festa aí onde caiu o telhado todo em cima de duas, três mil pessoas e a gente só tem curso de trauma: trauma para salvar vidas das pessoas. E cadê o cuidador? Cuidar de quem cuida do cuidador? Isso não conta, né? Nós temos que ser fortes. Mas pra você ser, você precisa receber orientações das disciplinas que são suficientes pra aquilo. Mas só se recebe aula pra trauma, trauma, trauma, imobilização, imobilização, né? (TEF1).

É uma disposição assim que precisamos ter dentro da área de saúde e menos de 0,001% das equipes estão preparadas e têm essa disposição de estar na hora do acidente: não têm! A gente tem o nosso orgulho profissional, mas por outro lado a gente tá fugindo da questão humana, da sequela da morte. A gente tá fingindo um pouco. (MED2).

Os discursos aqui reproduzidos apontam para a dimensão da saúde e de seus efeitos enquanto experiência coletiva, já que sempre se encontram referências ao próprio viver, no qual o debate que articula saúde e trabalho não se exclui.

De outra forma, pode-se mencionar, aqui fazendo uso do pensamento de Barros, Mori e Bastos (2007, p.101), que a promoção da saúde nos espaços de trabalho possui uma ligação intrínseca com a “capacidade individual e coletiva para transformar as situações que agredem e fazem sofrer”, como já reconhecido pelo Ministério da Saúde e indicado no presente trabalho.

O Manual de Gestão e Gerenciamento publicado pelo Ministério da Saúde (2006, p.14), diz na literalidade que, em função das amplas dimensões do campo de ação dessa temática, a discussão que envolve a saúde do trabalhador “apresenta caráter intra-setorial, envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo no SUS e intersetorial [...], o que exige uma abordagem interdisciplinar com a gestão participativa dos trabalhadores”.

Barros et al (2007, p. 185) afirmam que a Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) tem empregado como estratégia principal para sua concretização o Programa de Formação em Saúde do Trabalho (PFST). Ao que se percebe, prioritariamente, formar, treinar e orientar são as estratégias mais corriqueiramente utilizadas pelos gestores da saúde com relação a cuidar dos profissionais da saúde, quando manifestam algum tipo de sintomática, particularmente relacionada ao trabalho.

Mais uma vez, os relatos coletados no campo e percepções narradas por parte dos trabalhadores do SAMU/RMF dão conta de que não há políticas públicas de saúde especificamente voltadas para eles. Quando indagados a respeito da existência de iniciativas dessa natureza, houve outras respostas similares à transcrita abaixo:

Eu acho que deveria ter um programa, eu não sei se a nível de um médico, psicólogo. Porque assim, a gente tem um trabalho muito desgastante, é estressante, é preocupante, consome muito a gente, muitas vezes a gente passa de horário de almoço da gente, de jantar. Muitas vezes, você tá com o almoço pronto e quando você vai começar a comer, aí chega uma ocorrência e você não tem como negar: isso não existe! E ainda a gente tem essa questão: têm muitas ocorrências que tiram a gente do sério, mexem com o psicológico realmente, pela questão da necessidade de estrada, ou que a gente sofre pela pressão. Você faz um trabalho desgastante, cansativo, correndo risco na rua, e quando você chega no hospital para entregar aquele paciente, você é recebido como um nada, como um nada! Ou não há continuidade do atendimento, ou não há interesse em dar continuidade [...]. (TEF3).

Dejours (1997, p.35) examina essa discussão dos processos de saúde no trabalho 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 compreendida como uma circunstância limitada à vida do indivíduo, mas que possui uma dimensão coletiva. Entende que “a divisão entre espaço de trabalho e espaço privado só é eventualmente pertinente na análise econômica, mas torna-se inconsistente a partir do momento em que se trata das relações sociais e das questões de saúde”. Como disse um profissional:

A gente fez, por um tempo, acompanhamento com uma psicóloga no quartel (bombeiros). Ela falou que só aquele barulho da sirene já mexe, já mexe... vamos supor, com a estrutura da pessoa. Então, vai juntando. Na realidade, o estresse fala nisso, né? No acúmulo de várias coisas que mexe com o sistema nervoso da pessoa e chega um certo momento que a pessoa que tem esse problema aí, que ainda não foi manifestado porque não chegou até aquele grau máximo. Então, de tanto a pessoa tirar serviço, aí tem os problemas em casa quando chega aqui estoura mesmo, tipo uma panela de pressão. (COND4).

Mais uma vez, depreende-se que as situações causadoras de possíveis adoecimentos ou agravos à saúde a partir do trabalho, possuem intrínseca ligação com o

modelo de gestão aplicado, sendo pertinente mencionar que a organização e as condições de trabalho ofertadas estão vinculadas à estrutura socialmente constituída na instituição.

Barros et al (2007, p.103-104), por outro lado, afirmam que a questão do adoecimento no trabalho não pode se restringir apenas ao biológico, “pois a atividade humana, o trabalho e a cultura têm por efeito imediato alterar constantemente o meio de vida dos homens”. Em outros termos, o modo de vivenciar o cotidiano no trabalho, a organização e as condições ofertadas aos trabalhadores (o meio de trabalho, as relações estabelecidas, as significações oriundas dessa realidade, enfim, todas as vivências a partir da experiência laboral) podem, sim, interferir no equilíbrio e saúde do trabalhador.

Especificamente, no tocante à realidade observada no SAMU/RMF, inferidas também a partir das incursões no campo, percebeu-se que as demandas e queixas apresentadas aos gestores não são recebidas como se fossem doenças ou agravamento da saúde, mas interpretadas como falta de treinamento ou de necessário remanejamento da atividade profissional ora desenvolvida pelo trabalhador. A seguir, transcreve-se relato de um “samuzeiro” que foi remanejado para a área administrativa após a unidade móvel na qual trabalhava ter sofrido um assalto:

Tudo tem um lado crítico. Eu já fui aqui de tudo um pouco. Agora tô no administrativo. Sou socorrista, mas pra mim não dá pra trabalhar na rua mais não: não me dou bem porque não gosto de ver o povo ensanguentado. E agora, tô com problemas de pressão alta. Se eu for pra ambulância, corro o risco de ser é socorrido. (ADM1).

Percebe-se, assim, que se interpõe um importante contraponto para se pensar a forma de organização do trabalho dos recursos humanos da saúde e, conseqüentemente, as políticas aplicadas a esses profissionais: a consideração de que há falhas no suporte aos trabalhadores do SAMU/RMF dentro das demandas em cuidados que expressaram, assim como a existência de uma lógica empresarial por trás das iniciativas do Estado nesse segmento, especialmente no modo como se estruturam e instituem métodos de trabalho, já que se pode falar de uma migração dos modelos tradicionais da administração privada para a seara da administração pública.

Não se pode deixar de trazer à pauta do presente debate a articulação entre políticas públicas de saúde e mercado através da ponderação realizada por Bravo (2006, p.15) que, de forma objetiva, analisa o modo como tem se dado essa convivência entre searas com interesses aparentemente divergentes:

O projeto saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste que tem

como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (Costa, 1996). A universalidade do direito – um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária – foi um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto saúde voltada para o mercado. Esse projeto tem como premissa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico.

Considerando-se o contexto no qual laboram os profissionais do SAMU/RMF, que se caracteriza pelas práticas próximas ao que se pode chamar de Estado mínimo, faz-se premente evocar e fortalecer a Constituição com sua força principiológica e normativa, como forma de conter violações em nome do lucro irrestrito ou mesmo de vantagens pecuniárias obtidas através da exploração do trabalho (pela flexibilização dos direitos e garantias ou pela precarização do trabalho) garantindo o regramento das condições e respeito, no que tange às relações humanas.

Em estudo sobre o trabalhador da saúde, Élide Hennington (2011, p. 441) indica como o setor da saúde pública se encontra fortemente envolvido com as iniciativas gerenciais normalmente encontradas na esfera privada, entendendo que “o mercado de trabalho em saúde no Brasil tem-se caracterizado nos tempos atuais pelo seu dinamismo, complexidade e competitividade [...]”. Prossegue afirmando que a lógica neoliberal no campo da saúde, na América Latina, tem defendido a flexibilização como medida para redução de custos e aumento da eficiência, mas que traz consigo a restrição de benefícios e imposições aos trabalhadores de condições de esforço rigorosas, dentre elas, a carga horária e a possibilidade de demissão livre.

As questões cotidianas de lidarem com as experiências traumáticas, de não contarem com uma estrutura ou espaço que lhes possa favorecer uma fala catártica ou mesmo a falta de um cuidado mais voltado para a realidade do trabalhador da urgência, aliadas à própria estrutura de investimentos voltados para o SAMU/RMF, revela de que modo são pensados os investimentos para a área (no tocante ao atendimento à população), o que, sem dúvidas, reflete nos investimentos voltados para os trabalhadores e os cuidados que naturalmente demandam.

De acordo com dados do Portal da Transparência, no Estado do Ceará, informação acessada em 09 de maio de 2012, não foi identificado orçamento específico

para o SAMU, mesmo representando o orçamento atualizado para a SESA com valores da ordem de R\$ 2.336.101.606,56 (dois bilhões, trezentos e trinta e seis milhões, cento e um mil, seiscentos e seis reais e cinquenta e seis centavos), sendo que, para o desenvolvimento educacional permanente no SUS, os valores são da ordem de R\$ 39.956.956,00 (trinta e nove milhões, novecentos e cinquenta e seis mil reais) e destinados para a saúde do servidor R\$ 16.003.640,38 (dezesesseis milhões, três mil, seiscentos e quarenta reais e trinta e oito centavos).

Ou seja, os recursos mobilizados para investimento na área da saúde do trabalhador e de políticas e ações especificamente voltadas para eles, principalmente as que dão conta de programas de prevenção ao adoecimento no trabalho, representaram um total aproximado de 6,8% do montante orçado para a saúde no Estado do Ceará.

É importante ressaltar que, ao se apresentar tais números, discute-se de fato a gestão em saúde voltada para o trabalhador que, segundo Barros e Barros (2007, p.65), “trata-se de um ‘produto’ com características muito especiais. Pensar a gestão em saúde é pensar modos de produção comprometidos com a vida”. E é a gestão que pensa as políticas de saúde voltadas para o trabalhador, considerando as demandas apresentadas.

Neste sentido, percebe-se que não se trata apenas de administrar cifras, controlar a distribuição de leitos, lidar com situações urgentes e emergenciais, garantir a aquisição de viaturas, mas da execução do trabalho com menor custo, do alcance da eficácia e da máxima eficiência, mesmo com as limitações orçamentárias, conforme os números já aqui registrados. Todos esses pontos se tratam de metas e questões relacionadas diretamente à administração, assemelhados àqueles da área privada e não dizem respeito ao cuidado do trabalhador. A gestão necessita planejar programas e iniciativas que possam colaborar para o não adoecimento e a preservação da saúde de seus colaboradores.

Inaugura-se, assim, em todas as frentes de trabalho, uma nova eticidade, agora maximizada pelo papel do administrador em geral, que engendra um processo de imposição da forma de se organizar a rotina do trabalhador no processo da atividade, a despeito da sua condição física ou psíquica. Na saúde, ou mais especificamente, no setor público, que toma de modo significativo e de forma precarizada o trabalho, as políticas pouco se empenharam em pensar essas questões e as suas consequências para a saúde do trabalhador da área.

Neste sentido, Barros e Scarabelli (2007, p.186), ao relatarem as discussões a respeito do Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST), afirmam:

A construção dessas estratégias de intervenção partiu da identificação da nocividade do trabalho nos serviços de saúde pública para seus próprios funcionários, tendo em vista: a precarização e verticalização das relações de trabalho, hierarquizações rígidas, insuficientes condições materiais para oferecer atendimento aos usuários, baixos salários, ritmo extenuante de trabalho, fragmentação das atividades, etc. Segundo relato de muitos trabalhadores que desenvolvem suas atividades nesses estabelecimentos, esse quadro de precariedade tem se expressado em forma de estresse, desgastes, sejam eles físicos e/ou emocionais, resistências, descrédito, sofrimento; sensação de impotência; pouca possibilidade de movimentação diante dos desafios postos pelo cotidiano, podendo produzir até mesmo paralisações. O número e a frequência considerável de pedidos de licença médica e afastamento do ambiente de trabalho, por exemplo, evidenciam essa nocividade, bem como delineiam algumas de suas manifestações. (Grifou-se).

Diante dessa realidade, é fundamental que as políticas públicas de saúde se preocupem com as vivências que esses trabalhadores enfrentam cotidianamente, reconhecendo e se defrontando ante as suas consequências experienciadas, especialmente quando tais situações desencadeiam um esgotamento emocional do profissional, levando ao comprometimento não apenas da capacidade laborativa, mas da sua própria forma de estar no mundo, gerando importantes prejuízos aos serviços ofertados por esses trabalhadores à sociedade.

Vale (2012, p.36), discutindo a respeito das situações enfrentadas pelos trabalhadores da saúde na perspectiva de política pública e utilizando como parâmetro uma análise da Norma Regulamentadora (NR) número 32, aduz o seguinte:

Se por um lado os doentes enfrentam dificuldades para serem tratados, por outro seus cuidadores têm grandes desafios e riscos, até mesmo de adoecerem no exercício da função. [...] Dentre os principais riscos inerentes às atividades desses profissionais estão ferimentos com perfurocortantes, exposição aos agentes biológicos, entres os quais os vírus da AIDS e das hepatites, aos agentes químicos como produtos de limpeza, de desinfecção, quimioterápicos, antineoplásicos, gases e vapores anestésicos, às radiações ionizantes e, ainda, riscos para o sistema musculoesquelético, causado pelo transporte e transferência de pacientes.

Portanto, não se vê outra solução ao trabalhador que não seja a de criar mecanismos de defesa para lidar com situações que desafiam a sua integridade, não apenas física, como também a psíquica. Dentre a violação, no que se refere ao psiquismo, percebeu-se ao longo das conversas empreendidas com alguns trabalhadores, que a “síndrome de *burnout*” não é incomum, sendo muitas vezes confundida com a depressão, o que igualmente confunde tanto o trabalhador quanto a instituição, trazendo uma dificuldade em se identificar com clareza o que de fato corresponde ao real vivido pelo profissional.

Gadamer (2006, p.69) discute essas condições com destaque à manifestação do evento morte. A morbidade do paciente pode ensejar ao cuidador não apenas a angústia ou levá-lo ao adoecimento, mas também, ao reprimir seus sentimentos e até identificações das situações que vivencia ou testemunha, sugere a manifestação que nomeia de “despertar do fundamento antropológico da angústia”, que revela “a distinção do ser humano de ser distanciado de si mesmo”.

O distanciamento ou a tentativa de distanciar-se da situação surge como elemento de defesa, com o intuito de possibilitar ao profissional lidar com experiências dolorosas de modo a tentar esquivar-se do sofrimento que ela possa ensejar.

De acordo com Aquino (1999, p.104), “o sofrimento mental advém da organização do trabalho, compreendida como a ‘divisão do trabalho’ [...] e das condições de trabalho, concebida como o ‘ambiente físico’ [...]”. Daí não ser possível desconsiderar que essas duas variáveis contribuam para o engendramento de situações geradoras de dor e angústia, associadas à impotência do profissional, mesmo que extremamente capacitado, já que são variáveis que fogem ao seu controle.

Borges (2005,p.277), a esse respeito, explica:

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.

Por isso, condições e organização do trabalho, assim como outros fatores ligados à dinâmica organizacional da estrutura da instituição de saúde, seja esta uma unidade fixa ou mesmo uma unidade móvel de atendimento de urgência, representada administrativamente por sua base de apoio, podem ser determinantes nas questões de saúde e adoecimento do trabalhador. E o poder público não pode se desvencilhar desse cuidado. Um dos desafios postos ao Estado.

Por fim, a confluência entre as variáveis de saúde, trabalho e doença não parecem ser encaradas pela gestão como inerentes à própria forma do viver e do estar de cada trabalhador no desenvolver de suas tarefas. Adoecer ou estar saudável são modos de manifestação da própria vida: respostas orgânicas ou psíquicas que precisam ser vistas de frente pela administração, correspondendo a experiências particulares e individuais, necessitando desse olhar gerencial, que amplie a forma de se enxergar o trabalho inserido

no viver do trabalhador da saúde, proporcionando-lhe um espaço no qual possa falar e equacionar questões oriundas de sua vivência cotidiana.

#### 4. O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)

A iniciativa de se acolher uma demanda em ambiente fora do hospital teve sua origem no ano de 1792, através da proposição do cirurgião francês Dominique Larrey, que pertencia à Armada de Napoleão Bonaparte e que, segundo Santana, Boery e Santos (2009, p.02) atentou “que as chances de sobrevivência dos feridos em combate eram maiores quando o atendimento era realizado rapidamente, no próprio campo de batalha, por meio de ‘ambulâncias’ [...]” que então eram responsáveis por deslocar equipes e insumos para o atendimento do ferido no local da ocorrência, ou seja, no campo de batalha.

A expressão ambulância vem do latim *ambulare*, que é traduzido como deslocamento, andança, caminhada, enfim, trata-se de vocábulo que vai indicar movimentação. No caso, o deslocamento de equipes e insumos para atender a determinada ocorrência a partir da iniciativa francesa e das melhorias implementadas pela cidade de Nova Iorque (EUA) no final do século XIX, quando então equipou veículos com estrutura para, durante o deslocamento à unidade hospitalar, também ofertar atendimento, deu corpo aos primórdios da Assistência Pré Hospitalar (APH) no Brasil.

Elisabete Cordoba (2011, p.09), em estudo sobre a temática, afirma que a competência do serviço de APH “pode ser considerado assistencial e regulatório mediante a prestação de resgate pelo atendimento e transporte adequado a um serviço de saúde, podendo ser prestado pelo SAMU ou pelos bombeiros”.

O APH, móvel ou fixo, possui como meta prioritária a diminuição de quaisquer sequelas advindas de acidentes ou situações de urgência, no menor tempo possível e do modo mais seguro que, de acordo com o já mencionado, depende do tempo-resposta que se leva da chamada realizada para o número 192 até a efetivação da atividade da equipe de atendimento, quando deixa o paciente na unidade de saúde mais adequada.

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 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.

## 4.1 Histórico do SAMU no Brasil

O SAMU nacional foi criado tomando por base o modelo francês, em que, obrigatoriamente, há a presença de um médico e política de trabalho com equipe de suporte avançado. Teve também a influência do modelo americano, pelo modo da organização de equipes, que contam com outros profissionais não médicos, mas que atuam em unidades avançadas como apoio e nas unidades básicas como equipe específica gerenciada pelo médico regulador. Nos Estados Unidos, as equipes possuem os chamados paramédicos, o que aqui, no Brasil, não existe enquanto categoria de trabalho. Um dos médicos intervencionistas entrevistados fez menção a essa forma de organização do serviço no país, como transcrito a seguir:

[...] o nosso SAMU é montado um pouco copiando a França e um pouco copiando os Estados Unidos. Na França, é Serviço de Atendimento Médico de Urgência, aqui é Serviço de Atendimento Móvel de Urgência porque não tem condições de colocar um médico em cada unidade, sai muito caro. Então, alguns carros têm médicos que são as USA (unidades de suporte avançado) e as USB (unidades de suporte básico) não têm médicos. O modelo francês, ele leva o recurso de emergência para a casa. [...] O modelo americano é o contrário, leva o cidadão para dentro do hospital. Então, o que foi que a gente teve que fazer? Uma adaptação dos dois. [...] Nos Estados Unidos, eles criaram os protocolos que facilitam o atendimento. [...] Então, a gente ficou copiando um e outro e ainda estamos adaptando o modelo para a realidade brasileira. (MED1).

Até 2001, o país não contava com qualquer política pública específica que atendesse às necessidades de assistência pré-hospitalar (APH), especialmente diante do incremento da urbanização, cujas consequências não apenas indicaram o aumento da violência urbana, bem como a mudança nos hábitos da população, que passou a se adequar a um ritmo de vida mais complexo, cujos valores da nova economia, segundo Senett (2006, p.16) “tornaram-se uma referência para a maneira como o governo pensa a respeito da dependência e da autogestão, em matéria de assistência de saúde e pensões”.

O país contava, segundo Cordoba (2011, p.10), com o atendimento realizado tradicionalmente pelo Corpo de Bombeiros, nos idos de 1988, através do chamado Projeto Resgate, chefiado por um capitão médico que tinha como central para recebimento das demandas os números 193 e 192. O número 193 ainda existe e as chamadas para ele realizadas caem em uma central do Corpo de Bombeiros, enquanto o número 192 recebe as demandas nas quais haja necessidade de intervenção dos profissionais do SAMU.

Paulo de Tarso, Coordenador de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde, em entrevista concedida ao “Blog da Saúde”<sup>19</sup>, explicou que há uma parceria entre os dois serviços: SAMU e Corpo de Bombeiros. Este último atua realizando resgates, como por exemplo, em situações nas quais as vítimas ficam presas em ferragens ou em locais de difícil acesso, prestando os primeiros socorros, para que posteriormente a equipe do SAMU prossiga no atendimento à ocorrência.

O Portal da Saúde do Ministério da Saúde<sup>20</sup> informa que o SAMU é o principal componente da Política Nacional de Urgências e Emergências e ajuda a prestar socorro à população em situações dessa natureza, atendendo ocorrências de ordem traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica (parto e aborto), atendimento a vítimas de acidentes de trânsito, feridos por armas (branca ou de fogo), intoxicação, afogamento, choque elétrico, quedas, infarto, AVC, crises convulsivas, insuficiência cardíaca, crise diabética e de saúde mental da população. Além desses atendimentos, também se presta a orientar as demandas através das ligações telefônicas referentes a uso de remédios e acidentes com substâncias químicas. Além disso, os atendimentos são realizados tanto em via pública (urbana ou rural e rodovias) quanto em domicílio (prédios públicos e particulares), podendo ou não haver a remoção da vítima para as unidades de saúde mais adequadas ao tipo de diagnóstico realizado pelos profissionais em conjunto com a Central de Regulação.

Dados do Ministério da Saúde apontados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS) justificam a necessidade do serviço, indicando que no ano de 2010<sup>21</sup> foi registrado o total de 143.256 (cento e quarenta e três mil, duzentos e cinquenta e seis) óbitos no país, decorrentes das chamadas “circunstâncias do óbito por causas externas”<sup>22</sup>, ou seja, por homicídio, suicídio, acidente e outras causas não registradas, ignoradas ou desconhecidas.

Somente no estado do Ceará, no mesmo período, o número de óbitos por “circunstâncias por causas externas” registraram 7.064 (sete mil e sessenta e quatro) mortes

---

<sup>19</sup> Acesso através do link: <http://www.blog.saude.gov.br/samu-e-corpo-de-bombeiros-saiba-diferenciar-os-servicos/> na data de 10 de janeiro de 2013.

<sup>20</sup> [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=30273&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30273&janela=1)

<sup>21</sup> O registro se refere ao ano de 2010, por ser o último disponível no sistema.

<sup>22</sup> Expressão utilizada pelo Ministério da Saúde, em seu site oficial, na rede mundial de computadores.

que se inserem no total de 43.961 (quarenta e três mil, novecentos e sessenta e um) óbitos que relacionam o chamado “óbito por ocorrência”<sup>23</sup>.

A Portaria GM/MS Nº 737 de 2001 do Ministério da Saúde trouxe uma inovação ao apresentar um rol de iniciativas para que o poder público lidasse com acidentes, situações de urgências em locais e espaços diversos, além do próprio fenômeno da violência, configurada, então, como um “problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência e que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população”<sup>24</sup>.

Assim, a referida Portaria GM/MS Nº 737/2001 propõe uma conceituação, a fim de esclarecer o seu intuito e indicar a tendência das políticas públicas pré-hospitalares, cujo teor preceitua:

Os acidentes e as violências configuram um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais – devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes – e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças – CID (OMS, 1985 e OMS, 1995) – sob a denominação de causas externas. Quanto à natureza da lesão, tais eventos e ou agravos englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros. O tema inclui-se no conceito ampliado de saúde que, segundo a Constituição Federal e a legislação dela decorrente, abrange não só as questões médicas e biomédicas, mas também aquelas relativas a estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais nos quais a sociedade brasileira vive, trabalha, relaciona-se e projeta seu futuro.

Do ano de 2001 até 2004, quando foi criado o SAMU-192, através do Decreto Nº 5.055 de 27/04/2004, foram publicadas pelo Ministério da Saúde quatorze Portarias, todas no sentido de disciplinar ou uniformizar o atendimento pré-hospitalar. Elas configuraram a estruturação do serviço que se oferta à população, cujo rol (das principais) está relacionado no apêndice “D” desta dissertação.

Em verdade, o serviço de atendimento pré-hospitalar no país é recente, contando com aproximadamente 11 (onze) anos de existência, o que indica estar em fase de ajustes e estruturação, diante das dimensões geográficas do país. Tal realidade, segundo constatação a partir da pesquisa de campo, acarreta uma carência de informações

<sup>23</sup> Esse dado equivale ao número de óbitos, segundo o local de sua ocorrência. Portanto, refere-se tanto ao falecimento no âmbito da residência da vítima quanto do local em que estava no momento em que foi a óbito (hospital, via pública, etc.).

<sup>24</sup> Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_promocao.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_promocao.pdf), acesso em 02/10/2011. O conceito de morbidade difere do de mortalidade. O primeiro faz referência ao modo como se desenvolvem as doenças e os agravos da saúde a que estão expostas determinadas populações por causas diversas. A mortalidade diz respeito ao quantitativo de pessoas que chegaram a óbito em um determinado espaço de tempo.

e disseminação da natureza dos serviços prestados pelo SAMU-192 à população, de uma forma geral. Tal observação, por exemplo, decorre do número de trotes que são realizados para o número de urgência que, somente no Polo I, integrante do Sistema de Urgência no Estado do Ceará, durante os anos de 2011 e 2012, corresponderam aproximadamente ao total de 33% das chamadas.

O desconhecimento dos serviços prestados pelo SAMU/CE por parte da população tem sido combatido pelas equipes de trabalho do Núcleo de Educação em Urgência (NEU) com o projeto intitulado “Samu na minha cidade”, que tem como principal objetivo divulgar as ações do serviço de atendimento móvel, além de realizar um trabalho educativo junto à população, explicando o que deve motivar uma chamada para o número de urgência. Daí a intenção de se passar à sociedade que o serviço se presta a atender vítimas de ocorrências urgentes e urgentíssimas, favorecendo maior facilidade ao trabalho dos “samuzeiros” e da equipe da central de regulação.

O artigo 7º da Portaria Nº 1.600/GM de 07 de julho de 2011, que recentemente reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e instituiu a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no Sistema Único de Saúde, apresenta de forma clara o objetivo do SAMU e das Centrais de Regulação (CR). Por isso, é transcrito o teor do referido dispositivo a seguir:

Art. 7º. O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências têm como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

Parágrafo único. O Componente de que trata o caput deste artigo pode se referir a atendimento primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento 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 que necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

Normalmente, a atuação do SAMU é associada pela população, de uma forma geral, ao atendimento de um acidente, transporte de doentes ou mesmo ao socorro em situação de extremo risco de morte através da mobilização de uma ambulância e sua equipe. Todavia, o Serviço conta com outros recursos móveis, todos acionados pelo número 192, tais como: motolâncias, barcos, helicópteros e veículo pequeno de apoio, além de

fornecer orientações em situações diversas até a chegada dos profissionais para prestarem o necessário socorro à vítima da ocorrência.

O serviço funciona 24h por dia e está disponível em 2.527 municípios brasileiros, atendendo a um público aproximado de 134.078.675 milhões de habitantes. Estatística que corresponde, segundo o Ministério da Saúde, a 70% (setenta por cento) da população do país.

Em seu cenário de atuação, o SAMU acolhe todos os pedidos de ajuda médica, desde que julgada a gravidade ou necessidade do chamado pelo Médico Regulador que, como a própria denominação, trabalha regulando as demandas que chegam até a central telefônica (acionada através do número 192) de uma determinada região. Atualmente, o país conta com 176 Centrais de Regulação e que, de acordo com o Portal do Ministério da Saúde, regulam cerca de 2.141 unidade tipo USB (76%), 517 USA (18%), 167 motos (6%), 07 embarcações (0,27%) e 02 aeromédicos (0,07%). O serviço se encontra em fase de expansão, com 328 ambulâncias e 176 motos pendentes de habilitação.

A carência de discussões e estudos em torno do SAMU, especialmente quanto aos recursos humanos da saúde que trabalham com atividades dessa natureza, como as urgências, oportunizam o desenvolvimento do presente estudo.

De início, é cabível realizar a distinção entre emergência e urgência, por causa das frequentes confusões quanto aos dois conceitos. Desde já, esclarecendo que o foco deste estudo é a urgência.

O conceito de urgência se liga ao sentido de premência, rapidez, cuja espera não é possível pela iminência de algum tipo de resultado desfavorável a quem sofre o episódio tido como urgente.

De acordo com a Resolução nº 1451 de 10/03/1995, do Conselho Federal de Medicina, em seu artigo 1º, urgência e emergência possuem conceitos próprios nos parágrafos primeiro e segundo, respectivamente:

Art. 1º. Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

§ 1º- Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

§ 2º - Define-se por **EMERGÊNCIA** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

Para se compreender a organização e condições do trabalho dos recursos humanos da saúde na prática pré-hospitalar, considerando-se os trabalhadores do atendimento móvel de urgência, há necessidade de se entender a filosofia traçada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) quando busca a descentralização do atendimento à população, enquanto ação afirmativa de saúde. Essa forma de trabalho, ampliada, conta com a atuação da Rede de Atendimento de Urgências (RAU), que hoje atua em todo o país<sup>25</sup>.

Como já mencionado, no Brasil, o SAMU funciona através de protocolos pré-estabelecidos, sendo acionado pela população através de chamada telefônica para o número 192, disponibilizado pela Agência Reguladora de Telecomunicações (ANATEL), cujo atendimento é realizado por uma central de regulação médica de uma determinada região geográfica que, a partir do relato do interlocutor, engendrará todo o processo de cuidado pré-hospitalar da ocorrência relatada.

Com a aproximação da realização da Copa do Mundo, no ano de 2014, o SAMU/CE passou a integrar a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FNSUS), que tem como missão atuar em situações de grandes proporções na área de prevenção a desastres e enfrentamento de episódios que envolvam grande número de pessoas. Neste sentido, o Governo Federal instalou a Câmara Temática de Saúde, que reúne periodicamente representantes dos estados nos quais estão programadas realizações de jogos do evento, de modo a traçar as diretrizes estratégicas e organizacionais no que tange à execução de ações que possam impedir a proliferação de epidemias e endemias<sup>26</sup>.

Quanto à instalação de uma base do SAMU em uma cidade específica, os fatores determinantes são basicamente a posição geográfica do local em relação à rede hospitalar disponível para o atendimento; a parceria estabelecida entre o município e a União, levando-se em conta os recursos financeiros necessários e possíveis de integrarem o orçamento dos entes políticos envolvidos/interessados; e a quantidade da população coberta pelo serviço, já que a responsabilidade é tripartite.

---

<sup>25</sup> A RAU, de acordo com o Portal Saúde, “tem a finalidade de articular e integrar no âmbito do SUS todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de forma ágil e oportuna [...]”. Fonte: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=1829](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1829) – Acesso em 17 de fevereiro de 2013.

<sup>26</sup> Informações obtidas na página oficial do Governo Federal – Link: <http://www.copa2014.gov.br/pt-br/sobre-a-copa/camaras-tematicas>

Os municípios que possuem interesse na instalação de uma base do SAMU em sua região, deverão ainda atender aos requisitos da Portaria GM/MS Nº 1.010 de 21 de maio de 2012, além de se submeterem a critérios de aprovação avaliados pelo Comitê Gestor de Atenção às Urgências do Estado. Os repasses são realizados pelo Governo Federal e Estadual, acrescidos da contrapartida com a qual se compromete o município, especialmente naquilo que se refere às instalações físicas e abrigo com proteção das intempéries dos veículos de atendimento.

Apesar dos critérios e exigências estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a instalação de uma base do SAMU (dentre eles, o número de habitantes, distância de unidades hospitalares com leitos e condições para atender a situações de urgência, por exemplo), ainda há problemas no que se refere à implementação de uma política de urgência calcada na realidade brasileira, que possa dar conta de enfrentar, pelo menos contemporaneamente, os problemas encontrados no cotidiano do trabalho nessa seara.

Nas visitas realizadas às bases do SAMU/RMF, foram observadas que, das cinco bases pesquisadas, três possuem condição adequada para abrigar os grupos de trabalho. Dentre elas, a do Eusébio, única que atende totalmente aos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde, de acordo com a Portaria GM/MS Nº 2.657 de 16 de dezembro de 2004. A descrição da estrutura física de cada uma das bases visitadas será relatada no capítulo seguinte deste trabalho dissertatório.

Um dos primeiros Manuais de Regulação Médica de Urgências (MS/Outubro de 2005), publicado pelo Ministério da Saúde nos idos de 2005, já indicava os pontos que poderiam comprometer o sucesso e a eficácia das políticas públicas de atenção às urgências no país, a saber:

- a) Baixo investimento em estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde. A partir disso, as políticas de atendimento de urgência poderiam contribuir para a percepção da situação do sistema de saúde nacional, o que atualmente acontece. O SAMU, de acordo com os relatos obtidos no campo, “é a porta de entrada para o sistema de saúde” (MED1);
- b) Existência de um modelo de cunho assistencialista com forte centralização na oferta de serviço e não nas reais necessidades dos cidadãos<sup>27</sup>;

---

<sup>27</sup> Diz o Manual que “ainda hoje a estruturação das redes de atenção à saúde está fortemente influenciada por interesses de mercado, marcadamente através da oferta de serviços de alta densidade tecnológica, cujo consumo, foi introjetado pela própria população”. (página 25).

c) Falta de estrutura para acolhimento adequado nos casos de menor complexidade voltados para políticas de atenção básica à população, tornando inevitável que se agravem casos com alto potencial de morbidade, tais como hipertensão, diabetes, asma, dentre outros. Atualmente, o Governo tenta dar conta dessa situação através da implementação das UPAs (Unidades de Pronto Atendimento), numa tentativa de desafogar os hospitais que possam atender os casos mais complexos, implantando, inclusive, o cartão do SUS, como forma de conhecer e controlar o acesso ao sistema, além de armazenar informações sobre o atendimento fornecido ao usuário;

d) Insuficiência de unidades de saúde que recebam casos de média complexidade;

e) Utilização inadequada das portas de entrada de alta complexidade, o que acaba por sobrecarregar os hospitais, favorecendo a formação de um enorme contingente de demandas não atendidas nas redes básicas;

f) A insuficiência de leitos hospitalares que possam receber pacientes em casos extremos, especialmente vagas em UTIs. Segundo relatórios do Ministério da Saúde, nos hospitais de pequeno porte, as taxas de ocupação média do território nacional não chegam a 50% do que há disponível;

g) Deficiências na estrutura da rede assistencial. Tais insuficiências dizem respeito às áreas físicas, equipamentos e pessoal. Especialmente neste item, há que se falar da “informalidade na contratação de recursos humanos e a organização vertical do trabalho, que criam uma porta de entrada ao mercado de trabalho e atraindo profissionais com habilitação inadequada para a atenção às urgências”. (pg.26);

h) Estrutura inadequada das entidades formadoras dos profissionais da saúde, que parecem se preocupar mais com a atividade lucrativa de ofertar cursos profissionalizantes, enquanto a atenção às urgências é negligenciada. Segundo o Manual de Regulação Médica do MS, é “uma área pouco reconhecida em sua importância e necessidades estruturais, até pelo próprio setor público”. (pg. 26);

i) Baixos investimentos em recursos humanos, o que também foi percebido durante a pesquisa de campo, em que não há planos de cargos, carreiras e salários do SUS. Todavia, o Núcleo de Educação em Urgência (NEU) do SAMU/Polo I/CE tem procurado fornecer formação permanente na área de atendimento em situações de urgência e reciclagem das equipes no que se refere aos protocolos oficiais.

j) “Escassas ações de controle e avaliação das contratualizações externas e internas. Os mecanismos hoje implantados através das NOAS, como a PPI, o PDR e o PDI [...]” ainda estão em fase de implantação, o que não fornece dados suficientes para avaliação dessas ações.

A respeito das constatações diagnosticadas nos idos do ano de 2005 e acima transcritas, de lá para cá (ano de 2012) houve toda uma formatação organizativa no sentido de possibilitar o acompanhamento periódico do cumprimento das políticas públicas planejadas para a área de urgência e com previsão orçamentária nacional, especialmente através da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e do estabelecimento do chamado Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, pactuado entre o Ministério da Saúde, a entidade estatal e o município.

O PPI trata-se de um “instrumento para alocação dos recursos federais para o custeio da atenção à saúde [...]” e que, após a publicação da Portaria GM/MS Nº 1.097/2006, que o definiu como um processo inserido no SUS a ser coordenado pelo gestor estadual, também passou a ter sua execução acompanhada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) que, periodicamente, emite relatórios e pareceres acerca da utilização das verbas encaminhadas ao programa.

Portanto, no tocante ao uso dos recursos financeiros destinados ao SAMU, há acompanhamento por parte do Tribunal de Contas que, apesar de todo o rigor (e não é seu papel), não avalia as condições e a organização do trabalho dos “samuzeiros”, faltando então quem contemple, de forma precisa, todos os pontos falhos ou dificuldades apontadas pelo Ministério da Saúde em outubro de 2005.

Outra observação que se faz necessária realizar, com o intuito de esclarecer a posição do SAMU dentro da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, é a alteração realizada, na sua forma de atuar, após a publicação da Portaria GM/MS Nº 1.600 de 07 de julho de 2011. Foram modificadas as estratégias de atendimento no caso das urgências do Sistema Único de Saúde, estabelecendo que, no nível de atenção básica, atuam equipes que integram o Programa de Saúde da Família (PSF). O apoio ao atendimento dessas equipes é prestado pelas unidades tipo USB, por atenderem justamente a eventos de menor complexidade e estarem em maior número que as de atendimento avançado.

A ideia é a de que a unidade móvel USB realize o procedimento de estabilização do paciente e o desloque até uma unidade de saúde que possa acolher a demanda,

seguindo as orientações da Central de Regulação, cujos critérios são: situações mais complexas, deslocamento aos hospitais, situações de média complexidade e UPAs.

É justamente essa forma organizativa que insere o SAMU/CE (a respeito do qual se falará no próximo tópico desta dissertação), na Rede de Atenção às Urgências (RAU), que teve seu início no estado no dia 01 de novembro de 2011, a partir de reunião promovida pela Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde (COPAS/SESA) em conjunto com a Coordenação das Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES/SESA).

#### **4.2 SAMU no Ceará: estrutura do sistema de atendimento do SAMU Polo I /CE (SAMU/RMF)**

No ano de 1995, surgiu o projeto piloto do SAMU em Porto Alegre e, em 1996, foi implantado na cidade de Ribeirão Preto, já com o uso do número 192 para as chamadas de urgência e com ligação gratuita. No Ceará, a implantação de um serviço móvel de saúde iniciou-se pela capital, Fortaleza, no governo do Prefeito Juraci Magalhães, em 15 de junho de 1992 (JUNQUEIRA, 1997), mas foi oficializado, com a denominação “SOS Fortaleza”, através da publicação da Lei municipal 8.901 de 07 de dezembro de 2004, oportunidade em que foi criado o sistema de transporte para pacientes que necessitavam se submeter a sessões de hemodiálise, quimioterapia e radioterapia. A concepção inicial era de transporte de pacientes entre suas residências e a unidade de saúde, não se tratando exatamente de socorro pré-hospitalar especializado de urgência. O “SOS Fortaleza” nasceu inicialmente vinculado à Empresa Municipal de Limpeza e Urbanização (EMLURB) e depois foi vinculado à Secretaria de Transportes do Município, quando os servidores foram lotados na Companhia de Transporte Coletivo (CTC).

Eis o teor do dispositivo legal supracitado que, muito conciso, permite a transcrição literal, a fim de demonstrar seus objetivos:

LEI 8.901 DE 07 DE DEZEMBRO DE 2004

FAÇO SABER QUE A CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA APROVOU E EU SANCIONO A SEGUINTE LEI:

Art. 1º - Fica autorizada a criação do sistema de transportes para pacientes que necessitam fazer hemodiálise, quimioterapia e radioterapia.

Art. 2º - O sistema de que trata esta Lei será prestado pelo S.O.S. Fortaleza, mediante utilização de transporte próprio, conveniados, ou vale-transporte.

Art. 3º - Os pacientes terão de ser moradores do município de Fortaleza e cadastrados na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), através do S.O.S. Fortaleza.

Art. 4º - O Poder Executivo Municipal regulamentará esta Lei no prazo de 60 (sessenta) dias, contado a partir de sua publicação.

Art. 5º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação oficial, revogadas as disposições em contrário.

PAÇO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA em 07 de dezembro de 2004. Juraci Vieira de Magalhães - Prefeito Municipal de Fortaleza  
(Publicado no Diário Oficial do Município em 14 de dezembro de 2004. Fonte: [http://bancodedados.cepimar.org.br/bdceara/legislacao/detalhe\\_legislacao.php?cod=10617](http://bancodedados.cepimar.org.br/bdceara/legislacao/detalhe_legislacao.php?cod=10617))

De acordo com relatos obtidos durante a permanência no campo de pesquisa, foram coletados depoimentos que traçaram parte da história da constituição do “SOS Fortaleza” até integrarem o SAMU:

Em 2002, acho que já eram mais de 10 anos do SOS Fortaleza e o Dr. Juraci todo ano fazia a festa de aniversário do SOS. Eu ficava na UTI, que era um carrão bem grandão e que parecia uma banheira. Tinham umas pampas adaptadas e rodou no tempo que tinha cólera: eu já trabalhei numa pampinha adaptada. Foi uma coisa mesmo assim arranjada, não era padronizada, era tipo arranjo. Tinham macas, tinha soro, tinha equipe e tinha o kit parto. Ele se preocupou com isso, com o atendimento também, não foi só com o transporte. Pode até ser que no primeiro instante ele tenha pensado no transporte porque ele achava que a pessoa morria em casa porque não tinha transporte. A gente ficava nos pontos estratégicos onde não tinha muita gente. Ali, a gente passou muitas noites até quando estava chovendo. Muitas vezes, a gente ficava lá perto do Tabapuá parado debaixo do teto de uma loja de carros. O socorrista que dirigia ficava pastorando a gente. Eu dormi muito no banco da ambulância, no chão e até em papelão na calçada. Sobre SAMU, o Dr. Juraci não queria nem ouvir falar. Quando chegou o SAMU aqui em Fortaleza, ele já tava no final e ele já não ia mais lá no SOS. O SOS era na Rua Padre Guerra. Quando chegou o SAMU e pintaram o nome SAMU no muro, ele mandou uma ordem pra tirar, porque não foi pintado com a autorização dele. Mas era inevitável, era coisa do Ministério da Saúde e era maior, né? Tem certas coisas que nem com o coração doendo, a gente não pode fazer nada. (TEF6).

Após as medidas de políticas públicas de cunho nacional (já descritas no tópico anterior, que se iniciaram a partir da aprovação das Portarias nº 1.864/GM/MS de 2003 e a de nº 2.048 do Ministério da Saúde, que aprovou o Regulamento do Sistema Único de Saúde), implantou-se em todo o país, conseqüentemente no Ceará, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, que atende pelo número de telefone 192. Na capital cearense, o suporte às urgências é de responsabilidade da própria Secretaria de Saúde Municipal de Fortaleza, enquanto nas demais localidades do Estado fica sob o encargo do governo estadual, que no intuito de aumentar a capilaridade do serviço, dividiu-o em bases, cada uma delas contando com uma CR localizada em município específico, cujas bases de atendimento foram denominadas “polos”.

Todavia, no ano de 2012, mais precisamente na data de 03/02/12, Fortaleza passou a fazer parte da Rede de Atenção às Urgências (RAU), com a publicação da Resolução nº 19 do Colegiado Intergestores Bipartite do Estado do Ceará (CIB/CE)<sup>28</sup>, que aprovou o formato do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências da Região Metropolitana Ampliada. A forma de organização e funcionamento das Comissões Bipartites, criadas no âmbito das microrregionais de saúde do Estado, definiu a capital como Comissão Bipartite Microrregional 1. A CIB/CE é composta de forma paritária por 14 membros, sendo sete representantes da SESA e sete representantes do conjunto dos municípios do Estado, todos indicados pelo Secretário de Saúde do Estado do Ceará, exceto aquele que representa Fortaleza, por ser ente autônomo.

O atendimento da capital cearense independe totalmente da administração do mesmo serviço realizado pelo Estado, sendo que a gestão do Programa compete de modo independente de uma e outra localidade. Isto é, enquanto em Fortaleza o SAMU é administrado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no Estado, é administrado pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Inclusive, a política de repasses de valores para um e outro ente estatal é diferenciada, o que pode ser constatado em pesquisa ao Portal da Transparência do Governo Federal.

Em 01 de novembro de 2012, o Ministério da Saúde, através da Portaria MS/GM Nº 2.502/2012, redefiniu o limite financeiro mensal dos recursos destinados ao incentivo de custeio do SAMU/Regional/Fortaleza (CE). Assim, há distinção clara entre o SAMU Fortaleza, que restringe seus atendimentos à área geográfica da capital cearense, e o SAMU Polo I /CE, que cobre 41 municípios.

O SAMU/Polo I, com sede na cidade do Eusébio, atende atualmente a 47 municípios, com projeto em andamento para, até o final de 2013, cobrir 79 no total. O Polo II, com previsão para sede no município de Sobral, atenderá 61 cidades; O Polo III, chamado também de “Polo Sertão Central”, ainda sem município definido para sede, planeja atender 32 cidades; e o Polo IV, na região do Cariri, ainda sem local especificado para implantação da sede, atenderá 49 municípios<sup>29</sup>.

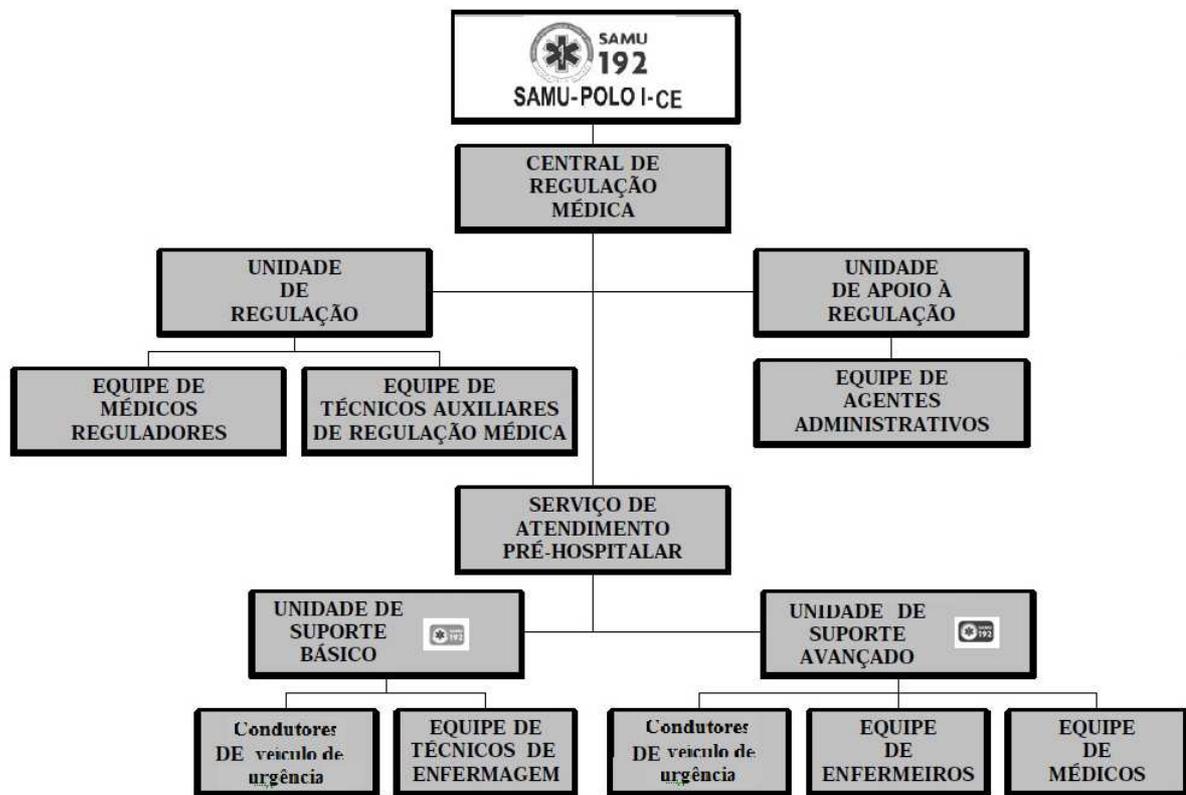
---

<sup>28</sup> A CIB/CE foi instituída pelo Decreto Estadual Nº 27.574 de 30/09/2004 e de acordo com seu Regimento Interno, aprovado em 30/10/2006, “constitui um foro permanente de discussão e negociação das questões operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado [...]. As deliberações da CIB/CE deverão ser por consenso e suas resoluções assinadas, em conjunto, pelo Secretário Estadual de Saúde e pelo Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS/CE)”. Pg. 01 do Regimento Interno da CIB/CE.

<sup>29</sup> Informações obtidas junto à Administração do Polo I do SAMU/CE – ver Anexo “A”.

Quando se iniciou a presente pesquisa no SAMU/RMF, integrante da estrutura do SAMU/Polo I/CE, a cobertura era de 14 municípios e possuía a denominação de “SAMU Litoral Leste”. No decorrer do presente trabalho, houve ampliação da circunscrição do Polo I do SAMU, que incorporou 27 novos municípios, alcançando o número de 41 (quarenta e um), atendendo a uma população de aproximadamente dois milhões de habitantes.

A atual organização do SAMU/Polo I/CE é a disposta no organograma a seguir, aqui colocado como forma de melhor compreender as ligações entre as áreas administrativas e os componentes de cada uma delas.



**Figura 3:** Organização estrutural e funcional do SAMU/POLO I/CE

Dados do Portal da Saúde coletados em 19 de agosto de 2012 informaram que o SAMU/Polo I/CE realizou uma média de 40 (quarenta) atendimentos diários no primeiro semestre daquele ano. Foram 6.102 atendimentos entre janeiro e maio/2012, 3.438 atendidos em vias públicas (estradas e vias urbanas) e 2.664 atendimentos em domicílio, que representam aqueles realizados em residências, estabelecimentos públicos, empresas e comércio.

As equipes móveis trabalham em regime de 24 horas e são compostas por três tipos de unidades: 1) as de suporte avançado (USA), que equivalem a uma unidade de terapia intensiva (UTI), compostas por um médico, um enfermeiro e um condutor de veículo de urgência; 2) as unidades de suporte básico (USB), compostas por um técnico de enfermagem e um condutor de veículo de urgência; 3) as motolâncias, compostas por socorristas, que têm formação como auxiliares de enfermagem e saem para o atendimento dotados de equipamentos para socorro básico; 4) uma equipe que atua na central de regulação, composta por médicos reguladores, técnicos auxiliares de regulação médica (TARM), controladores de frota e radioperadores.

Também em campo, foi obtida a informação de que o Estado do Ceará possui um projeto de ampliação da rede em andamento, com planos para aquisição de uma unidade de atendimento aéreo, já que em situações que exigem uma intervenção mais rápida, há o apoio do helicóptero da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social do Estado (SSPDS)/Coordenadoria Integrada de Operações Aéreas (CIOPAER). Mas essa aeronave não possui condições adequadas para o socorro de vítimas em estado gravíssimo.

Além dessas alterações, o SAMU Ceará está em fase de conclusão de processo de convênio com a Polícia Rodoviária Federal (PRF) no Estado para a aquisição de mais duas unidades USA, priorizando o atendimento das ocorrências nas estradas vicinais que cortam todo o interior.

Através de informações divulgadas na página oficial do Governo do Estado, sabe-se que a base do SAMU Polo I Ceará conta atualmente com 50 (cinquenta) veículos, sendo 08 (oito) do tipo USA (UTI móveis), 40 (quarenta) USBs e 02 (duas) motolâncias. Ainda segundo a página, “o SAMU também recebeu 10 (dez) incubadoras para equipar as UTIs móveis e qualificar o atendimento a recém-nascidos”.

Toda a frota do SAMU/CE conta com veículos pertencentes ao Estado e, esporadicamente, quando há algum evento que inviabilize a chegada em menor tempo de uma equipe do SAMU-192, é solicitado o apoio de unidades da Polícia Rodoviária Federal (PRF), Corpo de Bombeiros ou mesmo as pertencentes a uma das redes particulares ou públicas (municipais) dos hospitais mais próximos da ocorrência.

É importante ressaltar que os serviços prestados pelos bombeiros militares no que se refere ao atendimento de urgência no Ceará, na atualidade, decorrem de Convênio de Cooperação Técnica firmado entre a Secretaria de Saúde do Estado e o Corpo de

Bombeiros Militar do Estado do Ceará, por meio do Grupamento de Socorro de Urgência (GSU).

Assim, não há apenas unidades móveis do GSU nos postos da Polícia Rodoviária Federal (PRF), além de ambulâncias pertencentes à própria PRF, que possuem o intuito de alcançar mais rapidamente os locais de uma determinada ocorrência, especialmente quando se fala em acidentes nas rodovias, assim como dispõem, algumas equipes do SAMU/Polo I, de bombeiros militares que atuam na qualidade de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem ou mesmo condutores de veículos de urgência.

Há uma equipe de regulação médica que constitui a Central de Regulação (CR) e se conecta com as equipes móveis: trata-se de um grupo definido como de ação e que tem como objetivo específico decidir o tipo de viatura a ser deslocada até o local da ocorrência, o modo como será o atendimento e o destino da vítima, que receberá os cuidados hospitalares. Os médicos que dão plantão na CR também atuam nas unidades móveis.

O processo de atendimento se inicia na CR, que recebe a comunicação da ocorrência, normalmente por populares que são atendidos através do número telefônico 192, por uma equipe de atendentes chamada TARM (Técnico Auxiliar de Regulação médica). Eles têm a função primordial de identificar a pessoa que deu origem ao chamado, assim como o local da ocorrência. Após essa primeira fase, informam ao médico regulador acerca do evento, tudo de forma eletrônica, através de sistema informatizado próprio, que possibilita ao médico triar, traçar uma hipótese para o caso que é objeto da chamada, classificar o grau de urgência do evento e decidir qual a unidade móvel mais adequada para atender ao evento e a melhor resposta para a situação apresentada após contato da equipe de atendimento, que será orientada a levar o paciente à unidade de saúde com melhores condições para atender aquela demanda.

No atendimento pré-hospitalar, três processos se dão de forma simultânea: a avaliação primária realizada pelo médico regulador (MR) e a avaliação secundária seguida de intervenção realizada pela equipe de atendimento móvel, que informa à Central de Regulação (CR) o estado da vítima a todo instante. A partir do momento em que a equipe chega à ocorrência, praticamente todas as ações são realizadas sob a supervisão do médico regulador, que se baseia em protocolos específicos, principalmente se o atendimento for realizado por uma equipe móvel USB, que não dispõe de profissional médico na equipe.

Em situações mais graves, intervenções mais incisivas são realizadas apenas se houver extrema necessidade definida pelo fator tempo-deslocamento até a unidade fixa de atendimento, sempre sob a supervisão ou orientação do médico regulador. Normalmente, as intervenções definitivas são realizadas na unidade hospitalocêntrica.

É também do médico regulador a obrigação de contatar o controlador de frota do SAMU/RMF, a fim de que uma ambulância específica seja deslocada até o local do evento. Após a saída do veículo, a CR realiza o acompanhamento de todos os procedimentos e funciona ainda como apoio à equipe selecionada para realizar a intervenção, inclusive indicando qual a unidade de saúde mais apropriada para o deslocamento do paciente socorrido, de modo que o atendimento seja do modo mais rápido, diligente e eficaz possível. Desta forma, é o médico quem toma todas as decisões e transmite as diretrizes às equipes de trabalho.

O ambiente no qual fica o médico regulador obedece ao estabelecido na Portaria/GM/MS nº 2.657 de 16 de dezembro de 2004, seguindo um padrão instituído nacionalmente. A sala de regulação do SAMU Polo I atende aos requisitos estabelecidos na referida portaria, dentre os quais: mantém acesso restrito aos profissionais que lá trabalham, conta com isolamento acústico, iluminação, climatização adequada e possui computadores para cada TARM, que estão ligados em rede com o terminal do médico regulador e fazem uso de sistema de gestão informatizado para arquivamento dos registros gerados pela regulação, conforme relatórios que estão anexos a esta dissertação.

Ainda conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 1.529/98 e Portaria GM/MS Nº 2.048/02, o ato de regular é reconhecido enquanto “ato médico”, ou seja, ação privativa do profissional médico cujas atribuições e competências são definidas por mecanismos legais específicos. De acordo com os dispositivos supracitados, a atuação da regulação por médico possibilita a racionalização dos recursos disponíveis que, para serem utilizados, dependem de uma fase diagnóstica, possível somente após a comunicação de membros da equipe TARM ao médico regulador, que então fará a indicação de uma determinada terapêutica a ser aplicada.

A Portaria/GM/MS nº 2.657 de 16 de dezembro de 2004 determina ou, como diz o documento literalmente, orienta acerca de normas gerais a serem aplicadas pela regulação, tais como ter disponíveis mapas dos municípios e região de cobertura do serviço, mecanismo de relacionamento direto com as centrais hospitalares ou unidades de saúde que possam dispor de leitos ou mesmo ofertarem serviços especializados de diagnóstico,

por exemplo. Além disso, conta também com planos para manejo de situações extremas, tais como desastres de grandes proporções.

Dentro dos princípios propugnados pelo SUS, o conceito de “regulação médica de urgência”, de acordo com o Ministério da Saúde (2006), trata-se de um neologismo “criado para designar uma forma organizada de responder a toda situação de urgência que necessite de cuidados médicos, de forma harmônica, proporcional, equânime [...]” e em total consonância com os princípios norteadores do SUS, impedindo, desta forma, que os recursos materiais e humanos sejam aplicados de maneira inadequada.

O SAMU Polo I Ceará também conta com um Núcleo de Educação em Urgência e Emergência (NEU), que possui duas funções específicas: qualificar e reciclar os trabalhadores da unidade, principalmente quando apresentam alguma dificuldade na realização do atendimento e atendê-los quando surgem problemas por eles relatados durante as atividades desenvolvidas no decorrer de uma ocorrência, mesmo administrativa. É essa unidade do SAMU que realiza o encaminhamento das situações específicas que lhes são apresentadas pelos trabalhadores aos setores competentes.

Entretanto, a missão primordial do NEU é promover a capacitação das equipes de trabalho, oferecendo cursos de aperfeiçoamento, com o intuito de contribuir para uma qualificação dos que atuam no SAMU. Atualmente, conta com uma coordenação que é composta por uma equipe de médicos e enfermeiros, e possui programação semanal regular de palestras e aulas práticas nos laboratórios especialmente preparados para este fim, além de administrar uma pequena biblioteca, em que estão disponíveis materiais diversos para leitura e estudo dos colaboradores.

Os Núcleos de Educação em Urgências devem se organizar como espaços de saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências, coordenados pelo gestor público e tendo como integrantes as secretarias municipais e estaduais e as instituições de à população, de caráter público ou privado e de abrangência municipal, regional ou estadual. (Portaria GM/MS n.º 2.048/02 (BRASIL, 2002).

Assim, se há dificuldades na prestação do socorro, sejam estas de ordem psicológica, de conhecimentos técnicos específicos ou referentes a quaisquer outras condições que interfiram na dinâmica do trabalho, a administração do SAMU POLO I Ceará espera que o NEU seja acionado por iniciativa do próprio trabalhador ou por algum membro da equipe à qual ele pertence, a fim de que o Núcleo realize a intervenção que achar necessária, sendo possível ir da atualização dos conhecimentos ao afastamento do

trabalhador dos serviços cotidianos, nos casos mais severos, como já afirmado anteriormente.

Apesar dos órgãos da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)/Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) informarem o estabelecimento de políticas gerenciais visando a desprecarização do trabalhador do SUS nas três esferas de governo, é relevante um estudo que verifique e investigue o atual perfil dos trabalhadores, as reais condições e organização das atividades nas quais se acham envolvidos.

Segundo publicação do CONASS Documenta SUS nº4 (2004):

Constituir uma política cidadã como o SUS implica que os seus construtores/operadores, os trabalhadores de saúde, sejam incorporados como sujeitos e criadores de transformação e não como meros agentes cumpridores de tarefas ou objetos de políticas desumanizadas. (Gilson Cantarino O'Dwyer – presidente do CONASS).

Por isso, é possível observar certa invisibilidade do trabalho da urgência, quando são colocados os possíveis dilemas vivenciados por esses trabalhadores da saúde em consonância com as condições não apenas de uma possível precariedade das suas atividades de rotina, mas da própria estrutura que lhe é ofertada para que desenvolvam suas tarefas, considerando-se as condições e a organização do trabalho de uma categoria ainda pouco pesquisada na relação trabalho e saúde.

O sentido de invisibilidade a que se refere o parágrafo anterior é aquela vivenciada no campo do trabalho tal como tratada por Celeguim e Roesler (2009, p.07), que é oriunda da falha na percepção, da indiferença ou ignorância dos governantes no tocante ao trabalho realizado pelos trabalhadores. Trata-se de uma “invisibilidade pública”<sup>30</sup> que se refere a “uma percepção humana distorcida e condicionada à divisão social do trabalho, ou seja, enxerga-se somente a função e não a pessoa”.

---

<sup>30</sup> Expressão de Fernando Braga da Costa em sua pesquisa “Garis – um estudo de psicologia sobre invisibilidade pública”, realizada no ano de 2003.

## **5. A ORGANIZAÇÃO E AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DO SAMU/RMF: DO QUE FALAM OS SUJEITOS ENVOLVIDOS**

Conforme já compreendido, os profissionais do SAMU são aqueles que prestam serviço de atendimento de urgência, sobretudo estabilizando a vítima, antes que seja encaminhada ao serviço hospitalar em sentido amplo (postos de saúde, UPAs e hospitais).

Apesar de se tratar de uma categoria de profissionais que lidam com situações de urgência, são eles passíveis, tanto quanto outras categorias de trabalhadores, de adoecimento decorrente da atividade que desenvolvem. A necessidade de se conhecer a forma de adoecer desses profissionais, especialmente com relação aos agravos sintomáticos a partir de causas externas referentes à rotina laboral, tais como as condições do trabalho, provocam alguns questionamentos relacionados ao agente ou agentes causadores, assim como a dificuldade de se encontrar registros de tais ocorrências, especialmente por não haver corriqueiramente a emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) para tais eventos.

No caso dos profissionais da saúde, normalmente os registros são feitos via Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN), que é compulsório, independe da vontade do empregador e pode ser ativado a partir do município, gerando informações específicas a respeito de ocorrências em locais a ele pertencentes. Todavia, a maior parte dos “samuzeiros” pertence aos quadros funcionais dos municípios e, muitas vezes, pelo menos diante do que se verificou na pesquisa de campo, esse registro não é realizado, especialmente quando a sintomatologia é a de transtornos comportamentais. Normalmente, os profissionais do SAMU/RMF que apresentam problemas desta ordem, são encaminhados ao Núcleo de Educação em Urgência (NEU), para se submeterem a novos treinamentos ou são removidos para outras atividades dentro do próprio sistema de saúde, seja o SAMU ou não. O relato do COND1 é claro ao demonstrar essa realidade:

Meu tio é do SAMU e ele hoje em dia, ele exerce outra atividade: foi remanejado por causa de doenças arrecadadas pelo tipo de trabalho, né? Pressão, diabetes e problema na coluna lombar. Ele era condutor. Trabalha, tem sua rotina de trabalho normal, num tem essa história de afastamento com remunerado não. (COND1).

Embora a notificação através do SINAN seja utilizada com frequência pela Vigilância Epidemiológica, a fim de planejar ações de combate e controle das doenças ali registradas, há que se anotar que, de acordo com a legislação, “a ocorrência de agravo inusitado, independente de constar na lista de doenças de notificação compulsória, deve ser

notificado imediatamente [...]” às autoridades através das Secretarias de Saúde (do município e do estado), assim como à Fundação Nacional de Saúde. (MS, 2004, p.96).

Ocorre que, a partir da pesquisa de campo, embora a área administrativa tenha sinalizado a utilização do SINAN para o registro de doenças relacionadas ao trabalho, no que se refere aos profissionais da saúde da urgência, não se conseguiu êxito na obtenção de números específicos que informem a respeito de adoecimento a partir das atividades laborais por eles desenvolvidas. O que se percebe é que, a despeito do trabalho dos “samuzeiros” exigir deles esforço e competências na luta pela sobrevivência daqueles que são atendidos, adoecem em virtude de vários fatores, dentre eles, a tensão e a imprevisibilidade a que estão constantemente submetidos.

Desta forma, a atividade profissional daqueles que atuam no SAMU, pela própria natureza do trabalho, que é o de lidar com situações de urgência, colocam-nos sempre em constante tensão, trazendo à tona as temáticas estudadas por Dejours (2012, p.26), quando explica que há situações em que o trabalho, ao invés de contribuir para um equilíbrio da carga psíquica do trabalhador, opõe-se a uma necessária paridade de energia psíquica, levando-o à fadiga e, conseqüentemente, ao adoecimento.

Trabalhar contra o tempo é trabalhar em desfavor de situações geradoras de risco de morte ou de perda funcional grave da vítima acolhida pelo Serviço de Urgência. Como já afirmado, há no cotidiano desses trabalhadores, de modo significativo, uma pressão ao qual são submetidos desde o momento em que a Central de Regulação (CR) faz a chamada para o celular disponível, a sirene da unidade móvel é acionada, até que entreguem o atendido à unidade hospitalocêntrica indicada pela CR, que então acolherá a vítima.

Desde o ano de 1998, o Governo Federal reconhece a existência de dificuldades quanto à natureza do trabalho desenvolvida pelos trabalhadores da saúde no país, assim como as políticas de atendimento à população. A partir dessa constatação, instituiu a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), através das Portarias GM/MS Nº 881/2001 210/2001, Nº 202/2001 e Nº 210/2001. É importante mencionar que o Governo levou cerca de dois anos, a partir da publicação dessas Portarias, para então contar, no ano de 2003, com a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (PNH/HumanizaSUS), surgida a partir do XX Seminário Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, em conjunto com a realização do I Congresso Brasileiro de Saúde Cultura de Paz e Não Violência, ocorrido na cidade de Natal, no estado do Rio Grande do Norte, entre 17 e 20 de março daquele ano.

Apesar do esforço do Governo em legislar a respeito das estratégias de gestão em saúde voltadas para a rede SUS em todo o país, há que se mencionar que não se acredita, neste trabalho, ser possível institucionalizar a humanização: esta deve se originar de todo um processo que articula a cultura estabelecida entre trabalhadores e comunidade, trabalhadores e trabalhadores, instituições e trabalhadores, buscando-se superar as barreiras da hierarquia, considerando a organização e a condição do trabalho dos profissionais da saúde no sentido de que seja salubre, pois humanizar está para além do prescrito em documentos normativos.

Tanto é assim, que de modo reiterado, outras iniciativas da mesma natureza foram tomadas pelo Governo, a exemplo da Portaria GM/MS Nº 399 de 27 de fevereiro de 2006, cujo objetivo foi traçar diretrizes operacionais que considerassem o pacto pela vida, a defesa do SUS e da Gestão. Infere-se que a gestão e suas estratégias junto ao grupo de trabalhadores possuem correlação direta com as questões expressas através do adoecimento do trabalhador a partir da realidade vivenciada por ele em seu expediente.

No ano de 2008, o Ministério da Saúde, atendendo às exigências da Portaria GM/MS Nº 1.339/99, reeditou uma publicação intitulada “Lista de doenças relacionadas ao trabalho” que foi, prioritariamente, distribuída ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Essa lista, dentre outros objetivos, buscou contemplar uma recomendação da Convenção nº 121 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), especialmente com o intuito de orientar médicos no estabelecimento do chamado nexos causal da doença ou agravo diagnosticado. É importante ressaltar que todas tinham origem no trabalho.

O mais interessante da publicação mencionada acima é o uso da classificação das doenças, que foi baseada na Classificação de Schilling, cujos estudos resultaram no estabelecimento do nexos causal entre algumas manifestações de adoecimento e/ou seus agravos e o trabalho. Essa classificação divide em três categorias diretamente relacionadas ao fator de origem (etiológico), associado à atividade desenvolvida pelo trabalhador, a saber:

**Tabela 2:** Classificação de Shilling

<b>CATEGORIA</b>	<b>EXEMPLOS</b>
<b>I. Trabalho como causa necessária</b>	<b>Intoxicação por chumbo</b> <b>Silicose</b> <b>“Doenças profissionais legalmente reconhecidas”</b> <b>Outras</b>
<b>II. Trabalho como fator de risco contributivo ou adicional, mas não necessário</b>	<b>Doença coronariana</b> <b>Doenças do aparelho locomotor</b> <b>Câncer</b> <b>Varizes dos membros inferiores</b> <b>Outras</b>
<b>III. Trabalho como provocador de um distúrbio latente ou agravador de doença já estabelecida</b>	<b>Bronquite crônica</b> <b>Dermatite de contato alérgica</b> <b>Asma</b> <b>Doenças mentais</b> <b>Outras</b>

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.339, de 18/11/1999

Tomando-se por parâmetro a Classificação de Schilling, tal como acima exposta, é possível concluir que se incluem no Grupo 1 aquelas situações nas quais o trabalho é causa necessária do adoecimento; no Grupo 2, quando o trabalho pode representar um fator de risco; no Grupo 3, a hipótese em que o trabalho é de fato o provocador de um distúrbio latente ou agravador de doença já está estabelecida, também denominada “situação de concausa”.

A Área Técnica de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, através de uma Comissão coordenada pela Dra. Jacinta de Fátima Senna da Silva, estabeleceu que, para uma compreensão ampla do que seja adoecimento decorrente do trabalho, seria necessário diferenciar “doenças profissionais” e “doenças do trabalho”. Através da articulação entre os elementos da Classificação de Schilling e da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), a Comissão buscou “facilitar a utilização da Lista para fins de vigilância de saúde, incentivando a operacionalização do conceito de ‘evento sentinela’ [...]”. (MS, 2008, p.10-11).

Para se ter uma ideia, 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),

“neurose profissional” (F48.8), “síndrome de burn-out” (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 lista acima referenciada corresponde à sua décima revisão, sendo, portanto, reconhecida pelo MS como de importância fundamental para a referência dos profissionais de saúde naquilo que se liga ao reconhecimento do desenvolvimento de determinadas sintomáticas decorrentes do trabalho. A denominada CID-10, de acordo com o MS, “visa além da harmonização universal desejada, facilitar a utilização da Lista para fins de vigilância em saúde, incentivando a operacionalização do conceito de ‘evento sentinela’”. (2008, p. 11), que nada mais é do que uma estratégia de monitoramento das situações que podem ensejar a incidência de determinadas doenças, tendo como base comum o trabalho.

O que se percebe, na prática, são falhas quanto às notificações de adoecimentos relacionados ao trabalho no SINAN; dificuldades quanto a uma adequação de carga horária em que seja possível ao trabalhador conciliar seu expediente com sua rotina familiar e os treinamentos aplicados pelo Núcleo de Educação em Urgência (NEU); situação de precariedade nos vínculos de trabalho; falta de conforto ou de espaço adequado para permanecerem no repouso enquanto aguardam chamado para atender ocorrências; boa parte dos veículos sem ar-condicionado, o que os levam a trafegar com as janelas abertas, causando desconforto e risco de contaminações, não apenas para si, mas para o paciente e seu acompanhante. Enfim, são situações diversas que vão de encontro ao que é definido na legislação, favorecendo questionamentos e insatisfações relacionadas, especialmente às políticas públicas de saúde para os profissionais do SAMU/RMF: é sobre isso que se tratará no tópico seguinte.

## **5.1 A organização do trabalho**

A atuação profissional dos trabalhadores do SAMU/RMF está submetida a constantes imprevistos que regularmente fazem parte da rotina na qual laboram, pois a CR nem sempre tem condições de detalhar as características do evento para o qual são deslocados e onde realizarão o necessário atendimento.

Muitas vezes, durante o percurso, os profissionais vão tomando ciência da ocorrência, tentando pensar o melhor modo do acolhimento à vítima e qual a situação e o ambiente no qual provavelmente irão encontrá-la. Isto é, os profissionais lidam constantemente com o inusitado, com o imprevisto:

Você pode dizer: “ah, hoje é mais um atropelamento”, e não é um atropelamento porque você não sabe o que você vai encontrar, e quem me dá a visão inicial do que vai acontecer é o telefonema que recebo da central. Eles me passam e a gente vai tentando imaginar o que está nos esperando, pra gente se anteceder pra ver o que a gente vai fazer naquela ocorrência, mas a gente não sabe. Porque alguém leigo foi quem ligou, ou não passou essa informação pra central. Alguém na central ouviu e eu não sei se entendeu pra nos passar. Nem sempre, o que chega até a gente é a informação real, e você tem que investigar mais, por questão de segurança da sua equipe e da vítima; você tem que sugar o máximo na central, mas a central muitas vezes está limitada, não quer e nós precisamos. Muitas vezes, se irritam porque eu digo: “olha, eu estou em deslocamento, mas eu preciso entender o que está me esperando, o que está esperando a equipe!” e muitas vezes não passam, se irritam ou porque eles não têm ou porque não sabem dar essa informação. Eu tenho que me comunicar com a central porque a gente tem que tá mesmo se comunicando e a gente não tem rádio. Às vezes, a ocorrência, a gente perde, porque é no interior e a gente não tem literalmente a comunicação. (ENF2).

Assim, tem-se na Portaria GM/MS Nº 814 de 01 de junho de 2001, as descrições das funções de cada membro das equipes de trabalho das unidades do SAMU, incluindo-se, evidentemente, aqueles que fazem parte das unidades móveis.

No anexo II da referida Portaria Ministerial, encontram-se as atribuições que a seguir se transcreve como forma de facilitar mais à frente a discussão acerca das condições e organização do trabalho desses profissionais:

- a) Médico: profissional de nível superior, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, atuando nas áreas de regulação médica, suporte avançado de vida, em todos os cenários de atuação do pré-hospitalar e nas ambulâncias, assim como na gerência do sistema, habilitado conforme os termos desta Portaria.
- b) Enfermeiro: profissional titular do diploma de Enfermeiro, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição e habilitado para ações de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, conforme os termos desta Portaria, devendo além das ações assistenciais, prestar serviços administrativos e operacionais em sistemas de atendimento pré-hospitalar.
- c) Técnico de enfermagem em emergências médicas: profissional titular do certificado ou diploma de Técnico de Enfermagem, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição. Exerce atividades auxiliares, de nível técnico, sendo habilitado para o atendimento pré-hospitalar móvel, integrando sua equipe, conforme os

termos desta Portaria. Além da intervenção conservadora no atendimento do paciente, é habilitado a realizar procedimentos a ele delegados, sob supervisão do profissional Enfermeiro, dentro do âmbito de sua qualificação profissional.

d) Condutores de veículos de urgência: profissional de nível básico, habilitado a conduzir veículos de urgência padronizados pelo código sanitário e pela presente portaria do Ministério da Saúde como “ambulância”, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos nesta Portaria. Obs: as especificidades de cada categoria de condutores (aéreo, aquático e outros) estão definidas em legislação específica.

Em estudo realizado no ano de 2010, em Campinas/SP, Vegian e Monteiro (2011, p.07) perceberam que 42,1% dos entrevistados afirmaram possuir outro vínculo empregatício além daquele estabelecido pelo SAMU/Campinas. Além disso, cerca de 48% dos trabalhadores se submetiam a regimes de horas extras, sendo que mais da metade relataram ter enfrentado desemprego em algum momento de sua vida profissional.

Os dados apresentados não se diferenciam de modo significativo daqueles coletados no SAMU/RMF, em que foram constatados que 76% dos entrevistados possuem um ou mais vínculos empregatícios, além do estabelecido com o Polo I/CE e a realização de horas extras, acrescidos ao fato de que quase todos afirmaram que a necessidade de melhoria salarial era o principal motivador dessa extensão da jornada. Eis o trecho do relato de um técnico de enfermagem:

É mais o financeiro, porque lá a gente não ganha mil reais. O salário do Estado é uma miséria e vem se arrastando anos e anos. Se inventa greve e sai governo e entra governo e é uma miséria. Diferente da prefeitura, diferente de um emprego federal... e é isso que leva qualquer um daqui a ter dois empregos. Esse é o carro chefe. Eu acho que num é ninguém por amor, é por necessidade mesmo, pra criar a família. (TEF4).

Graça Druck (2011, p. 43) aponta algo dessa natureza quando aduz que o estabelecimento de condições de trabalho precárias, diante do atual contexto social do mundo do trabalho, deixa o trabalhador sem alternativas, principalmente em função da ameaça do desemprego. Indica a autora que o modo de organização neoliberal de mercado “cria uma profunda concorrência e divisão entre os próprios trabalhadores e, com isso, garante uma quase absoluta submissão e subordinação do trabalho ao capital como única via de sobrevivência”.

Ora, diante de tal panorama, cabe indagar: qual a diferença dos processos gerenciais aos quais estão submetidos os profissionais do SAMU/RMF daqueles vivenciados pelos trabalhadores das empresas privadas? De acordo com Antunes (2005,

p.12), vive-se contemporaneamente um momento de intensa instabilidade e insegurança no mundo do trabalho descrito por ele como um “universo do não-trabalho, o mundo do desemprego” que desencadeia vínculos de trabalho precários (temporários, *part-time*, contratos verbais de trabalho, etc.) dos quais não conseguem se desvencilhar os trabalhadores, por simples falta de opção. Segundo o referido autor, os trabalhadores, na atualidade “perambulam pelo mundo, como prometeus modernos, à cata de algo para sobreviver. Mais de 1 bilhão de homens e mulheres padecem as vicissitudes da precarização do trabalho [...]”.

A partir da reflexão realizada por Antunes, infere-se que a submissão a diversos tipos (condições) de trabalho passa muito mais pela necessidade de manutenção e sobrevivência do indivíduo e sua família do que propriamente pela adequação de sua vocação àquele ofício, mesmo que isso represente a exposição a uma situação de adoecimento ou agravo da saúde. A fala de um dos integrantes do SAMU/RMF bem representa a realidade que se pretende demonstrar:

Eu não gosto de sair. Aí eu já vou trocando as minhas horas. Por exemplo, hoje à noite eu tava no HGF e tava amanhã aqui. Aí troquei com minha amiga e hoje à noite ela vai por mim, eu vim pra cá e amanhã eu tenho o dia livre para, à noite, ir pro HGF. Isso é vida de doido. É bom? É não. Se tivesse outra vida, a pessoa queria, só que o que você ganha num dá nem mil reais no HGF. Só que eu tenho o meu esposo e mesmo assim eu tenho que contribuir. Então, é a miséria do salário: não tem outra palavra. Aonde você for, aqui ou num posto de saúde, têm pessoas que se te mostrar o contracheque, é duzentos e pouco. Recentemente, a gente saiu de uma greve e têm pessoas que não ganha nem 600 reais! Aí é essa loucura que você vai encontrar na sua vida: correndo pra sobreviver. (TEF1).

A partir da descrição das atribuições obtidas com a leitura da Portaria GM/MS Nº 814/2001, realizou-se um apanhado geral das características do perfil profissional dos “samuzeiros” e elaborou-se, a partir das observações realizadas na pesquisa de campo, sistematização dos perfis traçados pela legislação juntamente com os elementos obtidos a partir da pesquisa de campo, em que se buscou retratar a estrutura da organização do trabalho dos samuzeiros do SAMU/RMF.

Desta forma, além do que determina a Portaria, o perfil profissional dos “samuzeiros” é traçado tomando por referências algumas características de personalidade, que vão além do imprescindível e fundamental treinamento para lidar com as situações de urgências. Algumas dessas características, comuns a todos os membros das equipes (USA e USB), são: a necessidade de um bom condicionamento físico; resistência a situações de pressão; aptidão física e psíquica para lidar com as mais repentinas e variadas ocorrências; equilíbrio emocional; rapidez de raciocínio, a fim de atuar na reversão do quadro clínico da vítima em atendimento; facilidade para trabalhar em equipe; segurança das iniciativas de

cunho profissional; capacidade para administrar o tempo; equilíbrio diante de situações desastrosas; tolerância para lidar com situações estressantes; capacidade para controlar os ciclos de sono, na adaptação aos turnos de trabalho, mantendo-se alerta no momento do chamado; acuidade visual e auditiva; condição para alimentar-se em horários incertos; resistência à fadiga.

De acordo com Seligmann (1994, p.95), a organização do trabalho se liga à situação na qual prevalece a concepção das tarefas a serem desenvolvidas pelos trabalhadores. Está ligada objetivamente à questão administrativa, mais especificamente às questões que falam do modo de administrar, da divisão das tarefas e dos objetivos que se busca alcançar através da elaboração de planos e modos de realização do trabalho em si.

Neste caso, fala-se da necessidade da existência de uma disciplina específica e de métodos no trabalho, a partir do processo seletivo e toda a rotina de ambientação, treinamento e desenvolvimento das equipes de trabalhadores até que estejam preparados para integrarem os grupos de atendimento de urgência.

A organização do trabalho, na verdade, é um sistema, mas um sistema vivo, e no qual é preciso se preocupar com as contingências que dele dependem e resultam quando se fala da formatação do trabalho do profissional emergencista.

Dejours (1992, p. 25) fala o seguinte sobre a categoria organização de trabalho: “designamos a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade”.

Pelo que se coletou através das entrevistas realizadas no campo, percebeu-se haver precariedade tanto no que se refere à condição quanto à organização do ofício dos profissionais das unidades móveis do SAMU.

Adiante, será falado sobre cada um dos pontos inerentes à organização do trabalho das equipes

### **5.1.1 O ingresso no SAMU/RMF – processo seletivo e admissão**

O processo seletivo do SAMU pode se dar tanto por concurso quanto por seleção simplificada, sempre seguindo os parâmetros da Portaria GM/MS Nº 814 de 01 de junho de 2001, que apresenta as atribuições de cada servidor.

No SAMU/Polo I/CE, no qual está inserido o SAMU/RMF, segundo informações obtidas junto à administração, foi solicitado à Secretaria de Saúde do Estado, em setembro de 2012, autorização para a realização de um concurso público, a fim de atender a demanda existente no Polo, a saber: 168 médicos, 107 enfermeiros, 255 auxiliares e técnicos de enfermagem e 270 condutores.

Em virtude das dificuldades burocráticas do concurso e diante da premente necessidade dessa iniciativa, está em andamento a organização de um processo de seleção pública simplificada que, de acordo com o ADM3, “acabaria com a precarização dos serviços por conta dos plantões extras, assim como também com os terceirizados”.

De acordo com o MR entrevistado, o processo seletivo no SAMU/RMF se dá da seguinte forma: o candidato se apresenta à administração do Polo I/CE, que o encaminha ao Núcleo de Educação em Urgência, cujo procedimento inicial é o preenchimento de uma ficha de identificação em que constam perguntas diversas acerca do currículo da pessoa e de sua história profissional. A Coordenadora do NEU realiza a análise individual de cada uma dessas fichas e convida os pré-selecionados a participarem de um teste.

A aplicação do teste, que se trata de uma prova escrita é, em boa parte dos casos, seguida de prova prática, testes físicos e exame médico sucinto. Vencidas essas etapas, passa o candidato por uma bateria de aulas teóricas ministradas e coordenadas pelo NEU e que dura em torno de 03 (três) meses. Ao final, o Núcleo realiza uma pós-avaliação para comparar o conhecimento dos avaliados antes e depois de passarem pelas aulas. Dependendo dos resultados, recebem um parecer do NEU, que indica a aptidão ou inaptidão para o cargo.

Os critérios, portanto, são técnicos (teórico e prático). De acordo com o MR entrevistado, dois médicos entrevistam os candidatos, a fim de realizarem uma avaliação mais voltada para a pessoa (aspectos subjetivos) e o encaminham para o exame admissional, em que a ideia é a de que passem por um psiquiatra.

Conversando com um médico intervencionista que entrou no SAMU/RMF logo que a nova direção assumiu, na pessoa do novo Diretor do Polo I/CE, conheceu-se um pouco do histórico da chegada de novos integrantes nas equipes de trabalho, paralelamente às mudanças que vêm sendo implementadas pelo Governo do Estado. Eis o relato:

Pela primeira vez, a gente conseguiu fazer uma seleção para condutor que teve 192 candidatos, ficando 142. O Dr. Alci aguentou muita pressão por isso. Agora, agora, o processo seletivo começou em setembro (2011) quando ele entrou, terminou em meados de novembro, foi no começo do mês de novembro e

foram contratados no final desse mesmo mês. O que a gente pediu para o processo seletivo, primeiro, foi que preenchessem uma ficha de identificação, se a pessoa tinha categoria D de dado ou A, quais os cursos que tinha o currículo pra gente analisar. A coordenadora do NEU fez uma análise um por um, vendo a experiência, vendo os treinamentos que tinha, foi feito um treinamento, uma prova escrita e um teste prático. (MED1).

Por fim, depois de todo o processo, o candidato assina sua ficha de avaliação na qual declara se faz uso de algum medicamento, se fuma, se consome bebida alcoólica, enfim, se é portador de algum tipo de transtorno que possa comprometer o adequado desenvolvimento das atribuições que lhe serão confiadas. A partir daí, são encaminhados ao setor pessoal para concretizar o processo admissional. Em alguns casos, são estabelecidos contratos através de empresas terceirizadoras de mão de obra, e em outros, contratos diretamente firmados com a Secretaria de Saúde.

Há casos de ingresso de servidores através de convênios, tais como o estabelecido entre a Secretaria de Saúde do Estado e o Corpo de Bombeiros, que atualmente somam o quantitativo de 65 bombeiros militares atuando tanto como condutores quanto como técnicos de enfermagem.

Outra forma de ingresso no SAMU/RMF é por pedido de transferência do interessado que já é servidor público do Estado do Ceará. Tanto ele poderá pedir a transferência de modo integral, como poderá trabalhar em regimes de plantão, permanecendo em sua unidade original de lotação e dar plantões no SAMU/Polo I/CE.

### **5.1.2 A natureza do vínculo empregatício**

Os vínculos estabelecidos com o SAMU/RMF deveriam obedecer estritamente ao teor da Portaria nº 1.864/2003/GM MS que, em seu artigo 6º, alínea “k”, veda a chamada relação precária de trabalho, conforme afirmado na introdução do presente trabalho.

Todavia, pelo que foi percebido no campo de pesquisa, 76% dos entrevistados possuem mais de uma atividade profissional, além daquela assumida no SAMU/RMF, o que contraria frontalmente a disciplina normativa.

As totalizações realizadas sobre o número de entrevistados que participaram da presente pesquisa e que compõem as equipes das unidades móveis do SAMU/RMF são as seguintes: 16% possuem contrato direto pactuado com o SAMU através da SESA; 36% são servidores estatutários; 4% possuem contrato do tipo verbal; 40% são terceirizados; e 4% não responderam.

Como se pode perceber, é significativo o número de servidores terceirizados, o que pode pôr em risco não apenas a lógica do sistema integrado, bem como a coesão das equipes de trabalho, pelo malferimento da confiança entre os membros dos grupos que, devido à heterogeneidade, considerando-se as questões da empregabilidade, fidelidade, preparo e estabilidade, diferenciam-se dos demais. Isso sem mencionar que todos os investimentos em qualificação realizados pela PNAU para esses trabalhadores terceirizados podem restar infrutíferos, diante da instabilidade que possuem em seus postos de trabalho.

estabelecidos com o SAMU/RMF deveriam obedecer estritamente ao teor da Portaria nº 1.864/2003/GM MS que em seu artigo 6º, alínea “k”, q veda a chamada relação precária de trabalho, conforme afirmado na introdução do presente trabalho.

### **5.1.3 O processo de treinamento**

Frequentemente, o NEU oferta cursos de novas técnicas e reciclagem profissional, especialmente quando identificadas necessidades para tal, particularmente quando há registro de algum problema no momento em que é realizado algum atendimento pela equipe da unidade móvel. Segundo uma das pessoas entrevistadas e pertencentes ao corpo da administração do Polo, “quando existe alguma falha técnica, essa pessoa é retirada da escala, passa por treinamento, avaliação e caso esteja apta, retorna ao trabalho. Na hipótese contrária, é desligada do SAMU”.

De acordo com o ADM4, como a área de urgências no Brasil é muito recente, comparada a toda história de saúde no país, os programas aplicados pelo NEU são suficientes para, de forma satisfatória, tornar um profissional apto a se conduzir em praticamente 80% das ocorrências que necessitem da utilização dos procedimentos vistos em sala de aula.

O NEU, consoante o disposto na Portaria Nº 2.048/02, especificamente em seu capítulo VII, deve implementar estratégias educacionais que promovam a qualidade de vida como meio para facilitar a forma de lidar com as situações de urgência. Segundo o referido documento, “deve ser englobada na estratégia promocional a proteção da vida, a educação para a saúde e a prevenção de agravos e doenças, além de dar novo significado à assistência e à reabilitação [...]”.

A Portaria acima referida ainda propõe uma grade mínima de cursos a serem promovidos pelo NEU, dividindo-se o público entre os que nunca trabalharam em área de atendimento às urgências e aqueles que já laboram nessa seara. Seguem algumas

temáticas mais corriqueiramente trabalhadas nas salas de aula do Núcleo: “Sistema de saúde local e serviços relacionados”, “Cinemática do trauma”, “Abordagem ao paciente”, “Biossegurança”, “Emergências clínicas”, “Remoção de vítimas”, “Papel do condutor do veículo de urgência”, “Urgências traumáticas em pacientes adultos e crianças”, dentre outras.

Alguns trabalhadores relataram dificuldades para ter acesso ao NEU e falta de abertura para utilizarem o espaço quando acham conveniente, seja pela disponibilidade de tempo ou pelo interesse em estudar uma determinada matéria: “Tem que ter uma abertura permanente de tempo do NEU. Você pode precisar, querer treinar entubação, aí vai lá um dia e não tem que depender de instrutor, de permissão especial de quem tá ali”. (MED2).

Outro problema narrado por um integrante de uma base mais distanciada da sede do NEU, que fica no Eusébio, é o reconhecimento de que necessitam de treinamento. Mas a distância e o tempo que possuem dificultam o acesso ao Núcleo, o que acaba por resultar em treinamentos elaborados pelos próprios “samuzeiros” que, normalmente contando com o apoio de médico e/ou enfermeiro, discutem e praticam técnicas de salvamento:

Lá tem recurso. Nós sabemos que lá no Eusébio tem material pra treinamento, mas pra se chegar lá como o doutor falou, tem que ter uma autorização, marcar um dia que tenha gente disponível, pois tem que ter alguém pra ficar olhando, tem que ter, sabe? É toda uma burocracia pra se fazer. Aí, por isso, a gente pega um carro desses daqui e faz treinamento aqui mesmo, entendeu? A gente tá fazendo isso porque nós, como o doutor falou, nós temos que ter entrosamento, nós estamos na ponta da lança. Quem vai fazer, quem vai meter a mão, somos nós. Então, nós temos que estar a toda hora prontos. Não é quem tá atrás de um computador de uma sala com ar-condicionado que vai atender, não: somos nós que vamos fazer. Então, a gente se sente na obrigação de estar pronto pra executar o serviço. Eles não passam o serviço? A missão? Então, a gente tem que fazer. Então vamos tentar, treinar, se aperfeiçoar pra poder fazer. (COND2).

Muitas vezes, realizam essas iniciativas nos tempos livres e quando não estão em repouso, que é entre um chamado e outro.

[...] primeiramente, a gente consegue formar a equipe e quando não tem ocorrência, tá calmo, pegamos um carro desse aqui e tiramos o material dele todinho. Começamos a amarrar uns, os outros aqui, treinar mobilização, ver as medicações pra se preparar e ver como é que é. O doutor vai explicar a questão de entubação e vai se fazendo as perguntas. Então, o grupo todo começa a estudar e a se interar. Não é só o médico para outro médico ou a enfermeira para outra enfermeira. O grupo se reúne todo, porque na hora da ocorrência, na hora do pega pra capar, vai tá a equipe. Se tiver que alguém descer, vai um de nós três ou nós três? Vamos ter que descer lá e num vai ser só os médicos, não! Não chamam só os médicos, ou só as enfermeiras, ou só os socorristas: vai todo mundo descer, entendeu? (ENF2).

Outra situação indicada como insatisfatória por parte dos servidores é que os cursos são preparados por matéria e para público/categorias específicas de trabalho. Isto é, nos cursos não se trabalha com a heterogeneidade e realidade das equipes no momento da intervenção. Segundo a ENF4, a parte teórica poderia ser ministrada por categoria, mas acrescentou que “a prática tem que ser todo mundo junto porque eu não trabalho só. Vou praticar com outra enfermeira? Não! Devo praticar com o médico e o socorrista (condutor)”.

Apesar das colocações transcritas, há que se registrar que a maior parte dos entrevistados, referindo-se à programação do NEU, elogiaram os cursos, os temas e a estrutura. Todavia, foram quase unânimes ao manifestarem insatisfação quanto aos horários e ao local de realização, no Eusébio, o que dificulta muito a participação de todos.

#### **5.1.4 As escalas de trabalho**

A organização das equipes das unidades móveis do SAMU/RMF é realizada através de escalas de trabalho, planejadas mensalmente pela área administrativa do SAMU/Polo I/CE. São escalas que atendem a acordos coletivos de trabalho firmados entre a categoria dos trabalhadores e a instituição. Há bases que trabalham em regime de 24 horas e outras de 12 horas.

Tem a minha pasta lá na base, né? Aí, tem meu nome e os dias úteis do mês. No dia que eu trabalho, eu assino e me pagam. Se eu trabalhar os seis plantões, eu ganho pelos seis. Caso eu fique doente e só trabalhe quatro, aí vou ganhar pelos quatro. (TEF1).

Deste modo, todos os servidores das unidades móveis do SAMU/RMF possuem, com um mês de antecedência, suas escalas de trabalho: “As nossas escalas são montadas por equipe, a equipe A, equipe E, então assim cada um tem a sua equipe certa, pra tirar o seu plantão”. (TEF3).

Ter acesso antecipado a toda a programação do mês, além de facilitar a organização das rotinas de cada servidor, permite àqueles que laboram em outras unidades de saúde, ou mesmo empresas privadas, administrarem sua carga horária mensal de plantões, de modo a evitar que haja choque de horários ou mesmo que o trabalho se dê de forma ininterrupta com a emenda de turnos em um local e outro. Alguns relatos deram conta desta realidade:

Meu plantão aqui é de 24h. Amanhã, eu vou pra casa, mas geralmente, às vezes, acontece muito de sair pra outro local. Nesse outro local, o plantão é só de 12h e passo o dia lá. Lá, eu também trabalho na UTI. Quando tô aqui, eu realmente tenho que repousar e fazer isso, eu sei que é pra me preparar pra dirigir. Se eu quero dirigir, então tanto aqui quanto lá eu vou repousar. Quando tô de folga do

trabalho com o meu sogro, dirigindo um ônibus, mas não sou obrigado: é um “freelancer” e faço isso desde 95. Então, estou condicionado pra isso e eu não sinto nada não, até porque eu sei que eu preciso repousar. (COND1).

As escalas de trabalho são coordenadas pelo Médico Regulador, que sabe exatamente quem está no plantão em todas as unidades móveis e bases do SAMU/RMF.

### **5.1.5 A relação entre as equipes das unidades móveis e a CR**

A Central de Regulação é quem coordena todo o fluxo de trabalho e a rotina das equipes das unidades móveis existentes nas bases e pontos de apoio do SAMU/Polo I/CE e, evidentemente, do SAMU/RMF. Para se ter uma ideia, há uma lista de códigos para comunicação entre os servidores e a CR para todo o tipo de atividade realizada na base, tais como: sair para realizar um lanche, que equivale ao código “C19”; abastecer o veículo, “C31”; troca de plantão, “C11”; e assim, sucessivamente. É importante destacar que, se um componente da equipe precisar sair da base, por exemplo, para pegar dinheiro em um caixa rápido ou banco (“C20”), toda a equipe deverá acompanhá-lo juntamente com a unidade móvel.

Durante as incursões no campo de pesquisa, verificou-se haver, entre os componentes das equipes das unidades móveis e aqueles integrantes da Central de Regulação, alguns desentendimentos, que na verdade são poucos, mas que, em alguns casos, são significativos.

A gente tem que ter tipo uma produção, porque como alguns<sup>31</sup> não têm a vivência do meio da rua, então eles ficam cobrando: “cadê, vocês já terminaram, já concluíram a ocorrência? Vocês já estão indo embora?” A gente chega numa cena, às vezes o cara tá com 10 metros de profundidade numa vala, né?! Dentro de uma cacimba, debaixo de um carro e a central não sabe disso, porque às vezes, no mapa, daqui pra Fortaleza dá dois dedos. Isso no mapa, né? Mas pra você ir até o local, é chão! Então, às vezes falta muito ainda a central ter esse entrosamento. Eles dizem: “puxa vida, vocês ainda não chegaram na cena, cara, onde que vocês estão?” E a gente responde: “Central, são 100 Km e não é linha, reta, nós não vamos de aeronave”. Olha, na estrada tem quebra mola, tem buraco pode ter acidente, caminhão parado. Você não vai passar por cima do caminhão, carro parado tem que parar também, então tem tudo isso, e pra quem tá lá, quem foi socorrer uma pessoa, por exemplo, em um município, cerca de 100km daqui, nós levamos uma hora e quarenta e cinco minutos pra chegar lá. Quando a gente chega lá, ouve: “mas rapaz! Vocês demoraram demais!” É tão perfeito, perfeitamente se eu tivesse vindo de helicóptero, seriam dez minutos, mas viemos na estrada, né? Tem buraco, o carro não corre por cima do buraco, você tem que parar porque senão quebra, vira, capota, então esse estresse, a gente tem muito. Essa cobrança é necessária, mas é preciso que as pessoas vejam os dois lados da moeda, né? (MED1).

<sup>31</sup> O entrevistado se refere a alguns médicos da Central de Regulação.

Algumas falas dão conta dessa realidade que, em um grau ou outro, podem comprometer a sistemática de trabalho dos grupos das unidades móveis, pela insatisfação gerada a partir das orientações recebidas pelo MR, provavelmente pela falta de reuniões ou *feedbacks* da atuação da CR junto às equipes das unidades móveis:

Eles (equipe da regulação) têm lá uma ficha no computador, então pra eles é um troço impessoal, basicamente é impessoal, pra gente não, a gente tá com o sangue vivo na mão. (MED2, grifo da pesquisadora).

Relatório sim, e acompanhamento de documentação, isso é importante. E reuniões presenciais têm que ter discussão, reuniões periódicas, bimestral, talvez, e compromisso firme da gestão. Vamos mexer nisso aqui, vamos cuidar disso aqui, a gente precisa ter uma avaliação dentro do serviço de secretaria pra secretaria, tem uma decisão aqui, aí você faz um estudo, aí tem uma decisão administrativa. Você precisa de apoio pronto, aí que entra administração de secretaria e vem a questão política, precisa ter recursos pra isso, ter disposição, é extremamente importante, né? (MED2).

Outras dificuldades na relação entre as unidades móveis e a Central de Regulação diz respeito à falta de equipamentos de localização, como GPS e de comunicação (rádio), já que atualmente se faz uso de telefones celulares, normalmente pertencentes a um dos integrantes de cada equipe. Há situações nas quais as operadoras de telefonia móvel não cobrem a área e a CR acaba ligando para a delegacia do município, ou mesmo para o hospital, ou posto de saúde e pede para que alguém da equipe entre em contato com eles no Eusébio.

Em ambos os casos, a indisponibilidade de recursos tecnológicos para facilitar a localização de onde se encontra a vítima que necessita de socorro de urgência e a dificuldade para se comunicar com a CR, comprometem o “tempo-resposta”, parâmetro fundamental para avaliação da prestação do serviço, rendimento da equipe e, mais importante, minimizar as consequências nocivas ou letais às quais estão sujeitos o paciente.

De acordo com o ADM3, está em estudo a aquisição de radiocomunicadores, que resolveriam essa dificuldade de se comunicar com as equipes de trabalho, mesmo que trafegando em áreas rurais. Acrescentou que, paralelo a esse estudo, há outro para aquisição do mesmo sistema utilizado nas viaturas do programa da Polícia Militar do Estado do Ceará, “Ronda do Quarteirão”, que dispõe de equipamento móvel de transmissão de dados da empresa AUTOTRAC denominado *omnisat*, que possui aplicativo denominado *mobile communication terminal software* e receptor GPS, além de terminal com tela de LCD e teclado. Assim, a administração no Eusébio teria o rastreamento da unidade móvel e uma melhor comunicação. Já foi realizado o pedido junto ao Governo do Estado e se encontra no sistema de Monitoramento e Ações e Programas Prioritários (MAPP).

Enquanto essas aquisições não são efetivadas, foi percebido, em campo, a ocorrência de situações que podem resultar em comprometimento do serviço de atendimento de urgência, como podem ser lidos nas falas a seguir transcritas:

A comunicação da regulação com a equipe ainda é muito falha, muito falha no sentido de endereço, no sentido de passar realmente as reais condições que o paciente está. Então, essa comunicação ainda é insuficiente, porque se existisse uma comunicação mais completa, a equipe já saía baseada na cinemática do caso e nas possíveis lesões que o paciente poderia apresentar: já facilitava o atendimento da gente. A comunicação ainda é muito complicada, os endereços ainda não são passados direitinho. Então, isso dificulta bastante. A gente perde tempo, o tempo resposta também. (ENF4).

Você tá rodando sem segurança, você não ter certeza do que você vai atender e às vezes a regulação da gente, ela passa uma coisa surreal! Você não tem noção do que seja. Já aconteceu aqui comigo. Eles dizem: “vão que eu lhe passo a ocorrência no caminho” e demoram... Aí, se eu chegar e passar no local da ocorrência, o cidadão quer conversar com o médico da gente e essa ocorrência nem chegou ainda pra gente. Acaba que já aconteceu da gente chegar antes da informação e isso às vezes atrapalha. (ENF1).

Num tem GPS e é um erro gravíssimo da Central de Regulação quando resolvem colocar profissionais em uma área que o cara não conhece. Por exemplo: eu deveria ser lotado pela área, por conhecer aquela área. No meu caso, Aracati e Beberibe, porque eu conheço lá. Conheço de Pindoretama até Fortim. Se você falar no endereço, eu conheço. Então, deveriam usar esse meu conhecimento profissional e colocar o profissional lá. Quando você passa pra Central um retorno da localização, eles não sabem nem onde fica e aí o tempo resposta atrapalha demais. (ENF2).

Por fim, percebeu-se que, de um modo geral, a sistemática do atendimento sob a coordenação do Médico Regulador tem funcionado de modo regular, necessitando de encontros, reuniões ou promoção de espaço para discussão acerca da forma de trabalho acrescida da aquisição dos equipamentos supracitados.

### **5.1.6 A integração entre as equipes das unidades móveis USA e USB**

No momento em que foram inquiridos a respeito da relação com a outra equipe (USA em relação aos integrantes da USB e vice-versa), os componentes da USA foram unânimes em afirmar a existência de uma paridade de atribuições e do interesse comum em prestarem o socorro à vítima, sendo este o único sentido de permanecerem juntos. Por outro lado, em algumas falas, particularmente daqueles que constituem os grupos USB, manifestaram que os sujeitos pouco interagem a respeito de suas vidas privadas; se limitam a conversar acerca dos atendimentos, quando há tempo para isto.

Um exemplo disso são trechos de falas de alguns profissionais entrevistados quando questionados se havia diferença entre trabalhar em uma unidade USA e USB. Além de demonstrarem a diferença existente entre a convivência com integrantes de uma e outra equipe, alguns relataram haver divergência também na forma de trabalhar:

É outro mundo, é outro. Cada um com seu mundo e vamos viver assim, como é que é? Hierarquia, né? Só porque tem plano de saúde, por exemplo... As conversas não bate, tem algumas pessoas aqui que fica conversando. Eu não preciso, porque se eu for falar, vou falar do quilo de carne que eu comprei, que eu dividi pra dar duas vezes; falar da topic lotada que eu peguei. Num bate a conversa: mundo de diferença. Nas mobilizações, você conversa de igual pra igual. Gravidade, fratura exposta, TCE, é de pau a pau. (TEF1)

Com a minha área eles não se entrosam muito, isso uma pequena parte, né? A minoria, porque acha que a gente é peão, vai de uma maneira que eles vão se aproveitar pra pedir alguma coisa, mas enfim. Eles querem se aproveitar pra pedir alguma coisa... Num dá muita bola pra gente, claro. (COND1).

Observou-se a existência de uma firme estrutura hierárquica dentro das equipes de trabalho entrevistadas, na qual os médicos ocupam o topo da pirâmide hierárquica, especialmente quando se fala das equipes USB trabalhando em conjunto com a USA. Inclusive, para a maioria, o papel do médico enquanto coordenador dos trabalhos é natural, já que é quem detém maior domínio sobre as técnicas intervencionistas que podem levar a salvar a vida da vítima. Isso sem mencionar que as demais categorias também reconhecem como “ato médico” a comunicação do óbito à família e às autoridades policiais, quando isso ocorre.

Ainda no que se refere à questão hierárquica, a fala de uma enfermeira foi fundamental para a compreensão da representação da relação existente entre os membros de uma equipe de unidade móvel tipo USA, quando relatou:

Acho que a chefia poderia ser melhor em todos os aspectos, a partir do reconhecimento do trabalho da peãozada (auxiliares, motoristas e nós). O médico, quando vai pra ocorrência, já encontra o paciente com os sinais vitais verificados pelos meninos que vão de moto na frente. Quando o médico vai, vai muito amparado: vai com enfermeira. Ele vai só pra entubar mesmo. É diferente de nós, que fomos chamados pra uma casa que um paciente já tinha três dias lá doente e quando chegamos lá, a casa tava tão impregnada de cocô e xixi que ninguém aguentava nem ficar. Um médico não vai. Quando ele encontra o paciente, ele já tá preparado, limpinho, todo ajeitado pela peãozada. (ENF2).

Fica claro que, por mais que trabalhem em equipe, os entrevistados, em suas falas, não evitaram passar a ideia de que existe uma hierarquia que até pode não ser administrativa, mas de poder-saber, de privilégios, que se impõe de um modo muito evidente.

Se por acaso tiver uma certa desavença entre o técnico e um auxiliar, a coisa fica só entre eles dois ali... Diferente com outras pessoas. Agora, se for um negócio, for mais grave, aí vai ampliando, aí todo mundo vai saber. [...] Briguei com um técnico, brigamos, ficamos de mal e de bem no mesmo dia. Na USA, você anda com o médico e um enfermeiro. (COND2).

Se você não chamar “doutor” ou “médico”, ele normalmente, alguns, nem lhe olham. Tem que dizer: “doutor fulano de tal”, “médico fulano de tal”. Então, isso não cria intimidade com ninguém. É a mesma coisa de tá dizendo senhor, senhora, bença mãe, pai... (COND3).

Talvez a posição identitária de cada profissional na equipe mereça ser melhor trabalhada e reconhecida pela administração, seja através de diálogos coletivos promovidos no decurso de encontros periódicos, assim como por *feedbacks* quanto às avaliações dos atendimentos realizados, para citar duas hipóteses. As sugestões aqui indicadas não são apenas pelas atribuições impingidas legalmente a cada um dos componentes das unidades móveis, mas pelo papel significativo que possuem na realização do trabalho de urgência.

### **5.1.7 A integração do SAMU/RMF com os demais componentes da RAU**

A Rede de Atenção às Urgências (RAU), instituída pela Portaria Nº 1.600/GM MS de 07 de julho de 2011, tem como finalidade principal favorecer o funcionamento da rede, articulando e integrando “todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna”.

Dito de outro modo, a articulação e integração com os demais componentes da rede de atenção às urgências, quais sejam: unidades básicas de saúde, hospitais, UPAs, atenção domiciliar, unidades de saúde que contam com sala de estabilização, prontos-socorros e o SAMU, é a missão primordial da RAU, que concebe a necessidade da existência de um vínculo que ligue todas essas estruturas em modelo de rede, de modo que haja a troca e cooperação entre os profissionais, com o intuito de melhor atender ao paciente.

Contudo, nas observações realizadas em campo, especialmente através dos relatos coletados nas entrevistas com os “samuzeiros”, verificou-se que a relação existente entre o SAMU e algumas instituições componentes da RAU não pode ser classificada como ideal.

Não é incomum que os hospitais que rejeitem os pacientes levados pelo SAMU/RMF sejam unidades hospitalares localizadas no interior do Estado, quando são

casos que somente a capital tem condições para receber. Os relatos são diversos, a exemplo do que se transcreve a seguir:

Às vezes, o paciente é jogado no Frotão e por lá morre, porque ninguém passou e ninguém recebeu. Por exemplo, um dia desses eu fiquei 45 minutos no Frotão atrás de um doutor pra receber o paciente que eu havia atendido. Eu não larguei meu paciente só, eu fico lá. Uma enfermeira que apareceu foi ver se achava alguém pra receber o paciente, O condutor foi tirar a ambulância pra estacionar e o cabra ficou na maca e não tinha acompanhante: eu tive que ficar com ele, pra ficar no oxigênio e tal. Aí, depois chegou outra enfermeira e eu falei: “agora você fica aqui que eu vou atrás de um médico”. Fui na sala dos médicos e uma pessoa me falou: “o doutor saiu do hospital”. E perguntei: “saiu? Saiu pra onde?”, e o cara disse que ninguém sabia. Então, eu falei: “ligue pra ele, minha querida, pois o doutor não pode abandonar o plantão, não, cadê o chefe da equipe? Quero falar com o chefe da equipe! cadê o superintendente do hospital? Eu quero falar com ele! Eu vou chamar o Secretario de Saúde! Como é que pode uma coisa assim? Eu estou com um paciente grave há 45 minutos dentro do hospital e ninguém o recebe! Tem que ver uma UTI, pois o paciente tá em estado grave!” Aí foi que apareceu um colega que não era nem do setor, me viu e por amizade veio me perguntar o que estava havendo e acabou recebendo o paciente. (MED1).

Os componentes das equipes das unidades móveis do SAMU/RMF acreditam que problemas dessa natureza acontecem por total falta de esclarecimento das unidades que compõem a RAU. É de conhecimento geral que o SAMU é um dos principais acessos aos serviços de saúde no país. Todavia, o serviço sofre retaliações diversas por ser visto como aquele que aumenta a demanda dos serviços hospitalares, contribuindo para uma sobrecarga de quem trabalha nas unidades fixas de atendimento. Segue relato:

Tem coisas que eu preferia não falar, mas mesmo assim eu falo. Acho que é falta de juízo, pra não dizer de bom senso. Quem tá dentro do hospital, às vezes nos culpar pelo fato da gente tá levando doente pra lá, como se a gente criasse, fabricasse doente. Eu digo muito: “meu querido, não fui eu que dei a facada nele, não. Agora, eu trabalho num serviço que socorre o camarada e lá em casa tá em reforma. Então, eu trouxe aqui pro hospital que é onde eu acho que atende, tá entendendo? Quer dizer, falta conhecimento no todo, de qual é o papel de cada um. A pessoa lá no hospital não conhece o bastante, entendeu? Então, isso desgasta psicologicamente e também o emocional. (MED5).

A situação é tão crítica que os hospitais chegam a prender os equipamentos das unidades móveis, a exemplo de macas, cilindros de oxigênio, etc. Argumentam que não possuem estrutura para receberem o paciente. Essa situação é tão corriqueira que, segundo depoimento do MED3, o SAMU conta com uma pessoa no hospital para se responsabilizar pelos materiais das ambulâncias, para evitar que as unidades fiquem retidas no hospital:

No IJF nós já temos uma pessoa responsável: fica de plantão lá todos os dias e a função dela é cuidar do material do SAMU. Ela pertence aos quadros do SAMU e fica responsável pelo material: a gente se despreocupa lá. Ela anota o número da USA ou da USB tal, o que ficou de equipamento e depois ela fica lá de olho. Quando vai outra equipe daquela base que deixou o material anteriormente, ela devolve pedindo que a unidade entregue a outra. Agora, no HGF, não existe isso: a gente tem que ficar lá até que apareça um leito. (MED3).

Trata-se de uma situação crítica, já que na maioria dos hospitais a unidade móvel fica retida, impossibilitando que atenda outras demandas, imobilizando um recurso público destinado a atender situações de extrema urgência.

Eles trancam a ambulância e só deixam a gente sair depois do atendimento todinho. Mas a ambulância não pode ficar detida no hospital porque tem um monte de gente para atender. Daí a população não entende porque a gente demora e também é por conta disso: a ambulância tá presa lá dentro do hospital, esperando atendimento por horas e horas. Eles trancam o portão. A Santa Casa tranca, o Frotão, o Frotinha... No São José, minha filha, eu já fiquei presa muito tempo, eu tinha era raiva. Eles entendem assim, que o SAMU só leva trabalho, né? Às vezes, a gente chega morta de cansada, tá entendendo? O paciente precisando de oxigênio... E ali, muitas vezes, a gente já brigou em hospital por causa dos pacientes. E se fosse família sua? (TEF4).

Inclusive, as situações de retenção dos veículos de urgência por parte de alguns hospitais interferem diretamente naquele que é o critério mais importante para avaliação do serviço, da equipe e minimização das graves consequências que pode sofrer o atendido, com possibilidade de chegar a óbito.

O C22 é a minha chegada no hospital de referência, ou seja, qual foi a distância do local onde eu fiz o atendimento até o hospital. Distância e tempo que foi utilizado. E o C23 é o horário que eu fiquei livre, fui liberado do hospital. Porque às vezes eu chego num hospital e a ambulância fica lá presa. Por quê? Porque aí o colega: “espere aí, que eu tenho que examinar, não sei se o perfil é daqui”. Por isso mesmo que a nossa função é esclarecer. (MED1).

Também é critério base da estrutura da RAU a necessidade de que o paciente seja atendido no menor tempo possível e acolhido na unidade de saúde mais adequada ao quadro que apresenta. Assim, há necessidade de que a equipe da unidade móvel de urgência chegue em menor tempo possível ao local no qual se encontra a pessoa que será atendida, seguindo-se da imprescindível rapidez no diagnóstico e intervenção necessária, a fim de que seja possível o encaminhamento ao serviço de saúde adequado à situação identificada..

## **5.2 A condição do trabalho**

O público participante deste estudo relatou que algumas condições de trabalho, como as situações de risco de suas vidas e dos socorridos, em virtude da conservação das unidades móveis, da carência de uniformes, da submissão à falta de equipamentos, como já comentado em relação ao GPS e telefones ou rádios de comunicação, enfim, algumas situações que falam da falta de estrutura para a realização das suas atividades no SAMU/RMF, o que implicam em situações que afetam não somente o trabalho, mas a vida privada de cada um deles, por muitas vezes não conseguem impedir os reflexos de uma

realidade na outra. No que concerne aos insumos para o ofício dispostos nas unidades móveis, foi unânime a fala dos pesquisados no sentido de que não falta material para o trabalho<sup>32</sup>.

Distintas do conceito de organização do trabalho, que é mais ligado aos aspectos relacionados ao gerenciamento e fluxos de tarefas, “as condições de trabalho propriamente ditas designam as pressões e constrangimentos presentes no ambiente físico e organizacional em que tais tarefas são desenvolvidas”. (Assunção, 2011, p.453).

Na concepção de Dejours (1999, p.25), a condição do trabalho deve ser considerar “antes de tudo, ambiente físico, ambiente químico, ambiente biológico, as condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho”.

Partindo-se dos conceitos básicos de condições do trabalho, observou-se que no SAMU/RMF algumas situações são dignas de serem abordadas, especialmente por afetarem principalmente a dinâmica da atividade realizada.

De início, entende-se como necessária a transcrição de um trecho da Norma Regulamentadora Nº 09 – NR-9, que trata do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais e que apresenta com clareza as definições de riscos aos quais estão expostos os trabalhadores do SAMU/RMF:

#### 9.1 Do objeto e campo de aplicação.

[...]

9.1.5.1. Considerando-se agentes físicos as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como: ruídos, vibrações, pressões anormais, temperaturas externas, radiações ionizantes, radiações não ionizantes, bem como o infrassom e o ultrassom.

9.1.5.2. Consideram-se agentes químicos as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, pela natureza da atividade de exposição possam ter contato ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão.

9.1.5.3. Consideram-se agentes biológicos as bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros.

Após a exposição dessa pequena introdução acerca das condições de trabalho, serão relatadas as principais situações ensejadoras de problemas na rotina de trabalho dos

---

<sup>32</sup> No anexo “C”, lista de material das unidades móveis.

integrantes das unidades móveis do SAMU/RMF que, juntamente com aquelas indicadas no tópico que tratou da organização do trabalho, resultam em um processo de precarização.

A preocupação com a saúde foi uma das temáticas que mais se repetiu nos discursos dos sujeitos entrevistados. De um modo sutil ou expresso em reiteradas oportunidades, o assunto veio à tona, a teor de algumas transcrições que abaixo se declina:

É, a gente tem situações de alguns casos que a gente tá acostumado a trabalhar, sujeito a poeira, ao calor que massacra muito. Todo material de UTI, ele é disposto para que não haja a contaminação, mas risco sempre tem. (COND5).

O médico me afastou porque achou que um dos meus problemas seria relacionado ao trabalho. Porque eu tive um problema de depressão. Ele me afastou mesmo das atividades, mas aí eu pedi pra ficar no posto. Eu pensei que eu ia morrer longe da ambulância porque era tudo na minha vida. Não tinha mais marido, só tinha os filhos que a gente cria e pronto, né? Aí eu pensei: agora eu morro de vez. Mas eu sobrevivi. Eu amava muito o meu serviço. Mas agora eu estou acostumada aqui dentro. Para você estar na rua, você tem que ter também mais flexibilidade pra se abaixar, né? Você tem que saber qual é o seu momento e eu acho que eu não tenho mais idade. (ADM4).

Contaminação há dentro dos hospitais que a gente chega, paciente que a gente traz poderá ter TB (tuberculose), né? A gente pode sofrer acidente, porque saímos com velocidade altíssima, 150 km! Mas assim: eu nunca vi acontecer acidente. A velocidade contribui para que uma pessoa com hemorragia possa até piorar... A gente sai com 30 km e se a gente vai com cento e tanto, né, piora. A velocidade nos leva... Eles mandam em C3, dependendo do caso manda C2, que não há muita urgência e C3 anda rápido, né? É tanto que a ambulância perde sirene, né? Ela anda rápido, é um perigo pra todo mundo, né<sup>33</sup>? (TEF1).

Através desses relatos, percebe-se que há resistências do profissional em aceitar o seu afastamento de atividades às quais está habituado. Nesse sentido, existe um sentimento de culpa que o acomete, relacionado ao fracasso no trabalho, quase sempre atrelado à sua própria forma de se conduzir naquela atividade, tanto por parte da organização e das condições de trabalho ofertadas pelo tomador do serviço, no caso, o Estado, como pelo resultado de um processo autoavaliativo a que se impõe o profissional. A fala de um condutor retrata essa realidade:

É passível a gente, às vezes, e até acontece, por exemplo, de você fazer uma manobra com um paciente e o paciente ser muito pesado. Às vezes, a gente lesiona uma perna, a lombar da gente sofre muito, tá entendendo? Mas isso é coisa mesmo do nosso dia a dia, são coisas que a gente já tá acostumado. (COND3).

---

<sup>33</sup> O SAMU, no Brasil, conta com uma padronização de códigos de atendimento que facilitam a comunicação entre a Central de Regulação e as equipes de socorro. No relato transcrito, os participantes se remetem a três códigos que, respectivamente, significam: C1 – Não necessita de urgência; C2 – Necessita certa urgência e C3 – Necessita máxima urgência. A lista completa de códigos se encontra no anexo “B” desta dissertação. É importante adiantar que a codificação se encontra em fase de mudança para a chamada “linguagem do Q”, que corresponde ao padrão internacional, em função da copa do mundo de 2014.

Independente dos aspectos que visam uma tecnologização da relação estabelecida entre paciente e cuidador, não se pode ignorar a dimensão da subjetividade do trabalhador que, indiscutivelmente, sofre diante das condições e organização do trabalho sob o qual está submetido.

### **5.2.1 A estrutura física do SAMU**

De acordo com o Ministério da Saúde, é possível atender a diversas solicitações e portes de bases municipais, desde que preencham os requisitos legalmente estabelecidos, a iniciar do ato de oficialização do Pedido de Instalação de uma Central de Regulação SAMU até o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias para que esteja apta a ser utilizada.

Todo o procedimento para que seja atendida uma requisição de instalação de uma base do SAMU, em determinada localidade, deve obedecer aos parâmetros estabelecidos nas Portarias GM/MS Nº 2.048/2002, GM/MS Nº 1.863/2003, GM/MS Nº 1.864/2003 e GM/MS Nº 2.970/2008, todas em anexo.

Em síntese, os pré-requisitos para instalação de uma base dependem da aprovação do projeto consoante a Portaria GM/MS 1.010/12, que prevê a descentralização das bases e, especificamente em seu artigo 5º, prioriza o atendimento a essa requisição vinculada a três grandes critérios: 1) a necessidade da base com infraestrutura adequada e dentro dos padrões exigidos pelo Ministério da Saúde (incluindo-se padronização visual), 2) a garantia tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU192 e 3) a localização que deve ser em cidade com facilidade de acesso a diversas outras localidades, permitindo um atendimento amplo e maior capilaridade do serviço.

A gestão do serviço é unificada, envolvendo o Governo Federal, os governos do Estado e dos Municípios, e estes através de suas respectivas secretarias de saúde. O repasse de recursos e o número de veículos, de acordo com as Portarias retromencionadas, vinculam-se ao número de habitantes que receberão a cobertura do serviço.

No decorrer da pesquisa de campo, várias foram as circunstâncias em que a questão do espaço físico foi levantada e falada a partir do ponto de vista dos entrevistados.

No que se refere à base do SAMU/Polo I/CE situada no município do Eusébio, deve-se dizer que ela atende ao estabelecido nos diplomas normativos publicados pelo

Ministério da Saúde, inclusive por lá estar instalada a Central de Regulação, equipamento essencial ao funcionamento de todo o serviço.

No que se refere às demais bases, conforme se poderá verificar nas fotografias anexadas ao final da presente dissertação, será percebida a inépcia da estrutura física que, aliada a falhas na integração da RAU e os problemas já indicados nos tópicos anteriores, contribuem para o possível comprometimento dos serviços, que poderiam ser melhor potencializados, caso a legislação fosse objetivamente atendida.

No intuito de facilitar o conhecimento da realidade de cada uma das cinco bases do SAMU/RMF visitadas, preferiu-se transcrever as condições encontradas quando da abordagem dos sujeitos da pesquisa e registradas em diário de campo, algumas das quais se obteve autorização para fotografar as áreas internas e outras em que isso não foi possível, a pedido dos próprios servidores, limitando a pesquisadora a fotografar apenas as áreas externas.

No centro do município do Eusébio, local onde fica a base central do Polo I/CE e que está a 18Km de distância da capital, funciona com condições físicas que atendem à legislação. Além de disporem de uma estrutura física adequada, inclusive para a Central de Regulação, conta ainda com repousos (com camas e aparelhos de ar-condicionado) e banheiros separados (masculinos e femininos), copa, jardim, abrigo para os veículos particulares e para as unidades móveis, espaço para veículos que serão enviados à manutenção, dispensação, área para limpeza e assepsia das unidades móveis, jardim com espaço para descanso, guarita, segurança, auditório com capacidade aproximada para 100 pessoas, área para realização de confraternizações, salas e laboratórios para realização de aulas teóricas e práticas, biblioteca, sala de funcionamento da coordenação do NEU, recepção, salas da administração e sala da Diretoria.



**Figura 4:** Totem padrão na entrada do SAMU Eusébio – Base Centralizadora do SAMU/Polo I/CE<sup>34</sup>.



**Figura 5:** Entrada da recepção do SAMU Eusébio – Base Centralizadora do SAMU/Polo I/CE.

<sup>34</sup> Não foi possível ter acesso às áreas internas e repousos das bases do SAMU/RMF dos municípios de Eusébio, Caucaia, Maracanaú e Maranguape.



**Figura 6:** Vista para o abrigo das unidades móveis no SAMU Eusébio – Base Centralizadora do SAMU/Polo I/CE

A base descentralizada do município de Maracanaú, que se localiza a 15Km de Fortaleza, funciona em instalações provisórias que pertencem ao SINE/CE e que se localiza aos fundos do centro de compras daquela cidade na área do centro. As salas de aula e a área planejada para instalação do administrativo do SINE foram adaptadas para o repouso dos “samuzeiros”. Eles são acomodados em um mesmo espaço (homens e mulheres juntos), com colchões espalhados pelo chão, no qual contém, além de lençóis, travesseiros, almofadas, os notebooks e celulares de cada um. Havia também 2 camas, 2 mesas e cadeiras plásticas, além de um refrigerador. Havia também banheiros separados por gênero.



**Figura 7:** Imagem da área externa da base descentralizada SAMU/Maracanaú



**Figura 8:** Ambulância e motolância na área externa da base descentralizada SAMU/Maracanaú.



**Figura 9:** Vista do acesso aos repousos e ambulâncias estacionadas na área externa da base descentralizada SAMU/Maracanaú.

A base descentralizada do SAMU/RMF em Caucaia, a 16,5Km da capital, é ampla, situada em uma propriedade arborizada, bem localizada – próxima ao centro – com espaço para estacionamento dos veículos particulares e abrigo adequado para as ambulâncias. Conta com segurança da guarda municipal e, logo na entrada, há uma grande varanda na qual se encontra uma mesa com cerca de 12 lugares, espaço utilizado para alimentação e rodas de conversas entre os “samuzeiros”. Não se teve acesso à área interna daquela base, mas foi relatado que existe um “estar para a equipe da USA”, repouso separados por equipes e com ar-condicionado, além de banheiros para homens e mulheres. Contam ainda com uma pequena copa e um dique no qual os carros são lavados após o retorno de algum atendimento.



**Figura 10:** Fachada da base descentralizada do SAMU/Caucaia.



**Figura 11:** Abrigo para as unidades móveis e área de convivência da base descentralizada do SAMU/Caucaia.



**Figura 12:** Entrada para os repousos e área de convivência da base descentralizada do SAMU/Caucaia.

No município de Croatá, distante 71,6Km da cidade de Fortaleza, funciona a base descentralizada do SAMU/RMF que abriga São Gonçalo do Amarante. Está instalada em um espaço cedido pela prefeitura às margens da BR-222, onde outrora funcionou uma revenda de veículos. O espaço é pequeno. Apesar de contar com cobertura para abrigar as ambulâncias, o teto é de telha de amianto, o que deixa a área externa muito quente, inviabilizando a permanência do grupo fora dos repousos, principalmente no período da tarde. Conta com dois repousos e banheiros, um masculino e um feminino, ambos com ar-condicionado e cada um com camas e beliches. Na base, há uma pequena copa com um fogão de duas bocas, frigobar, mesa, quatro cadeiras e garrafão com água mineral. Os veículos particulares são colocados próximos à base.



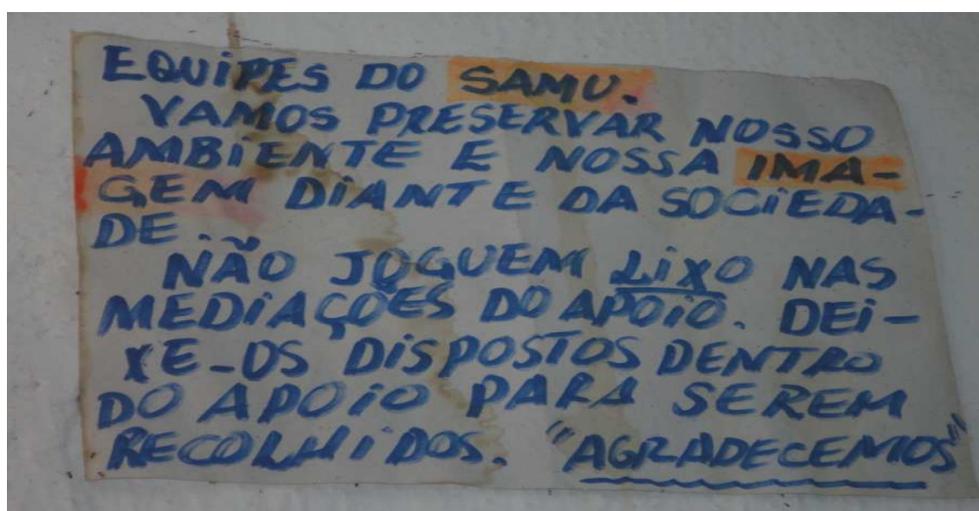
**Figura 13:** Fachada da base descentralizada SAMU/São Gonçalo do Amarante/Croatá



**Figura 14:** Coberta da base em telha de amianto e localização da base descentralizada SAMU/São Gonçalo do Amarante/Croatá às margens da BR-222.



**Figura 15:** Copa da base descentralizada SAMU/São Gonçalo do Amarante/Croatá.



**Figura 16:** Cartaz afixado na copa da base descentralizada SAMU/São Gonçalo do Amarante/Croatá.



**Figura 17:** Repouso masculino e feminino (respectivamente) da base descentralizada SAMU/São Gonçalo do Amarante/Croatá.



**Figura 18:** Recipientes para armazenamento de água e porta de acesso externo à copa da base descentralizada SAMU/São Gonçalo do Amarante/Croatá.

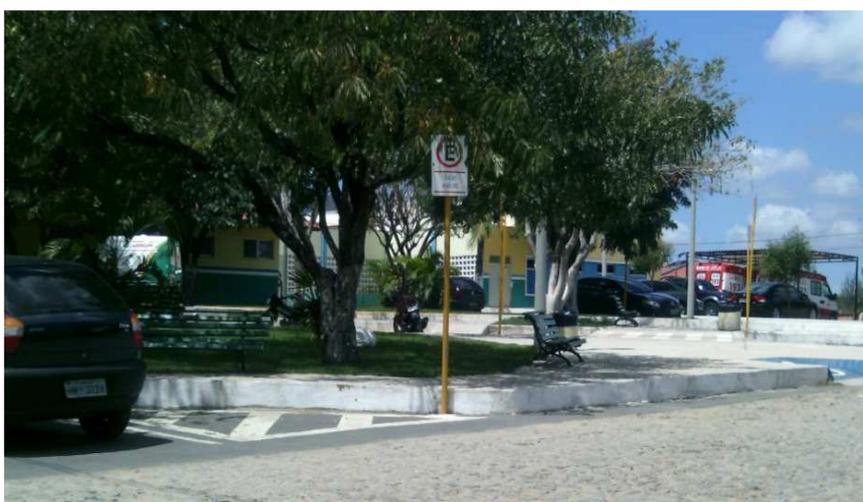
A última base descentralizada a ser descrita é a do município de Maranguape, 30Km distantes de Fortaleza, que funciona em um anexo do maior hospital da localidade, o Hospital Municipal Dr. Ageu Gurgel Braga Herbster. Conta com repouso confortável, com camas e uma boa estrutura física. O espaço é muito organizado e limpo. Os repouso são divididos por equipe e não há distinção entre homens e mulheres. Os banheiros são separados e se alimentam no refeitório do hospital. Há estacionamento adequado para os veículos particulares e as ambulâncias contam com abrigo apropriado.



**Figura 19:** Portão de acesso à base descentralizada SAMU/Maranguape



**Figura 20:** Fachada da base descentralizada SAMU/Maranguape



**Figura 21:** Vista da entrada da base descentralizada SAMU/Maranguape com vista para o abrigo das unidades móveis de atendimento



**Figura 22:** Entrada do corredor interno do hospital que dá acesso à base descentralizada SAMU/Maranguape

Os problemas verbalizados em relação às bases se concentraram basicamente nas de condições mais precárias, que são as de Maracanaú e Croatá. Como forma de preservar a identidade dos entrevistados, será transcrita a fala formulada adiante, mas sem a sua identificação.

Em Croatá, os maiores problemas são em relação à segurança da base, que antigamente contava com um vigilante, mas não dispõe mais, além do risco de estarem às margens da BR-222, passíveis de ser alvos de acidentes, além da falta de água, que inviabiliza a higiene dos trabalhadores que cumprem plantão de 24 horas e que, muitas vezes, para conseguirem um banho, ou vão a um posto de saúde próximo ou conseguem um balde de água com a vizinhança:

Esse Croatá aqui é conhecido, a gente fica sem tomar banho porque não tem água. A gente chega de uma ocorrência e não tem água pra tomar banho. Aí a gente é obrigado a pular a parte do banho, né? De dia a gente pode até sair pra procurar água. Água pouca tem, né? Pra lavar as mãos, pra escovar dentes... A gente tem o balde e deixa um pouco guardado. Aí quando é de dia a gente procura, por exemplo, no posto de saúde. E já negaram dizendo que lá não tinha água, que a caixa é pequena, mas serve, né? Teve um dia em que a gente foi buscar na base do guarda municipal, ai lá ele atendeu a gente e já tomamos banho lá. (TEF1).

Em Maracanaú, os maiores problemas são com a dificuldade de um local para se alimentarem (mesmo comprando) e com a segurança da base, que fica numa área isolada, principalmente aos finais de semana, quando não há nenhum movimento.

É uma exposição muito grande, aqui não tem segurança nenhuma. À noite, isso aqui é muito esquisito. Ao longo do tempo, a diretoria do SAMU vem tentando sensibilizar a prefeitura com relação a isso. É tanto, que soubemos que o Dr. Alci pediu ao município pra disponibilizar um local melhor, pra nos dar melhor assistência, mais apoio de alimentação de local pra ficar. Quantos apoios nossos já foram invadidos? Ocara e Pacajus, por exemplo, foram invadidos por assaltantes que levaram televisão, levaram coisas dos meninos que saíram pra ocorrência e quando voltaram não tinha mais nada. Sem falar que a gente fica exposto, se eles quiserem vir e tomar tudo que a gente tem, eles tomam. Aqui, enquanto a gente tá fazendo atendimento, nossos tablets, celular, ficam. Eles podem muito bem ficar observando, ver que saímos e arrombam essa porta aqui, que é a coisa mais fácil do mundo. As janelas não têm tranca. Esse lugar aqui, ele é abandonado. O vigia que tem à noite é ali no Habib's. Só que ele tá olhando é o Habib's, não é a gente, não. (ENF2).

Enfim, é claro que a precariedade do ambiente afeta a condição de trabalho dos trabalhadores do SAMU/RMF, que não apenas se desmotivam diante dos problemas aqui indicados, mas se sentem desvalorizados por não contarem com uma estrutura melhor.

### 5.2.2 Os uniformes

O uso dos uniformes pelas equipes do SAMU é item obrigatório. Além de ser considerado um Equipamento de Proteção Individual (EPI), identifica a equipe de socorro, facilitando o acesso às cenas nas quais precisam intervir.



**Figura 23:** Uniforme utilizado pelos integrantes do SAMU/RMF

De acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde, o uniforme é composto por um macacão (fornecido dois por profissional), sapato preto fechado (do próprio profissional), camiseta sem identificação alguma, salvo as que possuem logotipo do SAMU e itens específicos para o enfrentamento de situações comuns ao tipo de atividade realizada pelos “samuzeiros”, tais como luvas descartáveis e óculos de proteção (obrigatórios em todos os atendimentos), capacete, botas e capa de chuva (que se encontram dentro da unidade móvel).

Apesar do uso obrigatório durante todo o plantão, não foi raro encontrar relatos de profissionais que, em sua maioria, afirmaram ter recebido apenas um macacão. E aqueles que possuem mais de um, é por terem muito tempo no SAMU/RMF.

Além disso, queixaram-se, indicando que o tipo de uniforme utilizado é inadequado para o clima cearense, dado que é de brim e ainda necessitam usar uma camisa por dentro. Os relatos são pertinentes para que se compreenda o incômodo que causa essa condição:

O certo é que eu viesse para o plantão com, no mínimo, dois macacões. O mais correto ainda e que há no primeiro mundo, é que a farda seja uma calça, uma blusa por dentro e a jaqueta: a gandola. O correto mais ainda é que as mangas sejam destacáveis e se eu sujar só as mangas, eu tiro as mangas, só a manga, a parte debaixo da manga. Se isso aqui fosse uma jaqueta, sujou só em cima, tirava a jaqueta, botava outra jaqueta, num precisava trocar as calças, a não ser que a calça tivesse suja. Não sei quem criou os uniformes e criou esse macacão. Alguns argumentos é de que o macacão daria mais privacidade à pessoa: a pessoa se baixa, mas não, existe gandola que passa da metade da coxa. Então, em relação a isso aí, nada a ver. O bombeiro usa gandola, policial usa gandola, a parte internacional de socorro usa gandola e as pessoas daqui tem que usar macacão! Então, se eu sujar meu macacão ou qualquer um sujar, a gente tem que ir lá no Eusébio pra mandar lavar e autoclavar! (MED1).

O uniforme é outra deficiência que a gente tem aqui: eles dão um macacão pra gente, um desde que nós entramos aqui. Eu tenho dois porque algumas colegas minhas me cederam mesmo, foi doado, mas o SAMU mesmo tá com deficiência. Tá com um ano que nós tiramos medidas e até hoje não chega esse macacão. A gente fica assim: trabalha um dia, no outro lava, né, doutor (a)? No outro dia, vêm botas e o par de bota, se quebrar, quebrou. Até chegou bota, mas tão dando só pro pessoal novo. Quer dizer, é difícil! Essa blusinha aqui de dentro é nossa, a gente manda fazer com o nosso dinheiro, tá entendendo? (ENF3).

Enfim, os uniformes fazem parte de um item de insatisfação dos trabalhadores com a atividade pela inviabilidade de, com apenas uma peça, conseguirem atender aos plantões e horas extras. Há que se informar que o risco de contaminação através da roupa é latente, pois um espirro ou mesmo vômito aspergido sobre a roupa, obriga o profissional a

retirá-la, impossibilitando que ele continue atuando no plantão, salvo se conseguir uma segunda peça para substituir.

### 5.2.3 As unidades móveis – condições das viaturas

Além dos uniformes, as ambulâncias não apenas identificam a intervenção do SAMU na situação para a qual foi requisitado, como são fundamentais na prestação do socorro, pela rapidez e principalmente pelos equipamentos que dispõem, a fim de possibilitarem a diminuição de sequelas ou mesmo salvar a vida de quem se utiliza do serviço.

De acordo com o ADM3, o SAMU/Polo I/CE conta com frota oficial, não constando em seu numerário qualquer veículo particular. Segundo a página da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) na internet, a frota conta hoje em dia com 72 ambulâncias, sendo 22 do tipo USA e 50 tipo USB. As unidades móveis mais antigas que foram substituídas no ano de 2013, passarão a compor as viaturas de reserva.



**Figura 24:** Área interna da Unidade Móvel de Suporte Avançado – USA



**Figura 25:** Área interna da Unidade Móvel de Suporte Avançado – USA

Atualmente, quando há algum problema mecânico nas unidades móveis, de acordo com informações do ADM3, uma oficina contratada pela SESA realiza a manutenção. Relatou o ADM3: “foi feito um pregão eletrônico e atualmente temos uma oficina que nos atende há mais de um ano. O problema é que não funciona 24h e nem aos finais de semana. Por conta disso, há carros reserva”.



**Figura 26:** Unidade móvel de atendimento de urgência parada na base do Polo I/CE aguardando seu encaminhamento a oficina para reparos

Todavia, no campo, as manifestações deram conta de uma realidade que interfere significativamente nas condições de trabalho das equipes, em especial quanto à falta de manutenção nos aparelhos de ar-condicionado da frota. Eis alguns relatos:

Essa ambulância aqui tá com o ar-condicionado quebrado. Você chega pro chefe de transporte, fala com ele e ele diz: “não, rapaz! Dá pra rodar, deixa pra depois”. E é todo tempo assim. Aí eu falo: “rapaz, pois me permita levar a ambulância pra um particular que eu pago, eu tiro do meu salário e eu pago pra ajeitar o ar-condicionado”. E não permite, entendeu? Então, é isso que eu tô te dizendo: é gerenciamento. Não tem gerenciamento, não tem! O sistema que eles fazem, esse sistema de licitação pra empresa ganhar, pra dar a manutenção para as ambulâncias, isso é ruim, não pode ser assim. Tem uma frota, vamos supor, de 50 carros e não tem firma nenhuma em Fortaleza, ou seja, lá aonde for que suporte você jogar 50 carros, por quê? Porque não trabalham só com os carros do SAMU Ceará, trabalham com outros carros, é empresa normal. Ele aceita meu carro, o seu, chega um ponto que você chega lá, ele só aceita um carro por dia. Como é que tu vai ajeitar tua frota? (COND4).



**Figura 27:** Nas duas primeiras imagens, fotos de uma Unidade USB trafegando com as janelas entreabertas. Na terceira imagem, USB realizando atendimento na estrada. Problemas no aparelho de ar condicionado da viatura obrigam os integrantes a realizarem o atendimento (estabilização inicial do paciente) com as frestas das janelas traseiras entreabertas.

Outros relatos ainda deram conta de problemas com a manutenção dos veículos, especialmente com relação à dificuldade de se contar com um carro reserva:

Nós não temos o privilégio de ter um carro específico reserva ou equipamentos reserva, o que no projeto do SAMU era pra se ter. O SAMU no papel é o melhor projeto do mundo. Um exemplo assim eu conheço né, por ter visto, fotos, vídeo que é o SAMU Francês. No SAMU de lá em determinados locais tem 30 carros rodando e 30 carros na reserva. Deu defeito? Vai se fazer a programação e pegar um da reserva e ficar rodando enquanto tá consertando ou fazendo a manutenção programada. (COND2).

Existe carro com 12 horas de plantão come 2 litros de óleo e isso não é normal; carro que você roda sem freio não é normal, você pisar no freio e ele responder daqui a 200 metros, não é bom. Outra coisa: o carro é hidráulico e quando o carro quebra, facilmente já, então assim são carros que já estão a 5 anos, 5 anos, existe oficina contratada, existe, mas você vai pra essa oficina oito horas da manhã pra

botar lona de freio sai sete horas da noite, num tão nem ai, ta entendendo, aquele compromisso que nós tínhamos no o carro a manutenção não tem com a gente.(COND1)

Pelo que se pode depreender, ainda não há uma rotina adequada naquilo que se refere à manutenção dos veículos e das boas condições de trabalho das unidades móveis. Em que pesem contarem com equipamentos fundamentais para o socorro às vítimas (anexo “D”), o fato de haver problemas mecânicos podem realmente comprometer não apenas o conforto da equipe e do paciente que segue doente, mas a segurança de todos que são transportados geralmente em alta velocidade e, para as bases da RMF, utilizando rodovias mal iluminadas e frequentemente com animais nas pistas.

#### **5.2.4 Os riscos do trabalho**

Os riscos que correm os profissionais do SAMU/RMF durante a jornada de trabalho são inerentes à sua rotina. Abordar essa temática é tratar das situações que muitas vezes desencadeiam não apenas o adoecimento, mas agravam a saúde, pela inevitável exposição desses trabalhadores a situações que objetivamente os põe diante de agentes potencialmente danosos, ou mesmo fatais.

Assunção (2003, p. 1009) afirma que geralmente as ocorrências oriundas da articulação entre saúde e trabalho frequentemente se associa a uma postura passiva do trabalhador, especialmente em função das condições adversas de trabalho que encontra, e a respeito das quais se acha impotente para reagir frente a elas.

Assim é que a autora identifica como uma situação de trabalho nociva aquela na qual “(...) a organização do trabalho diminui as possibilidades do trabalhador evitar a exposição ao fator de risco (formalmente reconhecido ou não), por exemplo (...), ao negligenciar o investimento dos trabalhadores para compensar os desequilíbrios das situações” (Assunção, 2003, p.1009).

A Norma Regulamentadora Nº 09 (NR-09) permite identificar que no trabalho executado pelos componentes das unidades móveis os riscos são notadamente significativos e estão relacionados não apenas às condições, mas também à organização do trabalho.

Um exemplo que se pode citar foi o relatado por um Condutor de Veículo de Urgência que, dentre outras situações ensejadoras de risco de adoecimento e até fatais, tais como acidentes com a ambulância por excesso de velocidade, más condições das estradas, animais na pista, as grandes distâncias percorridas, enfim, há também situações de

adoecimento físico afirmando que muitos dos colegas sofrem de problemas de coluna, hérnia de disco, dentre outras enfermidades advindas da condição de trabalho deles.

Vocês estão vendo isso aqui? (abriu parte do uniforme mostrando uma cinta em volta do seu corpo). Essa cinta eu comprei com meu dinheiro. Com essa cinta eu tenho menos possibilidade de adquirir uma doença na coluna porque a gente pega muito peso e tudo a gente apoia na coluna. Então você me pergunta: você vibra a favor do seu trabalho é? Não. Isso é pra eu manter minha saúde e continuar trabalhando, mas não era pra eu comprar esse equipamento. Eles devem saber que isso aqui é necessário para nossa atividade, Mas aí fica né? COND1).

É passível, a gente às vezes, até acontece, por exemplo, você vai fazer uma manobra com um paciente, o paciente é muito pesado e às vezes a gente lesiona uma perna; a lombar da gente sofre muito, tá entendendo? Mas isso é coisa mesmo do nosso dia a dia: são coisas que a gente já tá acostumado. (COND3).

No que se refere a animais nas vias e buracos nas estradas, também não faltaram relatos:

Tem muito jumento na madrugada né? Ali no Horizonte a gente já bateu em jumento. As vias são escuras e esse é que é o perigo do nosso trabalho viu? Vias escuras as três horas da manhã! (COND5).

A gente tem situações de alguns casos que a gente tá acostumado a trabalhar: sujeito a poeira e ao calor que massacra muito. A questão de contaminação, de contato com sangue. Ó assim: todo material de UTI ele é disposto para que não haja a contaminação, mas o risco sempre tem. A gente, por mais cuidado que a gente tenha, por mais treinamento que a gente tenha para que não aconteça, o risco tá eminente toda hora. (COND3).

Borges (2005, p. 277) 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.

Outro problema apontado como muito sério no que se refere à integridade desses trabalhadores é o risco diante da violência que tem crescido nos últimos anos. São situações específicas de violências tanto por parte da população quanto por parte dos marginais, que normalmente se utilizam de artifícios para assaltarem os integrantes das equipes.

Embora tenha se buscado dados a este respeito junto à administração do SAMU/Polo I/CE, nada se obteve, salvo os relatos dos componentes das unidades móveis que expressam seus temores e as consequências reais destas experiências em suas vidas.

A gente vai chegar ali e dá a vida pelas pessoas que não vêem que também são pessoas que estão dentro do carro; seres humanos também. A gente chega na ocorrência depois de receber a ligação da central que faz toda aquela triagem pra poder coletar a ocorrência e em seguida passa pra mim. Então quanto tempo faz que aquela pessoa ta ligando, falando com a central, eu não sei! Ou eles acham que a ligação vem direto pra cá? Aí quando nós chegamos no local, muitas vezes já fui mal recebida. Uma vez de longe eu vi a pessoa esperando com um pedaço de pau na mão e aí eu disse: “não, pode voltar, dê a ré! dê a ré porque eu não vou colocar a minha vida em risco”. (TEF3).

Fomos a uma ocorrência em Itapebussu, no caminho nós fomos abordados por dois rapazes numa moto que perguntou se nós estávamos indo fazer esse atendimento, e eu disse que ‘sim’ e eles nos informaram o seguinte: “ó vocês tão indo atender uma ocorrência lá da agressão e se não me engano era uma briga de gangue onde uma pessoa foi agredida por na faixa de umas dez pessoas” e ainda disse: “rapaz se eu fosse vocês eu não ia porque a polícia ainda não chegou no local e os caras lá tão tudo furioso armado e disse que não ia deixar ninguém levar o cara não”, que era a vítima né? O agredido. Aí entramos em contato com a central, pra central entrar em contato com a polícia. Então nós ficamos esperando na faixa de uns 20 minutos. Depois o pessoal da regulação entrou em contato com a gente e disse que o pessoal da polícia tinha informado que já tinha havido óbito, que a viatura tinha chegado lá no local. Então quer dizer, isso aí é um perigo, por que? Porque vai uma equipe dessa chega no local não sabe de nada. E se aquelas duas pessoas não tivessem abordado a gente? Então a gente poderia com certeza ter sofrido algum tipo de agressão pra que não atendesse a pessoa né? Sem polícia, poderia dar meia volta porque eu e os meninos não íamos confrontar com 20 pessoas né? (ENF4).

As falas revelam aspectos não apenas das condições, mas da organização do trabalho, cujos reflexos se dão não apenas no corpo, como no relato das dores lombares, por exemplo, mas também atingem a dimensão subjetiva (psíquica) advinda dos temores, das tensões, das ansiedades e medos frente ao inesperado, como já afirmado anteriormente neste trabalho.

A forma como se organiza o trabalho, de acordo com a reflexão de Assunção (2003, p. 1015), “(...) é um fator social determinado e determinante de uma lógica social. As condições de trabalho portam as marcas de uma relação de forças e dos valores da sociedade em que são geradas (...)”. Além disso, acrescenta que as assimetrias existentes entre as categorias de trabalho que ocupam um mesmo espaço, indicadoras de desigualdades, contribuem para que não se reconheça, no ambiente laboral, as diferenças que individualizam cada trabalhador, com necessidades, anseios, cognições e características que os singulariza, como é natural.

### **5.2.5 Avaliação do trabalho**

O atendimento realizado pelo SAMU/RMF se circunscreve à região metropolitana de Fortaleza e segue, como já visto, as orientações da Central de Regulação do Polo I/Ce.

Todavia, para que os atendimentos se dêem de modo uniforme, a CR faz uso de protocolos e código reconhecidos, inclusive, internacionalmente. No início do atendimento, logo que acionado pela Central de Regulação, a equipe preenche o formulário de atendimento (anexos “E” e “F”) onde informa todos os dados da ocorrência e em especial o horário no qual a unidade foi acionada e saiu da base (código C06), horário de chegada no local (C21), horário de deslocamento do local do atendimento/ocorrência até o hospital (C29), horário de chegada no hospital (C22), horário no qual a unidade móvel saiu do hospital para a base (C23).

Uma observação interessante de se fazer é a de que entre C21 e C29 é registrado o tempo no qual a unidade permanece no local do evento realizando as intervenções necessárias ao socorro à vítima. As equipes, segundo a administração, são avaliadas pelo intervalo compreendido entre C06 e C22, embora não se tenha conseguido acesso a nenhum tipo de documento que comprovasse esse procedimento.

De acordo com o que foi coletado no campo de pesquisa, ainda não conta, o SAMU/RMF com um procedimento de avaliação dos componentes das equipes de trabalho:

Alguns profissionais, principalmente os enfermeiros e os técnicos eles tem uma certa avaliação e que a meu ver ainda é muito falha, porque precisaria ser mais completa dos porquês, e não simplesmente estatística. Por exemplo: lá no outro serviço onde eu trabalho tem uma ficha de avaliação que o meu coordenador me avalia e é o meu chefe imediato. Mas como é que eu sou médico interventor e ele me avalia, se ele faz anos que não faz uma ocorrência? E detalhe: faz anos que não faz ocorrência, ele, ele, e como é que ele vai me avaliar se ele não está comigo na ocorrência? Ele vai me dá nota máxima sempre. E ele não sabe como é que eu me comporto? Como é que ele vai me avaliar? O critério é pelo tempo resposta. Ah, a equipe chegou em 10 minutos, eu cheguei em 10 minutos, mas será que eu fiz o que é correto? Será que o nosso procedimento seguiu os protocolos? Então isso beneficia o paciente. Se eu pegar um paciente instável de pélvica eu devo ir numa velocidade, porque senão ele vai sangrar e vai morrer. Eu digo: “pessoal corre ai” e o motorista passa no quebra mola, lombada e cada batida daquela é uma possibilidade a mais para agravar...”mas o tempo tá bonito, ô rapaz, vocês chegaram em dez minutos, que maravilha!” e o cara morreu, de sangrar. Então é falho isso daí, precisa melhorar essa parte ai. (MED1).

Outra questão levantada principalmente pelos condutores no decorrer da pesquisa, foi o fato de terem que pagar multa por excesso de velocidade se ultrapassarem além do limite permitido na via em lombadas eletrônicas ou radares móveis: “Veja bem quem tá na UTI Aracati se pegar uma ocorrência grave em Aracati pra trazer o IJF Fortaleza, são 22 foto sensores. Ele vai perder 22 minutos diminuindo em cada foto sensor, da velocidade normal que é 80 para 60, entendeu?” (COND5).

Além dessa questão da possibilidade de arcar com as multas por excesso de velocidade, fazendo com que toda a equipe tenha seu tempo-resposta comprometido, não

há um sistema implantado de avaliação de desempenho individual no qual cada profissional tenha um *feedback* da sua atuação para o sucesso ou não do atendimento e para o desempenho do grupo. Inclusive um dos relatos foi bastante claro acerca desta questão:

Inclusive na Portaria 2048 do Ministério da Saúde, a Portaria 2048 diz o seguinte, que faz parte do nosso atendimento, quando a gente terminar um atendimento, a equipe deveria sentar junto com outro profissional, psicólogo, seja lá quem for, para discutir um pouco o atendimento, porque as vezes a gente pode até pensar de algum modo, puxa vida, será que foi alguma coisa errada que eu fiz, que ocasionou o dissídio desse paciente será que eu, uma vez eu peguei um paciente traumatizado, idoso, grave, eu estudei foi muito trauma no idoso que eu fiquei com sentimento de culpa, um idoso porque ele tinha um pneumomordose ele era um senhor de idade, ele teve uma obstrução e eu fiquei na dúvida se eu incubava ou não no momento ou se eu fazia uma ventilação, a gente fez uma ventilação, a gente tratou chegamos no hospital continuamos o tratamento, assim que nós chegamos no hospital não realmente eu vou entubar, aí eu fui entubar o cara vomitou ou seja eu fiquei, meu Deus será que algum procedimento meu ocasionou algum trauma nesse paciente rapaz, aí eu fui estudar rapaz, ver, analisar o caso friamente, não Gilson o caso aqui é o seguinte, ele tinha tanta doença grave, do trauma que ele iria morrer, e existem procedimentos com complicações, no estágio que a gente tem isso aí é relatado, então não foi nenhum procedimento da equipe que fez o cara morrer, é tipo aplicar uma medicação em você, você tem uma relação alérgica, como é que eu vou saber, que você é alérgico a uma medicação se você tá inconsciente no meio da rua e eu não sei, não tem uma plaquinha sou alérgico a dipirona, sou alérgico a isso como é que eu vou saber, então eu tava dizendo que as vezes a gente também, faz parte do psicológico a Portaria Ministerial diz isso que nas ocorrências, principalmente nas ocorrências mais graves a gente tenha alguém pra gente poder desabafar, discutir, analisar porque senão fica ele, eu, será que a gente fez alguma coisa que conseguiu agravar o paciente. (MED5).

O que se percebeu é que os profissionais sentem falta de serem avaliados, mas querem ser avaliados de modo justo, considerando-se todos os problemas que possuem em termos da condição e da organização do trabalho.

### **5.2.6 A motivação para o trabalho**

Em todo o decorrer da pesquisa de campo percebeu-se haver uma enorme necessidade das pessoas em falarem do seu trabalho, das ocorrências que atendem, das histórias de vida e de morte que testemunham, das dores muitas vezes caladas e outras compartilhadas.

Foram unânimes as falas que revelaram apego ao trabalho que realizam e que o dinheiro que recebem não compensa o prazer que sentem em poder ajudar alguém. Preferem trabalhar no SAMU/RMF a trabalhar no intra-hospitalar. Afirmaram que nem um e nem outro possuem rotina, mas que no SAMU a dinâmica é mais intensa, possibilitando-lhes maior riqueza em termos pessoais e profissionais. Alguns relatos falam desse apego ao

trabalho, mesmo que se sintam desvalorizados ou mal compreendidos, seja pela administração, seja pela população:

Minha família sabe. Sabe que depois deles eu sou apaixonado por isso aqui: é o meu segundo pulmão, o SAMU, tá entendendo? Então assim, eles entendem. É vocação, amor e assim, a gente faz com gosto. (COND3).

Hoje o SAMU é visto de uma forma ruim por causa do outro SAMU (Fortaleza). Por uma falta de condição o SAMU do de lá, é visto como aquele que sempre chega atrasado, que só chega depois que morre, coisas assim. Quando nós chegamos no local, principalmente ocorrência por arma de fogo, arma branca, faca ou então por agressão física, nesses cantos a gente sempre encontra uma grande quantidade de pessoas que já estão eufóricas pela condição e também pela, não posso nem chamar de ignorância, leigos não sei. Culturalmente eles acreditam que ambulância tem que resolver o problema. (ENF3).

Outras questões colocadas se referiram à elevada demanda de trabalho, ao excesso de calor principalmente por problemas nos aparelhos de ar condicionado das viaturas e as dificuldades com relação à população que ainda não entendem o papel do SAMU/RMF e, não raro, ao invés de acionarem o serviço pelo telefone via número 192, vão diretamente a base e constroem a equipe a realizarem determinado atendimento.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo geral investigar as condições e organização do trabalho dos profissionais integrantes das unidades móveis do SAMU da Região Metropolitana de Fortaleza (SAMU/RMF). De acordo com os diversos aspectos explanados ao longo desta pesquisa, percebeu-se que o trabalhador “samuzeiro”, manifestamente, experimenta um processo de precariedade do trabalho, que o leva a vivenciar a debilidade de sua realidade laboral.

O processo a que estão submetidos esses profissionais pode ocorrer por conta das dificuldades estruturais relacionadas às categorias aqui focadas, da condição e também organização do trabalho, que não deixam de ser indicadoras de um estado de precariedade, resultando em instabilidade na atividade desses trabalhadores.

As questões discutidas ao longo desta pesquisa procuraram pensar as condições e a organização do trabalho e suas configurações, buscando-se perceber, através dos discursos coletados na pesquisa de campo, as repercussões dessas categorias na vida dos profissionais do SAMU/RMF, notadamente suas relações com as políticas públicas de saúde para os trabalhadores dessa área.

Divisou-se, na sucessão dos diálogos empreendidos com esses trabalhadores, que não existem ações eficazes e voltadas para a prevenção e o cuidado de adoecimentos e agravos à saúde a partir das iniciativas gerenciais e governamentais. Caso adoeçam, se não puderem contar com assistência privada, recorrem ao Estado através do Instituto de Saúde dos Servidores do Estado do Ceará (ISSEC) que, de acordo com um dos relatos de determinado (a) técnico (a) de enfermagem com quem se conversou em campo, há dificuldades para marcação de consultas, realização de exames e se houver necessidade de uma cirurgia, os valores despendidos com o trabalho do anestesista será realizado pelo próprio paciente.

As queixas ou problemas que ocorrem no momento de um atendimento, como por exemplo, sintomas de pânico, choro, angústia ou mesmo identificação com as situações postas diante desses profissionais e que chegam à administração, seja através do próprio trabalhador ou de algum membro da equipe na qual ele laborou, não são acolhidas como manifestações de fragilidade da saúde, mas sim como falta de treinamento ou mesmo de não adaptação ao posto de trabalho. Tais situações resultam, no primeiro caso, que o

trabalhador seja conduzido ao NEU, a fim de ser “retreinado” e, no segundo, que seja afastado da sua atividade, assumindo muitas vezes outra função na estrutura do SAMU ou de outro órgão do estado.

Não se conseguiu obter, junto à administração do SAMU/Polo I/CE, se há emissões de CAT ou mesmo notificações no SINAN que se refiram aos agravos à saúde ou situações de adoecimento decorrentes do trabalho dos integrantes do SAMU/RMF. Percebeu-se também que, em alguns casos, os trabalhadores não falam dos sintomas que carregam por temerem perder o emprego, já que boa parte mantém vínculos de trabalho precário com o SAMU: contratos terceirizados e sobrecarga de jornada, por possuírem mais de um emprego, normalmente na área da saúde também, exigindo-lhes turnos ininterruptos de 12h ou 24h, no mínimo, quando não ocorre de um plantão vir seguido de outro.

Essa não é uma situação incomum, tanto que uma das falas indica justamente a superposição de plantões, o que pode levar, dentre outros adoecimentos, a uma saturação da capacidade da pessoa de lidar com a rotina laboral ou até mesmo ao desenvolvimento da “Síndrome de Burnout”.

No que tange à precariedade do vínculo de trabalho, causador de uma forte insegurança em relação à atividade remunerada que possui o profissional, é capaz de gerar uma realidade que não apenas causa apreensão com relação à manutenção de si e de sua família, como também reflete angústia e medo de exclusão do mercado de trabalho.

A respeito da sobrecarga de plantões, há relatos que indicam que não é incomum aos profissionais prestarem trabalhos em carga horária contínua, emendando a jornada, extrapolando, inclusive, o que a legislação preceitua a esse respeito: percebe-se a exacerbação de atividades, encarada como “normal” pelos profissionais do SAMU/RMF, não apenas por conta da necessidade de receber uma melhor remuneração ao final de cada mês, mas por acreditarem que contribuem com o serviço, pela carência de quadros.

Iniciativas como as de assumir ininterruptamente dois plantões geram problemas no âmbito familiar, e esse aspecto também não deixou de ser deduzido durante a pesquisa, indicando que afeta a convivência familiar, especialmente a relação marital e com os filhos.

Outra situação recorrente é a identificação do profissional com as cenas para as quais são acionados, ou a condição do paciente, ou situações vivenciadas pelos familiares das vítimas atendidas. Um exemplo foi uma ocorrência relatada por um (a) médico (a): “perdi um pai no dia dos pais. Não era meu pai, mas a lesão foi grave: caiu do primeiro

andar. A gente tentou de tudo, mas não funcionou e isso me deixou um pouco... um pouco não, muito frustrado [...]”. (MED2). Esse tipo de abalo precisa ser considerado no cuidado com o cuidador.

Para sanar essas frustrações, resta ao profissional conversar com os colegas, compartilhar com familiares ou não mais pensar nelas. Foi o caso de um (a) médico (a), quando relatou, durante a pesquisa, que precisou atestar a morte de dois adolescentes e que afirmou ter ido fazer o que era preciso, para em seguida dar as costas e sair do local, para não ver choro, não sentir nada

Há também vivências experimentadas pelos trabalhadores do SAMU/RMF nas quais a ligação com o paciente resulta em uma interação que, mesmo minimamente estabelecida, marca o profissional de modo profundo, muitas vezes com consequências de forte impacto em seu equilíbrio, levando-o a se envolver pessoalmente com a situação, como foi o caso de um dos entrevistados que chegou a oferecer a própria casa para a família de uma criança que foi socorrida no interior se hospedar, pois não suportava ver aquela situação.

Diante de tantos relatos, da observação realizada em campo, das conversas empreendidas em caráter coletivo com os grupos das Unidades Móveis USA e USB, percebeu-se que o trabalho não é um simples prolongamento da rotina do indivíduo em seu cotidiano. Particularmente, para o trabalhador da saúde, e em especial para o trabalhador do SAMU/RMF, implica na interação entre paciente e cuidador, revelando uma relação interindividual.

O trabalho em saúde não é apenas um processo técnico, desprovido do caráter humanizante dos envolvidos na relação; não se satisfaz pelo encaminhamento do paciente à instituição hospitalar, para dali esquecer o que ocorreu ou supostamente inaugurar o desinteresse do “samuzeiro” pelo paciente atendido. É preciso considerar que se trata de uma questão complexa cujas condições geradoras de adoecimento através da prática profissional são uma realidade.

Independente dos aspectos que visam uma tecnologização da relação estabelecida entre paciente e cuidador, incluindo-se aí o conceito de “invisibilidade pública” trabalhado nesta dissertação, não se pode ignorar a dimensão da subjetividade do trabalhador que, indiscutivelmente, sofre diante das condições e organização do trabalho sob o qual está submetido e impotente.

O distanciamento ou a tentativa de afastar-se da situação surge como elemento de defesa, com o intuito de lidar com experiências dolorosas de outro modo, esquivando-se do sofrimento que possam ensejar.

Na verdade, constatou-se que a precariedade leva a um comprometimento de toda a Rede de Atenção às Urgências (RAU), debilitando todos aqueles que a compõem e favorecendo práticas que exigem continuamente do trabalhador respostas adequadas a situações complexas que não são enfrentadas com parâmetros de realidade. Tudo isso acaba por fragilizar esses profissionais, levando-os ao adoecimento.

Diante dessa realidade, os desafios são diversos, pois toda a estrutura sofre com sua debilidade, que inclui a insuficiência de pessoal para compor as equipes das unidades móveis; a imensa área geográfica, que é coberta por poucas unidades móveis que precisam, diante disso, percorrer longas distâncias, expondo as equipes a diversos riscos; o baixo investimento em estratégias voltadas para melhorar a qualidade de vida no trabalho e a prevenção ao adoecimento ou agravo à saúde; a dificuldade das coordenações ou chefias em darem retornos avaliativos acerca das atividades desempenhadas pelos integrantes das equipes e o uso do critério “tempo-resposta”, que não reflete a realidade dos serviços realizados pelos “samuzeiros”.

Além disso, há que se anotar ainda a dificuldade de interação entre os componentes das equipes das unidades móveis tipo USA e USB, assim como entre estes e os profissionais da Central de Regulação; a necessidade de melhorar o modo como se realizam os processos de seleção para os postos que devem ser assumidos nas unidades móveis; a falta de equipamentos fundamentais para que o serviço seja prestado com maior segurança e os recursos sejam otimizados, melhorando o atendimento à população; e, por fim, a fragilidade de boa parte dos vínculos empregatícios, o que compromete não apenas a segurança do trabalhador em seu emprego, mas fere a legislação que proíbe esse tipo de prática.

Apesar disso, o SAMU/RMF realiza um importante e essencial trabalho que, atualmente, não pode ser dispensado e que, mesmo apresentando dificuldades quanto à organização e condição do trabalho (o que o leva à sua precarização), é atualmente fundamental no tocante à diminuição do número de óbitos e na missão de minimizar os impactos resultantes das ocorrências (pedidos de socorro), que provocam a intervenção do serviço.

Enquanto estratégia ou ferramenta de política pública de saúde é imprescindível sua existência, mas também importantíssima a sensibilização do governo, no que concerne a dedicar maiores investimentos ao Serviço Móvel de Atendimento de Urgência, com especial atenção aos trabalhadores que o compõem.

Por último, algo de inquietante deve ser registrado: percebeu-se que os profissionais do SAMU/RMF carecem de um espaço para falarem de si, de suas histórias, atendimentos e de suas condições de trabalho. É importante que os gestores se convençam de buscar conhecer melhor as características e necessidades desses profissionais, sobretudo elaborando programas e ações que possam considerar as longas jornadas, a remuneração insatisfatória, as unidades móveis sem manutenção periódica (e que lhes causam profundo desconforto, assim como ao paciente, associado a diversos riscos) e, principalmente, a oferta de programas de prevenção ao adoecimento físico e psíquico desses trabalhadores que, desgastados pelas dificuldades em operacionalizar a rotina, ainda carregam angústias em relação à dor alheia, por não saberem do resultado de suas intervenções. Tal situação, inclusive, também ocasiona, neles, uma dor.

Ciente de que diversas questões ficaram em aberto nesta dissertação, carecendo de maior aprofundamento nas temáticas e até a necessidade de realização de novas pesquisas, é importante comentar que a preocupação nuclear se deu em torno de tentar contribuir com o debate acerca das políticas públicas que envolvem as condições e a organização de trabalho do profissional componente das unidades móveis do SAMU/RMF.

Sem dúvida, é possível constatar que são necessárias novas investigações a respeito dessa temática. Investigações, análises e pesquisas que aprofundem a inter-relação trabalho-adoecimento a partir da organização e das condições da atividade, com uma perspectiva de futuro e com o intuito de contribuir para a formulação de políticas públicas da saúde que se voltem para as questões dispostas na presente discussão, reconhecendo e enfrentando as consequências de negarem a realidade em que vivem os trabalhadores do SAMU/RMF, especialmente quando tais vivências podem desencadear um esgotamento emocional, levando ao comprometimento não apenas da capacidade de labor do trabalhador, mas da sua própria forma de estar no mundo.

## BIBLIOGRAFIA

ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa; CABRAL, Maria do Socorro Reis. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. São Paulo: **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 1, p.3-10, Jan/Mar. 2003.

ANTUNES, Ricardo. **O caracol e sua concha**. Ensaio sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005.

AQUINO, Cássio Adriano Braz de. Uma hipótese sobre o impacto das condições de trabalho na saúde mental do trabalhador no ramo hoteleiro. In: SAMPAIO, J. C.; RUIZ, E. M.; BORSOI, I. C. F. (Orgs.) Trabalho, saúde e subjetividade da coleção. **Caderno de Saúde Coletiva no Ceará nº 01**, Fortaleza: INESP/EDUECE, 1999.

ASSUNÇÃO, A.A. **A contribuição da ergonomia para a identificação, redução e eliminação da nocividade do trabalho**. In. R. Mendes (org). 2ª.ed. Revisada e Ampliada. Ed.Atheneu, São Paulo, 2003.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. In: Minayo, Gomes (org.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2011.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, Elizabeth; BASTOS, Solange; ZANDONAI, Ana P.; VIEIRA, Ludmilla F. D.; BERGAMIN, Margareth P.; SCARABELLI, Rodrigo dos S. A experiência do programa de formação em saúde e trabalho em um hospital público com serviço de urgência. In: BARROS, Maria E. B.; SANTOS-FILHO, Serafim B. **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí, Rio Grande do Sul: Unijuí, 2007.

BARROS, Maria E. B.; MORI, Maria E.; BASTOS, Solange de S. O desafio da Política Nacional de Humanização nos processos de trabalho: o instrumento "programa de formação em saúde e trabalho. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14 (1) : 31-48, 2006 – 31.

BARROS, Maria E. B.; SANTOS-FILHO, Serafim B. **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí, Rio Grande do Sul: Unijuí, 2007.

BARROS, Regina B.; BARROS, Maria E. B. Da dor ao prazer no trabalho. In: BARROS, Maria E. B.; SANTOS-FILHO, Serafim B. **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí, Rio Grande do Sul: Unijuí, 2007.

BEAUD, Stéphane; WEBER, Florence. **Guia pra a pesquisa de campo**. Produzir e analisar dados etnográficos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

BECKER, Howard S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

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

BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 2001.

\_\_\_\_\_. ABC de Bourdieu. **CULT – Revista Brasileira de Cultura**. São Paulo: Bregantini, n. 166, ano 15, mar. 2012. Disponível em: <<http://revistacult.uol.com.br/home/2013/01/abc-de-bourdieu/>>. Acesso em 30 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

\_\_\_\_\_. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Papyrus, 1996.

\_\_\_\_\_. Uma ciência que perturba. Entrevista de Pierre Thuillier (La Recherche) com Pierre Bourdieu. **La Recherche**, n. 112, 1980. Disponível em: <[http://www.janduarte.com.br/textos/ciencia\\_perturba.pdf](http://www.janduarte.com.br/textos/ciencia_perturba.pdf)>. Acesso em 04 maio de 2012. Acesso em 21 de mai 2012.

BRASIL. Decreto Federal nº 5.055, de 27 de abril de 2004. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em Municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 28 de abril de 2004. Brasília: 2004. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5055.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5055.htm)>. Acesso em 21 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Decreto Federal nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Lei Elói Chaves. Determina a criação da Caixa de Aposentadoria e Pensões para empregados de empresas ferroviárias brasileiras. **Diário Oficial da União**, 28 de janeiro de 1923. Brasília: 1923.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar nº 14, de 8 de junho de 1973. Estabelece as regiões metropolitanas de São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador, Curitiba, Belém e Fortaleza. **Diário Oficial da União**, 16 de junho de 1973. Brasília; 1973. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LCP/Lcp14.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp14.htm)>. Acesso em 15 out. 2012.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 de setembro de 1990. Brasília: 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em 21 out. 2012.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 31 de dezembro de 1990. Brasília: 1990. Disponível em: <[http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/lei\\_federal\\_8142\\_28\\_12\\_1990.pdf](http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/lei_federal_8142_28_12_1990.pdf)>. Acesso em 13 set. 2012.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.212, DE 24 de julho de 1991. Lei Orgânica da Seguridade Social - LOAS; Lei do Custeio da Previdência Social. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 25 de julho de 1991. Brasília: 1991. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8212cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8212cons.htm)>. Acesso em 13 set. 2012.

\_\_\_\_\_. **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde 2012-2013, n. 03/CE – COAP**. Estado do Ceará, Região de Saúde Maracanaú. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/coap\\_maracanau.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/coap_maracanau.pdf)>. Acesso em 23 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. **Glossário do Ministério da Saúde**: projeto de terminologia em saúde. 1. ed. 2. Reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Lista de doenças relacionadas ao trabalho**: portaria n.º1.339/GM, de 18 de novembro de 1999. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. **Manual de gestão e gerenciamento**. Brasília: RENAST, 2006. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ManualRenast06.pdf>>. Acesso em 05 out. 2012.

\_\_\_\_\_. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana da Saúde – MS/OPAS. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Série A, Normas e Manuais técnicos n. 114. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Saúde e Trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Humanização. **Caderno HumanizaSUS**, v. 2, Série B, Brasília, DF, 2010. Textos básicos de saúde.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002. Regulamenta o atendimento das urgências e emergências. **Diário Oficial da União**, 5 de novembro de 2002. Brasília: 2002. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/urgencia-e-emergencia/portaria\\_2048\\_B.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/urgencia-e-emergencia/portaria_2048_B.pdf)>. Acesso em 23 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, 21 de maio de 2012. Brasília: 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010\\_21\\_05\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html)>. Acesso em 13 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 1.097, de 22 de maio de 2006, Define a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde. **Diário Oficial da União**, 22 de maio de 2006. Brasília: 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1097.htm>>. Acesso em 01 de out. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 7 de julho de 2011. Brasília: 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso em 8 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 1.752, de 28 de julho de 2011. Destina recursos financeiros para aquisição de mobiliário e equipamentos de tecnologia da Informática e Rede ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) Regional Pólo I - Eusébio (CE). **Diário Oficial da União**, de 28 de julho de 2011. Brasília: 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1752\\_28\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1752_28_07_2011.html)>. Acesso em 11 de nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 1.828, de 02 de setembro de 2004. Institui o incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional. **Diário Oficial da União**, 02 de setembro de 2004. Brasília: 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1828.htm>>. Acesso em 13 de nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências a ser implantada em todas as unidades federadas, garantindo a universalidade, integralidade e equidade no atendimento às urgências de todas as naturezas. **Diário Oficial da União**, 29 de setembro de 2003. Brasília: 2003. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1863.htm>>. Acesso em 2 set. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. **Diário Oficial da União**, 29 de setembro de 2003. Brasília: 2003. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1864.htm>>. Acesso em 10 de out. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 1.927, de 15 de setembro de 2004. Estabelece o incentivo financeiro aos estados e municípios, com Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, qualificados pelo Ministério da Saúde, para a adequação de áreas físicas das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional. **Diário Oficial da União**, 15 de setembro de 2004. Brasília: 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1927.htm>>. Acesso em 03 de out. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 1.929, de 15 de setembro de 2004. Exclui do Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade dos estados e municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal os recursos destinados ao custeio dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192. **Diário Oficial da União**, 15 de setembro de 2004. Brasília: 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1929.htm>>. Acesso em 05 de set. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 1339, de 18 de novembro de 1999. Institui a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 18 de novembro de 1999. Brasília: 1999. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1339.html>>. Acesso em 12 de ago. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 2.257, de 2 de outubro de 2012. Redefine o limite financeiro anual dos recursos destinados ao incentivo de custeio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), da Central de Regulação Médica das Urgências, Pólo I de Eusébio

(CE) e habilita a SES (CE) a receber Unidades de Suporte Básico e Avançado. **Diário Oficial da União**, 2 de outubro de 2012. Brasília: 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2257\\_02\\_10\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2257_02_10_2012.html)>. Acesso em 10 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS Nº 2.420 de 09 de novembro de 2004 Constitui o Grupo Técnico - GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde - SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita. **Diário Oficial da União**, 09 de novembro de 2004. Brasília: 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2420\\_09\\_11\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2420_09_11_2004.html)>. Acesso em 5 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 2.502, de 1º de novembro de 2012. Redefine o limite financeiro mensal dos recursos destinados ao incentivo de custeio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), da Central de Regulação das Urgências, Regional de Fortaleza (CE). **Diário Oficial da União**, 1º de novembro de 2012. Brasília: 2012. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/116005-2502.html>>. Acesso em 3 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU. **Diário Oficial da União**, 16 de dezembro de 2004. Brasília: 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/Gm/GM-2657.htm>>. Acesso em 12 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 2.923, de 9 de junho de 1998. Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**, 9 de junho de 1998. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2923.htm>>. Acesso em 3 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 2.971, de 8 de dezembro de 2008. Institui o veículo motocicleta (motolância) como integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda a Rede SAMU 192 e define critérios técnicos para sua utilização. **Diário Oficial da União**, 8 de dezembro de 2008. Brasília: 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-2971.htm>>. Acesso em 21 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 2072, de 30 de outubro de 2003. Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, 30 de outubro de 2003. Brasília: 2003. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-2072.htm>>. Acesso em 23 set. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 210 de 15 de junho de 2004. Define Unidades de Assistência a Saúde. **Diário Oficial da União**, 15 de junho de 2004. Brasília: 2004. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/cardiologia/portaria\\_0210.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/cardiologia/portaria_0210.pdf)>. Acesso em 18 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, 16 de dezembro de 2004. Brasília: 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em 21 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 31 de dezembro de 2010. Brasília: 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em 2 set. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**, 16 de maio de 2001. Brasília: 2001. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt\\_737\\_pr\\_2012.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt_737_pr_2012.pdf)>. Acesso em 21 set. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 814, de 01 de junho de 2001. Estabelece o conceito geral, os princípios e as diretrizes da Regulação Médica das Urgências. **Diário Oficial da União**, 01 de junho de 2001. Brasília: 2001. Disponível em: <[http://www.samu.fortaleza.ce.gov.br/legislacao/Portaria\\_GM\\_814.pdf](http://www.samu.fortaleza.ce.gov.br/legislacao/Portaria_GM_814.pdf)>. Acesso em 23 ago. 2012

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 881, de 19 de junho de 2001. Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH. **Diário Oficial da União**, 19 de junho de 2001. Brasília: 2001. Disponível em: <[sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/GM\\_P881\\_01informes.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/GM_P881_01informes.doc)>. Acesso em 23 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**, 26 de janeiro de 2001. Brasília: 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html)>. Acesso em 23 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS/SAS nº 202, de 19 de junho de 2001. Estabelece e define diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 19 de junho de 2001. Brasília: 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/PT-202.htm>>. Acesso em 05 de set. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS/SAS nº 804, de 28 de novembro de 2011. Estabelece a necessidade de identificar no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) as Centrais de Regulação Médica das Urgências e as equipes de atendimento das unidades de suporte básico, suporte avançado, atendimento aéreo, ambulância, motolância e veículo de intervenção rápida. **Diário Oficial da União**, 28 de novembro de 2011. Brasília: 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0804\\_28\\_11\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0804_28_11_2011.html)>. Acesso em 12 de out. 2012.

\_\_\_\_\_. **Relatório de Gestão do Exercício de 2011**. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SAS\\_Relatorio\\_de\\_Gestao\\_2011.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SAS_Relatorio_de_Gestao_2011.pdf)>. Acesso em 5 set. 2012.

\_\_\_\_\_. Resolução MS/CNS nº 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 10 de outubro de 1996. Brasília: 1996. Disponível em:

<[http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/sites/default/files/documentos/Res%20196\\_96.pdf](http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/sites/default/files/documentos/Res%20196_96.pdf)>. Acesso em 10 de nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de Regulação Médica das Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Série A, Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao\\_medica\\_urgencias.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf)>. Acesso em 10 de mai. 2012.

\_\_\_\_\_. **Secretaria de Atenção às Urgências**. 3.ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Portaria no 12, de 06 de junho de 1983. Normas Regulamentadora 09. Dispõe acerca do PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS. **Diário Oficial da União**, 06 de junho de 1983. Brasília: 1983. Disponível em: <[http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BEF1CA0393B27/nr\\_09\\_at.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BEF1CA0393B27/nr_09_at.pdf)>. Acesso em 18 dez. 2012.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In. MOTTA, Ana Elizabete (org.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

CASTRO, Roberto. **Teoría social y salud**. 1.ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2011.

CEARÁ. Decreto nº 27.574 de 30 de setembro de 2004. Dispõe sobre a competência, estrutura organizacional e distribuição dos cargos de direção e assessoramento superior da Secretaria da Saúde (SESA), aprova seu regulamento e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Ceará**, de 04 de outubro de 2004. Fortaleza, 2004. Disponível em: <[imagens.seplag.ce.gov.br/PDF/20041004/do20041004p01.pdf#page=1](http://imagens.seplag.ce.gov.br/PDF/20041004/do20041004p01.pdf#page=1)>. Acesso em 13 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar Estadual do Ceará nº 78, de 26 de junho de 2009. Dispõe sobre a criação da Região Metropolitana do Cariri, cria o Conselho de Desenvolvimento e Integração e o Fundo de Desenvolvimento e Integração da Região Metropolitana do Cariri - FDMC, altera a composição de microrregiões do Estado do Ceará e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Ceará**, de 26 de junho de 2009. Fortaleza, 2009. Disponível em: <<http://www.al.ce.gov.br/legislativo/tramit2009/lc78.htm>>. Acesso em 15 out. 2012.

CELEGUIM, Cristiane R. J.; ROESLER, Heloísa M. K. N. A Invisibilidade social no âmbito do Trabalho. **Interação** - Revista Científica da Faculdade das Américas, Ano III, n. 1, 1º sem., 2009.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril**. Cortiços e epidemias na corte imperial. 4. reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 6-12 de setembro 1978, Alma-Ata, USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de

Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1451, de 10 de março de 1995. Estabelece a estruturação de Prontos Socorros Públicos e Privados e conceitua atendimento a situações de urgência-emergência. **Diário Oficial da União**, 17 de março de 1995. Brasília: 1995. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451\\_1995.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm)>. Acesso em 18 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Resolução CFM nº 1.529 de 28 de agosto de 1998. Aprova a Normatização da Atividade Médica na Área da Urgência-Emergência na sua Fase Pré-Hospitalar. **Diário Oficial da União**, 28 de agosto de 1998. Brasília: 1998. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/geral/orgaos\\_vinculados/samu/RESOLU%C3%87%C3%83O%20CFM%20N%C2%BA%201.529-98.htm](http://www.saude.sc.gov.br/geral/orgaos_vinculados/samu/RESOLU%C3%87%C3%83O%20CFM%20N%C2%BA%201.529-98.htm)>. Acesso em 18 dez. 2012.

CORDOBA, Elisabete. **SAMU**: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. São Paulo: Rideel, 2011.

COSTA, Sandra M. B. Trabalho como Direito Humano Fundamental: Aspectos jurídicos e econômicos. **Revista de Direito do Trabalho**. São Paulo v. 125, p. 213-235, Jan./Mar., 2007.

COSTA, Fernando B. da. **Moisés e Nilce**: retratos biográficos de dois garis. Um estudo de psicologia social a partir de observação participante e entrevistas. São Paulo, 2008. 403f. Tese (Doutorado em Psicologia Social e do trabalho). Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, 2008.

CUNHA, Vanda A. da; SANTOS, Levi A. N. dos. Sociedade do Conhecimento, Políticas Públicas de informação e as Bibliotecas Públicas Municipais de Salvador. In: ENCONTRO NACIONAL DA CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 2004, Salvador. **Anais eletrônicos...** Salvador: UFBA, 2004. Disponível em: <[http://www.cinform.ufba.br/v\\_anais/artigos/vandacunha.html](http://www.cinform.ufba.br/v_anais/artigos/vandacunha.html)>. Acesso em: 18 nov. 2012.

DAGNINO, Evelina. Confluência Perversa, Deslocamentos de Sentido, Crise Discursiva. In: GRIMSON, Alejandro. **La cultura en las crisis latinoamericanas**. Buenos Aires: Clacso, 2004.

DEJOURS, Christophe. A avaliação do trabalho submetida à prova do real. In: Laerte Idal Sznelwar, Fausto Leopoldo Mascia (Orgs.). **Cadernos de TTO**. São Paulo: Blucher, v. 2, 2008.

\_\_\_\_\_. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

\_\_\_\_\_. **A Loucura do Trabalho** – Estudo de Psicopatologia do Trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

\_\_\_\_\_. **O fator humano**. Rio de Janeiro: FGV, 1997.

\_\_\_\_\_. **O Fator Humano**. 5. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2011.

DESLANDES, Suely. **Frágeis deuses**: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

DOLOR, A. L. T. **Atendimento pré-hospitalar**: histórico da inserção do enfermeiro e os desafios ético-legais. 2008. 118 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

DRUCK, Graça. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? **Caderno CRH**. Salvador, v.24, n.esp. 01, p. 37-87, 2011.

FONTOURA, Helena Amaral da. A etnografia na saúde: tecendo perspectivas interdisciplinares. **SOCERJ**. Rio de Janeiro, 20 (4). 309-312. Julho/agosto, 2007.

FORRESTER, Viviane. **O Horror Econômico**. São Paulo: Unesp, 1997.

FORTALEZA. Lei Municipal nº 8.901 DE 07 DE DEZEMBRO DE 2004. Autoriza a criação do sistema de transportes para pacientes que necessitam fazer hemodiálise, quimioterapia e radioterapia. **Diário Oficial do Município**, em 14 de dezembro de 2004. Fortaleza: 2004. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451\\_1995.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm)>. Acesso em 23 nov. 2012.

GADAMER, Hans-George. **O caráter oculto da saúde**. Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, 2006.

GARCIA, Adriana Mandelli. **Atendimento Pré-Hospitalar (APH)**. In: portal da enfermagem. Disponível em: <[http://www.portaldafenfermagem.com.br/entrevistas\\_read.asp?id=77](http://www.portaldafenfermagem.com.br/entrevistas_read.asp?id=77), 2012>. Acesso em 26 out. 2012.

HAAS, Francisco. Política social como política pública. **Revista da Escola Superior Dom Hélder Câmara – Veredas do Direito**. Vol. 1. Nº 3 – jan a dez 2004. Disponível em: <<http://www.domtotal.com/direito/pagina/detalhe/23688/politica-social-como-politica-publica>>. Acesso em 13 nov. 2012.

HENNINGTON, Elida Azevedo. Entre o criativo e o precário: reflexões sobre constrangimentos e possibilidades do trabalhador da saúde em tempos líquidos. In: Gomez, CM; Machado, JMH; Pena, PGL. (Org.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

HÖFLING, Eloisa de Matos. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos CEDES**. Campinas, ano XXI, nº55, novembro de 2001.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**: características da população e dos domicílios – resultados do universo. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_da\\_populacao/resultados\\_do\\_universo.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf)>. Acesso em 1 nov. 2012.

LERVOLINO, Solange Abrocesi; PELICIONI, Maria Cecilia Focesi. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **REV Esc Enf USP**, V.35, nº02, p.115-21, junho de 2001.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Revista Saúde e Sociedade**. 6(2):31-46, 1997.

KOFES, Suely. Experiências sociais, interpretações individuais: histórias de vida, suas possibilidades e limites. **Cadernos Pagu** – desacordos, desamores e diferenças. São Paulo, Campinas: Núcleo de Estudos de Gênero/UNICAMP, 1994.

LAPLANCHE e PONTALIS. **Vocabulário de psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a organização Pan-Americana da saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

LIMA, Zilda Maria Menezes. **O grande polvo de mil tentáculos: a lepra em Fortaleza, 1920-1942**. Tese (Doutorado em História Social). IFCS, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MAENO, Maria; CARMO, José Carlos. **Saúde do Trabalhador no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MANERO, Juan Ruiz; ATIENZA, Manuel. Sobre princípios e regras. **Revista eletrônica acadêmica de Direito. Law E-Journal. Panóptica**. Disponível em: <[http://www.estig.ipbeja.pt/~ac\\_direito/AtienzaRuiz.pdf](http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/AtienzaRuiz.pdf)>. Acesso em 04 de jan. 2013.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. MATTA, Gustavo C.; LIMA, Júlio C. F. (orgs.). Rio de Janeiro: Fiocruz/ EPSJV, 2008.

MENDES, Eugênio V. B. O SUS que temos e o SUS que queremos. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Conass Documenta**. Brasília - DF: CONASS, n. 6, dezembro de 2004. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd\\_6.pdf](http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_6.pdf)>. Acesso em 3 dez. 2012.

MENDES, S. S.; FERREIRA, L. R. C.; MARTINO, M. M. F.; Identificação dos níveis de stress em equipe de atendimento pré-hospitalar, 06/2011. **Estudos de Psicologia - PUCCAMP** (Impresso). Campinas, SP, v. 28, fac. 2, pp.199-208, 2011.

MERHY, Emerson Elias; et al. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, Cecília de S.; ASSIS, Simone G.; SOUZA, Ednilsa R. (orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, Cecília de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10.ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 2007.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento**. São Paulo, Hucitec, 2004.

\_\_\_\_\_. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

OLIVEIRA, Ivan Carlo Andrade de. **Estado mínimo, imposto máximo 2**. Disponível em: <[http://www.correaneto.com.br/colunas/ivan/20\\_4imposto.htm](http://www.correaneto.com.br/colunas/ivan/20_4imposto.htm)>. Acesso em: 05 de mai. 2012.

OLIVEIRA, Paulo R. Segurança e saúde no trabalho – SST e a previdência social: a nova metodologia de financiamento dos benefícios acidentários. **Informe de Previdência Social**. Ministério da Previdência, v. 16, n. 06, junho de 2004.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Recomendação da Convenção nº 121 da OIT (Recomendação n. 121 da OIT adotada em 1964). In: **Convênios e recomendações** (1919-1966). Genebra, 1966.

\_\_\_\_\_. Recomendação sobre a proteção da saúde dos trabalhadores em seus locais de trabalho (Recomendação n. 97 da OIT adotada em 1953). In: **Convênios e recomendações** (1919-1966). Genebra, 1966.

PAIM, Jairnilson Silva. **O QUE É O SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

RIBEIRO, Herval P. **A violência do trabalho no capitalismo** – o caso dos membros superiores pelo esforço repetitivo em trabalhadores bancários. São Paulo, 1997. 363f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1997.

RICARDO, David. **Princípios de economia política e tributação**. São Paulo: Abril, 1982.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIGOTTO, Raquel. O homem e o trabalho. In: ROCHA, Lys Esther...[et al.]. **Isto é trabalho de gente?: a vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1993.

ROLLO, Adail de Almeida. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo “globalizado”? In: BARROS, Maria E. B.; SANTOS-FILHO, Serafim B. **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí, Rio Grande do Sul: Unijuí, 2007.

SANTANA, Mayara M.; BOERY, Rita N. S. O.; SANTOS, Jean. Debilidades atribuídas pela comunidade de Jequié ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Ciências Ciência, Cuidado e Saúde**. Jul/Set, v. 8, n. 3, p. 444-451, 2009.

SANTOS-FILHO, Serafim B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da Saúde do Trabalhador e do Humaniza SUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. ”? In: BARROS, Maria E. B.; SANTOS-FILHO, Serafim B. **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí, Rio Grande do Sul: Unijuí, 2007.

SATO, Leny. Psicologia, saúde e trabalho: distintas construções dos objetos “trabalho” e “organizações”. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Psicologia crítica do trabalho na sociedade contemporânea**. Brasília: CFP, 2010.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Cortez, 1994.

SEMINÁRIO DE INVESTIGAÇÃO SOBRE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, 26-28 ago. 1992, Brasília. **A investigação sobre recursos humanos em saúde: relatório de seminário** Brasília: Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 1993.

SENNET, Richard. **A corrosão do caráter**: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Trad. Marcos Santarrita. Rio de Janeiro: Record, 2010.

SILVA, Juliana Guimarães; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza; PORDEUS, Augediva Maria Jucá; SOUZA, Ednilsa Ramos de; GONÇALVES, Marcelo Luiz Carvalho. Atendimento Pré-hospitalar móvel em Fortaleza, Ceará: a visão dos profissionais envolvidos. **Rev. Bras. Epidemiologia**. São Paulo, v. 12, n. 4, dez. 2009.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 8, nº16, julho/dezembro, 2006.

TEIXEIRA, Carmem F.; PAIM, Jairnilson S.; VILASBOAS, Ana L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS**, VII (2), Abr/jun. 1998. Disponível em: <[http://observasaudesp.fundap.sp.gov.br/saude/sus/Acervo/iesus\\_vol7\\_2\\_sus\[1\].pdf](http://observasaudesp.fundap.sp.gov.br/saude/sus/Acervo/iesus_vol7_2_sus[1].pdf)>. Acesso em 12 dez. 2012.

TEIXEIRA, Tâmara. Trânsito torna socorro rápido missão complicada na capital. **Jornal O Tempo**, Minas Gerais, 18 de julho de 2011, p 8-10. Disponível em: <[http://metropolitana.mg.gov.br/system/documents/69/original/2011\\_07\\_18\\_clipping.pdf?1318023198](http://metropolitana.mg.gov.br/system/documents/69/original/2011_07_18_clipping.pdf?1318023198)>. Acesso em 20 abr. 2012.

VALE, Adriana do. Proteção para os que cuidam da saúde – NR32. **Revista CIPA – Caderno Informativo de Prevenção de Acidentes**. São Paulo: Cipa, Ano XXXIII, nº 391, abril de 2012.

VEGIAN, Camila F. L.; MONTEIRO, Maria I. Condições de vida e trabalho de profissionais de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.19, n.4 July/Aug. 2011.

VERENA, Albertini. **História oral**: a experiência do CPDOC. Rio de Janeiro: FGB, 1990.

VILARINHO, Paulo Ferreira. O campo da saúde suplementar no Brasil à luz da teoria do poder simbólico de Pierre Bourdieu. **Cadernos Ebape**, v. II, n. 3, Dez. 2004.

WEBER, M. **Sobre a Teoria das Ciências Sociais**. São Paulo: Moraes, 1991.

## **APÊNDICES**

## Apêndice A: Perfil das equipes entrevistadas

### 1. Base de Croatá – S.G. Amarante – PLANTÃO: 24h

Unidade Móvel	Cargo/função	SEXO	IDADE	Tempo de Experiência	Tempo de SAMU/CE	Estado Civil	Tipo de Vínculo	Tem outro emprego ou trabalho? Qtde?
USA	Médico	M	56	30	03	Casado	CT SAMU	Sim, 02 empregos: SAMU/FOR e 1 empresa de APH privada.
USA	Enfermeiro	F	--	08	05	Casada	Estado	Sim, 01 emprego – 24 anos como Enfermeiro - HGF.
USA	Condutor	M	39	08	04	Casado	Terceirizado	Sim, 01 emprego – condutor em empresa de APH privada.
USB	Téc.Enf.	M	39	17	03	Casado	Estado	Sim, 01 emprego – 24 anos como Aux. Enfermagem - HGF.
USB	Condutor	M	40	12	04	Casado	Terceirizado	Está no SAMU/RMF, mas quase ingressando em trabalho como vendedor ambulante guiando automóvel.

### 2. Base de Caucaia - PLANTÃO: 24h

Unidade Móvel	Cargo/função	SEXO	IDADE	Tempo de Experiência	Tempo de SAMU/CE	Estado Civil	Tipo de Vínculo	Tem outro emprego ou trabalho? Qtde?
USA	Médico	M	47	25	02	Casado	CT verbal	Sim, 01 emprego – há 07 anos no SAMU/FOR.
USA	Enfermeiro	F	--	12	02	Divorciada	CT SAMU	--
USA	Condutor	M	32	08	01	Casado	Bombeiro	Sim, 02 empregos – bombeiro civil e condutor no SAMU/FOR.
USB	Téc.Enf.	F	--	--	--	--	--	--
USB	Condutor	M	47	24	01	Casado	Terceirizado	Sim, 01 emprego – 16 no SAMU/FOR.

### 3. Base de Maracanaú - PLANTÃO: 24h

Unidade Móvel	Cargo/função	SEXO	IDADE	Tempo de Experiência	Tempo de SAMU/CE	Estado Civil	Tipo de Vínculo	Tem outro emprego ou trabalho? Qtde?
USA	Médico	F	28	02	01	Casada	Terceirizado	Sim, 01 emprego – empresa APH privada.
USA	Enfermeiro	F	50	30	04	Casada	Estado	--
USA	Condutor	M	30	04	04	Solteiro	Terceirizado	Sim, 01 emprego- corretor de veículos.
USB	Téc.Enf.	F	32	16	05	Solteira	Estado	--
USB	Condutor	M	33	04	01	Casado	Terceirizado	Sim, 01 emprego, Tec. Enfermagem SAMU/Maracanaú.

## 4. Base de Maranguape - PLANTÃO: 24h

Unidade Móvel	Cargo/ função	SEXO	IDADE	Tempo de Experiência	Tempo de SAMU/CE	Estado Civil	Tipo de Vínculo	Tem outro emprego ou trabalho? Qtde?
USA	Médico	M	27	02	10 meses	Casado	CT SAMU	Sim, 01 emprego – em hospital.
USA	Enfermeiro	M		18	02	Divorciada	Estado	Sim, 01 emprego – é docente.
USA	Condutor GSU	M	--	16	04	Casado	Bombeiro	Sim, 01 emprego – Corpo de Bombeiros.
USB	Téc.Enf.	F	41		05	Solteira	Terceirizado	Sim, 01 emprego – como Técnica de Enfermagem no Hosp. Coração.
USB	Condutor GSU	M	44	26	08 meses	Casado	Terceirizado	Sim, 01 emprego – Corpo de Bombeiros.

## 5. Base do Eusébio - PLANTÃO: 12h

Unidade Móvel	Cargo/ função	SEXO	IDADE	Tempo de Experiência	Tempo de SAMU/CE	Estado Civil	Tipo de Vínculo	Tem outro emprego ou trabalho? Qtde?
USA	Médico	M	31	--	02	Casado	CT SAMU	--
USA	Enfermeiro	F	50	24	02	Separada	Estado	Sim, 01 emprego – há 12 anos SAMU/FOR.
USA	Condutor	M	--	10	05	Divorciado	Terceirizado	Sim, 01 emprego – há 07 anos SAMU/FOR.
USB	Téc.Enf.	M	29	10	02	Casado	Estado	--
USB	Condutor	M	38	10	01	solteira	Terceirizado	Sim, 01 emprego – há 01 mês no SAMU/FOR.

**TOTALIZAÇÕES:**

- **Quantidade de profissionais das unidades móveis do SAMU/RMF que foram entrevistados:**

Entrevistados do sexo **masculino: 16 pessoas**

Entrevistados do sexo **feminino: 09 pessoas.**

Número de equipes entrevistadas: **USB = 05 e USA= 05**

- **Média de tempo de experiência dos profissionais das unidades móveis do SAMURMF na área da saúde por categoria:**

Médico: 15 anos

Enfermeiro: 15 anos

Técnico de enfermagem: 16 anos

Condutores: 12,7 anos

- **Média de tempo de trabalho dos profissionais entrevistados da RMF no SAMU/RMF de uma forma geral = 3 anos**

Médico: 1 ano e 7 meses

Enfermeiro: 2 anos

Técnico de enfermagem: 3 anos

Condutores: 1 ano e 9 meses

- **Outros profissionais entrevistados (total de 05 pessoas):**

01 Médico atuando na Central de Regulação

01 Responsável pela área administrativa do Polo I

01 Coordenadora do NEU

01 Coordenador da área médica do Polo I

01 Funcionário da área administrativa

- **Outras informações:**

Idade média dos profissionais das unidades móveis do SAMU/RMF = 28 anos

Tempo médio de ingresso dos profissionais das unidades móveis SAMU/RMF = 3 anos

Tempo médio de experiência na profissão profissionais das unidades móveis = 13 anos

24% dos entrevistados das unidades móveis não possuem uma segunda atividade.

76% dos entrevistados das unidades móveis possuem uma segunda atividade ou mais.

No total foram entrevistados 19 homens e 11 mulheres.

Total de homens entrevistados = 63,3%

Total de mulheres entrevistadas = 36,6%

21 são casados, o que equivale a 80% dos entrevistados.

04 são solteiros = 13,3% dos entrevistados.

03 são divorciados = 10% dos entrevistados.

02 são separados = 6,6% dos entrevistados.

## Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: **CONDIÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DAS EQUIPES DO SAMU/RMF**

**Pesquisadores Responsáveis: João Bosco Feitosa dos Santos** (Orientador) – Endereço: Campus do Itapery – Bloco do Centro de Estudos Aplicados - CESA | Av Paranjana, nº1.700 - 60.740-000 - Fortaleza-CE - Brasil Fone/Fax: 85 3101.9887 ; e **Ana Maria Almeida Marques**.

#### Justificativa:

Ana Maria Almeida Marques é mestranda do Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade da Universidade Estadual do Ceará - UECE e está desenvolvendo uma pesquisa sobre a organização e as condições de trabalho dos trabalhadores das unidades móveis USA e USB pertencentes ao SAMU Polo I. O objetivo do projeto é o de investigar as condições e organização do trabalho dos profissionais do SAMU-192 Polo I que lidam com situações extremas no que se refere à vida de terceiros, especificamente estudando e acompanhando a rotina das equipes USB e USA, com foco na gestão das equipes.

O(a) senhor(a) está sendo solicitado(a) a participar desta pesquisa e voluntariamente responder as perguntas. As suas informações e respostas serão mantidas em sigilo. As pessoas não serão identificadas, e as informações serão consideradas confidenciais.

Não há nenhum risco ou desconforto para o(a) Sr.(a) em participar da pesquisa. As informações que o (a) Sr.(a) nos der serão úteis para a compreensão do trabalho dos profissionais do SAMU Polo I no estado do Ceará.

Destacamos que são esses os seus direitos ao participar da pesquisa (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério de Saúde/ do Brasil):

- 1- A garantia de receber resposta a qualquer pergunta, dúvidas, esclarecimentos acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
- 2- A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação de seu atendimento e tratamento habitual nesse serviço;
- 3- A segurança de não ser identificado e do caráter confidencial de toda a informação relacionada com sua privacidade;
- 4- O compromisso de receber informação atualizada durante o estudo, mesmo que este afete sua vontade de continuar participando;
- 5- A disponibilidade do tratamento médico e indenização a que legalmente tem direito, por parte da instituição de saúde, em caso de danos justificados, causados diretamente pela pesquisa;
- 6- Se existem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

### TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, Sr.(a) \_\_\_\_\_  
abaixo assinado.



\_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2012

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito da pesquisa (entrevistado)  
Digital do sujeito da pesquisa  
(entrevistado)

## Apêndice C: Roteiro base para as entrevistas de campo

### **PESQUISA: “CONDIÇÕES E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DAS EQUIPES DO SAMU/RMF”.**

<b>Pesquisador de Campo:</b> _____	<b>Data da entrevista:</b> ___/___/___
<b>Tipo de unidade móvel na qual atua:</b> ( ) USA ( ) USB	
<b>Iniciais do(a) entrevistado(a):</b> _____	<b>Sexo:</b> ( ) F ( ) M
<b>idade:</b> _____ <b>Escolaridade:</b> _____	
<b>Cargo do(a) Entrevistado(a):</b> ( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Técnico de enfermagem ( ) Conductor de veículo	
<b>Tempo de experiência no cargo:</b> _____	<b>Tempo de trabalho no SAMU:</b> _____

01. O que fazia profissionalmente antes de ingressar no SAMU?
02. Como chegou até o SAMU (ingresso)? Você poderia me falar de sua trajetória no SAMU até hoje?
03. Você possui outras atividades (trabalho) além das que assume aqui no SAMU? Isto ocorre com seus colegas? Comente, por favor.
04. O que te fez decidir trabalhar para o SAMU? (se tiver outro trabalho, articular essa pergunta a outra função ou atividade que exerce, inclusive solicitando para que descreva as cargas horárias).
05. Como é o plantão de trabalho? Descreva sua rotina desde o momento em que chega a base até a hora de largar o turno.
06. Gostaria que você me explicasse como são configuradas as equipes da unidade móvel na qual você trabalha (identificar o tipo de unidade móvel; identificar quem coordena a equipe e saber se é essa a mesma organização para as demais equipes).
07. Quais os principais problemas que encontra para o desempenho de sua atividade? (gestão, colegas, público, ele próprio).
08. Que tipos de agravos (dificuldades), em sua opinião, podem ser mais recorrentes entre os profissionais que trabalham aqui no SAMU (verificar cada categoria).
09. O que poderia ser feito para amenizar este estado de coisa/essa situação?
10. Conhece algum caso que tenha provocado o afastamento de algum colega da rotina de trabalho na unidade móvel? Poderia falar a respeito?
11. Você conhece a história do SAMU? O que saberia me dizer sobre ela?
12. O que acha da estrutura física do SAMU e da unidade na qual trabalha? (caso ache inadequada, relatar quais os pontos de inadequação).
13. Narre um fato que o(a) deixou impressionado no seu trabalho – na sua rotina. Você estava envolvido(a) na situação? Em caso afirmativo, como lidou com isso?
14. Acha que seu trabalho representa algum risco à sua saúde? Em caso de resposta afirmativa, relatar quais e se conta com algum tipo de acompanhamento.
15. Tem alguma questão a respeito deste assunto que você acha que não foi comentado? Gostaria de fazer algum comentário complementar?

## **Apêndice D: Portarias publicadas pelo Ministério da Saúde que disciplinam e uniformizam o atendimento pré-hospitalar. Também configuram a estruturação do SAMU**

- a) Portaria nº 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001, que aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;
- b) PORTARIA Nº 2048/GM/MS de 05 de novembro de 2002, Regulamentou o atendimento das urgências e emergências;
- c) PORTARIA Nº 1864/GM/MS de 29 de setembro de 2003, Instituiu o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192;
- d) PORTARIA Nº 2072/GM/MS de 30 de outubro de 2003, Instituiu o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências;
- e) PORTARIA Nº 1.828/GM/MS de 02 de setembro de 2004, Instituiu incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional;
- f) PORTARIA Nº 1.927/GM/MS de 15 de setembro de 2004, Estabeleceu incentivo financeiro aos estados e municípios, com Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, qualificados pelo Ministério da Saúde, para a adequação de áreas físicas das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional;
- g) PORTARIA Nº 1.929/GM/MS de 15 de setembro de 2004, Inclui do Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade dos estados e municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal os recursos destinados ao custeio dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.
- h) PORTARIA Nº 2.420/GM/MS de 09 de novembro de 2004, Constituiu Grupo Técnico - GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde - SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita;

- i) PORTARIA Nº 2.657/GM/MS de 16 de dezembro de 2004, Estabeleceu as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192.
- j) Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Vida e que estabelece a regionalização como uma das diretrizes para a gestão dos sistemas de saúde;
- k) PORTARIA Nº 2.971/GM/MS, de 8 de dezembro de 2008, que institui o veículo motocicleta (motolância) como integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda a Rede SAMU 192 e define critérios técnicos para sua utilização;
- l) Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- m) Portaria nº 1.600/GM/MS, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;
- n) Portaria nº 804/SAS/MS, de 28 de novembro de 2011, que estabelece a necessidade de identificar no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) as Centrais de Regulação Médica das Urgências e as equipes de atendimento das unidades de suporte básico, suporte avançado, atendimento aéreo, ambulância, motolância e veículo de intervenção rápida.

## **ANEXOS**



**Anexo B: Relação dos códigos de atendimento**  
**(COMUNICAÇÃO ENTRE AS UNIDADES MÓVEIS E A CR)**



**CÓDIGOS DE ATENDIMENTO**

C 1 - NÃO NECESSITA URGÊNCIA	C 19 - LANCHE
C 2 - NECESSITA CERTA URGÊNCIA	C 20 - DINHEIRO
C 3 - NECESSITA MÁXIMA URGÊNCIA	C 21 - CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA
C 4 - OCORRÊNCIA	C 22 - CHEGADA AO HOSPITAL
C 5 - ENTRAR EM CONTATO	C 23 - SAÍDA DO HOSPITAL
C 6 - DESLOCAMENTO	C 24 - MÉDICO(A) OU ENFERMEIRO(A), IGNORANTE
C 7 - LOCALIZAÇÃO	C 25 - HOSPITAL DE REFERÊNCIA
C 8 - FICAR ALERTA	C 26 - PROBLEMAS PESSOAIS
C 9 - CIENTE DA MENSAGEM	C 27 - VIATURA EM PERIGO
C 10 - REPITA A MENSAGEM	C 28 - AÇIONAR APOLÍCIA
C 11 - TROCA DE PLANTÃO	C 29 - SAÍDA DO C21
C 12 - DEFEITO NA VIATURA	C 30 - ABORTAR MISSÃO
C 13 - ÚLTIMA FORMA	C 31 - ABASTECIMENTO
C 14 - AVALIAÇÃO DO PACIENTE	C 32 - MATERIAL
C 15 - TUDO NORMAL	C 33 - VEÍCULOS EM DESINFECÇÃO
C 16 - MISSÃO CUMPRIDA	C 34 - PACIENTE JÁ REMOVIDO
C 17 - INFORME SEU NOME	C 35 - PACIENTE RECUSOU REMOÇÃO
C 18 - DOENÇA TRANSMISSÍVEL	

## Anexo C: Materiais (Insumos) que equipam as Unidades Móveis para o Atendimento de Urgência



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SAÚDE  
SAMU – CEARÁ – POLO I  
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIAS - NEU



### MATERIAL PARA ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA NÍVEL 01

#### I. MATERIAL PRIMÁRIO

- 01 AMBU ADULTO, COM MÁSCARA.
- 01 AMBU INFANTIL, COM MÁSCARA.
- 01 AMBU NEONATAL, COM MÁSCARA.
- 01 COLAR CERVICAL AJUSTÁVEL OU
  - 01 COLAR CERVICAL TAMANHO P.
  - 01 COLAR CERVICAL TAMANHO M.
  - 01 COLAR CERVICAL TAMANHO G.
- 03 ATADURAS DE CREPOM TAMANHO P.
- 03 ATADURAS DE CREPOM TAMANHO M.
- 03 ATADURAS DE CREPOM TAMANHO G.
- 20 PACOTES DE GAZES ESTERILIZADAS.
- 05 AMPOLAS DE SORO FISIOLÓGICO A 0,9 %.
- 01 ROLO DE ESPARADRAPO GRANDE.
- 02 SONDAS CURTAS Nº 08 OU Nº 10, PARA OFERTA DE OXIGÊNIO (PREFERÍVEL EM RELAÇÃO AO CATETER TIPO ÓCULOS).
- 02 MÁSCARAS COM RESERVATÓRIO DE OXIGÊNIO E VÁLVULA UNIDIRECIONAL.
- 02 SONDAS CURTAS Nº 08, Nº 10, Nº 12, Nº 14, PARA ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES.
- 10 PARES DE LUVAS DE PROCEDIMENTO.
- 03 PARES DE LUVAS ESTÉREIS Nº 7,0.
- 03 PARES DE LUVAS ESTÉREIS Nº 7,5.
- 05 PARES DE LUVAS ESTÉREIS Nº 8,0.
- 10 MÁSCARAS DESCARTÁVEIS.
- 05 ÓCULOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL.
- 01 ASPIRADOR (MANUAL OU AUTOMÁTICO).
- 01 PRANCHA DE TRANSPORTE.
- 01 CILINDRO DE OXIGÊNIO 3,0 L.
- 01 OXÍMETRO DE PULSO COM SENSOR EM "V" (SERVE PARA CRIANÇA E ADULTO).
- 01 RESPIRADOR AUTOMÁTICO.
- 01 DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO (DEA).



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DA SAÚDE**  
**SAMU – CEARÁ – POLO I**  
**NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIAS - NEU**



**MATERIAL PARA ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA**  
**NÍVEL 02**

**2. MATERIAL ONDE HAJA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM**

- MESMOS MATERIAIS DO ITEM ANTERIOR.
- 05 SOROS RINGER LACTATO.
- 05 SOROS GLICOSADOS A 5%.
- 10 AMPOLAS DE GLICOSE 50%.
- 03 SCALPS Nº 19, Nº 21, Nº 23, Nº 27.
- 03 CATETERES INTRAVENOSOS Nº 14, Nº 16, Nº 18.
- 05 EQUIPOS PARA SORO (MACROGOTAS).
- 03 EQUIPOS PARA SORO (MICROGOTAS).
- 10 SERINGAS DESCARTÁVEIS DE 05 ml.
- 10 SERINGAS DESCARTÁVEIS DE 10 ml.
- 10 SERINGAS DESCARTÁVEIS DE 20 ml.
- 02 SONDAS NASOGÁSTRICAS Nº 08, Nº 10, Nº 12, Nº 14.
- 02 SONDAS DE FOLEY Nº 08, Nº 10, Nº 12, Nº 14.
- KIT PARA PROCEDIMENTOS (02 PINÇAS HAULSTEAD RETAS 12 cm, 01 PINÇA DENTE DE RATO 12 cm, 01 CUBA RIM EM AÇO INOX, 01 CUBA REDONDA EM AÇO INOX, 03 CAMPOS CIRÚRGICOS). **ESTERILIZADO.**
- 01 GLICOSÍMETRO.
- 01 FRASCO DE PRODUTOS QUÍMICOS PARA ANTI-SEPSIA (POVIDINE OU CLOREXIDINE).
- 01 FRASCO DE ÁGUA OXIGENADA.
- 01 FRASCO DE ÉTER.



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SAÚDE  
SAMU – CEARÁ – POLO I  
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIAS - NEU**



**MATERIAL PARA ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA  
NÍVEL 03**

**3. MATERIAL ONDE HAJA PROFISSIONAL MÉDICO**

- MESMOS MATERIAIS DOS ITENS ANTERIORES.
- JOGO COMPLETO DE LARINGOSCÓPIO E LÂMINAS.
- 03 TUBOS ENDOTRAQUEAIS (COM BALÃO) Nº 6,0.
- 03 TUBOS ENDOTRAQUEAIS (COM BALÃO) Nº 7,0.
- 03 TUBOS ENDOTRAQUEAIS (COM BALÃO) Nº 7,5.
- 03 TUBOS ENDOTRAQUEAIS (COM BALÃO) Nº 8,0.
- 03 TUBOS ENDOTRAQUEAIS (COM BALÃO) Nº 8,5.
- 03 TUBOS ENDOTRAQUEAIS (COM BALÃO) Nº 5,0.
- 03 TUBOS ENDOTRAQUEAIS (SEM BALÃO) Nº 4,0.
- 03 TUBOS ENDOTRAQUEAIS (SEM BALÃO) Nº 3,5.
- 03 TUBOS ENDOTRAQUEAIS (SEM BALÃO) Nº 3,0.
- 03 TUBOS ENDOTRAQUEAIS (SEM BALÃO) Nº 2,5.
- 02 KIT PARA DRENAGEM TORÁCICA ADULTO.
- 02 KIT PARA DRENAGEM TORÁCICA PEDIÁTRICO.
- KIT CIRÚRGICO (01 PORTA AGULHA 15 cm, 01 TESOURA METZEMBAUM CURVA 15cm, 01 TESOURA MAYO RETA 15 cm, 02 PINÇAS HAULSTEAD RETAS 12 cm, 02 PINÇAS HAULSTEAD CURVAS 12 cm, 01 PINÇA DENTE DE RATO 12 cm, 01 CABO DE BISTURI Nº 03, 03 LÂMINAS DE BISTURI Nº 10, 01 CUBA REDONDA EM AÇO INOX, 03 CAMPOS CIRÚRGICOS). **ESTERILIZADO.**
- 02 FRASCOS DE LIDOCAÍNA 2% SEM VASOCONSTRUCTOR.
- LISTA DE MEDICAMENTOS A SER DEFINIDA PELO PROFISSIONAL.





## Anexo F: Relatórios expedidos pelo SAMU/POLO I/CE referentes aos tipos de atendimentos realizados no período entre 01/01/2011 a 30/11/2012



Ministério da  
Saúde



### Tipos de Atendimentos referente ao Samu Ceará Polo I

Período	Data inicial	01/01/2011
	Data Final	31/12/2011
Descrição	Quantidade de chamadas	Porcentagens
Atendimentos	10933	34%
Trote	10720	33%
Queda de ligação	4616	14%
Orientação Médica	2378	8%
Engano	1094	3%
Particular	1013	3%
Desistência	709	2%
Transferência	301	1%
Administrativo	91	1%
Serviço Social	16	1%
<b>total</b>	<b>31871</b>	<b>100%</b>

Período	Data inicial	01/01/2012
	Data Final	30/11/2012
Descrição	Quantidade de chamadas	Porcentagens
Atendimentos	25682	36%
Trote	24833	35%
Queda de ligação	6788	10%
Particular	5152	6%
Orientação Médica	5165	6%
Engano	1253	2%
Transferência	1121	2%
Desistência	656	1%
Administrativo	15	1%
Serviço Social	13	1%
<b>total</b>	<b>70678</b>	<b>100%</b>

## Anexo G: Representação do funcionamento da RAU – articulação com os demais componentes do Sistema Único de Saúde



Fonte: Seminário do Ministério da Saúde. Força Nacional do SUS – introdução à prática de gestão da saúde em situação de desastre. Brasília, 20 a 22/setembro/2012. Paulo de Tarso Monteiro Abrahão. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/curso3.pdf>>.