UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES

UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ISABELLA SARMENTO DO NASCIMENTO

RISCOS OCUPACIONAIS RELACIONADOS À ATIVIDADE DE CONDUTORES SOCORRISTAS NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

CAJAZEIRAS - PB
2016

ISABELLA SARMENTO DO NASCIMENTO

RISCOS OCUPACIONAIS RELACIONADOS À ATIVIDADE DE CONDUTORES SOCORRISTAS NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, da Unidade Acadêmica de Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profª. Ma. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro

CAJAZEIRAS - PB
2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)

Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096

Cajazeiras - Paraíba

N244r Nascimento, Isabella Sarmento do

Riscos ocupacionais relacionados à atividade de condutores socorristas no serviço de atendimento móvel de urgência / Isabella Sarmento do Nascimento. - Cajazeiras, 2016.

69f.

Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro.

Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2016.

ISABELLA SARMENTO DO NASCIMENTO

RISCOS OCUPACIONAIS RELACIONADOS À ATIVIDADE DE CONDUTORES SOCORRISTAS NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, da Unidade Acadêmica de Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 24/05/2016

BANCA EXAMINADORA

Maria Berenice Gomes N. Pinheiro

Profª. Ma. Maria Berenice do Nascimento Pinheiro
Universidade Federal de Campinha Grande-UFCG/UAENF
(Orientadora)

Flaviana Dávila de Sousa Soares.

Profª. Esp. Flaviana Dávila de Sousa Soares
Universidade Federal de Campinha Grande-UFCG/UAENF
(Membro Examinador)

Kennia Sibelly Marques de Abrantes.

Profª. Drª. Kennia Sibelly Marques de Abrantes
Universidade Federal de Campinha Grande-UFCG/UAENF
(Membro Examinador)

CAJAZEIRAS - PB
2016

À Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, e que me deu coragem para questionar as realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades. Aos meus amados pais, irmãs e minha querida avó Joana (in memoriam).

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me concedeu a vida e o livre- arbítrio para continuar a evoluir, e a serenidade para aceitar as coisas que não posso mudar, a coragem para mudar as que posso e a sabedoria para saber as diferenças.

Aos meus amados pais Júnior e Desterro, ambos sempre, meu porto seguro, que por sua capacidade de acreditar e investir em mim, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu finalizasse esta etapa de minha vida.

Às minhas irmãs Ana Caroline e Viviane, pelo incentivo e apoio constantes.

À minha querida avó Joana (in memoriam), eterna fonte de inspiração que iluminou de maneira especial os meus pensamentos e guiou os meus passos durante esta caminhada.

Aos meus colegas de curso, que estiveram sempre presentes compartilhando dúvidas, conhecimentos e experiências e estenderam-me a mão nas horas de impaciência e desanimo.

À minha orientadora, Profª. Berenice, que ao seu modo, me fez acreditar nas minhas potencialidades intelectuais. Pela paciência na orientação, incentivo e confiança, pela amizade, pelos momentos de descontração e compreensão que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

Aos meus professores e professoras, por me proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional.

Aos profissionais de enfermagem do HUAC, com quem tive o imenso prazer de conviver e apaixonar-me pelo cuidado prestado por eles junto aqueles que necessitam, fazendo-me enxergar o verdadeiro sentido do cuidar humanizado e a grandiosidade desta profissão.

À todos aqueles, que de forma direta ou indireta, cruzaram o meu caminho durante estes cinco anos e meio de graduação, compartilhando experiências e conhecimentos que contribuíram para a minha formação profissional e acima de tudo fizeram-me evoluir como ser humano sempre no caminho do bem.

“Ama-se mais o que se conquista com esforço”.

Benjamin Disraeli

NASCIMENTO, Isabella Sarmento do. **Riscos ocupacionais relacionados à atividade de condutores socorristas no serviço de atendimento móvel de urgência**. 2016. 69f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Cajazeiras-PB, 2016.

RESUMO

Introdução: O campo de trabalho em Atendimento Pré-Hospitalar (APH) tem crescido e, junto a ele, os problemas de saúde envolvendo os profissionais que desempenham a atividade de socorrista. O trabalho em situações de emergência, principalmente em unidades móveis, possui particularidades devido às características deste ambiente laboral, fazendo com que esses profissionais estejam constantemente expostos a situações de risco peculiares a atividade que desempenham. Dentro deste contexto, o condutor é um profissional que está exposto a variados estímulos durante a realização de suas atividades e que também vivencia situações de pressão. Como condutor socorrista, a complexidade da atividade aumenta, e com ela a necessidade de uma atenção voltada a este profissional. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo identificar os riscos ocupacionais relacionados à atividade de condutores socorristas no serviço de atendimento móvel de urgência. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão integrativa com coleta de dados realizada a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico. A amostra final desta revisão foi constituída por seis artigos científicos e uma tese de doutorado, encontradas nas bases de dados SCIELLO, BVS e na Biblioteca da Universidade de São Paulo (USP). Diante do material estudado foram identificadas cinco categorias temáticas utilizadas para analisar e expandir as discussões a fim de atender aos objetivos propostos. São elas: Perfil Profissional dos Condutores Socorristas; Condições e Organização do Trabalho; Riscos Ocupacionais entre Condutores Socorristas; Uso de EPI e Fontes Estressoras. **Resultados:** A partir da análise destes estudos, pôde- se perceber que os riscos ocupacionais mais comuns à categoria são causados pelos seguintes fatores: acidentes de trânsito devido à má conservação das vias e veículos; contaminação devido ao contato com os pacientes socorridos; esforços físicos repetitivos realizados durante o levantamento de macas e transporte manual de peso; estresse ocupacional causado pela violência laboral; ameaças da população; distúrbios do sono e execução de atividades laborais que vão além das suas atribuições, bem como a realização destas em momentos destinados ao lazer/descanso para complementação de renda. **Conclusão:** Os resultados obtidos através da pesquisa evidenciaram a importância da implementação de medidas educacionais e preventivas no cotidiano dos condutores socorristas buscando a redução dos acidentes ocupacionais.

Palavras- chave: Motorista de Ambulância. Riscos Ocupacionais. Saúde do Trabalhador. Serviços Médicos de Emergência. Socorro de Urgência.

NASCIMENTO, Isabella Sarmento do**. Occupational risks related to drivers rescuers activity in service mobile service urgency**. 2016. 69f. Monograph (Undergraduate Nursing) - Federal University of Campina Grande, Center for Teacher Education, Academic Unit of Nursing, PB- Cajazeiras, 2016.

ABSTRACT

Introduction: The labor camp in Prehospital Care (APH) has grown and, with him, the problems involving health professionals who play the rescuer activity. The work in emergency situations, especially in mobile units, has particularities due to the characteristics of this work environment, so that these professionals are constantly exposed to peculiar situations of risk activity that play. Within this context, the driver is a professional who is exposed to various stimuli during the course of their activities and also experiencing pressure situations. As rescuer driver, the complexity of the activity increases, and with it the need for focused attention to this professional. **Objective:** This study aims to identify the occupational risks related to the activity of rescue workers drivers in emergency mobile service. **Methodology:** This is a descriptive study, the integrative review type with data collection performed from secondary sources, through literature. The final sample of this review consisted of six scientific articles and a doctoral thesis, found in SCIELLO databases, VHL and the Library of the University of São Paulo (USP). Before the material studied were identified five thematic categories used to analyze and expand the discussions in order to meet the proposed objectives. They are: Professional Profile of Rescuer conductors; Conditions and work organization; Occupational risks among Rescuers conductors; Use of PPE and stressful sources. **Results:** From the analysis of these studies, it can be seen that the occupational hazards common to the category are caused by the following factors: traffic accidents due to poor maintenance of roads and vehicles; contamination due to contact with the rescued patients; repetitive physical efforts during the lifting stretchers and manual transport weight; Occupational stress of labor violence; threats of the population; sleep disorders and execution of work activities that go beyond their duties as well as the realization of these at times for leisure / rest for supplementary income. **Conclusion:** The results from the research highlighted the importance of implementing educational and preventive measures in the daily lives of rescuers drivers seeking the reduction of occupational accidents.

Keywords: Ambulance driver. Occupational Risks. Worker's health. Emergency Medical Services. Emergency Relief.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorização das publicações científicas incluídas na revisão integrativa segundo nome dos autores, periódico, ano de publicação, volume, número, descritores, metodologia, título, objetivo e resultados. SCIELLO, BVS, SIBiUSP, 2016.....37

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APH - Atendimento Pré - Hospitalar

AT - Acidente de Trabalho

BVS - Biblioteca Virtual da Saúde

CA - Central de Ambulância

CTB - Código de Trânsito Brasileiro

EPC - Equipamento de Proteção Coletiva

EPI - Equipamento de Proteção Individual

FAB - Ferimento por Arma Branca

FAF - Ferimento por Arma de Fogo

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem On-line

MS - Motorista Socorrista

MS - Ministério da Saúde

NR - Norma Regulamentadora

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SCIELLO - Scientific Eletronic Library Online

SMUR - Serviços Móveis de Urgência e Reanimação

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SUS - Sistema Único de Saúde

UHM - Unidades Móveis Hospitalares

USA - Unidade de Suporte Avançado

USB - Unidade de Suporte Básico

USP - Universidade de São Paulo

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14
2 OBJETIVOS 17
2.1 OBJETIVO GERAL 17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 17
3 REVISÃO DA LITERATURA 18
3.1 O TRABALHO 18
3.2 O TRABALHO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 20
3.3 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) 22
3.4 RISCOS OCUPACIONAIS Á SAÚDE DO TRABALHADOR 26
3.5 O CONDUTOR SOCORRISTA 29
4 PERCURSO METODOLÓGICO 33
4.1 PRIMEIRA ETAPA: ELABORAÇÃO DA PERGUNTA NORTEADORA 33
4.2 SEGUNDA ETAPA: BUSCA OU AMOSTRAGEM NA LITERATURA 33
4.3 TERCEIRA ETAPA: CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS 34
4.4 QUARTA ETAPA: AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA 34
4.5 QUINTA ETAPA: INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS 35
4.6 SEXTA ETAPA: APRESENTAÇÃO DA REVISÃO/SÍNTESE DO CONHECIMENTO 35
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 36
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS 36
5.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS 43
5.2.1 Categoria 1: Perfil do Profissional Condutor Socorrista 43
5.2.2 Categoria 2: Condições e Organizações do Trabalho 44
5.2.3 Categoria 3: Riscos Ocupacionais entre os Condutores de Ambulância 49
5.2.4 Categoria 4: Uso de Equipamentos de Proteção Individual 54
5.2.5 Categoria 5: Fontes Estressoras 56
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 59
REFERÊNCIAS 62
APÊNDICES 66
APÊNDICE A - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL 67
APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE 68

1 INTRODUÇÃO

O trabalho é inerente à atividade humana, necessário para o homem como subsistência e também por satisfação pessoal. Define-se como qualquer atividade física ou intelectual em que o homem, orientado por uma finalidade, transforma um determinado objeto em um produto final. Para tanto, o trabalho em saúde tem como objetivo, controlar as doenças em escala social e recuperar a força de trabalho incapacitada, tomando como objeto o corpo humano inserido socialmente nas dimensões individual e coletiva, utilizando como instrumentos de transformação desse objeto: a força de trabalho, o saber, materiais específicos, equipamentos e o local de trabalho (ZAPPAROLI; MARZIALE, 2006).

De acordo com as autoras supracitadas, para que a execução de determinadas atividades não acarrete danos à saúde dos trabalhadores, se fazem necessárias condições adequadas para a realização do processo de trabalho. Mediante essas condições, o indivíduo executa determinada atividade analisada sob diferentes aspectos perceptivos, motores e cognitivos, podendo implicar consequências sobre os estados físico, mental e psicológico do sujeito, gerando efeitos de satisfação, conforto, carga de trabalho, fadiga, estresse, doenças e acidentes de trabalho.

Ao analisar o perfil epidemiológico brasileiro sobre as violências por causas externas, observa-se que as mesmas representam a terceira causa mais frequente de morte, causando forte impacto no âmbito da saúde pública e configurando-se como inquestionável desafio para os gestores públicos. Essa realidade fez com que os serviços de urgência e emergência adquirissem grande relevância, podendo influenciar positivamente nas taxas de morbidade e mortalidade por trauma. Estudos comprovam, que após a implementação dessa modalidade de atendimento, houve uma redução significativa do número de óbitos, bem como do tempo de internação hospitalar e das sequelas decorrentes da falta de socorro precoce (BRASIL, 2011).

É neste cenário que o Atendimento Pré- Hospitalar (APH) ganha destaque, com a finalidade de chegar previamente a vítima acometida por agravos a sua saúde, sejam de origem traumática, como: acidentes de trânsito, quedas de altura, queimaduras, entre outras; e de origem não traumática, como: problemas cardiovasculares, respiratórios, neurológicos ou ainda psiquiátricos. O objetivo do APH é diminuir o intervalo de atendimento ás vítimas de urgências entre o local de ocorrência do trauma e as unidades hospitalares, possibilitando maiores chances de sobrevida e diminuição das sequelas incapacitantes (BRASIL, 2003a).

De acordo com o MS, o APH tem como representante o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que constitui um serviço de atendimento médico utilizado em casos de emergência. Foi desenvolvido na França, em 1986 e é considerado por especialistas como o melhor em todo o mundo. No Brasil, o primeiro SAMU foi implantado na cidade de Campinas - SP, através do médico coordenador José Roberto Hansen. Este mesmo serviço atendeu no ano de 2005, um total de 64.131 ocorrências, divididas em 21.722 com envio de ambulância e 42.409 com triagem médica para envio de transporte. O SAMU é administrado pela Prefeitura, por meio da Secretaria Municipal de Saúde e em parceria com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

O SAMU realiza um trabalho de destaque na saúde, em que as equipes de Suporte Básico e Avançado em Unidades de Emergência atuam em etapas que vão desde a chegada ao local da ocorrência com a estabilização da (s) vítima (s), transporte para o hospital e finalizando com a chegada da (s) vítima (s) na instituição hospitalar. Corroborando com isso, entende-se que os profissionais que trabalham na ambulância estão expostos a riscos ocupacionais peculiares à atividade que realizam, como risco biológico, físico, químico, psicossocial e ergonômico, além das condições do trânsito e as situações desconhecidas de resgate (ZAPPAROLI; MARZIALE, 2006).

Dentre esses profissionais destaca-se o condutor socorrista, que atua junto à equipe multiprofissional e tem suas atividades sob a responsabilidade de um supervisor que também é condutor. Embora sua tarefa estabelecida seja conduzir veículos automotores, as efetivamente realizadas diferem da estabelecida uma vez que, devido as circunstâncias inesperadas, este trabalhador acaba se envolvendo também na assistência à vítima (TAKEDA, 2002).

Apesar da importância do serviço do SAMU, existem poucas pesquisas envolvendo condutores socorristas de ambulâncias. Há pesquisas sobre outras categorias de profissionais de saúde, os tipos de ocorrência mais comuns e sobre o sistema organizacional do serviço. Porém, sabe-se que as condições e o ambiente de trabalho influenciam na saúde dos motoristas (ZAPPAROLI; MARZIALE, 2006).

Portanto, a escolha em estudar o referido tema deu-se em função da necessidade de compreender uma categoria profissional cuja importância não tem sido devidamente reconhecida nos estudos em saúde. Assim, esse estudo busca conhecer o condutor socorrista do SAMU como membro indispensável para a realização do serviço, uma vez que esses profissionais conduzem outros profissionais e a população em geral, acometida por acidentes, em situação de vulnerabilidade.

Esses condutores tem a responsabilidade de desempenhar sua função, com perfeição, em um trânsito caótico, utilizando veículos muitas vezes em condições precárias em vias igualmente deficientes perante uma população que, geralmente, não possui conhecimento e compreensão sobre a importância desse trabalho. Conhecendo esse profissional através de suas rotinas diárias, deseja-se contribuir para a discussão de mais uma categoria de trabalhadores da saúde do país.

Espera-se que este estudo venha servir de base para a discussão desse fenômeno no ambiente de trabalho, assim como no meio acadêmico, para que, dessa forma, faça surgir novos questionamentos e novas pesquisas abordando este tema.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, os riscos ocupacionais relacionados à atividade de condutores socorristas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos condutores socorristas entres as produções científicas selecionadas;
- Pesquisar na literatura as condições e organizações do trabalho do condutor socorrista;
- Averiguar o hábito de uso entre os condutores socorristas dos Equipamentos de Proteção Individual e quais os mais utilizados;
- Analisar as fontes estressoras na atividade laboral de condutores socorristas do SAMU.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O TRABALHO

O trabalho não é, apenas, o que está definido previamente para ser executado, mas também o que de fato se realiza nas situações concretas de trabalho. Ele inclui, portanto, o esforço que se dispende no cotidiano profissional, os acordos e pactos realizados e até mesmo o que se pensou em fazer, mas não foi possível (BRASIL, 2009a).

Ao longo dos anos, o processo de trabalho passou por mudanças consecutivas tanto em termos de concessão e representação social, como em suas formas e conteúdo. No início havia apenas a economia de subsistência onde o homem produzia somente o que era necessário para o seu próprio consumo. Em seguida, oriundos do campo, surgiram os trabalhos artesanais que eram produzidos manualmente e vendidos em menor escala. Mais adiante, o crescimento acelerado das cidades levou milhares de pessoas a abandonarem a vida do campo e migrarem para os grandes centros em busca de melhores condições de vida (ROCHA, 2005).

A partir do século XVI, com a Revolução Industrial, o trabalho começou a configurar-se no que conhecemos hoje. Os trabalhadores fabris assumem novos hábitos sobre o processo de trabalho, em que as normas, os tempos e as relações são determinados pela acumulação de capital. É a partir daí que ocorre a valorização do trabalho, assim como a universalização da educação básica, assumindo-se a relação entre educação e trabalho. Subsequentemente, com a reforma protestante, o trabalho passa a ser entendido como uma atividade positiva, essencial e dignificante (ARANHA; CUNHA; LAUDARES, 2005).

Hodiernamente, o trabalho representa um dos aspetos mais importantes da vida pessoal, social e organizacional, tornando-se um dos pilares fundamentais em que se firma a sociedade, ocupando grande parte da vida dos indivíduos. Entretanto, tal atividade gera efeitos negativos, entre eles o adoecimento e a morte (COSTA, 2015).

Neste sentido, e do ponto de vista clínico, o trabalho não é, em primeira instância, a relação salarial ou o emprego; é o trabalhar, implicando do ponto de vista humano, ações, o saber-fazer, o envolvimento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir à determinadas situações; é o poder de sentir, de pensar e de criar (DEJOURS, 2004).

Segundo o autor supracitado, o modelo capitalista que conhecemos hoje, organiza o sistema de produção de maneira a reduzir a iniciativa do trabalhador, no que se refere ao seu processo de trabalho, organização e o próprio ambiente de trabalho. Neste modelo não há

processo criativo por parte do trabalhador, tudo já está pronto, automatizado e ele deverá apenas se adaptar ao meio.

Para Takeda (2002), o ambiente de trabalho tem sido responsável pela causa de mortes, doenças e incapacidades para um grande número de indivíduos. Entendido como o conjunto de todas as condições de vida no local de trabalho, engloba tanto as características físicas do próprio local, como: estrutura, iluminação, ventilação, ruídos, presença de poeira, gases ou vapores em geral; como os elementos ligados diretamente a execução de determinada atividade, como: tipo de trabalho, posição do trabalhador, ritmo de trabalho, ocupação do tempo, jornada laboral diária, turnos, carga horária semanal, má remuneração e não valorização profissional.

Juntos, esses fatores ambientais constituem riscos potenciais à saúde dos trabalhadores, podendo causar o sofrimento físico e afetar o seu bem-estar psíquico e o da comunidade a qual está inserido. De acordo com Takeda (2002), estes fatores também conhecidos como riscos ocupacionais, podem apresentar-se em meio ao ambiente laboral de maneira oculta, quando o trabalhador não suspeita de sua existência; latente, quando causam danos em situação de emergência; reais, quando conhecido por todos, mas com pouca possibilidade de controle, seja pelos elevados custos exigidos para tal ou pela negligência política para solucioná-los.

Neste sentido, quando a relação trabalho e saúde não é equilibrada, o trabalho pode ser entendido como fonte de sofrimento, frustração, sentimento de injustiça e, eventualmente, de patologia. Concomitante às doenças profissionais e acidentes de trabalho, socialmente reconhecidos, revelam-se muitos outros danos para a saúde. Essas patologias manifestam-se a médio ou longo prazo, contaminando os diversos âmbitos da vida, como a linguagem, obsessão com horários e a rigidez de pensamento. Embora estes sintomas sejam considerados de menor gravidade, são suscetíveis de evoluir para problemas físicos e psicológicos profundos (DEJOURS, 2004).

Entretanto, se o trabalho pode ter consequências nocivas para a saúde, a sua ausência e o desemprego não representam bem-estar físico e psíquico. Independentemente de o desemprego ser vivenciado de forma diferente por cada indivíduo, a tendência é vivenciar tal situação como um fracasso profissional ou pessoal, resultando em um sentimento de inferioridade e exclusão social (DOPPLER, 2007).

A perda de referências no espaço e no tempo, o sentimento de inutilidade, a impotência de se projetar no futuro, a quebra dos vínculos profissionais conduz a uma perda

de identidade que, em termos de saúde, pode manifestar-se tanto a nível somático, quanto na saúde mental (MENDES, 2011).

A interação entre esses elementos, que podem ser denominados fatores psicossociais, referem-se às interações entre ambiente de trabalho e as variáveis não físicas relativas ao indivíduo como a personalidade, estilo de vida, apoio social, vulnerabilidade e resistência ao estresse, são estas interações que contribuem para a situação da saúde do trabalhador (ROCHA, 2005).

3.2 O TRABALHO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Os acidentes de trânsito, a violência e o aumento das doenças crônicas no Brasil configuram uma problemática de saúde pública em crescimento e de grande relevância, que tem provocado impacto na morbidade e mortalidade da população (PAIVA; OLIVEIRA, 2007).

Essas situações implicam vários tipos de traumas que configuram um conjunto de agravos à saúde podendo, ou não, levar à morte por causas externas. O critério da classificação das condições traumáticas baseia-se na natureza da lesão incluindo ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, envenenamentos, acidentes de trânsito, agressões físicas, ferimentos por arma branca e arma de fogo (FAB/FAF), entre outros tipos (BRASIL, 2001a).

No final da década de 1970, as mortes por acidentes e violência ocupavam o quarto lugar no quadro de mortalidade geral no Brasil. A partir da década de 1980 passaram a responder pela segunda causa de óbitos, ensaiando a discussão que se tratava de um dos mais graves problemas de saúde pública a ser enfrentado. A partir de então, essas mortes representaram 15% dos óbitos registrados no país, perdendo apenas para as doenças do aparelho respiratório (BRASIL, 2001a).

Visto a demanda eminente por esse tipo de assistência, o aumento da violência e dos acidentes de transito, associados a uma rede de assistência precária e insuficiente, verificou-se a necessidade de instituir o serviço de atenção ás urgências, assim como proporcionar capacitação e qualificação para os profissionais que atuam nesse tipo de serviço (BRASIL, 2010).

Sendo assim, o Ministério da Saúde instituiu no ano de 2003 a Política Nacional de Atenção às Urgências através da Portaria nº 1.863, que prioriza os princípios do SUS, com ênfase na construção de redes de atenção integral às urgências regionalizadas e hierarquizadas que permitam a organização da atenção, com o objetivo de garantir a universalidade do

acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada (BRASIL, 2003a).

Caracterizam-se como emergências, as situações que implicam alterações do estado de saúde, com risco iminente de morte. O tempo para resolução destas é extremamente curto, normalmente quantificado em minutos. Já as urgências são situações que apresentam alterações do estado de saúde, porém sem risco iminente de morte, e que por sua gravidade, desconforto e dor requerem atendimento médico com a maior brevidade possível. O tempo para a resolução destas alterações pode variar de algumas horas até no máximo de 24 horas (NITSCHKE et al., 2006).

Diante deste cenário, o campo de trabalho em atendimento pré-hospitalar tem crescido e junto dele, os problemas de saúde, envolvendo os profissionais que desempenham a atividade de socorrista (COSTA, 2015).

Considera-se atendimento pré-hospitalar móvel de urgência toda e qualquer assistência realizada na área de saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática e psiquiátrica), fora do âmbito hospitalar, que contribua para melhorar a saúde de um indivíduo por meio de diversos procedimentos e métodos disponíveis (BRASIL, 2004).

O atendimento pré-hospitalar móvel pode variar desde uma simples orientação médica até procedimentos avançados que visem salvar vidas, diminuindo o sofrimento, aumentando as possibilidades de sobrevivência e reduzindo sequelas físicas e emocionais (LOPES; FERNANDES, 1999).

Atualmente existem inúmeras empresas privadas prestadoras de serviços na área de APH tanto nas cidades como em rodovias e inúmeros postos de pronto atendimento, com ambulâncias cada vez mais sofisticadas, veículos de resgate e helicópteros introduzidos, permitindo que as emergências sejam atendidas não só por meio do transporte terrestre, mas também aéreo e marítimo (PORTO, 2001).

Ademais, o APH envolve uma série de profissionais que compõem a equipe de atendimento as ocorrências, dentre eles: bombeiros, policiais, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem e condutores socorristas. As ações rápidas e precisas que caracterizam o atendimento de urgência, exigem destes profissionais um alto grau de domínio cognitivo, afetivo e psicomotor diante das atividades a serem desempenhadas (ZAPPAROLI; MARZIALE, 2006).

De acordo com as autoras, três princípios básicos devem ser seguidos pelos profissionais que atuam no APH. São eles: chegar até a vítima o mais rápido possível; estabilizá-la no local, proporcionando de forma rápida e eficiente o restabelecimento de suas

funções vitais e transportá-la rapidamente ao hospital mais próximo. A chegada rápida até a vítima depende de uma conexão de serviços de emergências que permita acesso rápido ao sistema, um bom esquema de comunicação e agilidade das unidades e socorristas bem preparados e treinados.

No que diz respeito a habilitação e educação continuada desses profissionais, é possível observar a insuficiência de conteúdos curriculares durante a qualificação destes para atender as situações de urgências principalmente no âmbito pré-hospitalar móvel, uma vez que este é um serviço diferenciado do atendimento hospitalar tanto nos procedimentos, quanto no manejo do paciente e ainda nos diversos riscos a que a equipe se expõe (ZAPPAROLI; MARZIALE, 2006).

Segundo as autoras supracitadas, o APH deve contar com profissionais devidamente capacitados para atuar neste tipo de atendimento. Por se tratar de um profissional diferenciado, é de fundamental importância que possuam uma formação especializada e disponham de uma educação continuada e permanente, possibilitando assim a prestação de uma assistência de qualidade frente a população além de proporcionar segurança para a equipe de trabalho. Sabendo que este serviço ainda está sendo consolidado no país e que os profissionais atuantes nesta área ainda estão sob processo de capacitação, cresce a preocupação quanto à segurança desses trabalhadores que encontram-se constantemente expostos a diversos riscos laborais.

Dentro deste contexto observamos que, o condutor socorrista está exposto a variados estímulos durante sua atividade e que também vivencia situações de pressão. Entende- se que o socorrista precisa estar atento a vários fatores durante o atendimento em determinadas situações que exigem a memoração de uma variada série de aspectos cognitivos. Como condutor socorrista, a complexidade dessa atividade aumenta, e com ela a necessidade de uma atenção voltada a este profissional (MARÇAL; OLIVEIRA; SANTOS, 2009).

3.3 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)

Historicamente a primeira tentativa de organização moderna de auxílio médico de urgência foi colocada em prática, em 1792, por Dominique Larrey, cirurgião e chefe militar, que praticava os cuidados iniciais aos pacientes vitimados nas guerras do período napoleônico, no próprio campo de batalha, com o objetivo de prevenir possíveis complicações. Em 1955, foram criadas na França, as primeiras equipes móveis de reanimação, tendo como missão inicial a assistência médica as vítimas de acidentes de

trânsito e a manutenção da vida dos pacientes submetidos a transferências inter-hospitalares (LOPES; FERNANDES, 1999).

De acordo com os autores supracitados, a história do SAMU na França teve início nos anos 60, quando os médicos começaram a detectar a disparidade existente entre os meios disponíveis para tratar doentes e feridos nos hospitais e os meios arcaicos do atendimento pré-hospitalar até então existentes. Assim, notou-se a necessidade de um treinamento adequado das equipes de socorro e a importância da participação médica no local, com o objetivo de aumentar as chances de sobrevivência dos pacientes, iniciando previamente cuidados básicos e avançados essenciais, centrados na reestruturação da ventilação, respiração e circulação adequadas.

Em 1965, surgem oficialmente os Serviços Móveis de Urgência e Reanimação (SMUR), dispondo agora das Unidades Móveis Hospitalares (UHM). Em 1968, nasceu o SAMU, com a finalidade de coordenar as atividades dos SMUR, comportando, para tanto, um centro de regulação médica dos pedidos, tendo as suas regras regulamentadas em decreto de 16/12/1987. As equipes das UHM passaram também a intervir nos domicílios dos pacientes, configurando, definitivamente, os princípios do APH (LOPES; FERNANDES, 1999).

Ainda de acordo com os autores, no Brasil, o SAMU teve início através de um acordo mútuo, assinado entre o Brasil e a França, através de uma solicitação do Ministério da Saúde, o qual optou pelo modelo francês de atendimento, em que as viaturas de suporte avançado possuem obrigatoriamente a presença do médico, diferentemente dos padrões americanos em que as atividades de resgate são exercidas primariamente por profissionais paramédicos (categoria não existente no Brasil).

De acordo com o MS, o APH tem como representante o SAMU, que tem como objetivo chegar precocemente à vítima acometida por agravos agudos à saúde, sejam estes de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, dentre outras, que possam levar ao sofrimento, sequelas ou até mesmo a morte. Trata-se de um serviço pré-hospitalar, que visa conectar as vítimas aos recursos que elas necessitam com a maior brevidade possível (BRASIL, 2002).

Pode ser acionado pela Central de Regulação das Urgências, que deve ser de fácil acesso a população, por via telefônica, em sistema gratuito, utilizando o 192 como número nacional de urgências médicas. Nessa central, o médico regulador, após analisar o caso, define a conduta mais adequada, que vai desde uma orientação médica até o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou, inclusive, o acionamento de outros meios de apoio, se julgar necessário. A região de cobertura do serviço deve ser definida considerando aspectos

demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos utilizados (BRASIL, 2002).

O SAMU atende a três objetivos: atendimento para casos clínicos e traumáticos, regulação do sistema de vagas de urgência e emergência em hospitais secundários e terciários por uma central 24h e educação em urgência e emergência. Os atendimentos são realizados em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas, contanto com equipes que reúnem médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e condutores socorristas (DATASUS, 2013).

Assim, esse serviço é realizado através de duas modalidades de atendimento: o Suporte Básico de Vida (SBV), que se caracteriza por não realizar manobras invasivas, cujo atendimento é prestado pelo enfermeiro, técnico de enfermagem e o condutor socorrista, e o Suporte Avançado de Vida (SAV), que possibilita procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório, contando com uma equipe formada por médico, enfermeiro e condutor socorrista (SANCHES; DUARTE; PONTES, 2009).

O trabalho do SAMU é multiprofissional e exige que os profissionais que compõem suas equipes sejam escolhidos de forma minuciosa, apresentando alto nível de capacitação em APH, atendimento de urgência, rádio – comunicação, abordagem sobre o sistema de saúde local, rotinas de serviço, competências especificas, além de um perfil adequado que reúna equilíbrio emocional e autocontrole, capacidade para trabalhar em equipe, iniciativa e facilidade de comunicação, destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis, comprometimento com o serviço e diretrizes do SUS, criatividade, responsabilidade e bom senso (BRASIL, 2002).

Conforme visto, o trabalho do SAMU é realizado por uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e o condutor socorrista. São atribuições do profissional médico: julgamento e decisão da gravidade dos casos, exercer a regulação médica do sistema, prestar assistência direta aos pacientes na ambulância de suporte avançado, realizando os procedimentos médicos possíveis e necessários no ambiente pré-hospitalar, exercer o controle operacional da equipe assistencial, garantir a continuidade da assistência médica ao paciente grave, dentre outras e obedecer ao código de ética médica (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006).

Quanto às competências do profissional enfermeiro, esse deve: estar apto a supervisionar e avaliar as ações de enfermagem no APH móvel, executar prescrições médicas por telemedicina, prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de morte, que exijam conhecimentos específicos adequados, apresentar

capacidade de tomada de decisões imediatas, participar do treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde em urgências, em especial nos programas de educação continuada, dentre outras. Deve obedecer à Lei do Exercício e o Código de Ética Profissional, conhecer equipamentos e realizar manobras de extração manual de vítimas (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006).

Segundo os autores supracitados, o técnico/auxiliar de enfermagem deve ter idade superior a 18 anos, apresentar capacidade física e mental para a atividade, disposição para cumprir as ações determinadas. Deve auxiliar o enfermeiro na assistência de enfermagem, prestar cuidados a pacientes sob supervisão direta ou a distância do enfermeiro, observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, de acordo com o seu nível de qualificação, administrar medicamentos por via oral e parenteral mediante prescrição do médico regulador por telemedicina, dentre outras.

O condutor socorrista deve apresentar idade superior a 21 anos, disposição pessoal para a atividade, equilíbrio emocional e alto controle, habilitação como motorista de veículos de transporte de pacientes e capacidade para trabalhar em equipe. Quanto as competências, este profissional deve conduzir o veículo de urgência destinado ao atendimento e transporte do paciente, conhecer o veículo e seus respectivos equipamentos e realizar a manutenção dos mesmos. Comunicar-se com a central de regulação médica e seguir as orientações passadas, conhecer a malha viária local, assim como a localização dos estabelecimentos de saúde locais, auxiliar a equipe de saúde no suporte básico de vida, nas imobilizações e transporte das vítimas (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006).

De acordo com Fernandes (2004), esses profissionais deverão obedecer a cinco princípios básicos: a intervenção no local da ocorrência deve ser rápida, segura e eficaz; o designo da responsabilidade de cada profissional e das inter-relações deve ser claro; a garantia da qualidade da assistência está diretamente relacionada à competência dos profissionais e ao desenvolvimento do trabalho em equipe; as ações preventivas e educativas devem fazer parte das ações de urgência; os profissionais envolvidos devem ter conhecimento do Código de Ética, da Lei do Exercício Profissional, de acordo com a sua formação acadêmica e função que desempenha, assim como do Código Nacional de Trânsito e do Código Penal.

Considerando a realidade vivenciada por esses profissionais que dedicam seu tempo de trabalho para a realização de atividades complexas, é possível enxergar o potencial de risco para a saúde á que estão expostos. Sabe-se que a maior parte dos procedimentos realizados durante o APH, sejam eles básicos ou mais complexos, ocorrem no local da ocorrência (residências, locais de trabalho e vias públicas) não oferecendo nenhuma segurança ao

profissional envolvido, aumentando a exposição aos riscos de acordo com cada situação bem como o envolvimento em acidentes de trabalho (FERNANDES, 2004).

Atualmente, o SAMU atende 75% da população brasileira: 149,9 milhões de habitantes, distribuídos em 2921 municípios com acesso ao serviço no território nacional. Em todo o país, o MS já habilitou 2.965 unidades móveis, sendo 2.382 Unidades de Suporte Básico, 567 Unidades de Suporte Avançado e 217 Motolâncias, nove Equipes de Embarcação e sete Equipes Aeromédicas (DATASUS, 2013).

3.4 RISCOS OCUPACIONAIS À SAÚDE DO TRABALHADOR

A Saúde do Trabalhador constitui uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o processo de trabalho e a saúde. Tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no SUS (BRASIL, 2001b).

O termo surge no Brasil no cenário do Movimento pela Reforma Sanitária, que se intensificou no país a partir da década de 1980. A união dos esforços de técnicos de saúde ligados às universidades e ao Ministério da Saúde com os trabalhadores, dentro da emergência do novo sindicalismo, estabeleceu as bases desse conjunto de saberes e práticas denominado Saúde do Trabalhador. Ela nasce como contraponto aos modelos hegemônicos das práticas de intervenção e regulação das relações saúde-trabalho da Medicina do Trabalho, Engenharia de Segurança e Saúde Ocupacional (NARDI, 1997).

Para Nardi (1997), o momento culminante de mobilização popular pela saúde do trabalhador no Brasil dá-se na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e na I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, no mesmo ano. A afirmação do movimento dentro do campo institucional acontece na IX Conferência Nacional de Saúde e na II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 1994. Consolida-se, dessa forma, como conceito dentro dos textos legais da Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080 de 1990.

Assim, tem-se como definição legal no artigo VI da lei 8.080: o conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e

reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

Entre os determinantes da saúde do trabalhador estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral – presentes nos processos de trabalho. Assim, as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2001c).

Neste sentido, a saúde do trabalhador fundamenta-se sob quatro condições, bastando que apenas uma delas não seja respeitada para que o trabalho passe de construtor á destrutor da saúde, acarretando sofrimento físico e psicológico ao indivíduo. São elas: a integridade física e mental do trabalhador (que dizem respeito ao cargo desempenhado e ao ambiente de trabalho ao qual está inserido); a organização do trabalho (destacando a autonomia do trabalhador); a possibilidade do trabalhador dar um sentido ao seu trabalho (na medida em que dedica-se intensamente a tal atividade); e o reconhecimento que o trabalhador recebe em compensação da sua contribuição à sociedade (ARAÚJO, 2003).

Desta forma, existem vários tipos de agravos à saúde relacionados diretamente com o processo de trabalho, sendo o acidente de trabalho, definido como um dano à integridade física do indivíduo, o mais comum entre a classe trabalhadora (COSTA, 2015).

De acordo com o Regime de Reparação de Acidentes de Trabalho e de Doenças Profissionais (Decreto-Lei nº 98/2009, de 4 de Setembro) considera-se acidente de trabalho, aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho e que produza, direta ou indiretamente, lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte na perda ou redução, temporária ou permanente da capacidade de trabalho ou a morte (BRASIL, 2009b).

As patologias decorrentes da exposição aos riscos profissionais, também denominadas de doenças profissionais, podem ser decorrentes do ambiente, da sobrecarga física e de ordem psicológica. De acordo com o Decreto-Lei nº 98/2009, de 4 de setembro, podem ser classificadas como doenças profissionais a lesão corporal, perturbação funcional ou doença que se prove ser consequência necessária e direta da atividade exercida e não representem normal desgaste do organismo (BRASIL, 2009b).

De acordo com Takeda (2002), a palavra risco origina-se do latim *risicus,* e significa perigo, inconveniente, dano ou fatalidade eventual, provável, ás vezes até previsível. No ambiente de trabalho, alguns desses riscos são conhecidos, ou não, e outros se tornam

presentes pela modificação das condições de trabalho. Algumas situações podem tornar-se nocivas, causando lesão, doença ou inaptidão, afetando o bem-estar do trabalhador e o da comunidade. Porém, a gravidade dessas lesões depende de sua intensidade, do tempo de contato com o(s) agente(s) causador(es) ou da susceptibilidade de cada indivíduo.

A legislação brasileira contempla por meio de Norma Regulamentadora (NR) relativa a Segurança do Trabalho a existência de riscos ocupacionais peculiares a cada atividade profissional (MARZIALE, 1995).

Os trabalhadores do setor da saúde estão expostos a riscos ocupacionais peculiares à atividade que desempenham, como risco biológico (evidenciado pelo contato com microorganismos), físico (condições inadequadas de iluminação, temperatura, ruído, radiações, etc), químico (manipulação de desinfetantes, medicamentos, dentre outros), psicossocial (atenção constante, pressão dos superiores, estresse e fadiga, ritmo acelerado, trabalho em turnos alternados, dentre outros) e ergonômico (peso excessivo, trabalho em posições incômodas) (MARZIALE, 1995).

O estudo de Takeda (2002) realizado com motoristas de ambulâncias descreve que o trabalho em situações de emergência, principalmente em unidades móveis, possui particularidades devido às características deste ambiente laboral. Dentre os riscos biológicos, vírus, fungos e bactérias, podem ser transmitidos pelas mãos ou pela utilização de materiais não limpos, desinfetados ou esterilizados e pelo contágio indireto, por objetos contaminados do paciente ou por intermédio do ar. O risco químico é evidenciado pelo uso do hipoclorito de sódio, que é utilizado regularmente na desinfecção do veículo e pela inalação de agentes químicos provenientes da combustão dos automóveis.

O mesmo estudo aponta que os motoristas de ambulância estão frequentemente expostos a riscos ergonômicos, provenientes de frequente levantamento de peso para movimentação e transporte de pacientes e equipamento, posturas prolongadas e inadequadas, flexões da coluna vertebral em atividades de organização e assistência. Essas ações podem causar problemas posturais, fadiga, hérnias, fraturas, torções, contusões, lombalgias e varizes. Além disso, esses trabalhadores realizam rodízio de turnos e trabalho noturno.

Em relação aos riscos ergonômicos cognitivos, referem-se aos processos mentais, tais como percepção, memória, raciocínio e resposta motora, conforme afetem as interações entre seres humanos e outros elementos de um determinado sistema. Incluem-se ainda nessa categoria a carga mental de trabalho, tomadas de decisão, desempenho especializado, relacionamento interpessoal e do homem com a máquina, além do estresse ocupacional (ABERGO, 2010).

As fontes de estre**sse** podem ser, por exemplo, barulho, sinalização confusa, pedestres, trânsito lento, mudanças na vida profissional e afetiva, a existência de dívidas, desentendimentos e até baixa autoestima. Evitar que esses fatores contribuam para os acidentes depende de como o motorista lida com tudo isso e como descarrega a tensão (TAKEDA. 2002).

Portanto, a falta de segurança que esses trabalhadores vivenciam é evidente, o que remete a necessidade da utilização de medidas e materiais que visem a prevenção e/ou redução de possíveis danos à saúde desses trabalhadores. Torna-se extremamente importante e necessário a motivação e conscientização desses profissionais quanto ao uso de EPIs e EPCs, caracterizando fator primordial para a manutenção da saúde ocupacional.

Para Diniz (2010), os Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC), constituem todas as medidas ou dispositivos, sinais, imagens, sons, instrumentos ou equipamentos destinados à proteção de determinado grupo de pessoas. Além dos EPCs, os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) são indispensáveis à proteção do trabalhador no ambiente laboral.

De acordo com a Norma Regulamentadora 6 (NR-6), Equipamento de Proteção Individual (EPI) é todo e qualquer dispositivo de uso individual proposto à proteção de riscos susceptíveis de ameaça à saúde e a integridade física do trabalhador, tais como luvas, aventais, gorro, bata, óculos, máscaras faciais, protetor auricular, macacão e bota para os membros inferiores. É de total responsabilidade do órgão empregador, o fornecimento dos EPIs adequados aos riscos implicados de acordo com a atividade exercida, bem como o treinamento dos trabalhadores quanto à forma correta de utilização e conservação desses equipamentos (BRASIL, 2005).

Sendo assim, na condição de prática social, as ações de saúde do trabalhador apresentam dimensões sociais, políticas e técnicas indissociáveis. Como consequência, esse campo de atuação tem interfaces com o sistema produtivo e a geração da riqueza nacional, a formação e preparo da força de trabalho, as questões ambientais e a seguridade social. De modo particular, as ações de saúde do trabalhador devem estar integradas com as de saúde ambiental, uma vez que os riscos gerados nos processos produtivos podem afetar, também, o meio ambiente e a população em geral (BRASIL, 2001c).

3.5 O CONDUTOR SOCORRISTA

Há pouca literatura disponível sobre a categoria de motoristas profissionais, quase nenhuma relativa aos condutores de ambulâncias. Contudo, sabe-se que este profissional conduz a ambulância no transporte de emergência, zelando pelos pacientes e pela equipe de

saúde que realiza os atendimentos. Realiza a transferência de pacientes em ambulâncias simples (USB) e em UTIs móveis (USA) seguindo rotas, assim como, a manutenção e organização desses veículos (BRASIL, 2010b).

Segundo Costa (2006), a atividade do motorista exige atenção constante, precisão na realização das ações, autocontrole, reflexo rápido (direção defensiva), análise e interpretação das informações fornecidas pelos equipamentos do veículo. O sistema visual, auditivo, a percepção, a coordenação dos movimentos, o raciocínio rápido para manipular os mecanismos e equipamentos do veículo, estacionar, avançar, desviar, são solicitações que devem ser percebidas, analisadas e respondidas em fração de segundos. E, a exigência mental da profissão, aliada aos fatores econômicos, administrativos, físicos e sociais pode aumentar as cargas de estresse no organismo, sendo este a disfunção geradora de distúrbios orgânicos dos mais variados no ser humano.

Conforme explicitado, existem estudos que enfocam os riscos acima citados, dentro da ergonomia física, mas estes não dão ênfase aos aspectos cognitivos a que estão sujeitos os motoristas socorristas. Apesar de sua importância, os estudos sobre a referida temática são escassos (PINTO; SOUZA, 2015).

O perfil profissional do motorista socorrista do SAMU além de ser de nível básico, habilitado a conduzir veículos de urgência padronizados pelo código sanitário e pela portaria Ministerial MS 2048/GM de 5 de novembro de 2002, como ambulância, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos nesta Portaria (BRASIL, 2002), é composto por vários requisitos especificados a seguir:

Requisitos gerais: maior de vinte e um anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; disponibilidade para a capacitação de 40 horas iniciais e duas horas semanais. Requisitos específicos: ter segundo (2º) Grau completo; experiência mínima comprovada de dois anos de trabalho como motorista; habilitação profissional como motorista de veículos de transporte de pacientes, de acordo com a legislação em vigor (Código Nacional de Trânsito) tendo a Carteira Nacional de Habilitação Categoria “D”; Certificado de participação em Curso de Direção Defensiva e em Curso de Suporte Básico de Vida (SBV).

Contudo, a função do condutor não é limitada apenas pelo transporte de pacientes e passageiros, ele também é um socorrista. O condutor auxilia a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte a vítima: auxilia a equipe nas imobilizações e transporte das vítimas, realiza medidas de reanimação cardiorespiratória básica, identifica todos os tipos de materiais

existentes no veículo de socorro e sua utilidade, de modo que constitui um profissional de extrema importância para a equipe de saúde (BRASIL, 2006).

Conforme Brasil (2002), em sua portaria Ministerial MS n° 2048/GM, são atribuições deste profissional: conduzir veículo terrestre de urgência destinado ao atendimento e transporte de pacientes; conhecer integralmente o veículo e realizar manutenção básica do mesmo; estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a central de regulação médica e seguir suas orientações; conhecer a malha viária local; conhecer a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema assistencial local; auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida; auxiliar a equipe nas imobilizações e transporte de vítimas; realizar medidas reanimação cardiorespiratória básica; identificar todos os tipos de materiais existentes nos veículos de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde; comparecer, atuando ética e dignamente, ao seu local de trabalho, conforme escala de serviço predeterminada, e dele não se ausentar até a chegada do seu substituto; cumprir com pontualidade seus horários de chegada aos plantões determinados, com o mínimo de quinze minutos de antecedência; tratar com respeito e coleguismo os outros médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e motoristas, liderando a equipe que lhe for delegada com ordem e profissionalismo; utilizar-se com zelo e cuidado das acomodações, veículos, aparelhos e instrumentos colocados para o exercício de sua profissão, ajudando na preservação do patrimônio e servindo como exemplo aos demais funcionários, sendo responsável pelo mau uso; manter-se atualizado, frequentando os cursos de educação continuada e congressos da área, assim como dominar o conhecimento necessário para o uso adequado dos equipamentos da Unidade Móvel; acatar e respeitar as rotinas estabelecidas; participar das reuniões convocadas pela direção; participar das comissões de estudo e de trabalho, quando requisitado pela direção técnica; acatar as deliberações da direção técnica; participar da formação inicial e de, no mínimo, 80% (oitenta por cento) dos cursos de educação continuada oferecidos, sendo que o não cumprimento acarretará em sanções sujeitas ao desligamento do profissional.

Ainda segundo a portaria 2048/GM (BRASIL, 2002), a carga horária do motorista socorrista é de 38 horas semanais, sendo realizados em três plantões de 12 horas (diurnos e/ou noturnos) acrescidos de duas horas de capacitação/treinamento por semana, distribuídos por escala de serviço mensal. O motorista socorrista deve também estar uniformizado em todo o período de trabalho no SAMU e cumprir escala de serviço previamente estabelecida.

Atualmente a categoria é regida pelo Código de Trânsito Brasileiro (CTB), através da resolução 168 do Contran – Conselho Nacional de Trânsito, que estabelece Normas e Procedimentos para a formação de condutores de veículos automotores e elétricos, a

realização dos exames, a expedição de documentos de habilitação, os cursos de formação, especializados, de reciclagem e dá outras providências.

Diante do exposto, o condutor é um profissional que está exposto a variados estímulos durante a atividade que exerce e que também vivencia situações de pressão. Por sua vez, o socorrista é um profissional que precisa estar atento a vários fatores durante o atendimento que exigem a evocação de uma variada gama de aspectos cognitivos. Como condutor socorrista, a complexidade da atividade aumenta, e com ela a necessidade de uma atenção voltada a este profissional (MARÇAL; OLIVEIRA; SANTOS, 2009).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão integrativa, que consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos (BEYEA, 1998).

O propósito inicial deste método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão (BROOME, 2000).

Todo o percurso metodológico da revisão integrativa seguiram seis etapas:

4.1 PRIMEIRA ETAPA: ELABORAÇÃO DA PERGUNTA NORTEADORA

Esta etapa caracterizou-se pelo estudo teórico sobre o problema a ser pesquisado respondendo a uma questão proposta, definindo as variáveis mais importantes e delimitando a questão de pesquisa (COOPER, 1989).

Pergunta norteadora: Quais são os riscos ocupacionais aos quais os condutores socorristas do SAMU estão expostos?

4.2 SEGUNDA ETAPA: BUSCA OU AMOSTRAGEM NA LITERATURA

Após a definição da pergunta norteadora da pesquisa, iniciou-se a busca dos dados, realizada através da escolha das bases de dados, bem como a elaboração das justificativas dos critérios de inclusão e exclusão utilizados para a busca dos artigos. (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998).

Os descritores usados foram: Saúde do Trabalhador; Socorro de Urgência; Riscos Ocupacionais; Serviços Médicos de Emergência e Motorista de Ambulância. Foram utilizados como critérios de inclusão: as publicações que apresentaram textos completos na forma de artigos, teses ou dissertações disponíveis online na íntegra, que abordassem a temática nos idiomas português, inglês ou espanhol, realizados em território nacional. Como critérios de exclusão foram adotados: os documentos que não apresentaram o texto completo disponível nas bases de dados ou não atenderam a nenhum dos critérios citados anteriormente.

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de consulta as bases de dados da Biblioteca Virtual De Saúde (BVS), que envolve: a Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem On-line (MEDLINE), a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da

Saúde (LILACS) e na Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), por serem bases de dados reconhecidas que dispõe de elementos cultos com ampla discursão científica.

Entretanto, o material encontrado nesses bancos de dados foi bastante resumido, constituindo um total de seis artigos científicos, sendo necessário expandir a busca para bibliotecas online com banco de teses e dissertações.

Dessa forma, foram encontradas uma tese e duas dissertações na Biblioteca da Universidade de São Paulo (USP), uma renomada e reconhecida instituição de ensino que valida a inclusão do material para o estudo. Porém apenas a tese de doutorado atendeu aos critérios de seleção utilizados.

A busca desse material ocorreu entre os meses de fevereiro e abril de 2016, considerando as expressões: trabalho *and* transporte *and* risco ocupacional *and* socorro de urgência *and* serviço médico de urgência *and* motorista de ambulância *and* motorista.

Como limites para a pesquisa estabeleceu-se a escolha de estudos compreendidos entre 2002 a 2015.

4.3 TERCEIRA ETAPA: CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS

Esta etapa consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, utilizando um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chave (BEYEA, 1998).

Assim, buscando facilitar a compreensão dos resultados obtidos, permitindo uma melhor análise e discussão dos dados, utilizou-se como instrumento um quadro representativo com as especificações de cada um dos artigos além do objetivo geral e resultados obtidos.

4.4 QUARTA ETAPA: AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA

Esta etapa é equivalente à análise detalhada dos dados em uma pesquisa convencional, utilizando ferramentas apropriadas para garantir a validade da revisão. Esta análise deve ser realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos (BEYEA, 1998; GANONG, 1987).

Sendo assim, procedeu-se a avaliação dos dados coletados, através de um julgamento crítico sobre a qualidade e relevância dos mesmos para a pesquisa, se estes contemplam seu interesse, se respondem a sua problemática e se vão colaborar para o seu estudo (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998).

Para organizar e registrar as informações colhidas foi elaborado um quadro demonstrativo contendo os seguintes dados: identificação do artigo (título, autores, ano de publicação, volume, número, periódicos, descritores); metodologia; objetivos e resultados/considerações.

4.5 QUINTA ETAPA: INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Esta etapa corresponde à fase de discussão dos principais resultados na pesquisa convencional e na avaliação crítica dos estudos incluídos, realizando a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa (GANONG, 1987).

Corroborando com isto, tornou-se possível identificar as principais dificuldades encontradas durante o percurso da pesquisa, permitindo que o revisor aponte sugestões pertinentes para futuras pesquisas direcionadas a este tema, contribuindo assim para a melhoria da assistência à saúde.

4.6 SEXTA ETAPA: APRESENTAÇÃO DA REVISÃO/SÍNTESE DO CONHECIMENTO

A revisão integrativa deve incluir informações suficientes que permitam ao leitor avaliar a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão, os aspectos relativos ao tópico abordado e o detalhamento dos estudos incluídos (GANONG, 1987).

Esta etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. É um trabalho de extrema importância, uma vez que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, será apresentada a discussão dos principais resultados da pesquisa fundamentada na avaliação crítica dos estudos incluídos, realizando a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa.

Foram analisados os artigos publicados entre o ano de 2002 a 2015, lidos na íntegra sobre a temática em questão: riscos ocupacionais relacionados à atividade de condutores socorristas no SAMU. A apresentação dos resultados será dividida em dois tópicos: um caracterizando as publicações científicas e outro abordando as categorias temáticas para que o assunto seja explorado na íntegra.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS

Observou-se uma escassez de produções científicas em bancos de pesquisas nacionais. A amostra final desta revisão foi constituída por seis artigos científicos e uma tese de doutorado, ambos selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Destes, três artigos foram encontrados na base de dados SCIELLO e três na BVS. A tese de doutorado foi encontrada na Biblioteca da Universidade de São Paulo (USP).

Nos seis artigos e uma tese utilizados nesse estudo, buscou-se conhecer quais os riscos ocupacionais a que estão expostos os profissionais condutores socorristas durante a realização de suas atividades no SAMU, além de conscientizar quanto a importância e contribuição dessa categoria para os serviços em saúde.

No entanto, esses números reduzidos de produções científicas trazendo uma abordagem específica à saúde do condutor de ambulância, se justificam tendo em vista que essa ainda é uma categoria profissional em ascensão, pouco divulgada e que vem lutando diariamente pelo devido reconhecimento e valorização desses trabalhadores tanto no âmbito da prestação de serviços em saúde como também da saúde do trabalhador.

Contudo, há vasta literatura sobre outros componentes da equipe de APH, como também sobre os profissionais motoristas de passageiros e de cargas (motoristas de transporte coletivo urbano e caminhoneiros). Portanto, justifica-se a inclusão de uma tese de doutorado com abordagem específica ao tema em questão, constituindo uma fonte de estudo também confiável para a complementação da amostra final.

Apresenta-se a seguir o quadro sinóptico com os artigos sintetizados para serem analisados no presente estudo.

Quadro 1 - Categorização das publicações científicas incluídas na revisão integrativa segundo nome dos autores, periódico, ano de publicação, volume, número, descritores, metodologia, título, objetivo e resultados.

Autor	Periódico	Ano	Volume	Número	Descritores	Metodologia	Título	Objetivo	Resultados
PINTO, F. M.; DE-SOUZA; P. C. Z.	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional	2015	v. 40	n. 131	Trabalho; Transportes; Saúde do Trabalhador; Gerenciamento da Prática Profissional.	Pesquisa descritiva, de corte transversal com análise quanti-qualitativa dos dados.	A atividade de trabalho de motoristas de ambulância sob o ponto de vista ergológico	Analisar a atividade dos motoristas de ambulância do Serviço Móvel de Urgência (SAMU).	Os motoristas atribuem as principais dificuldades para realizar o trabalho ao modo de organização prescrita do trabalho no SAMU, à gestão temporal da atividade, à atividade no trânsito, à relação com a população usuária e ao risco de contrair doenças.
GUIMARÃES, E. P. A.; SILVA, R. F.; SANTOS, J. B. F.	O público e o privado	2015	v. 1	n. 25	SAMU, Condutor de Ambulância. Condição de Trabalhos. Riscos. Saúde do Trabalhador.	Estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, com o uso de entrevistas semiestruturadas, observação direta e pesquisa bibliográfica e documental.	Condutores de esperança: condições de trabalho de condutores de Ambulância do SAMU	Discutir os principais riscos e agravos relacionados ao trabalho dos condutores-socorristas de veículos do SAMU 192 do Município de Fortaleza -CE.	Registraram-se pelo menos nove riscos e agravos: má conservação dos veículos, direção em estrutura viária deficiente, problemas osteoarticulares, exposição a agentes infecciosos, plantões excessivos e escalas noturnas, violência urbana, e, por fim, estresse.

Continua

GOMES, B.B; SANTOS, W.L.	Revista de Divulgação Cientifica Sena Aires	2012	v. 1	n.1	Biossegurança, Assistência Pré-hospitalar Móvel, Risco Ocupacional.	Estudo transversal descritivo.	Acidentes laborais entre a equipe de atendimento pré-hospitalar móvel (bombeiros/SAMU) com destaque ao risco biológico	Identificar a frequência de acidentes laborais entre equipe de atendimento pré-hospitalar móvel representada pelo Corpo de Bombeiros e o Serviço de Atendimento móvel de Urgência (SAMU), com destaque aos riscos biológicos.	70% foram alertados quanto ao risco biológico na admissão, 61% não participaram de trabalhos de educação permanente sobre biossegurança; 70% referiram inexistência de serviço especializado para orientação e acolhimento ao profissional, 76% da equipe foram vacinados contra hepatite B, e apenas 33% fizeram o esquema com três doses. 100% consideraram a utilização das luvas de procedimento ou cirúrgicas indispensáveis e 97% referiram utilizá-las sempre. Foram constatadas nove exposições a material biológico, 89% durante os atendimentos das vítimas, 67% ao realizar os procedimentos de imobilização. 55% dos socorristas tiveram maior frequência de acidentes, 56% informaram de imediato o acidente e apenas 44% foram atendidos por algum serviço especializado.

Continuação

TAKEDA, E; ROBAZZI, M. L. C. C.	Revista Latino-americana Enfermagem	2007	v. 15	n.3	Trabalho; Acidentes de Trabalho; Ambulâncias; Socorro de Urgência; Serviços Médicos de Emergência	Investigação quanti-qualitativa.	Acidentes de trabalho com motoristas de ambulâncias que realizam socorro de urgência	Estudar a ocorrência de acidentes de trabalho (AT) com motoristas de ambulância que realizam Socorro de Urgência (SU), buscando evidenciar os tipos desses eventos e suas causas.	A maioria dos AT foram típicos, por excesso de exercícios e movimentos vigorosos e repetidos (42,11%) e agressão por meio de força corporal e outros meios (26,33%). Os AT ocorrem, principalmente, porque os motoristas executam tarefas não condizentes com a sua formação profissional.

Continuação

MARÇAL, M. A; OLIVEIRA, K; SANTOS, E.	XV Congresso Brasileiro De Ergonomia	2009	v.1	s/n	Estresse, Carga Mental, Motorista, Saúde Ocupacional	Pesquisa descritiva, de corte transversal com análise quanti-qualitativa dos dados.	Estudo da relação entre a carga mental e o nível de estresse ocupacional em motoristas socorristas do SAMU.	Estudar a relação entre a carga mental considerando as seguintes e o estresse no trabalho em motoristas socorristas do SAMU.	Com relação ao estresse no trabalho, pode- se observar que 40% dos motoristas apresentam algum nível de estresse. Os aspectos do trabalho que representaram as principais fontes de estresse foram a falta de treinamentos, discriminação/favoritismo, tarefas além da capacidade, deficiência na divulgação de informações organizacionais e falta de autonomia que apresentaram uma correlação de Sperman significativa com $p< 0,05$. Quando a correlação entre o nível de estresse e variáveis de carga mental, observou-se uma correlação (Sperman) significativa entre o nível de estresse e a alta carga mental temporal-cognitiva ($p<0,008$) e afetiva-emocional ($p<0,042$) com um nível de significância $\alpha<0,01$ e $\alpha<0,05$ respectivamente.

Continuação

ZAPPAROLI, A. S; MARZIALE, M. H. P.	Revista Brasileira de Enfermagem-REBEN	2006	v. 59	n. 1	Risco Ocupacional; Enfermagem em Emergência; Saúde Ocupacional.	Pesquisa exploratória, descritiva com análise quantitativa dos dados.	Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências	Identificar os fatores de risco ocupacional a que estão expostos os profissionais da equipe das Unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências.	Os fatores de risco identificados pela maioria dos trabalhadores foram: físicos (elevados níveis de temperatura e ruído ambiental); químicos (manipulação de substâncias químicas); biológicos (exposição a microorganismos e falta de materiais disponíveis). Os riscos peculiares à atividade foram: risco de ocorrência de acidentes automobilísticos (90% dos trabalhadores), agressões física e moral (90% dos trabalhadores) e acidentes com material pérfurocortante (72,5% dos trabalhadores). A violência foi descrita por 75 % dos trabalhadores como fator de risco mais preocupante no trabalho. A maioria dos trabalhadores identificou os riscos ocupacionais. No entanto, a minoria utiliza medidas adequadas de segurança, revelando a necessidade de intervenções.

Continuação

TAKEDA, E.	Biblioteca Virtual da USP	2002	v. 1	s/n	Riscos Ocupacionais; Motoristas de Ambulância; Acidentes e Doenças do Trabalho.	Estudo de caso, com abordagem de análise quanti-qualitativa.	Riscos ocupacionais, acidentes do trabalho e morbidade entre motoristas de uma central de ambulância do Estado de São Paulo	Investigar os riscos ocupacionais, os acidentes de trabalho e doenças que acometem motoristas de uma central de ambulância de Marília (São Paulo).	Os riscos encontrados foram os ergonômicos e suas subcategorias fisiológicas, psicológicas e organizacionais, riscos de acidentes, riscos biológicos e riscos físicos. Constatou-se que 13 (59,09%) dos motoristas relataram ter sofrido 19 acidentes de trabalho (AT). Dentre estes destacaram-se aqueles ocorridos em decorrência do excesso de exercícios e movimentos vigorosos e repetitivos, agressão, impacto, quedas e penetração de corpo estranho no olho. Dos 19 AT, 15 (78,94%) referem-se a traumatismos, 10,53% a dorsalgias inespecíficas, 5,26% a fratura de ossos do metatarso e 5,26% a presença de corpo estranho no olho. Quatro motoristas referiram ter adoecido, sendo que dois apresentaram traumatismos não especificados do abdome, dorso e pelve; um relatou transtorno de disco intervertebral e outro, afecção ocular devida ao vírus do herpes.

Fonte: SCIELLO, BVS, SIBiUSP, 2016.

Conclusão

5.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS

Neste tópico serão expostas as categorias temáticas, que constituem discussões de ampla relevância para esse estudo, aperfeiçoando o entendimento através da leitura exaustiva e refinada dos artigos selecionados.

Nos seis artigos estudados, assim como na tese de doutorado também utilizada, foram identificados cinco temas que analisam a questão norteadora desse estudo. São eles: perfil do profissional condutor socorrista, condições e organizações do trabalho, riscos ocupacionais entre os condutores de ambulância, uso de equipamentos de proteção individual e fontes estressoras.

A seguir apresenta-se a análise dos artigos separados em cinco categorias temáticas:

5.2.1 Categoria 1: Perfil do Profissional Condutor Socorrista

O profissional condutor socorrista do SAMU deve possuir nível básico, habilitado a conduzir veículos de urgência padronizados pelo código sanitário e pela portaria Ministerial MS 2048/GM de 5 de novembro de 2002, como ambulância, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos nesta Portaria.

O perfil profissional traçado pelo estudo de Takeda (2002) demonstra que a faixa etária dos condutores socorristas da Central de Ambulâncias (CA) de Marília se encontra entre 36 a 40 anos de idade (40,90%), seguida de 41 a 45 anos (27,29%). Todos os 22 entrevistados pertencem ao sexo masculino, sendo a maioria casada (81,82%) e os demais (18,18%), solteiros. A maior parte dos trabalhadores não concluiu o primeiro grau (40,90%); 31,82% terminaram o segundo grau e 27,28%, o primeiro grau.

De acordo com Guimarães, Silva e Santos (2015), os condutores entrevistados possuem perfil predominantemente masculino, com idade acima de 40 anos, todos com relacionamentos estáveis e com nível de escolaridade correspondente ao segundo grau completo. Dois condutores cursam nível superior. Quanto ao vínculo empregatício, dentre os profissionais pesquisados, metade são concursados trabalhando há mais de nove anos no SAMU Fortaleza, visto que o último concurso aconteceu em 2005. A outra metade é terceirizada.

Com relação ao tempo de trabalho como motorista socorrista, Marçal, Oliveira e Santos (2009) observaram que a maioria dos profissionais entrevistados já superou os dois anos de função e que a maioria tem até cinco anos como condutor socorrista. Os valores para até 10 anos e mais de 10 anos são significantes e representam um total de 49% dos profissionais estudados.

Corroborando com isso, Zapparoli e Marziale (2006) constataram que os trabalhadores da equipe de APH possuíam idade entre 18 e 61 anos sendo que a faixa etária mais frequente observada foi àquela compreendida entre 28 e 48 anos (95 %). Quanto ao sexo, 67,5% dos trabalhadores eram do sexo masculino e 32,5% do sexo feminino; 47,5% dos trabalhadores eram casados e 52,5% dos trabalhadores solteiros ou separados. Em relação à experiência profissional, 25 trabalhadores (62,5%) possuíam tempo de serviço na profissão inferior a cinco anos e 26 trabalhadores (65%), possuíam tempo de serviço na unidade superior a cinco anos.

Gomes e Santos (2012) observaram a predominância do sexo masculino com idade entre 30 e 40 anos. Quanto ao grau de escolaridade, a maioria dos trabalhadores possui o segundo grau incompleto. Não foram mencionadas informações quanto ao estado civil dos trabalhadores pesquisados.

5.2.2 Categoria 2: Condições e Organizações do Trabalho

Este tema analisa a organização do trabalho dos condutores de ambulância do SAMU, a relação das hierarquias com outros profissionais da equipe e com as atribuições e responsabilidades da função de condutor-socorrista. As condições de trabalho, por sua vez, dizem respeito às características físicas, químicas e biológicas dos diversos ambientes de trabalho: base onde aguardam o acionamento; ambulância; vias de acesso até a chegada no local da ocorrência; locais de atendimento em que executam a atividade de socorro às vítimas e para onde conduzem os pacientes.

Entende-se por organização do trabalho, a divisão deste, o conteúdo da tarefa (na medida em que dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade. Para analisar as condições de trabalho, necessita-se conhecer o ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, atitude etc.), ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças etc), o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas,

fungos), as condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho (DEJOURS, 1992).

Mauro et al. (2004), afirmam que o ambiente do trabalho pode transformar-se em elemento agressivo ao indivíduo. Qualquer que seja a origem do desequilíbrio existe a possibilidade de dano para a saúde do trabalhador.

De acordo com Bulhões (1994), a atividade de trabalho pode implicar consequências sobre os estados físico, mental e psicológico do sujeito, gerando os efeitos descritos sob as denominações de satisfação, conforto, carga de trabalho, fadiga, estresse, doenças e acidentes de trabalho.

O estudo de Guimarães, Silva e Santos (2015) demonstra o que foi exposto pelos autores supracitados, identificando os impactos positivos e negativos inerentes à organização e às condições do trabalho dos profissionais condutores socorristas do SAMU Fortaleza em sua rotina.

Em relação ao cotidiano do condutor socorrista do SAMU, os autores supracitados observaram que este tem início com a checagem do veículo e do material utilizado no socorro às vítimas. Após a checagem, eles aguardam o chamado para as ocorrências na base. Um dos profissionais relatou a diferença na checagem dos veículos no que se refere ao tipo de veículo utilizado (USB/USA).

Marçal, Oliveira e Santos (2009) mostraram que o local de trabalho dos condutores socorristas se divide entre a central, a base descentralizada e as Unidades Móveis do SAMU ou ainda entre serviço ativado pelo SAMU em casos excepcionais. O estudo destaca ainda que dentro de sua rotina de trabalho faz-se necessário que o condutor socorrista compareça à central para abastecimento da ambulância diariamente.

Quanto a carga horária de trabalho, os condutores seguem um regime de 12 plantões mensais, com períodos de 12 horas intercalados por 36 horas de folga. Porém, os condutores relataram que, muitas vezes, dobram seus plantões, trabalhando em outros locais e em outros veículos, no próprio SAMU Fortaleza, como, por exemplo, nas motolâncias (GUIMARÃES; SILVA; SANTOS, 2015).

Sobre plantões excessivos e escalas noturnas, os autores supracitados observaram que a principal queixa dos condutores é de cansaço, decorrente do excesso de plantões e da ausência de substitutos para eventuais faltas, o que causa sobrecarga de trabalho. Alguns trabalhadores afirmaram enfrentar problemas relacionados ao sono em virtude das escalas de plantões noturnos. Foi citado ainda que a constante tensão em

aguardar o chamado do rádio pode ser desencadeadora de transtornos do sono, com efeitos danosos à saúde desses profissionais.

Zapparoli e Marziale (2006) mostraram que o trabalho em turnos alternados pode ocasionar problemas sociais, familiares e de saúde nos trabalhadores, especialmente distúrbios de sono, distúrbios alimentares, dificuldade de concentração e atenção e fadiga.

Percebe-se que o fato de os condutores dobrarem suas escalas de plantão tanto em outros serviços como no próprio SAMU Fortaleza, justifica-se pela má remuneração da categoria. Porém essa prática de complementação de renda com plantões resulta numa média semanal de 70 horas de trabalho. Um profissional relatou também ser empregado de uma empresa APH particular, outros dois afirmaram trabalhar no setor de serviços, um disse ser pastor evangélico e os demais confirmaram que faziam plantões independentes (GUIMARÃES; SILVA; SANTOS, 2015).

Observou-se também em Marçal, Oliveira e Santos (2009), que 60% dos condutores socorristas realizam hora extra, o que pode acarretar uma sobrecarga de trabalho. Isto também é demonstrado por 83% dos motoristas que são solicitados a substituir um motorista ausente. Takeda e Robazzi (2007) constataram que 12 (54,54%) dos condutores socorristas exercem outra função remunerada, ou seja, executam trabalho extra, podendo-se inferir que, com essa rotina, não lhes sobra tempo suficiente para um adequado descanso, o que pode gerar cansaço e aumentar a probabilidade de AT, além de adoecimentos variados.

Em relação as condições de trabalho, as narrativas dos sujeitos envolvidos na pesquisa de Guimarães, Silva e Santos (2015) demonstram que as condições de trabalho revelam risco à saúde, notadamente no que se refere à conservação dos veículos; direção em estrutura viária deficiente; problemas osteoarticulares; exposição a agentes infecciosos; plantões excessivos e escalas noturnas – que ocasionam problemas relacionados ao sono e ao cansaço; violência urbana; e, por fim, o estresse, oriundo da pressão exercida pelas responsabilidades da profissão, das cobranças das sociedades e da gestão, entre outros problemas inerentes ao exercício laboral.

Observou-se no estudo que dos problemas relacionados a má conservação dos veículos, destaca-se a falta de manutenção, especialmente de sirene, sinaleiras e freios das ambulâncias, equipamentos essenciais para evitar acidentes envolvendo ocupantes das ambulâncias e terceiros. Um dos condutores relatou que quase sofreu um acidente em virtude da falta de manutenção adequada dos veículos, além de que os problemas

identificados dificultam o atendimento em tempo hábil e os transtornos deles decorrentes (GUIMARÃES; SILVA; SANTOS, 2015).

Em estudo, Zapparoli e Marziale (2006) ressaltam que os trabalhadores consideraram adequadas às condições de organização do trabalho (52,5%), iluminação (67,5%) e volume de tarefas que executam rotineiramente (47,5%). Os condutores relataram ainda satisfação pelo trabalho executado no APH.

Pinto e Souza (2015) identificaram três aspectos considerados relevantes em sua pesquisa sobre as condições de trabalho dos condutores socorristas. São eles: as variabilidades provenientes das ocorrências, as condições insatisfatórias de trabalho e, por último, em decorrência desses dois aspectos, a impotência dos motoristas frente à plena realização de um atendimento móvel com qualidade e segurança.

Os autores supracitados observaram mediante as falas dos trabalhadores, queixas quanto a inadequação dos equipamentos disponíveis às equipes de socorro, a precariedade das viaturas, as más condições das vias e a falta de cooperação no trânsito, por parte de outros motoristas, além das variabilidades habituais (engarrafamentos, horários de pico, chuva, entre outros). Essas situações dificultam a ação rápida desses profissionais no trajeto para as ocorrências e segundo eles, gera, na população, um descrédito em relação ao serviço do SAMU.

Takeda (2002) observou em seu estudo, que em relação as condições de trabalho, os motoristas relataram a ausência de treinamento/informação, falta de conhecimento prático do colega novo, desconhecimento sobre o paciente a ser atendido, ausência de recursos humanos, inadequação quanto a função exercida. Em relação a situação das viaturas, percebeu-se que a manutenção das ambulâncias é um ponto bastante negligenciado.

Em relação as competências do condutor socorrista, verificou-se que a atuação desses profissionais no momento da ocorrência vai além da checagem do veículo e dos materiais a serem utilizados. Durante as ocorrências, eles atuam diretamente no socorro às vítimas, de acordo com os conhecimentos adquiridos em treinamentos ou adquiridos com a prática cotidiana. Através dos depoimentos dos condutores entrevistados, constatou-se que eles reconhecem a importância do seu trabalho e se consideram capazes de atuar junto aos demais colegas, respeitando-os e seguindo os protocolos, afirmando que sua função vai além de condutor de veículo, atuando também como socorrista (GUIMARÃES; SILVA; SANTOS, 2015).

Marçal, Oliveira e Santos (2009) também destacam que a atribuição do condutor socorrista do SAMU não se restringe apenas a condução do veículo, o que torna sua atividade ocupacional ainda mais complexa, e merecedora de uma análise mais minuciosa. O estudo procurou investigar se os motoristas estavam procedendo dentro das funções que lhe são atribuídas, ou se faziam aquém ou além destas. Verificou-se então que 57% dos condutores percebem que suas atividades estão além de suas atribuições.

De acordo com esta investigação, observou-se que no que se refere aos procedimentos próprios da sua atividade a maioria dos profissionais teve resposta positiva, principalmente na transferência do paciente para a ambulância onde a resposta foi unânime, bem como a realização de atendimento e intervenção junto ao paciente em que obteve-se 86% de resposta positiva (MARÇAL; OLIVEIRA; SANTOS, 2009).

Sobre as informações que possuíam em relação às atividades de competência de sua categoria profissional, Zapparoli e Marziale (2006) em estudo com a equipe de APH, revelaram que dos seis (30%) condutores socorristas entrevistados um (5%) informou sobre as atividades que lhes compete em concordância com a legislação profissional, um (5%) demonstrou desconhecimento quanto as atividades legalmente atribuídas, uma vez que emitiu respostas em desacordo com a lei de exercício profissional da categoria profissional e quatro (20%) não souberam informar sobre as atividades que lhes são legalmente atribuídas, o que indica a necessidade da aquisição de informações.

Takeda e Robazzi (2007) destacam que sem a devida formação, os condutores socorristas acabam exercendo um desvio de sua função, assumindo tarefas de outros trabalhadores da saúde, que deveriam compor a equipe das ambulâncias. Dessa forma, as tarefas reais que realizam ultrapassam aquelas que lhes são determinadas.

Em seu estudo, Takeda (2002) ressalta que os cargos dos motoristas declarados na central de ambulâncias não indicam a função real que desempenham, nem a verdadeira responsabilidade que possuem. A autora observou que esses trabalhadores não só conduzem as viaturas como também entram nas residências dos pacientes, prestam cuidado até sua chegada ao pronto-socorro, acalma a violência, o desespero e a angustia das pessoas e chegam até a realizar partos no interior das ambulâncias.

No caso em questão, os condutores socorristas podem colocar em risco a vida de outras pessoas por estarem, muitas vezes, realizando procedimentos para os quais não estão preparados, bem como arriscando-se também em adquirir doenças, uma vez que

alguns não sabem identificar por exemplo quais são as doenças transmissíveis (TAKEDA, 2002).

O trabalho dos condutores de ambulância é realizado em conjunto com outros profissionais (médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem), sobretudo por ser uma atividade que requer um constante diálogo entre os próprios condutores, usuários e acompanhantes. Dessa relação depende, em grande parte, o modo de reconhecimento no trabalho dos mesmos. Afinal, o trabalho é composto pela presença de outros, como os colegas de trabalho, a direção da empresa, a sociedade em geral (PINTO; SOUZA, 2015).

Sobre a relação das hierarquias com outros profissionais da equipe, Pinto e Souza (2015) demonstraram como essas relações se apresentam na visão de cinco motoristas profissionais do SAMU. Os trabalhadores relataram a importância do trabalho coletivo movido por valores do bem comum, bem como de um relacionamento saudável com a chefia. Observou-se ainda o sentimento de reconhecimento por parte dos entrevistados quando os usuários valorizam o seu trabalho.

O estudo de Guimarães, Silva e Santos (2015) mostrou que mesmo sendo o último na hierarquia do atendimento, os condutores reconhecem a importância do seu trabalho e se acham capazes de atuar junto aos demais colegas, respeitando-os e seguindo os protocolos. Quanto a satisfação em salvar vidas humanas, esta se sobressaiu aos relatos de insatisfação em relação aos riscos à saúde e à vida, bem como a falta de valorização financeira.

5.2.3 Categoria 3: Riscos Ocupacionais entre os Condutores de Ambulância

Este tema esteve presente em todo o material estudado abordando a caracterização e a frequência das exposições dos profissionais condutores socorristas aos mais diversos tipos de riscos ocupacionais durante o desenvolvimento de suas atividades no SAMU. Dentre eles, destacaram-se os riscos de acidentes biológicos, físicos, psicológicos e situações não ergonômicas.

Para Mauro et al. (2004) os riscos ocupacionais têm origem em atividades insalubres e perigosas, cuja natureza, condições ou métodos de trabalho, bem como mecanismos de controle sobre os agentes biológicos, químicos, físicos e mecânicos do ambiente hospitalar, podem provocar efeitos adversos à saúde dos profissionais.

Ainda de acordo com os autores, os acidentes de trabalho se destacam entre os riscos e agravos à saúde em decorrência da atividade produtiva. Segundo as palavras de Mauro et al. (2004, p. 340) os acidentes de trabalho:

> Decorrem da ruptura na relação entre o trabalhador e os processos de trabalho, os quais interferem no processo saúde/doença, algumas vezes de maneira abrupta e outras de forma insidiosa, bem como no modo de viver ou morrer dos trabalhadores (MAURO et al., 2004, p. 340).

O estudo de Zapparoli e Marziale (2006) mostra que todos os trabalhadores da categoria estudada, identificaram como fator de risco a possibilidade de adquirir infecções no trabalho. A maioria identificou a ocorrência de acidentes automobilísticos (90%), agressões morais (92,5%), agressões físicas (90%), risco de adoecimento pelo trabalho (92,5%), falta de material disponível para execução das tarefas (75%), risco de acidente com material pérfurocortante (72,5%), temperatura ambiental elevada (67,5%), elevada carga mental aplicada (67,5%), nível de ruído elevado (62,5%) e elevada carga física dispendida (62,5%).

Guimarães, Silva e Santos (2015) demonstraram a partir das narrativas dos sujeitos envolvidos em sua pesquisa que as condições de trabalho revelam risco à saúde, notadamente no que se refere à conservação dos veículos; direção em estrutura viária deficiente; problemas osteoarticulares; exposição a agentes infecciosos; plantões excessivos e escalas noturnas – que ocasionam problemas relacionados ao sono e ao cansaço; violência urbana; e, por fim, o estresse, oriundo da pressão exercida pelas responsabilidades da profissão, das cobranças das sociedades e da gestão, entre outros problemas inerentes ao exercício laboral.

Segundo os autores supracitados, os condutores relataram a inadequação dos equipamentos das ambulâncias, especialmente de macas, que ocasionavam, em virtude do peso, dores lombares e problemas de coluna além de dores nos tendões e nas articulações. Em relação a exposição a agentes infecciosos (vírus, bactérias e fungos) os trabalhadores relataram a exposição a essas enfermidades como um dos riscos relacionados à sua profissão.

Os condutores socorristas encontram-se expostos a várias situações/fatores de riscos ocupacionais, incluindo-se a possibilidade de sofrerem AT. Esses eventos ocorrem pelo exercício laboral, a serviço da empresa ou pela execução do trabalho, provocando-lhes lesão corporal ou perturbação funcional que podem ocasionar morte,

perda ou redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho (TAKEDA, 2002).

Takeda e Robazzi (2007) observaram em seu estudo com condutores socorristas de uma CA, que dos 22 trabalhadores entrevistados, 13 (59,09%) mencionaram ter sofrido 19 AT, constatando-se uma média de 1,4 acidentes por trabalhador. Todos os AT relatados ocorreram durante o exercício do trabalho, evidenciando-se que foram, basicamente, acidentes típicos, pois nenhum esteve relacionado a colisões. Portanto, o percentual de sujeitos acidentados é importante: 59% em relação aos 22 condutores socorristas; desses 13 acidentados, cinco (38,46%) relataram ter sofrido mais que um AT e oito (61,54%) tiveram, cada um, um acidente, durante todo o tempo de trabalho.

Em relação às causas dos AT, as autoras supracitadas constataram que estas se deram por excesso de exercícios e movimentos vigorosos e repetitivos relacionados ao peso carregado; agressão por meio de força corporal e agressão por meios especificados; quedas no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falso; impacto causado por objeto projetado ou em queda e impacto acidental, ativo ou passivo, causado por outros objetos; mordedura ou golpe provocado por cão e penetração de corpo estranho no/ou através de olho ou orifício natural.

A ocorrência desses acidentes relaciona-se, possivelmente, ao fato de os motoristas socorristas não somente dirigirem veículos, mas executarem as funções de outros trabalhadores membros da equipe de APH, de auxiliar/socorrer as pessoas que vão transportar, tanto as que estão mais gravemente enfermas como as menos adoecidas, além de as deslocarem entre os serviços de saúde e suas residências. Trabalham, então, executando tarefas diversas daquelas que lhe são devidas, com o agravante de não possuírem experiência e formação para tal (TAKEDA; ROBAZZI, 2007).

As autoras supracitadas constataram que oito (42,11%) dos AT entre os condutores socorristas ocorreram em decorrência de excesso de exercícios e movimentos vigorosos ou repetitivos. Isso possivelmente acontece devido ao fato de eles trabalharem sozinhos e, constantemente, necessitarem solicitar o auxílio dos transeuntes e familiares dos pacientes a serem atendidos, os quais, às vezes, se recusam e/ou nem sempre conseguem ajudá-los.

Os trabalhadores relataram que o esforço físico relacionado ao excesso de peso que carregam diariamente sozinhos (peso da maca adicionado ao do paciente) prejudica a sua coluna vertebral, ocasionando dores e outras queixas. Somado a isso a postura diária em que permanecem sentados nos bancos dos carros ergonomicamente incorretos,

acrescida, ainda, da vibração do motor, que combinados, provocam efeitos danosos em todo o corpo dentre outros sintomas como: cansaço, dores nos membros, dores na coluna, artrites, lesões ósseas (TAKEDA; ROBAZZI, 2007).

A atividade de transportar pacientes exige esforço muscular exagerado, por si só, e pode ser agravada pelas más condições dos equipamentos e a falta de preparo técnico dos trabalhadores envolvidos (NITSCHKE; LOPES; BUENO, 2000).

Corroborando com isso, Takeda e Robazzi (2007) demonstram que além da realização do trabalho em condições de excesso de peso, os motoristas socorristas necessitam vencer obstáculos tais como escadarias, redes de esgoto e ruas sem pavimentação para transportar os pacientes até à ambulância e, depois, no hospital, auxiliar na sua remoção da maca para o leito ou maca hospitalar.

Em estudo, Pinto e Souza (2015) indicam a ocorrência elevada de sintomas osteomusculares em diferentes partes do corpo desses trabalhadores, particularmente na coluna vertebral e na região lombar, apontando como possíveis causas desses acometimentos, os fatores ergonômicos, como: camas e macas sem alturas ajustáveis, macas não retráteis, falta de equipamentos auxiliares, dificuldades de acesso e de locomoção no interior de residências no momento dos atendimentos, equipamentos inadequados e sem manutenção e ausência de treinamento da equipe.

Takeda (2002) identificou em sua pesquisa que os motoristas de ambulância relataram o carregamento de peso por transportar/prestar atendimento a pacientes obesos, gestantes, idosos, pacientes que não andam, pacientes traumatizados, desmaiados, doentes mentais, bem como a inadequação da postura durante os atendimentos: contenção de pacientes, mudança brusca da posição do corpo e manipulação inadequada destes pacientes por trabalharem sozinhos.

A Norma Regulamentadora 9 – considera como agentes biológicos as bactérias, fungos, parasitas, vírus entre outros. A transmissão desses agentes, tanto em ambiente hospitalar como não hospitalar, acontece através do contato direto ou indireto entre pacientes e profissionais que os atendem (ZAPPAROLI; MARZIALE, 2006; TAKEDA, 2002).

No ambiente pré-hospitalar ou hospitalar, podem ser transmitidos pelas mãos durante o cuidado prestado ao doente sem a sua lavagem adequada tanto antes quanto após a realização de procedimentos ou pela utilização de materiais não limpos, desinfetados ou esterilizados dependendo da sua classificação. O contágio indireto

ocorre por contato com objetos contaminados do paciente ou por intermédio do ar (TAKEDA, 2002).

Quanto aos riscos de acidentes com material biológico, Takeda e Robazzi (2007) constataram que os condutores socorristas se encontram constantemente expostos a esse tipo de risco por estarem em contato com diversos agentes causadores de doenças, como bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários e vírus entre outros; além do contato com fluidos corpóreos dos pacientes atendidos.

Gomes e Santos (2012) demonstraram em seu estudo com equipes de APH, que 22% dos condutores referiram exposições a material biológico. Os autores identificaram que a prevalência de acidentes com exposição biológica encontrada neste estudo foi de 27% e que apenas três categorias profissionais, dentre elas os condutores socorristas, foram vítimas de pelo menos dois tipos de exposições. Constatou-se ainda que a categoria mencionada apresentou frequência de três exposições, sendo uma mucosa e duas por pele íntegra que correspondem a 20% do total de exposição da equipe.

Quanto ao momento em que ocorreram as exposições relatadas, observou-se que 89% da equipe responderam durante o atendimento das vítimas, 22% depois do atendimento da ocorrência e 56% durante a limpeza da viatura ou arrumação de materiais e superfícies. O estudo identificou que os acidentes relatados ocorreram em maior frequência durante os procedimentos de imobilização (67%) e durante a liberação de vítimas das ferragens (56%), que constituem as atividades mais frequentes que os profissionais do APH móvel realizavam no momento das exposições além de exame físico e pós-inserção de agulha no paciente (GOMES; SANTOS, 2012).

Takeda (2002) em sua tese de doutorado, demonstra as seguintes situações envolvendo os motoristas de ambulâncias em exposição aos riscos com agentes biológicos: contato com fluidos e secreções corpóreas; viatura suja de secreção do paciente; pacientes secretivos, acamados, esfaqueados, com sangramentos, com hemorragias, com machas pelo corpo; pacientes cuspindo, espirrando, espirrando sangue e “babando”; manipulação de sangue/vômito/fezes/roupa suja; ambulância sem desinfecção/suja; mordedura de paciente; contato com gotículas e aerossóis de pacientes com enfermidades diversas (transmissíveis do tipo hepatite, HIV/AIDS, tuberculose e meningite); mordedura de animais como cachorro.

Outro fator preocupante identificado na maioria dos artigos analisados foi a violência laboral. A demora no atendimento, ocasionada pela escassez de ambulâncias disponíveis, pelo grande número de trotes, trânsito complicado da cidade, demora do

repasse da ocorrência por parte da Central de Regulação, além da burocracia para liberação de equipamentos que ficam "presos" nos hospitais, provoca a ira de usuários do sistema e de familiares dos pacientes que necessitam de atendimento.

No estudo de Guimarães, Silva e Santos (2015), vários condutores relataram episódios em que sofreram violência física e verbal. Além dos episódios de violência que decorrem da demora do serviço, os condutores socorristas também relatam que são comuns os casos em que homicidas terminam de matar as vítimas atendidas no interior das ambulâncias, ameaçando as equipes de morte. Zapparoli e Marziale (2006) destacam que vários dos fatores de risco identificados pelos trabalhadores relacionam-se a diferentes formas de violência. Quando indagados sobre o fator de risco ocupacional mais preocupante na situação de trabalho no APH, 30 trabalhadores (75%) apontaram a violência como fator preocupante.

Takeda e Robazzi (2007) citaram a violência em meio as demais causas de acidentes de trabalho entre condutores socorristas. Levando em consideração os diversos tipos de agressão foram identificados cinco casos (26,33%), incluindo-se três por meio de força corporal e duas por outros meios especificados, correspondendo, cada uma, a 15,8 e 10,53%. Essa situação retrata a violência que acontece, de modo global e, inclusive, no mundo do trabalho provocando desgaste, sofrimento, adoecimento e morte relacionada a atividade laboral. Os condutores socorristas foram agredidos de várias formas pelos usuários aos quais procuravam atender.

Foram incluídas as falas referentes ao medo sentido pelo trabalhador de acompanhantes alcoolizados/agressivos, da possibilidade de ser ferido por arma branca e de fogo, balaústre, chave de fenda e caco de vidro; de objetos arremessados pelo paciente (pedaços de madeira, pedras e garrafas de vidro) (TAKEDA, 2002).

5.2.4 Categoria 4: Uso de Equipamentos de Proteção Individual

Este tema esteve presente em três dos seis artigos estudados, além da tese de doutorado abordando os hábitos de utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) pelos condutores socorristas, bem como a qualidade e presença desses equipamentos no ambiente de trabalho.

Em relação às medidas adotadas pelos trabalhadores para tornar a prática do trabalho segura, Zaparolli e Marziale (2006) observaram que embora os EPI sejam disponibilizados pelo serviço, cerca de 1/3 dos trabalhadores referiram não utilizá-los. O alto risco de adquirir infecções devido a execução de atividades em que ocorre o contato

com fluídos e secreções e material contaminado exige que os trabalhadores utilizem além dos EPIs as medidas de segurança conhecidas como precauções padrão.

As precauções padrão surgiram como tentativa de aumentar a segurança do profissional de saúde, devido a alta frequência de exposições a fluídos e secreções ligadas às suas atividades diárias. Essas precauções incluem o uso de barreiras para a proteção individual (EPIs): avental, luvas, óculos, máscaras, gorros e botas. Grande ênfase é dada para a lavagem das mãos e cuidados com instrumentos pérfuro-cortante. Apesar da possibilidade de prevenção de acidentes pelo uso destas precauções, elas nem sempre são praticadas, o que comprova o alto índice de acidentes e adoecimentos entre os trabalhadores do APH (SARQUIS; FELLI, 2000).

Guimarães, Silva e Santos (2015) citam que a pressa e a natureza do atendimento impõem a equipe riscos de contaminação, mesmo com a proteção de EPIs. A possibilidade de contaminação é alta, sobretudo para quem lida com o paciente, colocando-o e retirando-o da maca.

Gomes e Santos (2012) mostraram a existência de riscos originados do manuseio inadequado de fluidos corporais, roupas, materiais pérfuro-cortantes, campos contaminados, lixos e dejetos, todos realizados sem as precauções padrão e identificaram que muitas dessas exposições laborais a material biológico podem ser prevenidas através do uso de barreiras de proteção: luvas, máscaras, óculos, entre outras, quando em contato com líquidos corporais, o que pode prevenir a exposições das mucosas.

Os EPIs são essenciais para promover a segurança no trabalho, contudo estudos envolvendo profissionais da área de saúde revelam uma resistência ao uso pelos profissionais. Ainda que o uso de EPI não impeça que o profissional sofra o acidente, de alguma forma é capaz de diminuir o risco de exposição (SÊCCO et al, 2002).

Takeda (2002) em sua tese de doutorado cita que no APH, os motoristas socorristas estão em contato direto e constante com microorganismos, pois transportam diversos tipos de pacientes com as mais variadas enfermidades. O estudo observou que esses trabalhadores não possuem o hábito de considerar todo paciente transportado como potencialmente contaminado, o que faz com que se encontrem mais expostos a possíveis contaminações em sua rotina de trabalho. Tal fato torna-se agravante devido à ausência de EPI, essenciais para o cuidado ao paciente como luvas, máscaras, gorros e óculos.

Em sua maioria, os motoristas socorristas entrevistados, relataram que se sentem mais tranquilos quando já sabem, antecipadamente, o diagnóstico médico do paciente, porém não se previnem e só adotam medidas cabíveis ou se preocupam em proteger-se, quando sabem que o diagnóstico médico do paciente é por exemplo, hepatite ou tuberculose, ou se ele apresenta positividade ao HIV. O estudo identificou ainda que se houver situação em que o paciente transportado seja portador de tuberculose, geralmente não são encontradas nas ambulâncias nem a máscara comum, nem a máscara com filtro HEPA (High Efficiency Particulate Air Filters) indicada para tal situação (TAKEDA, 2002).

O mesmo estudo mostrou ainda que os condutores socorristas apresentaram sugestões que se reportam a uma maior disponibilidade e melhor qualidade dos EPI. Os dispositivos de proteção citados por eles foram luvas de melhor qualidade, pois as disponíveis rasgam-se com facilidade; quanto as máscaras, apenas um trabalhador mencionou ter visto uma única vez este equipamento no interior da ambulância; outro citou ainda que deveriam usar uniforme adequado para a devida proteção, pois tem conhecimento que a roupa utilizada por eles pode estar contaminada e acabam levando esses microorganismos para suas residências (TAKEDA, 2002).

Takeda e Robazzi (2007) observaram que apesar de lidarem com pessoas enfermas e acidentadas, falta por parte dos motoristas conhecimentos a respeito de cuidados a serem tomados diante da exposição aos casos de doenças contagiosas e dos meios que podem utilizar, relativos à adequada proteção laboral.

5.2.5 Categoria 5: Fontes Estressoras

Este tema esteve presente em três dos artigos analisados e identifica as fontes estressoras na atividade laboral de condutores socorristas do SAMU.

Os indivíduos estão sujeitos em todos os momentos de suas vidas a situações e ambientes que possam ser considerados fontes de pressão desencadeadoras de estresse, não sendo excluído o seu ambiente de trabalho. Nesse contexto, o estresse é chamado de estresse ocupacional, relacionando-se a ele mais que aspectos de ergonomia, como o trabalho em si e o caráter distintivo da organização (MARQUES et al., 2003).

Schonblun (2003) relaciona como principais sintomas de estresse: nervosismo, ansiedade, irritabilidade, fadiga, sentimentos de raiva, angústia, período de depressão, dor no estômago, dor nos músculos do pescoço e ombros e dores discretas no peito quando o indivíduo se encontra sob pressão.

O estudo de Zapparoli e Marziale (2006) demonstrou que a carga mental despendida foi identificada pela maioria dos trabalhadores como inadequada devido à responsabilidade da atividade exercida e a situação de urgência, fatores considerados por eles como estressores ocupacionais provocados pela tensão e pela ansiedade. Dentre esses fatores os condutores citaram: o temor do desconhecido, o toque da sirene, o deslocamento para as ocorrências e o estar sempre em estado de alerta, como fontes provocadoras de tensão e ansiedade; violência das cenas atendidas, assim como o envolvimento com crianças, idosos e familiares; atitudes, crenças e estados emocionais que vão de amor e compaixão a medo e raiva; exigências organizacionais e pessoais, o grande número de ocorrências, a extensa carga horária, obrigações de serem hábeis e rápidos, insatisfação no trabalho e a busca do perfeccionismo.

O estudo identificou ainda que alguns trabalhadores citaram a falta de treinamento dos profissionais (37,5%), o risco de contaminação por substâncias químicas (30%) e problemas com a chefia (20%) como fatores desencadeadores do estresse ocupacional (ZAPPAROLI; MARZIALE, 2006).

O estudo de Marçal, Oliveira e Santos (2009) mostrou que dentre os sintomas de estresse o mais identificado pelos motoristas socorristas foi a ansiedade, seguida pela dor nos músculos do pescoço, apontando que 40% dos motoristas apresentam algum nível de estresse. Os aspectos do trabalho que representaram as principais fontes de estresse foram a falta de treinamentos, discriminação/favoritismo, tarefas além da capacidade, deficiência na divulgação de informações organizacionais e falta de autonomia.

A carga mental dos motoristas socorristas foi analisada em cinco subdivisões em que os autores obtiveram os seguintes resultados: quanto à carga temporal-cognitiva, tomar decisões rapidamente e frequentemente, aprender novas tarefas, avaliar diferentes formas para realizar o trabalho e memorizar informações foram às tarefas que para eles demandaram maior esforço; enquanto que trabalhar sob controle de terceiros, identificar informações em códigos, usar códigos para se expressar verbalmente ou escrito e usar informações memorizadas não recentemente constituem para eles tarefas que exigem menor esforço (MARÇAL; OLIVEIRA; SANTOS, 2009).

Os autores supracitados identificaram que o trabalho do condutor socorrista exige agilidade no pensar, esquematização de estratégias, flexibilização, monitoramento, memória operacional, planejamento, concentração e tomada de

decisões além de controle emocional com relação a ansiedade, lidar com a frustração, sentir-se seguro e capaz na sua atividade.

Gomes e Santos (2012) observaram que as maiores situações desfavorecedoras de segurança apontadas entre os profissionais do APH foram sobrecarga de trabalho, pressa de realizar o serviço, cansaço, viatura em movimento, estresse e situações de emergência. No estudo de Guimarães, Silva e Santos (2015), dois condutores relataram sofrer estresse em virtude das condições de trabalho. Justificando estes relatos estão a falta de manutenção dos veículos, o trânsito, as agressões sofridas por parte da população, o ritmo intenso de trabalho, a exposição a situações traumáticas, o dia a dia do oficio, configurando os fatores que contribuem para o desenvolvimento do quadro de estresse e de outras doenças entre esses trabalhadores.

Takeda (2002) também avaliou as fontes estressoras que acometem os condutores socorristas. Em seu estudo os trabalhadores entrevistados relataram sentir medo em diversas situações: que o paciente venha a falecer durante o transporte, de ser acusado pela sua morte, de morrer em serviço e deixar a família desamparada, de sensação de risco de morte, da situação insegura das ambulâncias, de sofre lesão física, de adquirir algum problema mental devido ao estresse laboral, de que sua roupa transporte algum microorganismo para a sua residência, de ser visto como mal motorista.

Constatou-se também percepção de desgaste mental por possuir outro serviço, por ter contato com o sofrimento do paciente, por apresentar “pane psíquica”, entendimento de que “a razão é sempre do paciente”; cansaço por permanecer muito tempo sem se alimentar executando o trabalho, por trabalhar com um colega novo “que quer mostrar serviço”; necessidade de atenção/alerta (apresentar necessidade de atenção simultânea no trânsito e no paciente a ser transportado) (TAKEDA, 2002).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver uma pesquisa com profissionais de saúde que trabalham diretamente nas ruas, com o atendimento às vítimas, no salvamento, no deslocamento rápido e em tantas outras situações de urgência e emergência, nos faz pensar na qualidade de vida, na saúde, no ambiente de trabalho, no convívio familiar e social desses profissionais, no estigma da profissão e na forma como a sociedade os enxerga. Sendo assim, o condutor socorrista preocupado em desempenhar com responsabilidade sua atuação em situações de risco, pode-se reprimir sob a influência de determinados fatores e assim desenvolver algum tipo de adoecimento, seja de caráter físico ou psíquico.

Considerando que as ações da área de Saúde do Trabalhador precisam ser direcionadas além do ambiente laboral, utilizando uma abordagem profunda no seu aspecto cultural e socioeconômico, capaz de condicionar melhores níveis de vida e de saúde em favor dos trabalhadores das diferentes categorias profissionais, entende-se a necessidade de novos estudos com abordagem ao trabalho dos condutores socorristas no atendimento móvel de urgência com vistas a elaborar, aplicar e avaliar estratégias preventivas à ocorrência de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais e melhorar as condições de trabalho desta categoria.

Nesta direção, este estudo avaliou os riscos ocupacionais que os profissionais condutores socorristas estão expostos durante a realização de suas atividades no SAMU, na tentativa de encontrar meios para a melhor percepção desses trabalhadores quanto as possíveis alterações físicas e comportamentais que podem emergir com o passar dos anos. Esses fatores negativos devem ser observados afim de despertar nesta categoria o interesse pela temática, conscientizando quanto as situações de riscos de adoecimento, principalmente durante a atuação em cenas carregadas de perigos e tensões.

Apesar das dificuldades vivenciadas no cotidiano, os profissionais estudados consideram-se recompensados por exercerem a sua profissão na plenitude e aliviarem a dor e o sofrimento daqueles que necessitam de ajuda. Os condutores socorristas compreendem a importância de seu trabalho e reconhecem o seu devido valor, pois contribuem grandiosamente para a promoção da saúde e melhoria da qualidade da assistência prestada a sociedade.

Assim, com base nos resultados desta pesquisa, percebe-se a necessidade de a comunidade acadêmica despertar para a pesquisa envolvendo esta categoria profissional, acompanhando, monitorando e fornecendo apoio e informação a estes trabalhadores. Tal ação

pode colaborar para um serviço de atendimento ao usuário de melhor qualidade além de conhecer a realidade desses profissionais, buscando entender suas carências e dificuldades a fim de conscientizar a população quanto a importância do seu trabalho.

Como limitação deste estudo, considera-se importante destacar a escassez de referências sobre aspectos relacionados a prática desses profissionais, visando a sua segurança e propiciando modelos de reflexão para que medidas de precaução sejam adotadas. Desta forma, tais dificuldades repercutiram ainda na construção da revisão integrativa e na análise e discussão dos resultados obtidos.

O presente estudo torna-se relevante quando se verifica que há poucas pesquisas/publicações que investiguem as condições de trabalho dos condutores socorristas e que abordem os riscos ocupacionais que acometem estes profissionais.

REFERÊNCIAS

ARANHA, A; CUNHA, M; LAUDARES, J. **Diálogos sobre trabalho**: perspectivas multidisciplinares. São Paulo: Papirus Editora, 2005.

ARAÚJO, C. **Sofrimento físico, psíquico e moral no sector do calçado em Portugal: contributos para uma psicodinâmica do trabalho.** 2003. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, 2003.

ABERGO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ERGONOMIA. Definição Internacional de Ergonomia. In: XVI Congresso Brasileiro de Ergonomia: III Congresso Latino- Americano de Ergonomia da ULAERGO: IX Fórum de Certificação do Ergonomista Brasileiro: IV ABERGO Jovem: IV Congresso Brasileiro de Iniciação Cientifica em Ergonomia**. Anais**... Rio de Janeiro, 2010.

BEYEA, S. C.; NICOLL, L. H. Writing an integrative review. **AORN J**., v.67, n.4, p. 877-80, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde 8.080**. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial n. 737 de 16 de maio de 2001.** Dispõe sobre a Política Nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Diário Oficial da União, Brasília, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde** / Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde /** Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

_____. Ministério da Saúde. **Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência: Portaria GM/MS n° 2048, de 05 de novembro de 2002** / Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências** / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1864, 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, Brasília, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Manual de Legislação, Saúde e Segurança Ocupacional.** Brasília, 2005.

_____. Ministério da saúde. **Regulação médica das urgências**. Ministério da saúde, secretaria de atenção a saúde, departamento de atenção especializada. Brasília: Ministério da saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Trabalho e redes de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Previdência Social. **DECRETO-LEI n.º 98/2009**. Saúde e segurança ocupacional. Brasília, 2009b.

_____. Ministério da saúde. **Rede nacional SAMU /192**. Cobertura SAMU 192. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Biossegurança e segurança de cena. In: EID CAG. **Capacitação dos Profissionais de APH Móvel (SAMU 192) e APH Fixo**. São Paulo: Hospital Alemão Oswaldo Cruz, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B. L; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: foundations,** techniques and applications. Philadelphia: W.B Saunders Company, 2000, p.231-50.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1994.

COOPER, H. M. The integrative research review. **A sistematic approach Newburg**. Park (CA): Sagre, 1989.

COSTA, E. A. V. G. **Estudo dos constrangimentos físicos e mentais sofridos pelos motoristas de ônibus urbano da cidade do Rio de Janeiro.** Tese (Doutorado) - Departamento de Artes e Design, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

COSTA, F. J. S. **Saúde no trabalho: a realidade de quem socorre.** 2015. 197f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária) - Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal. 2015.

DATASUS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **SAMU**. 2013. Disponível em: < http://datasus.saude.gov.br/projetos/52-samu> Acesso em: 12 mar. 2016.

DEJOURS, C. **A Loucura do trabalho**: Estudo de Psicopatologia do Trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. Subjetividade e ação. **Revista Produção**, v.14, n.3, p. 27-34, 2004.

DOPPLER, F. Trabalho e Saúde. In Falzon, P. **Ergonomia**. 1. ed. São Paulo: Editora Blucher, 2007, p. 47-58.

FERNANDES, R. J. **Caracterização da atenção pré – hospitalar móvel da Secretaria de Saúde do Município de Ribeirão Preto – SP.** 2004. 101f. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GANONG, LH. Integrative review of nursing research. **Res Nurs Health**.,v.10, n.1, p.1-11, 1987.

GOMES, B. B.; SANTOS, W. L. Acidentes Laborais entre Equipe de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (Bombeiros/Samu) com Destaque ao Risco Biológico. **Revisa**, v.1, n.1, p.40-9, 2012.

GUIMARÃES, E. P. A.; SILVA, R. F.; SANTOS, J. B. F. Condutores de esperança: condições de trabalho de condutores de Ambulância do SAMU. **O público e o privado**, n. 25, p. 55-75, 2015.

LOPES, L. B.; FERNANDES, R. J. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Medicina, Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, v.32, n.4, p. 381-387, 1999.

MARÇAL, M. A.; OLIVEIRA, K.; SANTOS, E. Estudo da relação entre a carga mental e o nível de estresse ocupacional em motoristas socorristas do SAMU. In: **XV CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA**. 2009, Porto Seguro (BA). **Anais**... Porto Seguro, Associação Brasileira de Ergonomia, 2009.

MARQUES, A. L. et al. **Qualidade de Vida e Estresse no Trabalho em Uma Grande Corporação de Polícia Militar.** Belo Horizonte: Organizational Behaviour and Human Resources Management, 2003.

MARZIALE, M. H. P. **Condições ergonômicas da situação de trabalho, do pessoal de enfermagem em uma unidade de internação hospitalar.** 1995. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1995.

MAURO, M. Y. C.; MUZI, C. D.; GUIMARÃES, R. M.; MAURO, C. C. C. Riscos ocupacionais em saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 338-45, 2004.

MENDES, A. M. **Trabalho e Saúde**: O sujeito entre emancipação e a servidão. 1. ed. Curitiba: Juruá Editora, 2011. 184 p.

NARDI, H. C. Saúde do Trabalhador. In: CATTANI, A. D. **Trabalho e tecnologia, dicionário crítico**. Petrópolis: Editora Vozes, 1997.

NITSCHKE, C. A. S.; LOPES, N. G.; BUENO, R. M. L. **Riscos laborais em unidade de tratamento intensivo móvel.** 2000. 81f. Monografia (Especialização em Medicina do Trabalho). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

NITSCHKE, C. A. S. et al. **Apostila SAMU**. 2006. Disponível em: <samu.saude.sc.gov.br/arquivos/apostila_do_samu_santa_catarina.pdf> Acesso em: 17 mar. 2016.

ROCHA, A. C. F. **O Estresse no Ambiente de Trabalho**. 2005. Monografia (Curso de Pedagogia Empresária) - Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro, 2005.

PAIVA, M. H. R. S.; OLIVEIRA, A. C. **Atendimento pré-hospitalar público de Belo Horizonte: uma análise da adoção às medidas de precaução pela equipe multiprofissional.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, 2007.

PINTO, F. M.; SOUZA, P. C. Z. A atividade de trabalho de motoristas de ambulância sob o ponto de vista ergológico. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 40, n. 131, p. 49-58, 2015.

PORTO, C. A. **Atendimento pré-hospitalar**: agora está regulamentada para a enfermagem e para todos. Revista COREN-SP, 2001.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v.3, n.2, p.109-12, 1998.

SANCHES, S.; DUARTE, S. J. H.; PONTES, E. R. J. C. Caracterização das Vítimas de Ferimentos por Arma de Fogo, Atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Campo Grande –MS. **Saúde Soc.,** São Paulo, v.18, n.1, p.95-102, 2009.

SARQUIS, L. M. M.; FELLI, V. E. A. O uso dos equipamentos de proteção individual entre os trabalhadores de enfermagem acidentados com instrumentos pérfuro-cortante. **Rev Bras Enferm**., v. 53, n.4, p.564-73, 2000.

SCHONBLUM, Rosane. A Necessidade de investigar medidas de carga mental de trabalho, **Psitrab**, UFSC. 2003.

SÊCCO, I. A. O et al. Epidemiologia dos acidentes de trabalho com material biológico na equipe de enfermagem de um hospital público do Paraná. **Revista de Ciências Biológicas e da Saúde**. v.4 n.1, p. 37-43, 2002.

TAKEDA, E. **Riscos ocupacionais, acidentes do trabalho e morbidade entre motoristas de uma central de ambulância do Estado de São Paulo**. 2002. 177f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

TAKEDA, E; ROBAZZI, M. L. C. C. Acidentes de trabalho com motoristas de ambulâncias que realizam socorro de urgência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 439-445, 2007.

ZAPPAROLI, A. S.; MARZIALE, M. H. P. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências. **Rev. bras. enferm**., Brasília, v.59, n.1, p.41-6, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Eu, **MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO**, professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de **ISABELLA SARMENTO DO NASCIMENTO**, discente do curso de graduação em enfermagem, assegurando que não haverá desistência de minha parte que acarrete em prejuízo para o término das atividades desenvolvidas no trabalho de conclusão de curso – TCC pelo (a) discente.

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466\12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares. Responsabilizo-me, também, pelo cumprimento da Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem, pelos prazos estipulados junto à disciplina TCC, e pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelo resultado obtido e posterior divulgação no meio acadêmico e cientifico, pela comunicação ao comitê de ética sobre qualquer alteração no projeto ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem com arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado, durante a execução da mesma.

Cajazeiras-PB, 14 de fevereiro de 2016.

Maria Berenice Gomes N. Pinheiro

Profª. Ma. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro- Mestre

SIAPE nº 1641892

APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE

Eu, **ISABELLA SARMENTO DO NASCIMENTO**, aluna do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me junto com minha orientadora, **MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO**, a desenvolver projeto de pesquisa para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem seguindo a Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem e a seguir os prazos estipulados na disciplina TCC; comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466\12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador, nas atividades de pesquisa, e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa, para posterior divulgação no meio acadêmico ou científico.

Cajazeiras-PB, 14 de fevereiro de 2016.

Isabella Sarmento do Nascimento

Isabella Sarmento do Nascimento

Matrícula: 211220018