



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA – UFRR
PRÓ- REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E BIODIVERSIDADE

LUCIANO JOSÉ COUTINHO

ESTRESSE OCUPACIONAL: UM ESTUDO COM OS SOCORRISTAS
DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)
NA CIDADE DE BOA VISTA-RORAIMA

BOA VISTA, RR
2023

LUCIANO JOSÉ COUTINHO

**ESTRESSE OCUPACIONAL: UM ESTUDO COM OS SOCORRISTAS
DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)
NA CIDADE DE BOA VISTA-RORAIMA**

Dissertação de Mestrado ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Biodiversidade da Universidade Federal de Roraima - UFRR. Linha de pesquisa: Ciências da Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Naputano/UFRR

**BOA VISTA, RR
2023**

COUTINHO, Luciano José.

ESTRESSE OCUPACIONAL: UM ESTUDO COM OS SOCORRISTAS
DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)
NA CIDADE DE BOA VISTA-RORAIMA

Orientador: Marcelo Naputano.

Dissertação de Mestrado ao Programa de Pós-graduação em Saúde e
Biodiversidade - Universidade Federal de Roraima – UFRR, 2023.

SAMU. Estresse ocupacional. Socorrista. Enfrentamento. Intervenção.

**ESTRESSE OCUPACIONAL: UM ESTUDO COM OS SOCORRISTAS
DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)
NA CIDADE DE BOA VISTA-RORAIMA**

Dissertação de Mestrado ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Biodiversidade da Universidade Federal de Roraima - UFRR. Linha de pesquisa: Ciências da Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Naputano/UFRR

Prof. Dr. Marcelo Naputano
Orientador / Curso de Psicologia / UFRR

Prof.^a Dra. Fabiana Nakashima
Curso de Medicina/ UFRR

Prof.^a Dra. Cleiry Simone Moreira Silva
Curso de Enfermagem / UERR

Prof.^a Dra. Cristiana Magni
Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Comunitário / UNICENTRO / PR

Dedico este trabalho à minha esposa Helen e aos meus filhos Manuela e Heitor Coutinho, que estão ao meu lado para enfrentar e superar os desafios que a vida proporciona. Se cheguei até aqui, foi porque vocês me apoiaram, incondicionalmente! “*Sempre juntos!*”

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Dr. Marcelo Naputano pela colaboração singular no transcorrer deste caminho de descobertas e desafios para a construção deste trabalho.

Agradeço também a Dra. Fabiana Nakashima, por sempre estar de prontidão para diluir nossas dúvidas ao longo desta trajetória.

Agradeço a todos os professores do PPGSbio, pela oportunidade de troca de experiências e ensinamentos em nossa turma de discentes que inicia a história deste programa de especialização *stricto sensu*, sucesso a todos.

Agradeço aos socorristas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Boa Vista pela oportunidade de construirmos este trabalho que se torna um marco para fomentar o olhar científico para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência na cidade de Boa Vista. Gratidão!

“A felicidade de sua vida depende da
qualidade de seus pensamentos.” –
Marco Aurélio.

RESUMO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, popularmente conhecido como SAMU, surgiu dentro do Sistema Único de Saúde com a função primordial atender todos os casos de agravo à saúde acionados por meio do número telefônico 192. Com sua criação o atendimento às urgências e emergências ganhou novo cenário com grande diversidade de ambientes e situações singulares de saúde que exigem uma resposta rápida tecnicamente adequada dentro dos protocolos balizadores do serviço de Atendimento Pré-hospitalar (APH). Neste contexto, entram em cena os profissionais da saúde denominados socorristas com a necessidade de terem percepção apurada, empenho físico-mental, além do compromisso em tentarem salvar vidas. Com isso, os socorristas estão constantemente expostos à fatores estressores diversos e que podem ter forte impacto na sua saúde. Assim, objetivamos averiguar e descrever a compreensão dos socorristas que atuam no Serviço Móvel de Urgência (SAMU) na cidade de Boa Vista – Roraima sobre o estresse ocupacional em função da relevância que o estudo destas na própria saúde e bem-estar destes profissionais. Ter estes profissionais mentalmente saudáveis e com equilíbrio emocional em meio a diversos fatores estressores no cenário laboral surge como algo desafiador e necessário em nosso Estado roraimense. É importante considerar que o sistema de atendimento às urgências e emergências em Roraima é relativamente jovem, comparado com demais estados da união, estando em franco desenvolvimento e exigindo a implementação de ações que visem a melhoria dos serviços que compõem o sistema de urgência e emergência, principalmente na capital, Boa Vista. O estudo foi desenvolvido com método de caráter exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. Os resultados apontam para uma percepção apurada dos socorristas sobre o tema “estresse”, como também, registra a presença considerável do estresse ocupacional nos socorristas do SAMU Boa Vista, com mais da metade dos profissionais entrevistados acometidos pela patologia (51,4%), com destaque para a instalação do estresse ocupacional nos socorristas mais jovens, com idade abaixo de 30 anos; alta prevalência de estresse ocupacional no profissionais de nível superior, como médicos e enfermeiros, como também em profissionais que acumulam vários vínculos empregatícios. Diante das reflexões derivadas da interpretação das informações ficou evidente os níveis relevantes de estresse ocupacional, bem como, a deficiência de técnicas de enfrentamento por parte dos socorristas. Por fim, desenvolvemos no estudo a construção de um plano de intervenção para a promoção da saúde mental dos socorristas tendo como base a Teoria de “Coping”, de Lazarus e Folkmann, com a proposta de ações capazes de gerar melhorias no ambiente de trabalho dos socorristas, construir medidas para a promoção da saúde mental destes e trazer à tona a importância do enfrentamento do estresse ocupacional no ambiente de trabalho pré-hospitalar.

Palavras-chave: SAMU. Estresse ocupacional. Socorrista. Enfrentamento. Intervenção.

ABSTRACT

The Mobile Emergency Care Service, popularly known as SAMU, emerged within the Unified Health System with the primary function of assisting all cases of health problems triggered through the telephone number 192. new scenario with a great diversity of environments and unique health situations that require a technically adequate rapid response within the guiding protocols of the Pre-hospital Care service (APH). In this context, health professionals called rescuers come into play who need to have accurate perception, physical and mental commitment, in addition to the commitment to trying to save lives. As a result, rescuers are constantly exposed to different stressors that can have a strong impact on their health. Thus, we aimed to investigate and describe the understanding of rescuers who work in the Mobile Emergency Service (SAMU) in the city of Boa Vista - Roraima about occupational stress due to the relevance that the study of these in the health and well-being of these professionals. Having these professionals mentally healthy and emotionally balanced in the midst of various stressors in the work scenario is something challenging and necessary in our State of Roraima. It is important to consider that the urgent and emergency care system in Roraima is relatively young, compared to other states of the union, being in full development and requiring the implementation of actions aimed at improving the services that make up the urgency and emergency system, mainly in the capital, Boa Vista. The study was developed using an exploratory, descriptive method with a qualitative and quantitative approach. The results point to an accurate perception of the rescuers on the theme "stress", as well as registering the considerable presence of occupational stress in the rescuers of SAMU Boa Vista, with more than half of the professionals interviewed affected by the pathology (51.4%). with emphasis on the installation of occupational stress in younger rescuers, aged below 30 years; high incidence of occupational stress in higher education professionals, such as doctors and nurses, as well as in professionals who accumulate several employment bonds. In view of the reflections derived from the interpretation of the information, the relevant levels of occupational stress were evident, as well as the lack of coping techniques on the part of the rescuers. Finally, in the study, we developed an intervention plan to promote the mental health of rescuers based on the Theory of "Coping", by Lazarus and Folkmann, with the proposal of actions capable of generating improvements in the work environment of rescuers. rescuers, build measures to promote their mental health and bring to light the importance of coping with occupational stress in the pre-hospital work environment.

Keywords: SAMU. Occupational stress. Rescuer. Coping. Intervention.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Dendrograma I CHD1 -----	51
Figura 2- Dendrograma II CHD1 -----	53
Figura 3- Dendrograma III CHD1 -----	56
Figura 4 - Esquema ilustrativo da construção da ferramenta.-----	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Entidades e/ou serviços de saúde com gestão municipal – nível primário, secundário e terciário de atenção à saúde -----	24
Tabela 2: Entidades e/ou serviços de saúde com gestão estadual – nível secundário, terciário e quaternário de atenção à saúde -----	26
Tabela 3 - Perfil sociodemográfico dos socorristas, (n=35) -----	49
Tabela 4 - Nível de estresse identificado, por fases (n=35) -----	59
Tabela 5 - Frequência das fases que atingiram a margem de posituação do estresse (n=26)-	60
Tabela 6 - Quantitativo dos sintomas por fase, dividido por tipo -----	60
Tabela 7 - Prevalência de estresse, por faixa etária (n=35) -----	61
Tabela 8 - Prevalência de estresse, dividido por sexo biológico (n=35) -----	61
Tabela 9 - Prevalência de estresse, dividida por estado civil (n=35) -----	62
Tabela 10 - Prevalência de estresse, classificado por tempo de atuação (n=35) -----	62
Tabela 11 - Prevalência de estresse, classificado por tempo de atuação (n=35) -----	63
Tabela 12 - Prevalência de estresse, classificado por tempo de atuação (n=35) -----	63
Tabela 13 - Prevalência de estresse, comparado a categoria profissional e a quantidade de vínculos (n=35)-----	64
Tabela 14 - Matriz 5W2H (Adaptada) - Ações do plano de intervenção – bloco 1-----	89
Tabela 15 - Matriz 5W2H (Adaptada) - Ações do plano de intervenção – bloco 2-----	91
Tabela 16 - Matriz 5W2H (Adaptada) - Ações do plano de intervenção – bloco 3-----	92
Tabela 17 - Matriz 5W2H (Adaptada) - Ações do plano de intervenção – bloco 4 -----	93

LISTA DE SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
ABI	Associação Brasileira de Imprensa
ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicação
ANC	Assembleia Nacional Constituinte
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBM	Corpo de Bombeiros Militar
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comitê Intergestores Tripartite
CNBB	Confederação Nacional do Bispos do Brasil
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COAPS	Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CRU	Central de Regulação das Urgências
DOE-RR	Diário Oficial do Estado de Roraima
HCSA	Hospital da Criança Santo Antônio
IMV	Incidentes de Múltiplas Vítimas
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PMA	Posto Médico Avançado
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RBCE	Rede Brasileira de Cooperação de Emergência
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAG	Síndrome de Adaptação Geral

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAU	Secretaria de Estado da Saúde
SUP	Serviço de Utilidade Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRR	Universidade Federal de Roraima
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
VIR	Veículo de Intervenção Rápida

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	16
2 PROBLEMÁTICA	18
3 HIPOTHESES	18
4 OBJETIVOS	18
4.1 OBJETIVO GERAL.....	18
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
5 JUSTIFICATIVA	19
6 REFERENCIAL TEÓRICO	20
6.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - BREVE PERCURSO HISTÓRICO	20
6.2 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA POLÍTICA DE SAÚDE NACIONAL	27
6.3 O SAMU E SEU PAPEL NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	31
6.4 O SAMU EM BOA VISTA.....	33
6.4.1 O SAMU Boa Vista em números	35
6.4.2 O SOCORRISTA NA SINGULARIDADE DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR.	36
6.5 O ESTRESSE	38
6.5.1 Interação do estresse e o trabalho	40
6.5.2 O estresse ocupacional.....	40
6.5.3 Fatores estressores no SAMU	41
7 METODOLOGIA.....	43
7.1 TIPO DE ESTUDO	43
7.2 LOCAL DO ESTUDO	44
7.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	44
7.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	44
7.5 ASPECTOS ÉTICOS	44
7.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	45
7.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	46
8 RESULTADOS	48
8.1 CONHECENDO OS PARTICIPANTES DA PESQUISA	48

8.2 SÍNTESE DAS CATEGORIAS	51
8.2.1 Categoria 1 – Percepção dos profissionais sobre o que é estresse.....	51
8.2.2 Categoria 2 – O estresse e a qualidade de vida dos profissionais do SAMU.....	53
8.2.3 Categoria 3 – Relação entre a atividade profissional no SAMU e o estresse.....	55
8.3 RESULTADO DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)	59
9 PROPOSTA DE FERRAMENTA TECNOLÓGICA – FLUXOGRAMA ELABORAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO E O PLANO ESTRATÉGICO DE INTERVENÇÃO	64
10 DISCUSSÃO	66
11 CONCLUSÃO.....	70
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICE A - ASSEMBLEIA (PROFISSIONAIS EQUIPE DO SAMU).....	81
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO (P/ PROFISSIONAIS EQUIPE DO SAMU).....	82
APÊNDICE C - ESCALA DE INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP.	83
APÊNDICE D – PLANO DE INTERVENÇÃO.....	86
APÊNDICE E – FLUXOGRAMA DO PLANO DE INTERVENÇÃO	97
ANEXO A – ATA DE QUALIFICAÇÃO DO PROJETO.	98
ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA.....	99
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	100

1 APRESENTAÇÃO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, popularmente conhecido como SAMU, surgiu dentro do Sistema Único de Saúde – SUS com o anseio em melhorar a assistência a população nas situações de urgência e emergência. Antes de sua criação todos os casos de atendimento findavam nas portas das emergências hospitalares sem qualquer atendimento prévio gerando superlotação e demora no atendimento, tornando-se assim em uma situação potencial que poderia resultar em fatalidade.

É necessário considerar que o sistema de atendimento às urgências e emergências brasileiro ainda está em desenvolvimento, implementando a cada dia ações que visam a melhoria dos serviços. O ponto inicial para essa melhor organização é, em parte, relacionado a percepção das necessidades da própria população considerando sempre os indicadores de saúde e informações acerca da morbimortalidade de determinada região.

Neste contexto, o SAMU é considerado o principal componente móvel da rede de atenção às urgências sendo o socorrista sua força motriz. Ter este profissional mentalmente saudável, com manutenção do equilíbrio emocional, em meio a diversos fatores estressores existentes no seu cenário de atuação, surge como algo desafiador e necessário em nosso Estado roraimense. O socorrista é constantemente exposto a constantes fatores estressores como, por exemplo, situações trágicas, locais inseguros e situações ameaçadoras – que exigem destes profissionais uma atuação de grande empenho e compromisso em salvar vidas.

Assim, é importante focarmos nossa atenção na identificação, descrição e compreensão do estresse ocupacional dos socorristas que atuam no Serviço Móvel de Urgência (SAMU) do Município de Boa Vista - Roraima, visto que é de extrema relevância o estudo das variáveis que contribuem na saúde e no bem-estar destes profissionais.

O SAMU tem como papel primordial - definido em portarias ministeriais que veremos em nosso trabalho - atender todos os casos de agravo à saúde acionados por meio do número telefônico 192. Sejam estes casos de origem traumática, como por exemplo, os casos decorrentes de acidentes automobilísticos, sejam outros casos relacionados às situações clínicas em quadros agudos ou doenças crônicas agudizadas que necessitem de assistência imediata que possam causar sequelas ou ainda resultar em morte (BRASIL, 2012).

A atuação laboral no atendimento pré-hospitalar tem sua complexidade em função da gama de particularidades de seus atendimentos. O trabalho em ambiente pré-hospitalar tem como cenário o ambiente externo, alheio às unidades hospitalares com seus ambientes de

circulação restrita, favorecendo o desenvolvimento das atividades assistências à saúde interferindo na atuação de médicos e enfermeiros.

Destaca-se que no ambiente pré-hospitalar, a assistência à saúde ocorre em qualquer lugar onde demande atendimento de agravos que coloquem a vida da vítima em risco e, por vezes, a vida do próprio trabalhador do SAMU. O meio de atuação para estes profissionais de saúde são as vias públicas ou dentro de residências privadas, em estabelecimentos comerciais, escolas, agências bancárias, delegacias, presídios, indústrias ou ainda, outros estabelecimentos de saúde como unidades básicas de saúde. Na maioria dos casos há a presença de familiares aflitos, pessoas curiosas aglomerando o local do atendimento, repórteres buscando informações para divulgar a notícia em primeira mão, e em algumas situações, policiais visando a manutenção da segurança no local.

Dentro deste turbilhão de fatores temos o socorrista atuando com atenção máxima, destreza técnica, agilidade nos procedimentos com vistas a estabilizar o quadro da vítima e garantir um transporte seguro para a unidade hospitalar de referência conforme preconizado pela Central de Regulação em Urgências – CRU, conforme balizamento das portarias ministeriais vigentes (BRASIL, 2002).

Profissionais estes que devem estar preparados para atender pessoas envolvidas em acidentes trágicos, perigosos e, por vezes, comoventes. Enquanto as pessoas geralmente pensam em correr para se abrigar do incidente, buscando proteção, o socorrista vai avançando para o local do perigo e de instabilidade com todos os fatores de risco expostos para tentar salvar um indivíduo normalmente desconhecido. (SÉ, 2014). Neste ambiente as condições físicas e psicológicas dos socorristas são duramente colocadas em risco a cada novo chamado. Ao executarem seus trabalhos, esses especialistas se deparam constantemente com situações inesperadas que envolvem riscos para o outro e para si mesmos (MARTINS E GONÇALVES, 2019).

Considerando que o trabalho é um dos principais elementos constituintes e necessários de nossa vida cotidiana, a questão do estresse é de grande importância e pode se manifestar e condicionar, em certo modo, nossas interações sociais. O serviço realizado pelas pessoas que trabalham no SAMU certamente está sujeito a fatores que podem induzir a uma situação de elevado estresse.

2 PROBLEMÁTICA

O perfil das atividades desenvolvidas pelos socorristas do SAMU tem elementos suficientes para propiciar o surgimento do estresse ocupacional. Ser um profissional socorrista imputa, imperiosamente, em uma elevada exposição a situações de gravidade de dor, desespero, angústia e tristeza de vítimas e seus familiares que podem gerar vivências dramáticas aos próprios profissionais. A problemática envolve o mal estar psíquico e físico decorrente da constante exposição aos fatores estressores comuns da atividade laboral. Nesse contexto construímos uma indagação que norteará esta pesquisa: qual a compreensão dos socorristas do SAMU sobre a atividade profissional e o estresse ocupacional?

3 HIPOTETES

Percebendo o estresse ocupacional como fenômeno frequente que afeta a saúde dos trabalhadores, em particular, aqueles que atuam com atendimentos de emergência no SAMU, nosso trabalho visa averiguar o nível de conhecimento dos socorristas do SAMU Boa Vista sobre o próprio estresse ocupacional, propondo o uso de hipóteses casuísticas, com afirmações sobre características específicas (GIL, 1999).

Por conseguinte, nosso estudo pretende verificar as seguintes hipóteses:

- Os socorristas do SAMU têm compreensão dos fatores estressores aos quais estão expostos durante sua atuação no atendimento pré-hospitalar;
- Os profissionais apresentam condições ou estratégias para o manejo do estresse ocupacional.

A confirmação ou negação das hipóteses ocorrerá após a fase de coleta de dados e posterior análise que fornecerá evidências que apoiaram as hipóteses supracitadas.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Averiguar e descrever a compreensão do estresse ocupacional dos socorristas que atuam no Serviço Móvel de Urgência (SAMU) na cidade de Boa Vista – Roraima.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sociodemográfico dos socorristas que compõem atualmente o SAMU de Boa Vista, Roraima;

- Compreender o conhecimento dos socorristas que atuam no SAMU sobre o conceito e as características do estresse ocupacional;
- Propor um programa de intervenção e acompanhamento para o controle do estresse ocupacional destinados aos socorristas do SAMU de Boa Vista - Roraima a partir dos resultados encontrados no estudo.

5 JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa se justifica, do ponto de vista científico, por poder colaborar com estudos desta temática ao se propor averiguar e descrever a compreensão sobre os conceitos do estresse ocupacional dos socorristas que atuam em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU. Investigações, neste sentido, fazem-se necessárias, especialmente considerando que, em Roraima, o serviço de atendimento pré-hospitalar é algo relativamente recente em comparação com outras linhas de assistência em saúde da nossa capital e, igualmente, devido a carência de estudo científicos no que tange os socorristas e a interação com o estresse ocupacional

Destacamos também a posição privilegiada que temos, enquanto pesquisadores deste tema, por exercermos função duplamente qualificada dentro do serviço a ser pesquisado, atuando como gestor do serviço na direção de todas as decisões administrativas e organizacionais do SAMU Boa Vista, como também, desenvolvendo atividades operacionais como enfermeiro socorrista no contraturno na equipe da unidade de suporte avançado (USA). Situação está que favorece a percepção “*in loco*” da alta demanda de esforço físico e emocional para o enfrentamento das diversas situações a quais os socorristas do SAMU são expostos cotidianamente que acabam por resultar em afastamentos de profissionais para tratamento e restabelecimento da saúde mental. Situação problemática percebida empiricamente e que necessita de uma visão dentro da ótica científica.

Com os indicadores gerenciais proveniente das funções administrativas, assim como, na troca de experiências com os demais socorristas é notório a problemática. Através dos relatos compartilhados durante a jornada de trabalho é reconhecível situações compatíveis com estresse ocupacional entre os membros gerando, conseqüentemente, o afastamento dos servidores para tratamento ou a ocorrência de pedidos de transferências para outras unidades de saúde. Situação que fomenta inquietações, que se transformam em reflexões sobre a relevância do tema e a necessidade de uma melhoria na qualidade da saúde e da vida dos socorristas que atendem a

sociedade. Instigando assim, a necessidade de entendermos os fatores e dimensão do estresse ocupacional dentro da equipe de socorristas que compõem o SAMU Boa Vista-RR, pois sem o equilíbrio emocional adequado os profissionais ficam fragilizados frente aos fatores estressantes e apresentam menores condições para o enfrentamento das diversas situações, resultando por vezes, em agravo da saúde mental com impactos biopsicossocial diversos e diminuição da eficácia do próprio serviço.

Durante a pesquisa de artigos, para a fundamentação teórica deste projeto, percebeu-se que eles vêm ampliando a discussão sobre a temática da saúde mental dos trabalhadores de saúde em diversos locais de trabalho, inclusive no ambiente pré-hospitalar (ARAÚJO et al., 2020; BEZERRA, 2013; MARTINS, GONÇALVES, 2019; MAURA, AMÁLIA, HERNÁN, 2015). Logo, justifica-se promover o estudo buscando evidenciar as consequências desse agravo à saúde que compromete a qualidade de vida dos socorristas do SAMU Boa Vista, bem como, propiciar condições de manejo dos fatores estressores por meio de um programa de intervenção e acompanhamento destinados para estes profissionais.

A viabilidade do projeto se apoiou no pressuposto da necessidade de atuar no enfrentamento do estresse ocupacional no meio laboral dos socorristas do SAMU Boa Vista, que apesar da complexidade do tema, tem viabilidade operacional bem como, o aceite por parte da Secretaria Municipal de Saúde, para o prosseguimento do projeto em questão dentro do cronograma aceitável para seu término.

6 REFERENCIAL TEÓRICO

6.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - BREVE PERCURSO HISTÓRICO

O Sistema Único de Saúde - SUS, foi criado no ano de 1990, por meio da Lei nº 8.080, com seu objetivo primordial de ofertar saúde a todos, atuando com um modelo assistencial que mudou profundamente a maneira de promover a saúde pública, comparado ao modo que o antecedia.

Anterior ao SUS, a política social e de saúde era segregacionista, pois dividia a população em duas classes. De um lado os trabalhadores com carteira assinada, vinculados à Previdência Social e que tinham precariamente uma rede assistencial e, do outro lado, os demais brasileiros que vivam de trabalhos informais, desempregados, indigentes sem qualquer assistência do Estado que dependiam de ações filantrópicas em saúde, como por exemplo, a atuação das "Santas Casas" (CONASS, 2002).

Ressalta-se que desde o golpe militar, ocorrido em 1964, a saúde incorporou um modelo “hospitalocêntrico”, ou seja, com ações centralizadas nas unidades hospitalares, em detrimento de qualquer ação voltada para promoção ou prevenção de saúde. Com a formação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, ocorrido em 1966, ocorreu a centralização das ações de saúde prestada aos trabalhadores em hospitais que, em sua grande maioria, eram da iniciativa privada, contratados pelo Estado para a prestação de serviços. Devido a incorporação de outras categorias profissionais no sistema previdenciário houve a necessidade de aumentar a rede assistencial privada, gerando um complexo empresarial para a rede privada de saúde (BAPTISTA, 2007).

Dentre vários acontecimentos ao longo dos anos, de organização da saúde promovida pelo Estado, destaca-se a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS ocorrido em 1977, órgão este que gerenciaria todas as ações de saúde com foco médico-assistencial da previdência social. Com a atuação deste instituto a oferta de saúde passa ter amplitude de serviços básicos de saúde aos trabalhadores. Porém a demanda ainda estava centrada na iniciativa privada, com desenvolvimento desigual da rede assistencial focado nos grandes centros urbanos, onde atuavam os grupos médico empresariais (IBIDEM, 2007).

Na década de 80 outros marcos históricos importantes podem ser destacados para o surgimento do SUS como, por exemplo, o programa denominado Ações Integradas de Saúde – IAS. Este foi um importante passo em direção a universalização do direito à saúde, pois tinha como proposta a integração dos serviços públicos com apoio da rede conveniada e contratada no favorecimento de um sistema hierarquizado, voltado para o atendimento unificado com abrangência mais regionalizada, e com as competências da União, Estados e Municípios definidas (OLIVEIRA, 2012).

Com o advento do governo da Nova República a partir de 1985, a mobilização social que lutava por uma democratização da saúde, ganhava força, principalmente na proposta da reforma sanitária (IBIDEM, 2012). Outro detalhe que favorecia a proposta supracitada residia na nomeação de representantes do movimento social em cargo de alta significância dentro da estrutura do Estado, como o Ministério da Saúde e o INAMPS Situação que propiciou negociações construtivas na esfera administrativa sobre o tema saúde, bem como o previdenciário sob a ótica do acesso universal e igualitário (BAPTISTA, 2007).

No ano de 1986 tivemos a VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS, um momento de grande expressão da sociedade, composta não apenas trabalhadores de saúde, mas também, por entidades sociais como a Confederação Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; Ordem dos

Advogados do Brasil - OAB, Associação Brasileira de Imprensa - ABI, além de diversas outras associações civis organizadas e componentes do setor privado de saúde. Situação que sustentaria a amplitude da discussão com maior representatividade da sociedade brasileira (PAIM, 2007). Com mais de quatro mil integrantes participando do evento a VIII CNS teve como um de seus resultados a diretriz da universalização da oferta da assistência à saúde como principal marco do evento, ou seja, o acesso universal para todos os brasileiros, dentro de uma isonomia de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (BAPTISTA, 2007).

Além desta diretriz outras questões de destaque podem ser citadas como a necessidade de um conceito de saúde mais abrangente na promoção prevenção e recuperação da saúde, como também, a geração de uma matriz orçamentária para subsidiar os custos desse novo sistema (PAIM, 2007). Formando desta maneira um lastro robusto de propostas para fomentar a Reforma Sanitária, que tanto se defendeu nos anos que antecederam está histórica conferência.

Durante o debate da Assembleia Nacional Constituinte - ANC, que visava a formação da nova Carta Magna do país, o relatório da VIII CNS subsidiou as discussões sobre o setor da saúde, o que culminaria na aprovação do Sistema Único de Saúde - SUS. Com conceito ampliado sobre o termo saúde, conta na Constituição Federal - CF, em seu Artigo 196, o seguinte texto:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.104)”.

Marcada por acirradas discussões entre os representantes da iniciativa privada e os defensores da reforma sanitária, o sistema unificado foi aprovado, porém com algumas ausências sobre as definições técnicas para a sua implementação (BAPTISTA, 2007). O que desequilibrava o andamento da formação do SUS conforme estava descrito na Carta Magna.

Após a conceituação firmada na Constituição Federal (CF), promulgada pela Assembleia Nacional Constituinte em 22 de setembro de 1988, houve a necessidade de subsidiar a operacionalidade deste sistema. Por consequência, a construção da lei que regulamentaria o SUS foi o outro momento de grande debate, pois a composição a Lei Orgânica da Saúde deveria ser detalhada e tecnicamente capaz de sustentar as ações para gerir o Sistema Único de Saúde. Para tanto, a Lei nº 8.080, publicada em 19 de setembro de 1990, evidenciou a abrangência técnica esperada, descrevendo especificamente objetivos, atribuições, com vistas para a descentralização, regionalização e hierarquização deste sistema (IBIDEM, 2007).

Sucessivamente houve a publicação de outra lei essencial direcionada para coordenar o financiamento do sistema, como também, a garantia da participação social, fortemente defendida durante a VIII CNS, com definição de instâncias colegiadas, como exemplo, conselhos e conferências de saúde. Pois com vetos presidenciais que suprimiram tais propostas na primeira Lei, houve necessidade de trazer à tona a temática, com expectativa de aprovação, fato consumado com aprovação da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (PAIM, 2007).

No início da década de 90, deu-se início a estruturação do Sistema Único de Saúde na esperança de uma assistência universal de saúde pública à altura das necessidades da população brasileira. Missão árdua e que ainda perdura nos dias atuais em função da diversidade das necessidades da população, como também, a variedade de fatores que dificultam essa construção na disparidade de cenários existentes neste país de dimensão continental.

Em Roraima o SUS se estabelece por meio do Regimento Interno pertinente a SESA, com intuito primário de garantir o desenvolvimento da política de saúde por meio das atividades de assistência médica, vigilância sanitária e epidemiológica, em respeito ao preconizado nos artigos constitucionais 196, 197 e 198, em harmonia com a recente Lei 8.080/90 (DOE-RR, 1991).

Em relação a rede assistencial de saúde estadual, Souza e Gianluppi (2000) em seu estudo descreve que, em meados de 1998 era composto por um hospital geral, uma maternidade, um laboratório central, um hemocentro, um centro de imagens e onze centros de saúde, localizados na capital Boa Vista e, paralelamente no interior do estado, composto por 14 municípios, tinha assistência de cinco unidades mistas e postos de saúde. Constatando-se assim uma frágil rede assistencial de saúde da época, com poucas unidades com oferta de serviço básicos, bem como, na cobertura de procedimentos especializados, como exemplo, a assistência específica para o público infantil.

Condição que mudou em 13 de agosto de 2000 quando foi inaugurado na capital, Boa Vista, o Hospital da Criança Santo Antônio - HCSA, diversificando a assistência à saúde na capital garantindo um cuidado adequado às crianças e adolescentes. Antes da instalação desta instituição, esse público infantil, era atendido no hospital geral (LUZ, 2020). Desta forma, a assistência à saúde tem melhor distribuição, organizando a rede assistencial, com vistas à equidade e universalização preconizada nos preceitos constitucionais.

Motivado pelo Pacto pela Saúde, publicado em 2006, ocorreu a transferência da gestão dos equipamentos de saúde para a gestão municipal da capital por meio da resolução da Comissão Intergestores Bipartite -CIB nº 31/07, publicada no DOE-RR nº671, de 27 de

setembro de 2007(DOE-RR, 2007). A descentralização de gestão ganhava envergadura na capital com uma rede assistencial composta pela Atenção Básica. Tendo este marco histórico a gestão bipartite do SUS, bem como, a divisão de responsabilidades e competências dos entes, estadual e municipal, na condução do SUS ganha novo desenho, conforme preconizava o Pacto pela Saúde.

Atualmente a rede de saúde instalada em Boa Vista tem uma dimensão bem mais desenvolvida, em comparação com aquela retratada anteriormente, bem como, distribuída por todos os bairros da cidade, contando com 37 unidades de saúde, conforme pode-se constatar na tabela abaixo.

Tabela 1 Entidades e/ou serviços de saúde com gestão municipal – nível primário, secundário e terciário de atenção à saúde.

UF	CIDADE	CNES	DESCRIÇÃO
RR	Boa Vista	9156836	Centro De Tratamento E Prev. De Câncer De Colo E Mama Cpcom
RR	Boa Vista	2320657	Centro De Recuperação Nutricional Infantil Cernutri
RR	Boa Vista	7597886	Centro De Referência Em Saúde Do Trabalhador
RR	Boa Vista	2320673	Centro Municipal Integrado De Educação Especial
RR	Boa Vista	3914763	CEO – Centro de Especialidades Odontológicas.
RR	Boa Vista	9193235	Coordenação Municipal De Imunização
RR	Boa Vista	5788013	Divisão De Vigilância Epidemiológica
RR	Boa Vista	2320681	Hospital Da Criança Santo Antônio
RR	Boa Vista	6327974	Laboratório De Análise De Agua
RR	Boa Vista	7033109	Laboratório De Citologia Municipal
RR	Boa Vista	6160697	Laboratório De Referencia Municipal
RR	Boa Vista	6615082	SAF Superintendência De Assistência Farmacêutica
RR	Boa Vista	7011385	SAMU 192 BRAVO 1
RR	Boa Vista	7011415	SAMU 192 BRAVO 2
RR	Boa Vista	7011431	SAMU 192 BRAVO 3
RR	Boa Vista	7011474	SAMU 192 SAV
RR	Boa Vista	6615066	SMSA Secretaria Municipal De Saúde De Boa Vista
RR	Boa Vista	218871	Unidade Básica De Saúde Anexo HCSA
RR	Boa Vista	9362649	Unidade Básica De Saúde Arminda Gomes
RR	Boa Vista	2744465	Unidade Básica De Saúde Asa Branca
RR	Boa Vista	6571999	Unidade Básica De Saúde Aygara Motta Pereira
RR	Boa Vista	2744473	Unidade Básica De Saúde Buritis
RR	Boa Vista	2566540	Unidade Básica De Saúde Cambara
RR	Boa Vista	2566753	Unidade Básica De Saúde Caranã
RR	Boa Vista	2566648	Unidade Básica De Saúde Cinturão Verde
RR	Boa Vista	2744481	Unidade Básica De Saúde Délio Tupinambá
RR	Boa Vista	2566303	Unidade Básica De Saúde Doutor Dalmo Silva Feitosa
RR	Boa Vista	2566524	Unidade Básica De Saúde Dr Dimitri Ramos Grandez De Araújo
RR	Boa Vista	2550261	Unidade Básica De Saúde Dr Hélio Macedo

RR	Boa Vista	9430016	Unidade Básica De Saúde Dr Rubeldimar Maia De Azevedo Cruz
RR	Boa Vista	2744457	Unidade Básica De Saúde Dr Sandra Maria Lacerda Fernandes
RR	Boa Vista	2566508	Unidade Básica De Saúde Dr Silvio Leite
RR	Boa Vista	2744570	Unidade Básica De Saúde Dr Silvio Lofego Botelho
RR	Boa Vista	2566265	Unidade Básica De Saúde Dra. Fanir Oliveira Silva
RR	Boa Vista	9430032	Unidade Básica De Saúde Edna Bezerra Diniz
RR	Boa Vista	2566737	Unidade Básica De Saúde Equatorial
RR	Boa Vista	2744554	Unidade Básica De Saúde Ione Santiago
RR	Boa Vista	7013337	Unidade Básica De Saúde Jorge André Gurjao Vieira
RR	Boa Vista	7576420	Unidade Básica De Saúde Liberdade
RR	Boa Vista	5446627	Unidade Básica De Saúde Lupercio Lima Ferreira
RR	Boa Vista	2566400	Unidade Básica De Saúde Mecejana
RR	Boa Vista	2744511	Unidade Básica De Saúde Olenka Macellaro Thomé Vieira
RR	Boa Vista	6006396	Unidade Básica De Saúde Pastor Luciano Galdino Rabelo
RR	Boa Vista	2566559	Unidade Básica De Saúde Pintolândia
RR	Boa Vista	2744538	Unidade Básica De Saúde Pricumã
RR	Boa Vista	2744546	Unidade Básica De Saúde Prof. Mariano De Andrade
RR	Boa Vista	2566729	Unidade Básica De Saúde Raiar Do Sol
RR	Boa Vista	2566583	Unidade Básica De Saúde Santa Luzia
RR	Boa Vista	2566451	Unidade Básica De Saúde Santa Tereza
RR	Boa Vista	2744562	Unidade Básica De Saúde São Vicente
RR	Boa Vista	2566591	Unidade Básica De Saúde Sayonara Maria Dantas Licario Matos
RR	Boa Vista	2566605	Unidade Básica De Saúde Senador Hélio Campos
RR	Boa Vista	2566478	Unidade Básica De Saúde Tancredo Neves
RR	Boa Vista	2744449	Unidade Básica De Saúde Vanderly Nascimento De Souza
RR	Boa Vista	9513973	Unidade De Saúde De Referência Do FQA
RR	Boa Vista	2566184	Unidade De Vigilância E Controle De Zoonoses
RR	Boa Vista	2566176	Vigilância Sanitária

Fonte: CNES 2022

Destaca-se que, o Município de Boa Vista detém a gestão plena da atenção básica à saúde, atualmente conta com trinta e sete unidades desta modalidade de assistência, distribuídos pela cidade para a cobertura assistencial preconizada pelo Ministério da Saúde e classificada como nível primário de atenção, a principal porta de entrada do SUS, pela sua dimensão e capilaridade, tendo como objetivo atuar na promoção e prevenção de agravos à saúde (BRASIL, 2012).

Conceituando a atenção à saúde no nível secundário salienta-se que este nível de assistência detém os serviços com média densidade tecnológica. Basicamente compostos por serviços de apoio diagnóstico, clínicas médicas especializadas e o atendimento de urgência e emergência. Destaca-se na tabela anterior que o Hospital da Criança Santo Antônio é de nível secundário, mas também possui os serviços de nível terciário, pois tem toda a assistência ao

público infantil do município, bem como das demais localidades circunvizinhas do Estado de Roraima (Secretaria Municipal de Saúde, 2021).

No contexto do nível terciário de cuidado, que são os serviços que se relacionam com a assistência da recuperação da saúde, como por exemplo, as clínicas de reabilitação e fisioterapia, tratamento de alto custo, como nas áreas de cardiologia, oncologia, neurologia, gastroenterologia, entre outros, procedimentos de alta complexidade, necessitando de um aparato tecnológico de maior complexidade para garantia da eficiência assistencial (CONASS, 2007).

Em relação a gestão estadual, o CNES tem em seu banco de registro de equipamentos de saúde referenciados, em grande maioria, como serviços de nível secundário ou especializado, como clínicas de imagem, laboratório ou centros de saúde que atuam com especificidade, como exemplo o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, que desenvolve ações voltadas para a saúde mental. Além deste exemplo observa-se os seguintes serviços:

Tabela 2: Entidades e/ou serviços de saúde com gestão estadual – nível secundário, terciário e quaternário de atenção à saúde.

UF	CIDADE	CNES	DESCRIÇÃO
RR	Boa Vista	7653131	Central de Capitação Distribuição de Órgãos de Roraima
RR	Boa Vista	7162405	Central de Regulação das Urgências SAMU 192
RR	Boa Vista	6259170	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outra Drogas CAPS III
RR	Boa Vista	3068692	Centro e Atenção Psicossocial Edna Macellaro M Souza CAPS III
RR	Boa Vista	2566222	Centro de Cardiologia e Diagnóstico Por Imagem de Roraima
RR	Boa Vista	7417799	Centro de Especialidades Odontológicas CEO SESAU RR
RR	Boa Vista	2566214	Centro de Hemoterapia e Hematologia De Roraima
RR	Boa Vista	3221172	Centro de Referência da Saúde da Mulher Maria Luiza Castro Perin
RR	Boa Vista	7728646	Centro de Saúde do Corpo de Bombeiros M. de Roraima CBMRR
RR	Boa Vista	176222	Centro de Saúde Prisional da Cadeia Feminina
RR	Boa Vista	176192	Centro de Saúde Prisional da Cadeia Masculina
RR	Boa Vista	6758444	Centro de Saúde Prisional RR
RR	Boa Vista	7807643	Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade RR
RR	Boa Vista	5138167	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador RR
RR	Boa Vista	2589915	Clínica Médica Especializada Coronel Mota
RR	Boa Vista	7132883	Complexo Regulador Exames e Consultas
RR	Boa Vista	9363211	Gerencia Estadual de Tratamento Fora de Domicílio RR
RR	Boa Vista	9472339	Hospital das Clínicas Dr. Wilson Franco Rodrigues
RR	Boa Vista	145742	Hospital Estadual de Retaguarda Covid 19
RR	Boa Vista	2319659	Hospital Geral de Roraima HGR
RR	Boa Vista	2566168	Hospital Materno Infantil N. Sra. De Nazareth
RR	Boa Vista	2476835	Laborat. Central de Saúde Pub. do Est de Roraima LACEN RR
RR	Boa Vista	7322879	Laboratório de Anatomocitopatologia de Roraima – LAPER
RR	Boa Vista	5545501	Núcleo Estadual de Reabilitação Física 05 de Outubro
RR	Boa Vista	7563280	Núcleo Estadual do Programa Nacional de Imunização Nepni
RR	Boa Vista	7729952	Núcleo Telessaúde do Estado de Roraima
RR	Boa Vista	2566206	Pronto Atendimento Cosme E Silva
RR	Boa Vista	7339194	Rede Cidadania Atenção Especial
RR	Boa Vista	7819110	Rede Cidadania Melhor Idade
RR	Boa Vista	6235476	Saúde Itinerante

Fonte: CNES 2022

Por fim, fica evidente que desde a sua implantação, a dimensão do SUS em Boa Vista tem acompanhado o crescimento populacional, bem como, a evolução tecnológica que fomenta o sistema de saúde que, conseqüentemente, abriga aqui a maior gama de equipamentos e serviços do estado de Roraima, tornando a capital referência de serviços de média e alta complexidade para os demais municípios do Estado.

6.2 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA POLÍTICA DE SAÚDE NACIONAL

Há quase três décadas a área de Urgência e Emergência despontou como um importante componente da assistência à saúde no cenário nacional, organizados por uma série de portarias ministeriais que moldariam esse tipo de assistência (BRASIL, 2002). A implementação das primeiras iniciativas ocorreu em um contexto de aumento da demanda, sobrecarga de atendimentos nas portas hospitalares em consequência ao aumento de acidentes, violências e doenças crônicas e insuficiência da rede básica de atenção à saúde (LESSA, 2017).

Segundo Machado, Salvador e O'Dwyer (2010) a entrada do SAMU, na agenda de prioridades do Governo Federal ocorreu em 2003, tal fato foi incentivado por diversos especialistas da área de saúde, em suma, pertencentes a Rede Brasileira de Cooperação de Emergência – RBCE, Conselho Federal de Medicina - CFM e Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, apoiado nas experiências municipais exitosas, que resultavam em redução da morbidade e mortalidade no ambiente pré-hospitalar, instalado em algumas cidades brasileiras.

Estes sistemas, em grande maioria com atendimento voltado para os casos clínicos, tiveram início no ano de 1989, na cidade de São Paulo, seguido de Belém no Pará, em 1994 e por Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, em 1995. Já no início dos anos 2000, a cidade de Natal, no Rio Grande do Norte, e a cidade de Recife, em Pernambuco também deram início a serviços com foco pré-hospitalar. Pois mesmo com a carência de regulamentações federais, nesta época, estas cidades com grande densidade demográfica buscaram organizar a oferta do atendimento pré-hospitalar como forma de diminuir a superlotação das portas hospitalares (IBIDEM, 2010).

Neste espaço de tempo, o Ministério da Saúde - MS, promoveu a edição de normas visando a padronização dessa linha assistencial, logo, por meio da Portaria Ministerial nº824/99, estabeleceu uma padronização dos serviços de atendimento na fase pré-hospitalar, organizando a operacionalidade, definindo os moldes dos equipamentos que iriam compor o serviço, bem como, a composição da equipe de socorristas, dentro da formação técnica mínima exigida para atuar nesta linha assistencial.

Porém, a assistência continuaria com deficiências no restante do país, pois o modelo de assistência à saúde era fortemente fragmentado e pouco resolutivo tendo as emergências agudas como principal agravante desta situação, como salienta Mendes:

“A partir das experiências internacionais e nacional, pode-se afirmar que o problema principal do SUS reside na incoerência entre a situação de condição de saúde brasileira de tripla carga de doença, com o forte predomínio relativo das condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde praticado, fragmentado e voltado para as condições e para os eventos agudos. Esse descompasso configura a crise fundamental do sistema público de saúde no país que só será superada com a substituição do sistema fragmentado pelas redes de atenção à saúde.” (MENDES, 2011, p. 58)”.

Com a intenção de ofertar um enfrentamento para essa situação houve a necessidade de promover uma política específica no que tange as urgências e emergências, visando uma coordenação da assistência ainda no ambiente pré-hospitalar, sendo conduzida em uma linha de cuidado de evolução do cenário pré-hospitalar até a unidade hospitalar de referência, respeitando as diretrizes do SUS, universal, equânime e integral.

O Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 2.048 de novembro de 2002, reconhecendo a área de urgência e emergência como um importante componente de assistência à saúde. Essa legislação estabeleceu normas aos sistemas estaduais que já estavam atuando, bem como, definiu o desenho operacional tendo como objetivo compor o sistema de emergência com todos os componentes, em todos os níveis de cuidado, conforme explícito no Artigo primeiro, parágrafo 1º, que diz:

“O Regulamento ora aprovado estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área (BRASIL, 2002, p.39)”.

Juntamente com esta portaria, surgiram dois novos instrumentos normativo, a Portaria nº 1.863/GM de setembro de 2003, que instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências - PNAU, a qual explicitou a definição dos componentes principais do sistema de urgência e emergência, possibilitando classificá-los em dois ramos assistenciais, ou seja, o componente pré-hospitalar fixo e o componente pré-hospitalar móvel. E para evidenciar tal distinção usamos a definição contida em seu Art. 3º, que versa:

“Definir que a Política Nacional de Atenção às Urgências, de que trata o artigo 1º desta Portaria, deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:[...] 2.a componente Pré-Hospitalar Fixo: unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatorios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências, conforme Portaria GM/MS no 2048, de 05 de novembro de 2002. 2.b componente Pré-Hospitalar Móvel: - SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgências e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192 (BRASIL, 2003, p.10)”.

Sequencialmente houve a publicação da Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003, que estabeleceu o componente pré-hospitalar móvel em todo o território brasileiro através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, e as Centrais de Regulação (BRASIL, 2006).

Ainda em 2004, o Decreto Presidencial nº 5.055 de 27 de abril, promoveu a acessibilidade do SAMU pelo país, estabelecendo o acesso pelo número telefônico 192, de forma gratuita, favorecendo a universalidade e equidade da oferta do serviço. (BRASIL, 2004). Tal condição colocou o serviço assistencial prestado pelo SAMU ao lado de serviços essenciais classificados como Serviço de Utilidade Pública e de Emergência, SUP, como exemplo cita-se o 190 da Polícia Militar, 191 da Polícia Rodoviária Federal, 193 do Corpo de Bombeiros e 199 da Defesa Civil, dentre outros, conforme consta na lista da Agência Nacional de Telecomunicação - ANATEL, definindo estes números como:

“Serviços reconhecidos pelo poder público, que disponibilizam ao público em geral a prestação de serviços de interesse do cidadão mediante, dentre outras formas, a utilização de código de acesso telefônico de fácil memorização no formato tridígito (ANATEL, 2021, p.01)”.

Com destaque na agenda nacional e com o financiamento proveniente do ente federal propiciou a rápida ampliação deste componente assistencial na maioria dos estados brasileiros (MACHADO; SALVADOR; O'DWEYR, 2010). Segundo Dourado (2013) salienta a rápida ampliação decorrente do anúncio feito pelo Ministro da Saúde, durante reunião do Comitê Intergestores Tripartite – CIT, neste mesmo ano, destacando a meta de instalação do SAMU em mais de 1700 municípios distribuídos pelo país, propiciando a oferta do serviço por meio de mil e quatrocentas ambulâncias. Logo ao final de 2004 registrava-se um percentual de 7,8% dos municípios efetivamente cobertos pelo serviço (O'DWYER et al., 2017).

O sistema de atendimento às urgências, no que tange o atendimento pré-hospitalar móvel, ganhou força a partir deste momento. Com a ampliação do SAMU crescendo de forma contínua em meados do ano de 2008, houve a necessidade de promover a implantação de outros elementos assistenciais visando a continuidade do cuidado ora iniciado pelas unidades móveis. Além disso, o MS promove o incentivo também para a implantação do componente pré-hospitalar fixo, conhecidas como UPA, Unidade de Pronto Atendimento, bem como, as Salas de Estabilização (DOURADO, 2013).

Entretanto, com o desenvolvimento desses instrumentos o desenho da linha de cuidado das urgências e emergências tem mais robustez, registrando no ano de 2010 uma cobertura de 64,47% da população. Porém a grande diversidade situacional das regiões do país expôs fragilidades que impactaram a propagação das estratégias, desfavorecendo a implantação dos sistemas no ritmo empregado inicialmente (O'DWYER et al., 2017). Assim o MS inicia a implantação do SAMU como perspectiva para a estruturação da relação entre vários serviços e a qualificação dos fluxos dos pacientes na Rede de Atenção à Saúde – RAS (O'DWYER, 2010).

A proposta para o SUS visava o ordenamento dos serviços modelando um desenho que segundo a Portaria Ministerial nº4.279, de dezembro de 2010, tais redes deveriam ser construídas dentro da concepção de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, com variado escopo tecnológico, aglutinados por meio de sistemas de gestão, apoio técnico e logístico visando a integralidade da assistência (BRASIL, 2010). Com isso a fundamentação das redes temáticas iniciou seu desenvolvimento com perspectiva de retomar a implantação do componente SAMU para buscar a cobertura total da população:

“Em 2011, a partir da implementação de redes de atenção no SUS, em especial, da Rede de Atenção às Urgências (RUE), estabeleceu-se nova priorização de implementação do SAMU 192, sob a diretriz de regionalização, como meio para a ampliação do acesso ao serviço (MALVESTIO E SOUSA, 2021, p.03)”.

Outro marco normativo ocorreu por meio da edição do Decreto nº 7.508, de junho de 2011, que tinha como objetivo a interlocução interfederativa, fomentando a regionalização da assistência por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAPS. Como também ressalta o SAMU como uma das portas de entrada do SUS, com o acesso público ocorrendo por meio da ligação ao número 192, esse serviço promove o atendimento inicial de saúde à população (TELES et al., 2017).

Por seguinte deste instrumento normativo, gestores, estaduais e municipais desenharam planos de regionalização, com pactuações de fluxo de atendimento, com detalhamento dos

níveis de complexidade e rede de referência, bem como, incluíram o SAMU, à nível nacional, reforçando as responsabilidades quanto ao custeio do serviço, ou seja, o custeio assumido pelos três entes federativos, União, Estados e Municípios, na proporção de 50%, 25% e 25% respectivamente (MALVESTIO; SOUSA, 2021).

No tocante dos fatos, tais planos tiveram a intenção de favorecer a regionalização, com vista a cobertura populacional ampliada, mas que mesmo com mais de dezoito anos de lançamento deste serviço ainda não tem 100% de cobertura da população brasileira. Digno de registro, O'Dwyer et al., (2017) relataram que o MS tinha como meta atingir 100% da população coberta no ano de 2018. Porém, em outro estudo recente, em 2019 o país registrou 85% de cobertura dos serviços do SAMU, com destaque para a região Sul do Brasil que teve 94,6% de cobertura populacional, seguido do Sudeste com 84,6%, Centro-oeste com 84,5%, Nordeste com 83,2% e, finalmente, a região Norte com 77,2% da população assistida (MALVESTIO; SOUSA, 2021). O que evidencia a complexidade a ser superada para a conclusão da implantação.

6.3 O SAMU E SEU PAPEL NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O SAMU tem como objetivo primário o atendimento precoce das situações de saúde, sejam com quadros agudos e crônicos agudizados, de qualquer natureza. Pois como versa a Portaria Ministerial nº 1.010, de maio de 2012, que redefiniu as diretrizes de implantação do SAMU no país, define, em última versão, o serviço da seguinte forma:

“Art. 2º Para efeito desta Portaria, considera-se: I - SAMU 192: componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências (BRASIL, 2012, p 02)”.

As ambulâncias do SAMU, são coordenadas por uma Central de Regulação das Urgências - CRU, que definem, por meio de decisão do médico regulador, o nível de atenção a ser enviada para a solicitação, qualificando o fluxo dos pacientes no sistema gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados (BRASIL, 2002).

O Manual de Regulação das Urgências descreve a CRU tendo como papel primordial de escuta permanente, acolhendo todos os chamados feitos pelos usuários, por meio do telefone

gratuito 192. Após a recepção é realizado uma triagem situacional do pedido de socorro, ato este pertinente ao médico regulador, procurando ser equânime na dimensão da resposta à necessidade, monitorando todo o atendimento das equipes operacionais até a conclusão da ocorrência (BRASIL, 2006).

Vale ressaltar que o SAMU tem diferentes níveis de resposta, ou seja, há equipamentos de diferentes complexidades técnicas, divididas em Unidade de Suporte Básico - USB, tripuladas por técnico de enfermagem e condutor socorrista, e a Unidade de Suporte Avançado - USA, tripulada por médico, enfermeiro e condutor, empregado em situações mais complexas e com risco de vida.

Além das ambulâncias, o SAMU conta com outros equipamentos que podem integrar o serviço. Ressalta-se que estes equipamentos podem ser habilitados pelo Ministério da Saúde, em consequência de projetos de implantação apresentados por Estados e Municípios, devidamente organizados, demonstrando o perfil epidemiológico e características demográficas da região de cobertura, indicadores de saúde, bem como, a rede de retaguarda visando a continuidade da assistência (BRASIL, 2012).

Com relação direta com o atendimento pré-hospitalar, os outros componentes que podem compor o atendimento pré-hospitalar são 1. Motolâncias, visando o atendimento em locais de difícil acesso, ou com trânsito intenso, conduzidas por enfermeiros ou técnicos de enfermagem; 2. Ambulanchas, embarcações para atender as populações ribeirinhas; 3. Veículo de Intervenção Rápida – VIR, composta por médico, enfermeiro e condutor em carro de médio porte, visando a celeridade no deslocamento e 4. Helicóptero, instrumento útil para superar longas distancias em um menor tempo de deslocamento composta por equipe de suporte avançado (IBIDEM, 2012).

Cabe registrar que a utilização de ambulâncias para atendimento emergencial não é uma estratégia nova. Registros históricos relatam que a ideia do cuidado "ir" até ao necessitado teve início com o projeto do médico cirurgião *Dominique Jean Larrey* (1766–1842), o que lhe rendeu o título de “Pai da Medicina Militar”. Com a necessidade de atender os feridos de guerra em menor tempo possível o referido médico desenvolveu as primeiras unidades de atendimento móvel, que batizou como “Ambulâncias Voadoras” (SILVA et al., 2010).

O resgate precoce das vítimas, nos campos de batalha, favorecia o atendimento médico aos feridos, o que, conseqüentemente, registrou redução da mortalidade dos soldados, consagrado a utilização de unidades móveis de atendimento.

O estudo de Lopes e Fernandes (1999), que descreve a difusão do atendimento pré-hospitalar, registrou vários projetos exitosos ao longo dos últimos cem anos, como exemplo o sistema americano que tem os famosos paramédicos, bem como o sistema francês que tem um desenho que fundamentou o desenvolvimento do sistema brasileiro. Em seu estudo sobre a política nacional sobre o SAMU, Machado, Salvador e O'Dwyer (2010) salientam que apesar da inspiração no modelo francês, o serviço no país ganhou um molde tupiniquim, tendo um formato próprio, utilizando profissionais médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem e condutores de ambulância.

6.4 O SAMU EM BOA VISTA

O sistema de atendimento pré-hospitalar teve início, no Estado de Roraima, em 2008, ano que o país registrou 100% das capitais com o serviço implantado (O'DWYER et al., 2017). Na época foi editada Portaria nº 1.660, de 13 de agosto 2008, que habilitou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU na capital Boa Vista (BRASIL, 2008).

A formatação, referente à quantidade e tipo de equipamento a ser habilitado, considerou o preconizado na Portaria nº 1.864 de setembro de 2003, que informa ser uma ambulância de suporte básico para, no mínimo, 100 mil habitantes, e, uma unidade de suporte avançado para cada 400 mil habitantes (BRASIL, 2003).

Nesta concepção, com base na população da época, balizou-se a equação para definição dos quantitativos de equipamentos a serem habilitados, que naquele momento, na capital, não atingia o quantitativo de 300 mil habitantes. No Censo Populacional publicado em 2012, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística apontou, com base no ano de 2010, uma população estimada de 284.313 habitantes (IBGE, 2012). Consequentemente, para essa dimensão populacional resultou na implantação e habilitação do seguinte desenho operacional: Uma Unidade de Suporte Avançado – USA; Três Unidades de Suporte Básico – USB; duas Motolâncias; e uma Central de Regulação de Urgências -CRU (BRASIL, 2008).

Com este formato e sob gestão municipal exclusiva o SAMU de Boa Vista atuou promovendo atendimento dos pedidos de socorro proveniente da população, por meio do número de telefone "192", demandando a resposta mais adequada ao caso que estimulou a ligação (BRASIL, 2008).

Com a edição da Portaria Ministerial nº 1.600, de julho de 2011 que reformulava as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências – PNAU, favorecendo a instituição da Rede Temática denominada Rede de Urgência e Emergência - RUE, o que incitou um

movimento dos gestores e políticos do Estado de Roraima, visando promover a ampliação dos serviços do SAMU para 100% dos municípios de Roraima, como parte da implantação da RUE. Diante disso, por meio de pactuações à nível estadual, é que foi apresentado na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, no dia 09 de outubro de 2012, o projeto de ampliação do SAMU para todos os municípios roraimenses, da seguinte forma:

Art. 1º - Aprovar o Projeto de ampliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 e da Central de Regulação das Urgências do Estado de Roraima.

Art. 2º - A Central de Regulação das Urgências SAMU 192, sob gestão municipal, passa a ser de gestão da Secretaria de Estado da Saúde de Roraima, a partir da data de publicação desta resolução (CIB, 2012, p.01).

Na continuidade da ampliação da oferta dos serviços desta temática, ocorre a apresentação de outra proposta, ocorrida no dia 26 de novembro de 2012. Oportunamente foi apresentado o “Plano Estadual de Urgência e Emergência”, o qual regionalizava a oferta dos serviços de urgência e emergência na concepção de rede assistencial, que versava a necessidade do plano da seguinte forma:

O Plano Estadual de Atenção as Urgências é um elemento básico para a organização dos serviços de Urgências tornando esse serviço um importante componente da assistência à saúde. A Política de Urgência chama a atenção para a necessidade de organizar os serviços, por considerar que o grande número de acidentes de trânsito e da violência no País demanda a cada dia mais esforço dessa área de atenção. A deficiente estrutura das unidades de saúde e a falta de uma rede que integre esses serviços são fatores que contribuem decisivamente para a sobrecarga de alguns serviços como a Urgência e Emergência nos Prontos Socorros. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do Sistema de Saúde (CIB, 2012, p.01).

Diante deste marco organizacional, o SAMU em Boa Vista passa ter uma gestão bipartite, ou seja, a gestão estadual com responsabilidades sobre a Central de Regulação e a gestão municipal responsável pelo gerenciamento da frota operacional, composta pelas ambulâncias de suporte básico e avançado de vida e as motolâncias. Tais pactuações visavam formar a Rede de Urgência e Emergência no estado, situação motivada pelo Decreto Presidencial nº7.508 de 28 de junho de 2011, que incentiva a formação da regionalização da assistência por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde - COAPS. Bem como, efetivar a implantação do SAMU em todos os municípios do Estado (BRASIL, 2011).

6.4.1 O SAMU Boa Vista em números

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU de Boa Vista mantém seu formato operacional desde 2008, excetuando a Central de Regulação das Urgências que passou para a gestão estadual em janeiro de 2013. Conforme ficou definido no Plano Estadual das Urgências. O SAMU Boa Vista tem em seu escopo operacional uma ambulância de suporte avançado de vida, três ambulâncias de suporte básico de vida, conforme o registro do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. Em dezembro de 2021 ocorreu a desabilitação das motolâncias, a pedido da gestão municipal, que alegou a ausências de pilotos socorristas para compor as equipes, condição aceita e efetivada por meio da Portaria GM/MS nº4.041, de 29 de dezembro de 2021. Assim, o SAMU Boa Vista atua apenas com ambulâncias.

O serviço é ininterrupto, ou seja, 24 horas por dia. Em relação a formatação das equipes conforme preconizado nas portarias ministeriais que balizam o tema, em especial a Portaria nº2.048 de novembro de 2002 em seu capítulo IV, os profissionais que devem compor as ambulâncias são médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores de veículo de urgência. Assim, o efetivo operacional do SAMU Boa Vista é composto por um total de 63 socorristas, sendo 09 médicos, 09 enfermeiros, 22 técnicos de enfermagem e 23 condutores socorristas. Vale salientar que todos estes servidores são, atualmente, do quadro efetivo de servidores do Município de Boa Vista (SAMU-BOA VISTA, 2016-2021).

O regime de trabalho adotado no SAMU é de plantões de doze horas e seis horas, conforme escala de serviço. O desenho operacional respeita o preconizado na regulamentação federal, com as devidas proporções, conforme equipamentos habilitados. Este efetivo promove a operacionalidade nas ambulâncias do serviço, formando a linha de frente para o atendimento aos chamados de urgência e emergência na capital Boa Vista, via ligação ao número 192 para a Central de Regulação (IBIDEM, 2016-2021).

O setor administrativo do serviço é composto por direção geral, coordenação médica, coordenação de enfermagem, coordenação administrativa, e o Núcleo de Educação em Urgências - NEU, o que soma mais 8 pessoas, totalizando 73 pessoas envolvidas diretamente com o SAMU Boa Vista (IBIDEM, 2016-2021).

Nas ações assistenciais diretas de promoção do correto transporte para a unidade hospitalar de referência, atendem-se as demandas de natureza traumática, como por exemplo acidentes automobilísticos, quedas, ferimentos por arma branca ou arma de fogo, agressões, como também, todos os casos de natureza clínica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, dentre outras que possam levar ao sofrimento, bem como, resultar em morte. Outras atribuições

ficaram por conta dos transportes inter-hospitalares de alta complexidade que também figuram como competência do SAMU (BRASIL, 2012).

Dentro deste campo, o SAMU de Boa Vista tem também, por determinação ministerial, promover a manutenção dos dados estatísticos resultantes dos atendimentos realizados pelas equipes operacionais, registrado nos últimos anos números expressivos, no que concerne aos atendimentos consumados. Como evidenciado pela Portaria nº1.010, de 21 de maio de 2012, em seu Capítulo I:

Parágrafo único. Os indicadores do SAMU 192 são:
 I - Número geral de ocorrências atendidas no período;
 II - Tempo mínimo, médio e máximo de resposta;
 III - Identificação dos motivos dos chamados;
 IV - Quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de Unidade de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB);
 V - Localização das ocorrências;
 VI - Idade e sexo dos pacientes atendidos;
 VII - Identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento;
 VIII - Identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; e
 IX - Pacientes (número absoluto e percentual) referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento (Portaria nº1.010/12, p.03).

Destaca-se que nos últimos anos, no período compreendido entre o mês de janeiro de 2016 até dezembro de 2021, o SAMU Boa Vista atuou em mais de 43.146 acionamentos, com média de 599 ocorrências mensais, segundo aponta os relatórios estatísticos do serviço. Dentro deste universo pode-se classificar, conforme a natureza do atendimento, 17.247 atendimentos clínicos, 6.530 atendimentos a causas externas (queda, ferimento de arma de fogo, agressões, etc.), 14.162 atendimentos de vítimas de acidente de trânsito, finalizando com 5.207 eventos que foram classificados como "incidentes", como exemplo trotes, cancelamentos, evasões das vítimas do local do acidente (SAMU-BOA VISTA, 2016-2021).

Contudo, tais números demonstram a que o SAMU desenvolve um serviço de suma importância e impacto social consideravelmente positivo, pois possibilita o atendimento precoce e técnico visando a estabilização das vítimas para posterior encaminhamento para a unidade assistencial mais adequada para o caso para a continuidade da assistência (MATA et al., 2018), impactando positivamente nos índices de redução de morbimortalidade na capital Boa Vista.

6.4.2 O Socorrista na singularidade de atuação profissional do Atendimento Pré-Hospitalar.

A atuação laboral no atendimento pré-hospitalar tem uma grande complexidade pela gama de particularidades nesta área de atuação. Pois vale salientar que o trabalho do socorrista

é em ambiente pré-hospitalar, ou seja, fora das unidades hospitalares com seus locais de acesso restrito, com circulação controlada de pessoas.

No ambiente pré-hospitalar, o socorrista atua em qualquer lugar onde demande atendimento de agravos que coloquem a vida da vítima em risco. O meio de atuação para estes profissionais são as vias públicas ou dentro de residências, em estabelecimentos comerciais, escolas, agências bancárias, delegacias, presídios, indústrias ou ainda, outros estabelecimentos de saúde como unidades básicas de saúde, CAPS, consultórios e clínicas especializadas permeada de familiares, curiosos, repórteres, policiais. Consequentemente constitui-se em um cenário com múltiplos atores o que favorece a instabilidade da segurança dos socorristas, vítima e curiosos.

Uma outra característica comum no cenário pré-hospitalar se relaciona com a imprevisibilidade de acontecimentos decorrentes das diversas causas de acidentes, fator frequente para os atendimentos, uma vez que o acionamento é feito por ligação ao número 192, muitas vezes, realizada por pessoas em momentos de desespero, angústia, medo, o que impacta na qualidade das informações prestadas, causando o efeito surpresa na chegada da equipe no local do atendimento. Pode-se exemplificar casos de acidentes automobilísticos que mesmo com a bateria de perguntas feitas pelo médico regulador, a chegada da equipe no local é recepcionada por uma série de informações que diferem daquelas repassadas durante o acionamento, como número de vítimas, tipo de acidente, principais lesões percebidas, entre outros detalhes.

Outra situação se relaciona com os casos de natureza clínica como, por exemplo, situações de exacerbação de doenças crônicas como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Enxaqueca, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, entre outras que corriqueiramente os socorristas se deparam com quadros que não se relacionam com as informações que a CRU forneceu ao acionar a equipe, muitas vezes o quadro é intencionalmente “agravado” pelo solicitante como estratégia de garantir o envio de uma ambulância para promover o atendimento. O que causa um efeito de desperdício do serviço prestado por uma ambulância, que seria resolvido com procura de uma Unidade Básica de Saúde – UBS mais próxima.

As condições ambientais enfrentadas pelos socorristas marcam o cenário de atuação destes profissionais. As intempéries ambientais como sol tórrido, chuvas intensas, terrenos irregulares, noites crepusculares são pano de fundo das ocorrências, o que intensifica o desgaste físico, favorecendo a fadiga, desidratação corporal e o estresse.

A segurança nos locais dos atendimentos é também um fator de grande relevância, pois dentre a natureza dos atendimentos temos, por exemplo, os acidentes de trânsito, as agressões, as situações de violência com emprego de arma de fogo ou arma branca - facas, machados, punhais - o que favorece a condição estressante durante o atendimento pelo risco de permanecer em um local inseguro, instável ou ameaçador.

Destacamos a atuação em eventos classificados como Incidentes de Múltiplas Vítimas – IMV, definido como incidente com envolvimento de vítimas superior a capacidade de atendimento de forma tradicional, que incide na adoção de protocolos específicos para dimensionar o socorro adequado para cada vítima envolvida no evento, bem como para o maior número de pessoas possível. Dentro deste tipo de evento cabe ao SAMU coordenar as ações de triagem, estabilização e transporte dos feridos para as unidades hospitalares de forma organizada, procurando não transferir o caos do local do acidente para a porta hospitalar mais próxima. Tal ação ocorre por meio do Posto Médico Avançado - PMA, que deve ser estruturado com agilidade e organização para receber as vítimas que serão resgatadas pelo Corpo de Bombeiros Militar - CBM (BRASIL, 2006).

Assim estes profissionais socorristas devem estar preparados para atender pessoas envolvidas em acidentes trágicos, perigosos e comoventes. Pois, enquanto todas as pessoas pensam em correr para se abrigar do incidente, buscando proteção, o socorrista vai avançando para o local do perigo, de instabilidade, com todos os fatores de risco expostos para salvar um indivíduo que, na maioria das vezes, não se conhece (SÉ, 2014). As condições físicas e psicológicas dos socorristas são duramente colocadas à prova a cada novo chamado.

Martins e Gonçalves (2019) reforçam que o grupo de socorristas do SAMU estão expostos a situações de intensa tensão e ansiedade, pois possuem como objeto de trabalho indivíduos portadores de casos clínicos graves, muitas vezes em risco de morte iminente. O SAMU exige dos seus profissionais condições físicas e emocionais adequadas para sustentar a qualidade assistencial que os atendimentos requerem.

6.5 O ESTRESSE

O conceito sobre o tema é diverso, mas vale salientar o marco histórico sobre o estresse ocorrido em 1936, quando o médico Hans Selye utilizou o termo para definir um padrão de queixas que identificará em seus pacientes que, em suma, relatavam sintomas em comum, como exemplo, fadiga, falta de apetite, hipertensão e desânimo (MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2011).

Boff e Oliveira (2021) ressaltam que o estresse está intrinsicamente ligado com a saúde da pessoa, vinculando o surgimento de diversas doenças que se diversificam entre transtornos mentais até o surgimento de neoplasias com níveis elevados ou constantes de estresse, o que consideram como “estresse tóxico” capaz de interferir na homeostase corporal do indivíduo resultando na instalação de doenças.

Há definidos tipos de estresse como, por exemplo, o *eutresse* (resposta positiva) que reflete em motivação para superar os desafios encontrados, e o *distresse* (resposta negativa) que resulta na intimidação da pessoa resultando em desânimo, apatia, medo (PRADO, 2016).

Na concepção proposta por Hans Selye (1936) com a alcunha de Síndrome de Adaptação Geral – SAG, salientou que a resposta inespecífica é um reflexo inato de defesa do organismo em conflito com qualquer elemento biológico, psicológico ou social que seja interpretado pela pessoa como estressor, resultando em um conjunto comum de reações neurofisiológicas visando restabelecer a homeostase corporal (SELYE, 1936).

Dentro desta concepção tem-se na fase aguda, chamada de "fase de alarme" uma resposta imediata do organismo frente ao estressor, conhecido também como momento de "luta ou fuga", ou seja, reação de curta duração, visa a resolução mais imediata frente a exposição ao fator desencadeante. A fase seguinte, chamada de "fase de resistência", ocorre uma exposição temporal maior ao fator estressor, causando a necessidade de adaptação por parte do organismo da pessoa, neste nível a presença de sinais de fadiga, cansaço, desmotivação são percebidos como consequências da exposição. Por fim, a chamada "fase de exaustão", a qual ocorre sequencialmente a fase anterior, devido a continuidade da exposição, ultrapassando a condição de resistência, ocasionado a perda, por parte do organismo, no enfrentamento aos fatores estressores, resultando na instalação de doenças graves, ou mesmo a morte (PRADO, 2016).

Considerando o estresse como uma resposta fisiológica decorrente da interpretação da pessoa sobre os estímulos externos, a forma momentânea dessa leitura resulta na resposta positiva ou negativa de estresse percebido, e deriva desta resposta a sequência de sentimentos que implicará no comportamento da pessoa no enfrentamento desses fatores estressores. Diante deste quadro as consequências decorrentes dos efeitos negativos do estresse têm motivado pesquisadores investigarem os fatores desencadeantes do estresse na sociedade moderna (SADIR; LIPP, 2009).

Na concepção deste estudo tem-se o trabalho laboral desenvolvido no atendimento pré-hospitalar - APH como um tema a ser estudado. Pois ao focar neste tipo de trabalho é possível perceber a complexidade desta atividade laboral. Ressaltando que o APH tem constante

expectativa do atendimento de pacientes graves, nos mais diversos cenários, gerando constantemente uma atmosfera emocionalmente instável, que impacta, com nível alternados de estímulos, qualidade das respostas físicas e psíquicas dos socorristas (CRISTINA et al., 2008).

6.5.1 Interação do estresse e o trabalho

O trabalho é um componente comum na vida da pessoa, pois fomenta a sociedade e condiciona a qualidade de vida proporcionado pela condição financeira resultante do labor diário, bem como, das interações sociais que a pessoa vivencia.

Atualmente as atividades laborais têm tomado mais tempo das pessoas, exigindo mais dedicação, atenção e esforço para enfrentar os desafios do mundo capitalista, como também, atender os anseios básicos da pessoa, bem como, aqueles mais extravagantes impostos pela sociedade no qual o sujeito está inserido. Consequências desta exposição podem favorecer o desequilíbrio da homeostase do ser humano, seja ela psíquica ou física

Como destacado por Araújo et al. (2020), a relação do trabalhador com seu ambiente de trabalho, em sua maioria, exige uma interação social, o que pode gerar um campo potencial para o surgimento do estresse, sem ainda considerar o polo positivo ou negativo da resposta, pois torna-se algo dependente dos componentes do local de atuação, da forma como a pessoa interpreta e desenvolve as respostas ao estímulo que irá refletir o tipo de estresse, bem como, o nível decorrente da exposição da pessoa ao trabalho.

Outra perspectiva, percebida na ótica de Boff e Oliveira (2021) evidencia que o estresse mental ou emocional tem grande destaque dentre as maiores adversidades da sociedade moderna atual, justamente pela constante interação dos fatores estressantes com a pessoa, tendo em vista que a necessidade de trabalhar é algo imperioso no mundo atual.

A exposição à conflitos sociais são comuns no ambiente de trabalho, o que favorece a instalação de quadros de ansiedade, angústia e desequilíbrio emocional, resultando em perda da capacidade do trabalhador em enfrentar os desafios diários do trabalho, esta especificidade é definida como estresse ocupacional (MENECHINI; PAZ; LAUTERT, 2011). Trazendo o estresse para uma maior especificidade, favorecendo a desenvolvimento deste trabalho.

6.5.2 O estresse ocupacional

Considerando que o trabalho é, em suma, essencial para a maioria das pessoas que estão vivendo na sociedade atual, cabe admitir que o ambiente de trabalho está envolto das interações sociais inerentes deste meio, logo, possui determinantes para as condições de saúde daqueles

que interagem neste meio (BASTOS; SARAIVA; SARAIVA, 2016). Diante desta percepção pode-se inferir que o desenvolvimento das atividades laborais são, em grande medida, um fator desencadeante de alterações emocionais na pessoa. Portanto, a definição do termo "estresse ocupacional" tem sua especificidade reconhecida e amplamente estudada.

Sadir e Lipp (2009) salientam que o stress ocupacional tem sua definição em reflexo aos fatores do trabalho que ultrapassem a capacidade de enfrentamento do trabalhador. Evidenciando uma íntima relação da pessoa com seu trabalho, deste modo a percepção do trabalhador sobre sua exposição aos estressores é fator determinante do nível de estresse apresentado pelo indivíduo.

Outra percepção define que o estresse ocupacional é o resultado decorrente do desequilíbrio ocorrido entre o alto esforço exigido pelo trabalho e a baixa recompensa, que pode ser representada por vários fatores como o salário, reconhecimento, gratificações, que no entendimento do trabalhador, não atendem a expectativa (BEZERRA, 2013). Reforça-se o estresse ocupacional como importante fator de risco psicossocial do indivíduo, que abala diretamente a saúde e a qualidade de vida deste, tendo variadas consequências, dentre elas cita-se a baixa produtividade, absenteísmo, até mesmo a violência no local do trabalho (ARAÚJO et al., 2020).

Enfim, o estresse ocupacional pode ser um fator comum nos serviços de urgência e emergência, principalmente no que tange o atendimento pré-hospitalar, pois como anteriormente citado, este local de trabalho tem um cenário complexo e com uma gama de particularidades. Isto posto, a percepção diferenciada do profissional sobre os fatores estressores os quais está exposto pode ser uma medida inicial, com grande potencial, para o enfrentamento do estresse ocupacional.

6.5.3 Fatores estressores no SAMU

Na concepção do trabalho desenvolvido especificamente no APH, cabe ressaltar alguns fatores que favorecem o surgimento do estresse ocupacional, como forma melhor exemplificar a complexidade dessa atividade.

Cristina et al. (2008) apontaram, cinco anos após o lançamento do SAMU no Brasil, uma pesquisa desenvolvida com os profissionais que atuam no APH sobre a percepção dos fatores estressantes durante atendimento de emergência, especificamente, no atendimento à uma parada cardiorrespiratória - PCR, tendo como resultado a identificação de a própria

evidência de uma urgência/emergência, a morte com sentimento de frustração e tristeza, e a temperatura ambiente.

Outro estudo, desenvolvido com os socorristas que atuam no SAMU do Peru, descreve os fatores estressores tem relação com uma carga excessiva de trabalho, com altos níveis de responsabilidade do socorrista, bem como, as relações sociais insatisfatórias. Adicionam, ainda, que a distribuição da escala de trabalho e a remuneração inadequada do socorrista podem intensificar a resposta do estresse ocupacional (MAURA, AMÁLIA, HERNÁN 2015).

Uma pesquisa feita com os enfermeiros atuantes no SAMU de Mossoró, Rio Grande do Norte, identificou como fatores estressores a natureza do serviço, por se tratar de uma atividade dinâmica, desenvolvida em curto espaço de tempo para ofertar sobrevida a vítima do agravo, isso em meio a cenas de violência, aglomerações de pessoas, familiares ansiosos. Outra questão identificada relaciona-se com as condições de trabalho, bem como, o acesso aos insumos e equipamentos para atuar no socorro das vítimas, tendo por fim, a fragmentação da rede assistencial como agravante do estresse negativo dos profissionais que atuam no nível pré-hospitalar (MARTINS; VIEIRA; MORAIS, 2011).

Bezerra (2013) descreve, em seu estudo com enfermeiros socorristas, que a remuneração percebida como inadequada, somada ao acúmulo de plantões o que, conseqüentemente, aumenta a jornada de trabalho, aliado com a hierarquização da equipe de saúde são fatores estressores, o que em suma impacta a qualidade assistencial ofertada no APH.

A constante exposição as situações de intensa tensão e ansiedade diretamente relacionados com a gravidade e complexidade dos casos com o risco de morte evidentemente presente também foi relatado por Martins e Gonçalves (2019), como um fator de grande demanda emocional, pois os socorristas atuam no atendimento de indivíduos portadores de casos clínicos graves, muitas vezes em risco de morte iminente, o que exige capacidade física e mental para sustentar o equilíbrio durante o desenvolvimento do atendimento.

A variedade de fatores citados nos estudos pode estar diretamente relacionada com o cenário no qual o socorrista está inserido, permeado de situações imprevisíveis que envolvem expectativa, tensão, sofrimento, dor e morte, os quais podem contribuir para a instalação do estresse ocupacional.

Atuar na identificação desses fatores pode ser o passo inicial para o desenvolvimento de ações de enfrentamento dessa doença que pode acometer os profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar.

7 METODOLOGIA

O presente estudo foi direcionado a investigar as manifestações de estresse ocupacional dos socorristas que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) na cidade de Boa Vista – Roraima. Para apreender a realidade e a singularidade do objeto de estudo, foi importante reconhecer que o conhecimento é elemento constitutivo da sociedade que perpassa sempre por transformações o que nos leva a uma constante busca por informações e novos saberes.

Minayo (2009) e Gil (1999) observam que a pesquisa se torna um manancial inesgotável que permite uma célere movimentação entre teoria e dados em um processo intrinsecamente inacabado e permanente.

Demo (2000), nesta mesma acepção, reflete que a pesquisa consiste na instrumentação teórico-metodológica com adoção do conhecimento científico e anseia, essencialmente, pela produção de um conhecimento novo, de importância social e emergencial. A pesquisa, assim, assegura um processo de investigação e viabiliza a construção de novas técnicas, saberes e realidades referentes a um determinado fenômeno que se modifica ao longo do tempo e da história.

7.1 TIPO DE ESTUDO

O método para a realização desta pesquisa foi de caráter exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. Cabe destacar que esta abordagem visou obter maior abrangência do objeto de estudo, com diferentes perspectivas de análise, para tanto, ressalta-se concepções sobre cada método. Minayo (2010), conceitua que:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2010, p. 24).

Segundo Minayo (2010) a pesquisa qualitativa proporciona a construção ou a revisão de novas percepções sobre um fenômeno estudado, com o devido respeito acerca da diversidade existente. Logo, essa abordagem tem interesse no indivíduo e a sua relação com o ambiente,

para tanto resultar em novas descobertas, construir respostas para uma problemática, por meio de uma abordagem permeada de procedimentos racionais e sistemáticos (GIL, 1999).

7.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, localizado na Av. Sorocaima, 123 - São Vicente, Boa Vista - RR, 69303-400. Boa Vista capital do estado de Roraima, localizado na Amazônia Legal, região Norte do Brasil. Este município compreende uma área territorial 5.687,037 km², possuindo aproximadamente 413.486 habitantes (IBGE, 2022).

7.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A população estudada foi composta por profissionais socorristas que atuam no SAMU de Boa Vista-RR. Atualmente o serviço possui um efetivo composto por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e condutores, no seguinte quantitativo: 22 técnicos de enfermagem (Suporte Básico), 09 enfermeiros e 09 médicos (Suporte Avançado), e 23 condutores de ambulância que atuam em ambos os tipos de suporte. Aceitaram participar da pesquisa um quantitativo de 35 socorristas.

7.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão: os profissionais socorristas do SAMU Boa Vista-RR, que tenham, no mínimo, 06 meses de atuação nas ambulâncias que compõem a frota operacional do serviço. Os critérios de exclusão definidos: todos os profissionais afastados por motivo de férias, licença ou que não trabalharam no período de 6 meses e absenteísmo. Logo, respeitando tais critérios, obtivemos uma população amostral de trinta e cinco socorristas num universo de sessenta e três profissionais lotados no SAMU, como socorristas.

7.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo atendeu aos critérios da Resolução 466/2012 que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil, respeitando todos os preceitos éticos legais, garantindo os direitos de anonimato e sigilo dos sujeitos do estudo. A pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima, com emissão do CAEE: 58503322.8.0000.5302, sob parecer 5.566.523. O início da coleta foi realizado após a

aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

7.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada através de pesquisa de campo, por meio de entrevistas, para a execução desta ferramenta de coleta de dados foi dividido em duas etapas, sendo: 1. Assembleia e 2. Questionário estruturado. Ressaltamos que, para a aplicabilidade das etapas citadas, foram executadas por uma equipe previamente treinada e que foi composta por: 01 psicólogo e 03 acadêmicos de enfermagem.

A etapa 1 – correspondeu a Assembleia que constitui uma estratégia que proporciona um ambiente para o debate e reflexão coletiva sobre interesses comuns. Pois a assembleia tem o intuito de proporcionar uma participação mais ativa na atividade proposta, tendo como resultado um melhor engajamento da equipe. Oportunamente, há uma rápida troca de ideias e perspectivas acerca do assunto proposto, o que favorece uma percepção mais apurada dos participantes sobre a real proposta do encontro. Portanto a assembleia promove um nivelamento do entendimento, consequentemente, gerando uma possível qualificação das narrativas, favorecendo, em ato posterior, a análise de dados.

A realidade dos participantes no local onde a assembleia foi desenvolvida permitiu a produção de registros no diário de acordo com cada grupo. Na assembleia descobrimos novas possibilidades de como eles se sentiam, quando inicialmente foi tão difícil de encontrar com eles, pela diversidade de composição das equipes dos plantões e pelo advento do pesquisador principal desse estudo, fazer parte da equipe. A forma de como conhecê-los, saber de suas percepções, como nos aproximar deles para a participação no estudo foi muito bem recebida e alinhada pela a equipe pesquisadora, que teve o intuito de diminuir os vieses de tendências.

A princípio, todos os participantes foram reunidos através de seis (06) grupos focais em momentos distintos, considerando toda a equipe de socorristas está distribuída nas escalas de plantões da seguinte maneira: escala matutina, escala vespertina, escalas noturnas: 01, 02, 03, 04; dentro de cada grupo focal foi apresentado pela psicóloga a proposta do projeto, com a questão norteadora: Qual a sua percepção sobre a relação da atividade profissional e o estresse ocupacional. Em seguida, a equipe de coleta de dados distribuiu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguido do Termo de Autorização de Uso de Áudio (som de voz) e Uso de Imagem para aqueles que aceitaram participar do presente estudo.

A etapa 2 – foi constituída pela entrevista dos participantes com a aplicação do questionário estruturado composto por três partes: A primeira com o perfil sociodemográfico dos participantes; 2. Em segundo momento, a escala de Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (1989) conforme apresentado no APÊNDICE B. Esse questionário é de fácil aplicação e visa avaliar o grau de estresse (fase de estresse em que o indivíduo se encontra) e investigar se os sintomas existentes se manifestam nas áreas somática ou psíquica. É composto por três quadros referentes às fases de estresse: alerta, resistência e exaustão. Os sintomas físicos (F) e psicológicos (P) que aparecem em cada quadro são os típicos de cada fase. Esse instrumento foi utilizado em uma fase de exploração da amostra, buscando conhecer se esses participantes possuem sintomas que configurassem um quadro de estresse. Nessa modalidade de entrevista, existe um número de elementos a serem investigados, mas que vão se desenvolvendo de acordo com o entrosamento estabelecido com o investigado (BREAKWELL et al., 2010).

E finalmente, a terceira parte composto por questionário estruturado composto de oito (08) perguntas abertas envolvendo a temática do estresse no cotidiano profissional, bem como, a relação com a qualidade de vida dos socorristas.

As entrevistas foram gravadas em um aparelho móvel com a autorização do entrevistado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Autorização de Uso de Áudio (som de voz) e Uso de Imagem que serão entregues em duas vias de ambos os termos. Todo áudio ou registro que contenha dados de identificação será de acesso somente dos pesquisadores. Esses áudios serão arquivados em pen drive por cinco anos e posteriormente deletados definitivamente.

Além disso, para garantir o anonimato das respostas, o nome ou qualquer dado que possa identificar o participante não foi e não será divulgado, atribuído o sigilo e a codificação: SAMU em seguida a numeração cronológica (SAMU 1, SAMU 2); para preservar o anonimato do participante.

7.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Na análise compreensiva dos discursos apresentados dos dados foram analisados através de procedimentos sistemáticos e objetivos dispostos apoiado nos procedimentos de Laurence Bardin (2016) análise de conteúdo, que indica que o pesquisador primeiramente deve ficar atento aos momentos de aproximação e numa postura de abertura para vivência do outro, para isso é preciso que a pesquisa suspenda seu juízo de valor e o segundo passo o distanciamento

reflexivo sobre aquela compreensão intuitiva quando pretende captar e descrever o sentido da vivência dos pesquisados.

Bardin (2016), ressalta que a análise dos conteúdos textuais, são organizadas de acordo com as seguintes etapas: a pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Na fase pré-análise ocorre a organização do material coletado para propiciar a sistematização dos discursos, para tanto, esta fase desenvolve-se em quatro etapas sendo a leitura flutuante, a escolha dos documentos, reformulação de objetivos e hipóteses e a formulação de indicadores. Ato seguinte promove-se a exploração de material visando a categorização por meio da analogia significativa decorrente dos elementos constantes nas narrativas coletadas. Nesta etapa a repetição de palavras ou termos pode ser a estratégia adotada no processo de codificação para serem criadas as unidades de registro, o que formará as categorias de análise iniciais (IBIDEM, 1997)

Na terceira fase, temos o tratamento dos resultados obtidos, com a devida inferência e interpretação. Momento destinado para a construção da significação das informações contidas nas mensagens. Fase que se deve fazer uso da intuição, da análise reflexiva e crítica dos achados, promovendo o agrupamento das proposições. (IBIDEM, 1997)

Contudo, para contribuir ainda mais com o método, neste estudo, foi utilizado a análise por meio do Software IRAMUTEQ 7.2 (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), criado por Pierre Ratinaud, com diferentes possibilidades diversas representações e, conseqüentemente, propor uma interpretação. Atuando com análise lexical do material textual o programa promove a subdivisão do texto em classes hierárquicas, identificadas por segmentos textuais com mesmos vocábulos, favorecendo a percepção do pesquisador acerca do material analisado e suas divisões (IBIDEM, 2017)

Optamos por utilizar a classificação hierárquica descendente (CHD), que atua classificando os segmentos textuais conforme seus respectivos vocábulos. Vale salientar que esta função necessita de um preparo textual promovido pelo pesquisador, que fica denominado corpus textual que caracteriza o conjunto de texto a ser analisado. Tal procedimento de análise feito pelo software possibilita o agrupamento de palavras, estatisticamente importantes. Sequencialmente há uma análise qualitativa das entrevistas, neste ponto denominada de Unidade de Contexto Inicial (UCI) o que fornece os vocábulos semelhantes e diferentes entre si construindo então as Unidades de Texto Elementar (UCE) (SOUSA et al., 2018).

8. RESULTADOS

Inicialmente, é importante salientar que nossa caminhada foi desafiante para chegar ao que acreditamos ser o fascículo da compreensão sobre o estresse ocupacional dos profissionais socorristas atuantes do SAMU em Boa Vista-RR. Os dados produzidos são consequência de duas origens específicas vivenciadas no cenário do campo estudado, rastreando através de uma assembleia e aplicação das entrevistas com o público-alvo.

A presente seção está dividida em três partes. A primeira apresenta o perfil dos participantes selecionados (sexo, faixa etária, naturalidade, escolaridade, função e tempo de profissão). A segunda parte considera a síntese das categorias, a partir da análise das entrevistas realizadas; o qual emergiram as 04 (quatro) categorias, voltada para o sentido e o significado atribuído às experiências vividas pelos participantes da pesquisa que se revelaram durante o percurso dialogando com o resultado do software Iramuteq 7.2. E, finalmente, a terceira etapa denominada o Resultado da aplicação do questionário Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) com foco na percepção individual dos socorristas quanto aos sintomas relacionados ao estresse ocupacional.

Tal percurso de análise, revelou-se um importante caminho de discussão e compreensão sobre a temática, conforme explicito a seguir.

8.1 CONHECENDO OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Procedendo a condução dos dados, temos a listagem nominal de todos os profissionais socorristas envolvidos na unidade de saúde selecionada SAMU, onde se definiu a ordem de participação dos sujeitos, ilustramos o perfil profissional dos participantes da pesquisa.

Participaram do presente estudo um total de 35 socorristas que compõem o quadro operacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU de Boa Vista, distribuídos na seguinte proporção: 10 (dez) condutores (28,6%); 06 (seis) Enfermeiros (17,1%); 05 (Cinco) Médicos (14,3%) e 14 (quatorze) Técnicos de Enfermagem (40,0%).

Na percepção da representatividade da amostra coletada considerando o quantitativo geral de socorristas, 58 profissionais em pleno exercício, os pesquisadores obtiveram a participação de 35 socorristas, o que resulta em 66,6% do universo de socorristas do SAMU Boa Vista, refletindo um percentual com boa representatividade para as inferências.

Para o delineamento do perfil sociodemográfico dos socorristas do SAMU Boa Vista, foram abordadas questões sobre o sexo, faixa etária, naturalidade, estado civil, categoria

profissional, nível de formação acadêmica, quantidade de filhos e religião. Os primeiros resultados são demonstrados na tabela 03.

Tabela 3 - Perfil sociodemográfico dos socorristas, (n35).

VARIÁVEL	CONDIÇÃO	N	PORCENTAGEM (%)
Sexo	Masculino	23	65,7
	Feminino	12	34,3
Faixa etária (em anos)	20-29	8	22,9
	30-39	15	42,9
	40-49	10	28,6
	50-59	2	5,7
	Norte	25	71,4
Naturalidade	Nordeste	7	20,0
	Sudeste	1	2,9
	Sul	2	5,7
Estado Civil	Solteiro(a)	17	48,6
	Casado(a)	11	31,4
	Divorciado(a)	4	11,4
	União estável	3	8,6

Fonte: Os Autores, 2023

Em primeira análise, observa-se que dois terços da amostra é composta por socorristas do sexo masculino (65,7%), tendo destaque para a classe profissional de Condutores com composição integral por indivíduos do sexo masculino.

Outro ponto de destaque é a média de idade, após promover a separação por sexo biológico, temos as seguintes informações: a média de idade das socorristas fica em 43,1 anos, com desvio padrão resultando em 8,9 pontos, já na outra parte, a média dos socorristas fica na casa dos 34 anos, com desvio padrão atingindo 6,0 pontos. O que demonstra que a população composta pelos socorristas homens tem maior homogeneidade de idade na sua população, bem como, menor média de idade.

Na promoção da distribuição por faixa etária, da população pesquisada, foi possível dividir em quatro grupos etários, para melhor explicitar os dados: grupo 1 (faixa etária em 20 e 29 anos); grupo 2 (faixa etária em 30 e 39 anos); grupo 3 (faixa etária em 40 e 49 anos); grupo 4 (faixa etária em 50 e 59 anos). Logo, temos o grupo 2 tendo o maior número de socorristas, com 15 pessoas, o que representa 42,9% da amostra, seguido do grupo 3, com 10 pessoas num percentual de 28,6%, na sequência o grupo 1, com 08 indivíduos, que resulta em 22,9% e por fim, o grupo 4 com apenas 2 representantes que reflete um percentual de 5,7%. Dentro desta concepção vale destacar que a grande maioria dos socorristas estão com mais de 30 anos, tendo um percentual de 77,1% dos participantes, o que demonstra uma equipe madura, do ponto de vista de idade.

Outro ponto de análise, foi o estado civil dos socorristas entrevistados, e diante das respostas obtivemos quatro grupos distintos, sendo: solteiros, com 49% da população, seguido pelo grupo dos casados, com 31%, seguinte o grupo dos divorciados com 11% e por fim aqueles que estão em união estável, o que representa 9% dos participantes da pesquisa.

Quanto ao aspecto do estado civil, subdividido por sexo, obtivemos os seguintes resultados no grupo dos solteiros, as mulheres têm 50% da população nesta classificação, tendo 25% casadas e outras 25% divorciadas e nenhuma em união estável. No que tange aos homens percebemos o grupo de solteiros despontando com 47,8% da amostra, seguido pelo grupo de casados com 34,8%, seguido pelo grupo de união estável com 13% e, por fim, o grupo de divorciados com 4,3%.

Sobre a questão de possuir filhos, identificamos uma distribuição mais homogeneia entre os homens, tendo equilíbrio na distribuição entre os quatro grupos, como média de 2,2 filhos/socorrista. Vale salientar que, entre as mulheres, houve maior concentração entre aquelas que possuem dois filhos, parcela que representa 50% da amostra, a média entre todos os grupos fica bem abaixo dos homens, atingindo 1,5 filhos/socorrista.

No último quesito voltado para a questão pessoal e social dos participantes questionamos sobre o fato de possuir uma religião. Em números absolutos tivemos os seguintes percentuais: 54% têm alguma crença religiosa, e 45,7% declara não possuir religião. Logo observamos que entre as mulheres, aquelas com religião somam 58,3% contra 41,7% das mulheres que alegam não possuir qualquer crença. Já entre os homens aqueles que responderam ter alguma crença atingiu 52,2%, tendo 47,8% dos homens que pontuaram não ter qualquer religião.

Passando para os dados que refletem a distribuição dos socorristas por categoria profissional temos o grupo dos técnicos de enfermagem com maior representatividade com 14 profissionais, representando 40% da amostra, seguido pelo grupo de condutores com 10 representantes, com percentual de 29%, em seguida, os enfermeiros, com 6 profissionais, atingindo 17% de representatividade, e, por fim, os médicos com 5 componentes, com seus 14% da amostra.

Logo, nessa etapa, podemos observar a caracterização sociodemográfica dos profissionais, algo de extrema importância para fomentar a compreensão sobre o estresse ocupacional que acomete essa população específica. Ter estas informações favorecem uma melhor possibilidade de influenciar, com melhor assertividade, propostas de intervenção com vistas a melhoria dos indicadores ora identificados.

Salientamos que, para a apresentação dos resultados qualitativos, a seguir, os sujeitos da pesquisa foram identificados com uma sigla e o respectivo número sequencial da entrevista, como por exemplo, SAMU 01, SAMU 02, SAMU 35. Visando a garantia do anonimato dos participantes do estudo.

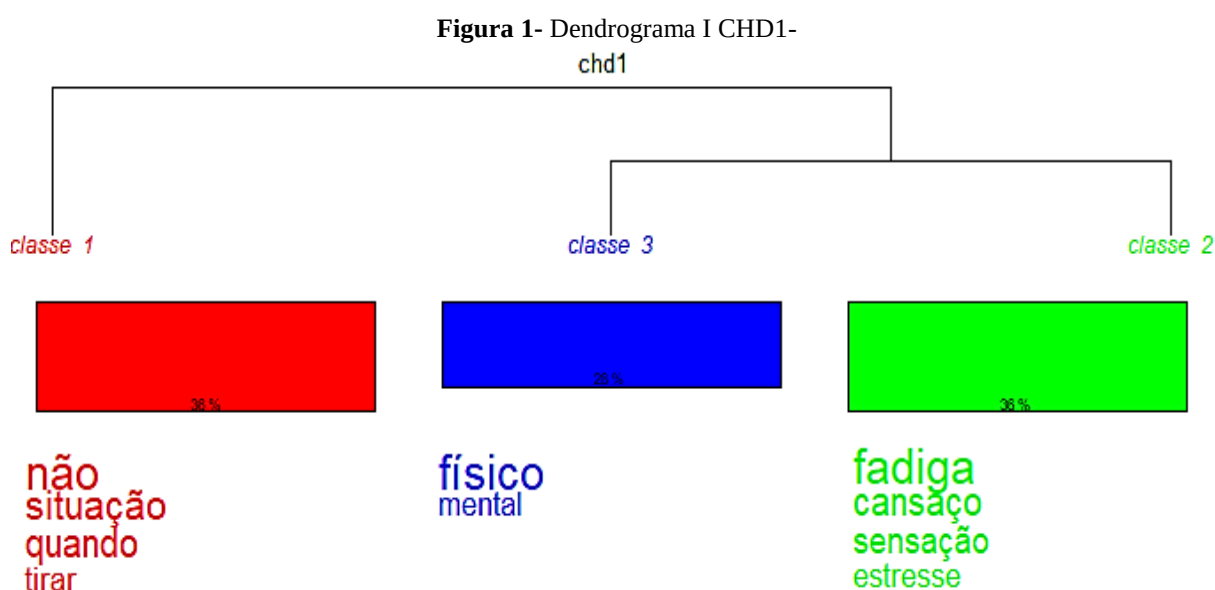
8.2 SÍNTESE DAS CATEGORIAS

Nessa etapa, foi realizada uma releitura cuidadosa do instrumento de coleta de dados para identificar alguma pergunta indutora de resposta que poderia compor a questão norteadora do estudo e posteriormente fomentar as transcrições seguindo o método de análise de conteúdo, segundo Laurence Bardin, emergiram as 03 categorias intituladas:

- 1- A percepção dos profissionais sobre o que é estresse;
- 2- O estresse e a qualidade de vida dos profissionais do SAMU;
- 3- Relação entre a atividade profissional no SAMU e o estresse.

8.2.1 Categoria 1 – Percepção dos profissionais sobre o que é estresse.

Nesta categoria buscou-se analisar as principais percepções dos socorristas acerca do estresse no trabalho. Para melhor compreensão desta categoria utilizou-se o Software Iramuteq 7.2 (Figura 01), resultando na construção de um *Corpus Total* das Unidades de Contexto Elementar (UCE), originando uma subdivisão em dois subcorpus. Vejamos a seguir:



Fonte: Iramuteq (2023).

Foi possível identificar três classes, tendo o primeiro subcorpus compreendido pela classe 01 que se relaciona com a “percepção” do socorrista da sua exposição ao estresse e sua

atuação laboral. Já no segundo subcorpus, dividido em duas classes enumeradas de 2 e 3 respectivamente, evidenciam a sintomatologia identificada pelos socorristas no seu cotidiano laboral, e seguinte, as consequências e sua abrangência do estresse sentida pelo socorrista. Nesta concepção com a ajuda do Dendrograma CHD1 foi possível identificar as palavras que obtiveram maior destaque com a porcentagem referente a frequência média entre si, em cada classe.

Atentando para o primeiro *subcorpus*, a classe 1 apresenta a percepção de “quando” o socorrista percebe o estresse durante sua atividade laboral, representada 36% pelas palavras “não”, “situação”, “quando” e a palavra “tirar”.

Em relação ao segundo *subcorpus*, a classe 2 demonstra os sintomas percebidos pelos socorristas em consequência da exposição às situações estressantes, retratado em 36% a prevalência das palavras “fadiga”, “cansaço”, “sensação”, “estresse”.

Seguindo no *subcorpus*, percebemos a classe 3 que identifica a forma como o estresse impacta os socorristas, tendo como destaque as palavras “físico” e “mental” com prevalência média de 26% dentro das respostas da questão norteadora.

Quando perguntado para os profissionais sobre **a percepção do que seria o estresse** observa-se o relato muito afinado com as definições científicas, como mostram os recortes a seguir:

“É algo que abala emocionalmente e fisicamente, porém, mais emocionalmente.” (SAMU 02)

“É a resposta negativa do organismo ao meio externo e suas imposições.” (SAMU 04)

“Sentimento que te tira do eixo físico e emocional.” (SAMU 05)

“Alteração do comportamento quando algo não sai do jeito que eu quero, são muitas atribuições gerando cansaço.” (SAMU 10)

“Estresse é cansaço mental, físico, posso determinar como isso.” (SAMU 17)

Verificamos que a percepção dos socorristas acerca do estresse está alinhada com as evidências científicas dos estudos que sustentam este trabalho. A Identificação dos sinais e sintomas, sejam físicos ou psicológicos, por grande parte dos participantes evidência o conhecimento destes acerca do tema “estresse”.

Na relação do **estresse com a atividade laboral** foi possível identificar nos relatos apontamentos dessa relação, seja com a atividade em si, seja com o relacionamento interpessoal, ou ainda, com a condições disponíveis para o desenvolvimento das atividades laborais, como exposto a seguir:

*“Alteração do comportamento quando algo não sai do jeito que eu quero, **são muitas atribuições gerando cansaço.**” (SAMU 10)*

*“Tudo, quando a gente chega aqui, **a gente já se estressa com várias situações**, tem uns profissionais que falam contigo e uns que não falam, é complicado.” (SAMU 19)*

*“Estresse é um cansaço excessivo, **é uma carga horaria de trabalho pesada**.” (SAMU 20)*

*“Eu levo muito pra jornada, se você tiver uma jornada pesada, com muitas ocorrências seguidas, o sol implica muito também naquela fadiga, no cansaço, as vezes a gente trabalha sem ar-condicionado nas ambulâncias, **e isso causa um estresse, trabalhar no calor, no sol**.” (SAMU 30)*

*“Pra mim **é a sobrecarga de serviço, quando você pode não ter uma situação ideal no trabalho**, quando tem alguma situação entre a equipe e no ambiente de trabalho” (SAMU 32)*

Ainda, no que tange os **sintomas percebidos** pelos participantes da pesquisa houve relatos claros acerca das sensações, sejam de ordem física ou psicológica, resultantes da exposição aos fatores estressantes.

*“**Cansaço, irritabilidade, insônia e diminuição da produtividade**.” (SAMU 01)*

*“É uma sensação que o corpo tem de **fadiga**.” (SAMU 06)*

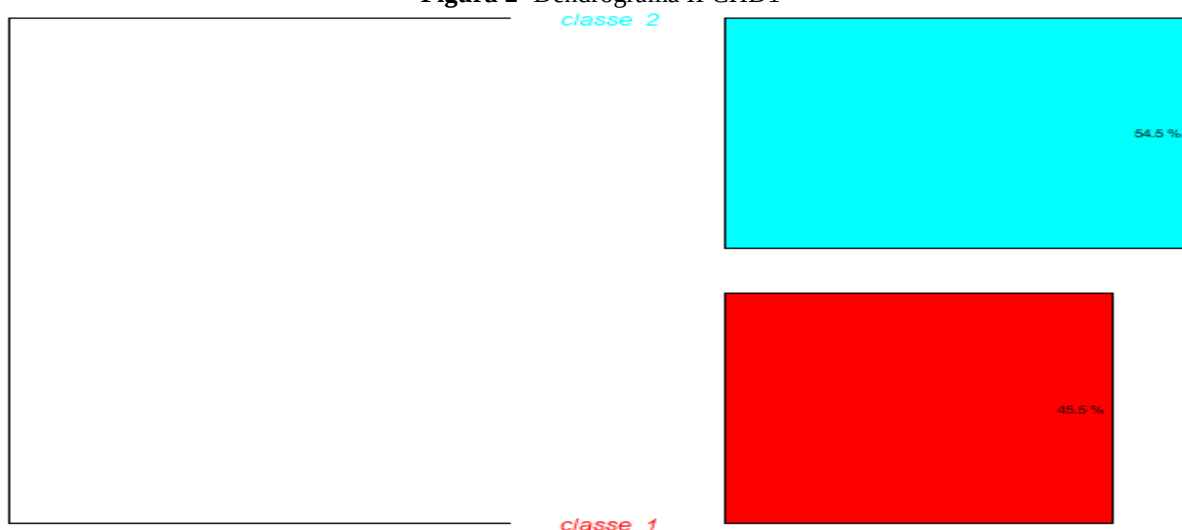
*“Sensação de **cansaço físico e mental** [...] (SAMU 13)*

*“É **falta de concentração, indisponibilidade, esquecimento de coisas do cotidiano**.” (SAMU 14)*

8.2.2 Categoria 2 – O estresse e a qualidade de vida dos profissionais do SAMU.

Ao debruçar a atenção sobre a categoria 2, a qual teve a intenção de perceber o entendimento dos socorristas acerca da relação do estresse e a qualidade de vida foi possível obter um dendrograma CDH 1 mais objetivo, sem ramificações, apenas com duas classes. A classe 1 teve a ocorrência média da palavra “sim” em 45,5% dos relatos, em contrapartida, a classe 2 foi fortemente representada pela ocorrência da palavra “não” que alcançou 54,5% de prevalência média dentro das respostas obtidas.

Figura 2- Dendrograma II CHD1



Fonte: Iramuteq (2022)

Vale frisar que a colocação destes advérbios dentro do contexto dos relatos expressa semelhança de sentimentos, apontando fortemente para a íntima relação do estresse e a qualidade de vida dos socorristas no sentido que ter estresse impacta na qualidade de vida de forma degradante. Deste modo, foi necessária uma percepção apurada das narrativas coletadas, exemplificando narrativas afirmativas, em primeira instância, seguido dos recortes contendo o advérbio de negação, mas que explana a intimidade do impacto negativo que o estresse causa na qualidade de vida dos socorristas.

*“Afeta **sim**, dois vínculos implicam em trabalhar muito fora de casa e perder momentos importantes com a família e amigos.” (SAMU 04)*

*“**Sim**, pois altera o senso de humor, causando irritabilidade, insônia e cansaço físico e mental.” (SAMU 07)*

*“Com certeza, com certeza, demais, as vezes **você não consegue dormir**, as vezes você **não consegue executar atividades simples**, as vezes você se sente confortável dormindo no chão e não na cama, é esquisito isso aí, afeta demais **algumas atividades que você passa a não fazer**, enfim, é bem complicado.” (SAMU 08)*

*“Afeta demais a qualidade de vida, é uma realização mais profissional, **mas pessoal não muito**.” (SAMU 14)*

*“Muito, eu digo que eu desenvolvi a hipertensão aqui, **eu não tinha, eu não era hipertensa**, e com esses anos todos de SAMU, eu posso afirmar que eu fui diagnosticada com hipertensão e faço uso de medicação, diária, com acampamento médico, e posso dizer com certeza que foi adquirida com estresse aqui dentro.” (SAMU 20)*

*“Muito, afeta demais minha qualidade de vida, por que assim, é uma realização mais profissional, **mas com relação ao pessoal, não conta muito**.” (SAMU 21)*

*“Completamente, **pois você não consegue dormir direito**, vive cansado, acaba se estressando com mais facilidade com as situações do dia a dia.” (SAMU 28)*

*“Já cheguei a confundir as coisas, de sair estressado daqui e chegar em casa e **meu filho pequeno querer brincar e eu não querer, não falar com minha esposa**[...]” (SAMU 33)*

Porém, percebeu-se que teve respostas com a negativa da relação supracitada, o que demonstrou que na amostra teve participantes que não consideram haver uma relação do estresse e a qualidade de vida, como destacado nos recortes a seguir.

*“**Ainda não**.” (SAMU 11)*

*“**Não**.” (SAMU 13)*

*“**Não afeta**.” (SAMU 15)*

*“**Ainda não**.” (SAMU 34)*

“Não, pois temos que extrair algo de bom dos momentos de estresse, sempre se aprende algo em uma situação de estresse.” (SAMU 35)

Tal situação tem amparo nas informações obtidas pelo Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), conforme será discorrido na sequência do estudo.

8.2.3 Categoria 3 – Relação entre a atividade profissional no SAMU e o estresse.

Na terceira categoria houve a construção de um dendrograma mais robusto, com Corpus Total das Unidades de Contexto Elementar (UCE) mais ramificado, originando uma subdivisão com seis classes (da esquerda para a direita), divididas em duas ramificações principais, o primeiro *subcorpus* expõe os fatores externos, existentes no cotidiano laboral, que favorecem o surgimento do estresse, representados pelas classes 1 e 2. Ambas as classes foram representadas em 12,2% por palavras: “gente”, “estresse”, “paciente”, “filho”, “ocorrência”, “sobrecarga”, “casa”, “pessoal”. É perceptível dentro dos relatos dos socorristas entrevistados esses fatores claramente evidenciados, como demonstrado nos recortes a seguir.

*“São várias, pois **somos submetidos continuamente a riscos físicos, químicos e biológicos.** Em nossos atendimentos estamos sujeitos a agressão, ser vítimas de acidentes no trânsito ou se contaminar com fluidos, apesar do uso dos EPIS, pois atendemos em vários cenários, enfrentamos as condições ambientais e climáticas da localidade.” (SAMU 7)*

*“Nas ocorrências de trânsito tem o risco e a exposição à acidentes, calor excessivo e outros fatores. Ocorrência com tiro ou arma branca **existe o risco do ambiente ser hostil e de haver agressão física.**” (SAMU 12)*

*“Estão diretamente ligados. **São inúmeras situações que mexem muito com o nosso emocional.**” (SAMU 13)*

“O estresse muita das vezes é em relação a alguns acompanhantes, alguns pacientes, apesar da gente estar tentando ajudar, mesmo assim eles se revoltam contra a gente.” (SAMU 17)

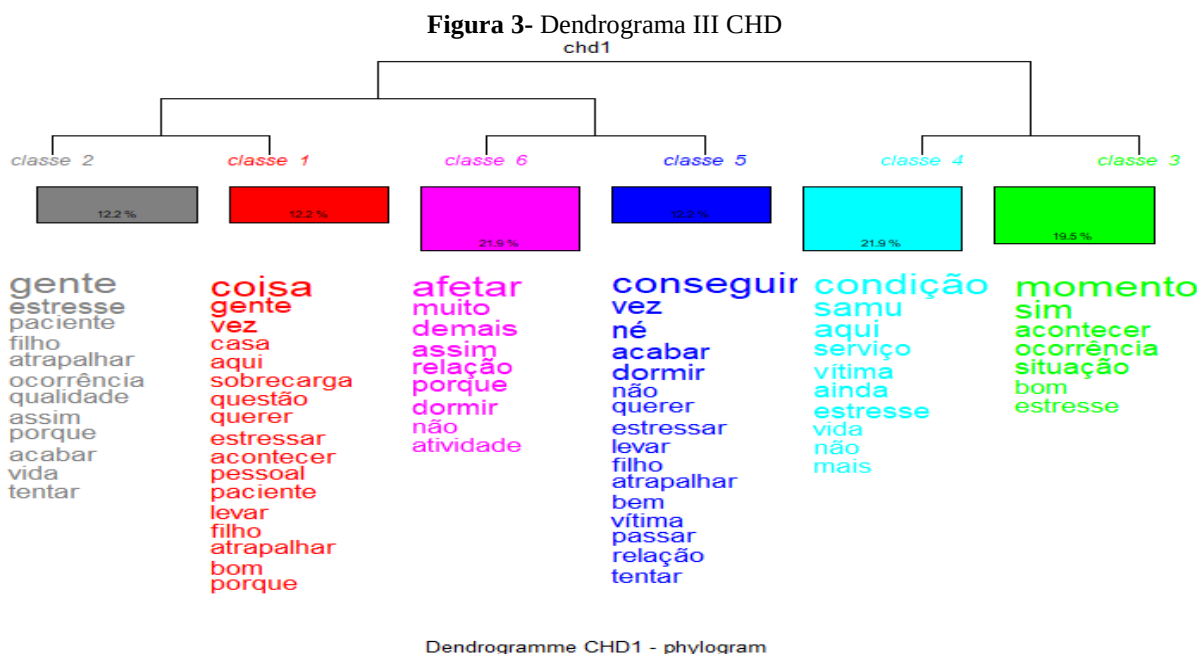
“São nos casos de agressão física, de tentativa de homicídio, atender pessoas embriagadas, tanto em acidentes de trânsito quanto em ambiente familiar, porque quando a gente atende paciente no trânsito e a gente ver que a pessoa está causando um dano a uma família, então pra mim o que mais estressa é lidar com paciente alcoolizado.” (SAMU 16)

“O trânsito, as ocorrências que envolvem violência, a exposição ao calor e chuva.” (SAMU 25)

“Quando é preciso lidar com pessoas em uma cena de acidade grave ou dentro de residência, atendendo um caso clínico.” (SAMU 28)

Por seguinte, temos o segundo subcorpus, composto pelas classes 5 e 6 que evidenciam a relação do estresse com a vida dos socorristas, tendo em vista que estas classes expõem o entendimento dos participantes da pesquisa acerca das consequências ou impactos do estresse na qualidade de vida, tendo a ocorrência de 21,9% das palavras: “afetar”, “muito”, “demais”, “relação”, “dormir”, “atividade” na classe 6. Já na classe 5 a média de ocorrências das palavras resultou em 12,2%, tendo como principais evidências as palavras: “conseguir”, “acabar”,

“dormir”, “querer”, “filho”, “atrapalhar”, “relação”. Vejamos a seguir na Figura 3 – Dendrograma III CHD1:



Fonte: Iramuteq (2022)

Corroborando com os achados temos os discursos dos participantes que ressaltam o contexto supracitado:

“[...]Ver um filho que acabou de perder a mãe e você acaba se abalando com muitas situações que a gente acaba pensando diariamente.” (SAMU 2)

“Sim, a atividade profissional requer um imediatismo e estado de alerta constante, gerando o estresse.” (SAMU 4)

“[...]São inúmeras situações que mexem muito com o nosso emocional.” (SAMU 13)

“[...]Pois eu posso afirmar que eu adquiri hipertensão, pelo estresse que eu tenho nesses anos trabalhando aqui no SAMU.” (SAMU 20)

“Esgotamento físico, sobrecarga de serviço, pouco recurso, número excessivo de atendimentos e isso gera desgaste emocional.” (SAMU 24)

“[...]Tem umas coisas no dia a dia que pode te afetar, tu levás as vezes pro lado pessoal, as vezes por ser criança e a gente ter filha e pode afetar.” (SAMU 31)

A segunda ramificação que culminou em um subcorpus com duas classes, representadas pela classe 3 e 4 que figura a relação das condições de trabalho, equipamentos e a remuneração e como isso favorece a instalação do estresse, neste sentido na classe 4 houve 21,9% de

prevalência das palavras “condição”, “serviço”, “vítima”. E comprovado na contextualização das falas dos socorristas.

“Quando tem problema entre as equipes, quando falta material, quando a ambulância quebra, quando falta equipe para trabalhar, é isso.” (SAMU 08)
“Trânsito, falta de ambulâncias, equipe não sabe trabalhar em equipe e não respeita a hierarquia, que não tem compromisso e ser responsável pela equipe.” (SAMU 10)
“É bem estressante, o SAMU aumenta mais a questão de estresse devido a questão de remuneração, existe a necessidade desse serviço para a população, mas não temos o incentivo financeiro.” (SAMU 14)
“Quando eu não tenho condições de trabalho.” (SAMU 15)
“Eu gosto, do SAMU em si, o problema são os profissionais e as condições de trabalho, se tivesse realmente condições boas, tranquilo, pois o salário não é bom aqui, tu tens que se matar em extra para conseguir um salário mais ou menos, mas não é isso que estressa, é a equipe e as condições.” (SAMU 19)
“É bem estressante, eu trabalho em outros lugares, mas o SAMU aumenta mais a questão do estresse devido a remuneração e algumas condições que faz gerar um pico de estresse bem grande, é a necessidade desse serviço para a população, mas não temos o incentivo.” (SAMU 21)
“A questão do salário, da sobrecarga de trabalho e das situações que acontecem em algumas ocorrências é o que mais impacta no estresse.” (SAMU 23)
“[...] Sobrecarga de serviço, pouco recurso, número excessivo de atendimentos e isso gera desgaste emocional” (SAMU 24)
“Hoje as condições gerais do trabalho deixam a desejar e as situações gerais da vítima causa estresse, não são todas, mas em alguns casos, como a negação do serviço pelo próprio paciente.” (SAMU 32)

No que concerne a análise, na classe 3, verificamos que o percentual médio dos vocábulos alcançou 19,5% tendo a representação feita pelas palavras: “momento”, “acontecer”, “ocorrência”, “situação”. Neste sentido, destacamos os fragmentos das entrevistas que ressaltam tal percepção estresse gerado pelos acionamentos, bem como, as informações prestadas pela Central de Regulação.

“Durante as ocorrências que não são bem reguladas.” (SAMU 01)
“Várias ocorrências em curto espaço de tempo, as vezes devido à falta de outras ambulâncias.” (SAMU 03)
“Na hora de chamar pra uma ocorrência, e a maioria das ocorrências são clínicas, então nos passam uma informação e na maioria das vezes quando chegamos lá a situação é outra, e muito desses casos a gente espera uma coisa e chega lá é outra[...]” (SAMU 14)
“Muitas das vezes a gente vai para uma ocorrência que é passada de um jeito e quando a gente chega lá não é aquilo que as pessoas passaram ou é mais grave, ou então não tem nada a ver com o que foi passado, quando mentem pra gente, quando vamos para uma situação e chegando lá não é, isso causa um estresse grande[...]” (SAMU 20)
“[...]Já me estressei também com a central de regulação, por não conseguir entregar o endereço correto né, as vezes a vítima está precisando de ajuda com urgência e eles passam o endereço sem número, sem ponto de referência, bairro errado e a gente chega no local e os pacientes se estressam com a gente.” (SAMU 33)
“Quando chama para uma ocorrência, que na maioria são clínicas, e quando chegamos lá, é outra situação, em muitos desses casos, a gente espera uma coisa, e

quando chega lá é outra. E em ocorrências que quando chegamos lá, não é da competência do SAMU, e não deveríamos dar assistência[...]” (SAMU 21)
“A dificuldade da central em passar a ocorrência com todos os dados, quando tá faltando viatura e a relação entre alguns membros da equipe.” (SAMU22)

Seguindo a análise, ao perguntar a **relação do estresse com a atividade profissional do socorrista** houve dualidade de opiniões, tendo a percepção dos entrevistados exposta, em primeira instância, da confirmação da relação.

“Relação direta, a carga de trabalho excessiva, assim como o nível de responsabilidade.” (SAMU 5)
*“Quando você não tem uma válvula de escape, acaba sendo uma recorrência muito grande devido a sua atividade profissional demandar muito da sua parte física, da sua parte psicológica, se você não tem uma válvula de escape, ela acaba te atrapalhando, acaba sendo uma **relação direta** para mim.” (SAMU 08)*
*“É uma **relação grande**, pois eu posso afirmar que eu adquiri hipertensão, pelo estresse que eu tenho nesses anos trabalhando aqui no SAMU.” (SAMU 20)*
*“A **relação é total**, uma vez que trabalhamos em constante atenção, com pessoas, expostos ao clima, sol e chuva. Lidar com pessoas é difícil, pois em muitas das vezes somos repreendidos.” (SAMU 28)*
*“**Alta correlação**, principalmente entre as atividades de maior complexidade.” (SAMU 29)*

Em segundo momento, as percepções dos socorristas que não correlacionaram a ligação entre o estresse e a atividade laboral.

“Não vejo estresse nessa relação, mas talvez uma noite mal dormida e uma rotina pesada possam contribuir.” (SAMU 11)
“Não tem.” (SAMU 15)
“Meu trabalho não é estressante, tem alguns momentos que sim, que a gente tem uma carga de estresse maior, em alguns atendimentos é difícil, e eles dão uma carga de estresse elevado.” (SAMU 16)
“No meu ver não, comigo não.” (SAMU 18)

A organização da síntese das categorias teve como critério geral a percepção semântica dos discursos, que visa identificar a estrutura dos relatos e como as palavras e seus enunciados transmitem seus significados. Durante as diversas reorganizações não podemos deixar de vista o sintático a partir do surgimento dos fenômenos promovido pela análise de conteúdo e lexográfica, através dos Corpus, Subcorpus (verbos e adjetivos portadores de sentido) e Unidade do Contexto Elementar e o léxico (classificação das palavras segundo seus sentidos) e Unidades de Registro, dando forma de nosso sistema. Desse modo, construímos um esquema advindo dos trabalhos da reorganização e das ocorrências e, assim, quantificado o que os dados nos mostraram. Seguimos com a última etapa para evidenciar a análise dos dados a partir do questionário Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL).

8.3 RESULTADO DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)

Salientamos que os dados que serão apresentados são frutos da aplicação do questionário Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) (LIPP, 1989). Tal instrumento está construído por uma lista subdividida em três quadros constituídos por sintomas psicológicos e físicos, tendo como premissa identificar o estresse, bem como, a fase que se encontra (alerta, resistência e exaustão) e sua sintomatologia mais evidente na concepção física e psicológica.

Para elucidar melhor a fase e suas diferenças, temos que: a fase de alarme é quando a pessoa tem contato inicial com o fator estressor, tendo a preparação e resposta imediata frente ao estímulo. A fase de resistência é caracterizada pela adaptação da pessoa ao fator estressor, ocasionando a constante do corpo em manter a homeostase enquanto está sobre influência da condição estressante. Por fim, a fase de exaustão é definida quando o organismo não consegue mais sustentar a adaptação frente aquele estressor gerando desequilíbrio da homeostase.

Em posse do questionário o participante é solicitado a sinalizar na lista os sintomas que teve em determinado tempo, no seguinte desenho Q1 (24 horas; Q2 (último mês), Q3 (últimos 3 meses). A leitura é feita com base no escores obtidos nas tabelas, tendo a constatação de estresse quando a pontuação atingir os limites determinados, sendo: superior que 6 no Q1, superior que 3 no Q2 e superior que 8 no Q3. Vale frisar que o participante que atingir a pontuação em mais de um nível considerar-se-á apenas a fase maior para o enquadramento do nível de estresse apresentado.

Com base nas respostas provenientes dos 35 socorristas participantes observou-se uma prevalência geral de estresse de 51,4%, distribuindo-se em 42,9% na fase de resistência e 8,6% na fase de exaustão, não tendo nenhum participante enquadrado apenas na fase de alerta.

Tabela 4- Nível de estresse identificado, por fases (n=35).

FASE	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM (%)
Alerta	0	0,0
Resistência	15	42,9
Exaustão	3	8,6
Sem estresse	17	48,6
Total	35	100,0

Fonte: Os Autores.

Considerando os participantes que foram identificados possuidores de estresse, e levando em conta a pontuação mínima por fase, observa-se a frequência dos questionários que atingiram a pontuação determinada em cada fase, conforme tabela a seguir.

Tabela 5- Frequência das fases que atingiram a margem de positividade do estresse (n=26).

FASE	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM (%)
Alerta	5	14,3
Resistência	18	51,4
Exaustão	3	8,6
Total	26	74,3

Fonte: Os Autores.

Observa-se neste quesito a fase de resistência é a condição com maior porcentagem obtendo 51,4% da amostra pontuando nesta fase, seguido pela fase de alerta com 14,3% e por fim, a fase de exaustão com 8,6%. Salienta-se que muitos socorristas não pontuaram suficientemente na fase de alerta, atingindo o limiar diretamente na fase de resistência, porém, todos que atingiram a fase de exaustão também tiveram registro na fase de resistência. Evidenciando que 18 socorristas com enquadramento de estresse instalado, resultando em 26 escores atingindo a pontuação mínima, o que demonstra ter socorristas apresentando sintomas por vários meses.

Tabela 6 - Quantitativo dos sintomas por fase, dividido por tipo.

FASE	SINTOMAS FÍSICOS	SINTOMAS PSICOLÓGICOS
Alerta	70	43
Resistência	69	81
Exaustão	40	92
Total	179	216
Porcentagem	45,3	54,7
Total geral de sintomas.	395	

Fonte: Os Autores.

Destaca-se que, este quadro demonstra de modo geral, o quantitativo dos sintomas apontados pelos socorristas que participaram da pesquisa. Pois mesmo tendo 48,6% da amostra não pontuando acima do limiar de classificação de estresse em nenhuma das fases, salienta-se

que todos sinalizaram a percepção de algum sintoma, seja físico ou psicológico. Diante deste fato, cabe um olhar sobre esta informação que tem aspecto abrangente e que pode sinalizar um fator importante sobre o percurso sintomático que os socorristas estão percorrendo para a instalação do estresse ocupacional.

Logo, percebe-se que na fase de Alerta, a maioria dos sintomas estão ligados com a questão física, tendo uma resposta fisiológica mais acentuada. Em contrapartida, nas fases seguintes os sintomas psicológicos tomam a frente, o que direciona para a instalação do estresse ocupacional.

Tabela 7- Prevalência de estresse, por faixa etária (n=35).

GRUPO POR IDADE	CONDIÇÃO	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM (%)
20 a 29 anos	Estresse	6	75
	Sem estresse	2	25
	Total	8	100
30 a 39 anos	Estresse	7	46,7
	Sem estresse	8	53,3
	Total	15	100
40 a 49 anos	Estresse	5	50
	Sem estresse	5	50
	Total	10	100
50 a 59 anos	Estresse	0	0
	Sem estresse	2	100
	Total	2	100

Fonte: Os Autores.

Outro ponto interessante podemos observar na tabela 7, que evidencia o estresse por faixa etária, e neste ínterim, salientamos a faixa etária de 20 a 29 anos apresentou maior porcentagem de socorristas com estresse, atingindo 75%, em contrapartida, temos o grupo de 50 a 59 anos apresentando o maior percentual de socorristas sem estresse com 100% dos socorristas deste grupo.

Outro ponto que merece destaque é a condição de estresse classificado por sexo biológico, apresentado na tabela 8, tendo destaque para os homens que atingiram 52,2% da amostra classificada como tendo estresse.

Tabela 8 - Prevalência de estresse, dividido por sexo biológico (n=35).

GRUPO POR SEXO	CONDIÇÃO	N	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM (%)
Masculino	Estresse	23	12	52,2
	Sem estresse		11	47,8
Feminino	Estresse	12	6	50,0
	Sem estresse		6	50,0

Fonte: Os Autores.

Ao olharmos para a condição de estresse condicionada ao estado civil dos socorristas podemos perceber, conforme a tabela 9, observamos que o grupo de “casados” tem o melhor percentual de não estressado com 63,6% da amostra, em contrapartida com os socorristas que estão em união estável, que apresentou 100% da amostra com estresse, seguido pelo grupo de divorciados que atingiu 75% na mesma condição. Cabe registro que o grupo de solteiros teve mais da metade dos indivíduos sem estresse, com porcentagem de 52,9%.

Tabela 9 - Prevalência de estresse, dividida por estado civil (n=35).

ESTADO CIVIL	CONDIÇÃO	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM (%)
Solteiro	Estresse	7	41,2
	Sem estresse	10	58,8
	Total	17	100,0
Casado	Estresse	7	63,6
	Sem estresse	4	36,4
	Total	11	100,0
União Estável	Estresse	2	66,7
	Sem estresse	1	33,3
	Total	3	100,0
Divorciado	Estresse	2	50,0
	Sem estresse	2	50,0
	Total	4	100,0

Fonte: Os Autores.

No que tange tempo de serviço e o estresse, temos na tabela 10 a apresentação de quatro grupos: grupo 01 (Até um ano de serviço); grupo 02 (entre 02 e 05 anos de serviço); grupo 03 (entre 06 e 10 anos de serviço) e por fim, grupo 04 (acima de 11 anos de serviço). Ao debruçar a atenção nesta tabela temos a percepção que os grupos das extremidades (grupo 01 e grupo 04) têm 50% dos socorristas apresentado estresse. Porém, maior porcentagem de socorristas estressados ficou com o grupo 02 que alcançou 66,7% dos socorristas, seguido do grupo 02 que obteve 63,6% com estresse.

Tabela 10 - Prevalência de estresse, classificado por tempo de atuação (n=35).

GRUPO POR TEMPO DE SERVIÇO	CONDIÇÃO	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM (%)
Até 01 ano	Estresse	5	50
	Sem estresse	5	50
	Total	10	100
02 a 05 anos	Estresse	6	66,7
	Sem estresse	3	33,3
	Total	9	100
06 a 10 anos	Estresse	3	37,5
	Sem estresse	5	62,5
	Total	8	100
Acima de 11 anos	Estresse	4	50
	Sem estresse	4	50
	Total	8	100

Fonte: Os Autores.

Observamos também a prevalência de estresse por categoria profissional, conforme apresentado na tabela 11, destaque para a categoria de médico que atingiu a maior porcentagem de estresse com 80% dos representantes apresentando algum nível de estresse, seguido pela classe de enfermeiros com 66,7% acometidos pelo estresse, em terceiro aparece a categoria de condutor que atingiu 50% apresentando estresse e, por fim, os técnicos de enfermagem tendo o menor percentual de estresse com a marca de 35,7% dos representantes.

Tabela 11 - Prevalência de estresse, classificado por tempo de atuação (n=35).

CATEGORIA PROFISSIONAL	CONDIÇÃO	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM (%)
Condutor	Estresse	5	50,0
	Sem estresse	5	50,0
	Total	10	100,0
Enfermeiro	Estresse	4	66,7
	Sem estresse	2	33,3
	Total	6	100,0
Médico	Estresse	4	80,0
	Sem estresse	1	20,0
	Total	5	100,0
Técnico de Enfermagem	Estresse	5	35,7
	Sem estresse	9	64,3
	Total	14	100,0

Fonte: Os Autores.

Tratando sobre a quantidade de vínculos empregatícios percebemos que o grupo que possui apenas um vínculo tem percentual de 55,4% de quadro de estresse, porém, para o grupo que detém dois vínculos o índice atingiu apenas 44% da amostra com estresse. Sobre aqueles que detém dois vínculos os percentuais ficaram equilibrados em 50%, conforme explícito na tabela 12, logo abaixo.

Tabela 12 - Prevalência de estresse, classificado por tempo de atuação (n=35).

QUANTIDADE DE VÍNCULOS	CONDIÇÃO	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM (%)
Um vínculo	Estresse	5	55,6
	Sem estresse	4	44,4
	Total	9	100,0
Dois vínculos	Estresse	13	50,0
	Sem estresse	13	50,0
	Total	26	100,0

Fonte: Os Autores.

Certamente cabe aprofundar a percepção visando exposição mais minuciosa, logo efetuamos o cruzamento das informações referente a quantidade de vínculos com a categoria profissional para expor a prevalência de estresse de forma mais qualificada, resultando na tabela 11, apresentada a seguir.

Tabela 13- Prevalência de estresse, comparado a categoria profissional e a quantidade de vínculos (n=35).

CATEGORIA	QUANTIDADE DE VÍNCULOS	CONDIÇÃO	FREQUÊNCIA	N	PORCENTAGEM (%)
Condutor	Um vínculo	Estresse	4	7	57,1
		Sem estresse	3		42,9
	Dois vínculos	Estresse	1	3	33,3
		Sem estresse	2		66,7
Enfermeiro	Um vínculo	Estresse	1	1	100,0
		Sem estresse	0		0,0
	Dois vínculos	Estresse	3	5	60,0
		Sem estresse	2		40,0
Médico	Um vínculo	Estresse	0	0	0,0
		Sem estresse	0		0,0
	Dois vínculos	Estresse	4	5	80,0
		Sem estresse	1		20,0
Técnico de Enfermagem	Um vínculo	Estresse	0	1	0,0
		Sem estresse	1		100,0
	Dois vínculos	Estresse	5	13	38,5
		Sem estresse	8		61,5

Fonte: Os Autores.

Diante deste detalhamento dos dados verificados, fica mais evidente a relação de vínculo e o estresse ocupacional ao trabalho desenvolvido. Tendo destaque para a classe dos enfermeiros, que sinaliza que o vínculo não diferenciou a prevalência do estresse, que ocorreu em ambos os grupos. Em contrapartida, no grupo dos condutores a prevalência ocorreu para aqueles profissionais que possuem apenas um vínculo profissional. Para as demais classes, técnicos de enfermagem e médicos, o estresse está presente para os profissionais que detêm dois vínculos, destaque para a classe médica que sinalizou que 80% dos profissionais nesta condição.

9 PROPOSTA DE FERRAMENTA TECNOLÓGICA – FLUXOGRAMA ELABORAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO E O PLANO ESTRATÉGICO DE INTERVENÇÃO

A pesquisa permitiu elaborar as ferramentas tecnológicas em saúde com a justificativa para o plano de intervenção, com o intuito de promover os pilares da promoção e prevenção em saúde, buscando melhorar a saúde, bem-estar destes profissionais que prestam um serviço essencial e singular para a sociedade e melhorar a qualidade do ambiente de trabalho por meio da implementação de medidas organizacionais que proporcionem melhores condições socioambientais no SAMU- Boa Vista. Com isso, a partir dos resultados desta pesquisa e de suas análises à luz das evidências científicas, foi possível identificar a importância da criação

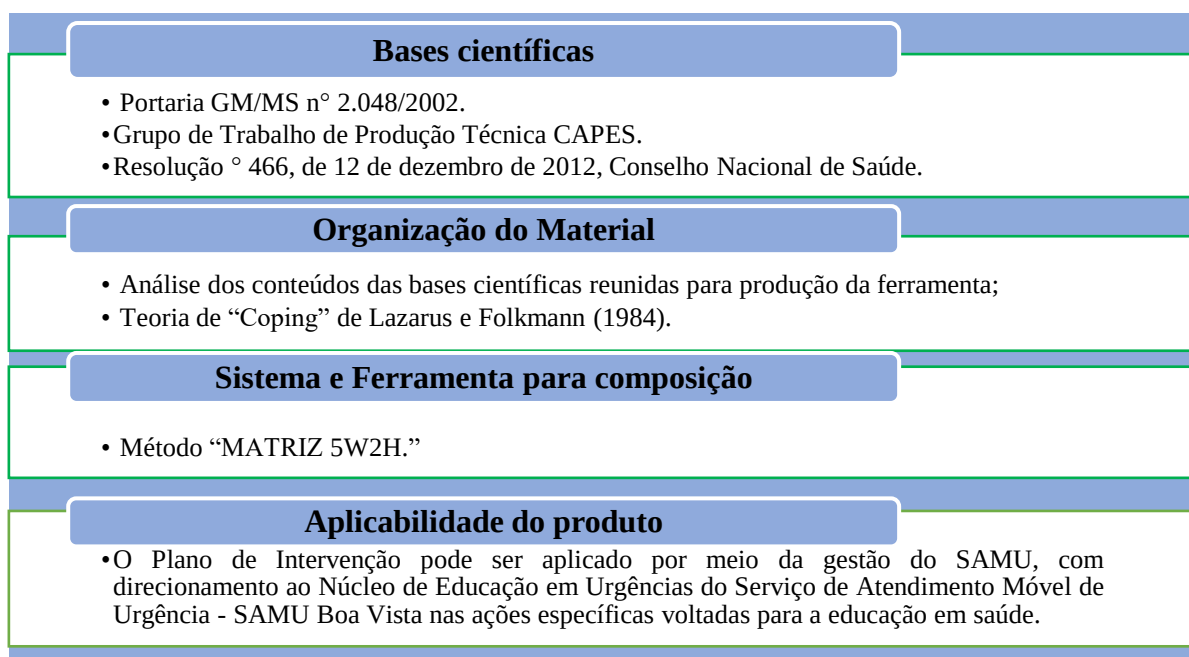
das ferramentas tecnológicas para subsidiar as necessidades assistenciais e gerenciais do território em que a pesquisa foi aplicada.

A ferramenta tecnológica foi baseada na estratificação pela CAPES (Classificação CAPES – Qualis Produção Técnica 2020). **Produto 1:** Produções Técnicas e Tecnológicas - PTT – Fluxograma – Plano de Intervenção. **Produto 2:** Produções Técnicas e Tecnológicas - PTT – PLANO DE AÇÃO ESTRATÉGICO DE INTERVENÇÃO.

A proposta do plano de intervenção está composta com atuação em duas etapas. Na primeira, o cuidado de favorecer a interação dos socorristas com melhores condições de trabalho, dentro daquilo que é mutável, do ponto de vista organizacional e por meio de decisão de gestão com sua devida mobilização técnica. E a segunda, está atribuída ao processo educacional como foco em proporcionar um espaço efetivo para a promoção de cursos, treinamentos, palestras para os profissionais, bem como, favorecer a interação e a troca de experiências e saberes acerca do tema “estresse ocupacional”.

Nessa perspectiva, o fluxograma que demonstra a construção do Plano de Intervenção permitiu evidenciar as etapas e composição da proposta do plano. Na figura 4 apresentamos o esquema ilustrativo da construção da Ferramenta tecnológica – Fluxograma de Construção para a concretização do Plano de Intervenção a partir dos resultados obtidos por esta pesquisa.

Figura 4 - Esquema ilustrativo da construção da ferramenta.



Fonte: Autores (2023).

A principal meta da ferramenta tecnológica Plano de Intervenção é construir dados que venham somar conhecimentos para as equipes do SAMU. Contribuir com os administradores e

gestores do setor público e a sociedade em geral a partir dos indicadores formado pela pesquisa, posteriormente poderá auxiliar como fonte de informação para gerar novas estratégias e ações que visam melhorar as condições de serviços dos profissionais de saúde que compõe cada equipe.

10 DISCUSSÃO

Com claro delineamento dos participantes da pesquisa, por meio do perfil sociodemográfico dos participantes, bem como, a síntese das categorias emergidas a partir da análise das entrevistas realizadas, a aplicação do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) e a utilização da análise lexográfica para determinar a ocorrência de palavras com frequência absoluta, percentual, e por fim, a transcrição de citações dos participantes da pesquisa que revelam suas experiências em relação com o estresse ocupacional e sua atuação laboral, foi possível identificar pontos de grande relevância .

Os resultados apresentados em relação ao Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL) incluíram uma síntese dos sintomas físicos e psicológicos relatados pelos participantes em cada uma das três fases (Alerta, Resistência e Exaustão), bem como, a perspectiva total de sintomas em cada categoria. Além disso, é destacado que todos os participantes sinalizaram a percepção de algum sintoma, seja físico ou psicológico, e que mesmo aqueles que não pontuaram acima do limiar de classificação de estresse em nenhuma das fases apresentaram algum sintoma, seja físico ou psicológico. A análise dos resultados sugere que na fase de Alerta, a maioria dos sintomas está ligada à questão física, enquanto nas fases seguintes, os psicológicos tomam a frente, o que direcionam para a instalação do estresse ocupacional.

Observou-se que dentre os socorristas entrevistados, 51,4% foram classificados como possuidores de estresse, conforme classificação de LIPP, esta constatação vai ao encontro de outros estudos, como exemplo, estudo realizado no Peru, com socorristas do SAMU daquele país, que identificou que 67,7% da população do estudo estava com estresse ocupacional (MAURA, AMALIA, HERNAN, 2015). Porém outro estudo, feito por Carvalho Et.al (2015) apontou sentido contrário, mostrou que aproximadamente 75,4% dos participantes foram classificados sem estresse, incitando que há fatores que podem interferir na prevalência do estresse ocupacional em socorristas do SAMU.

Os socorristas relataram a percepção de sintomas tanto físicos quanto psicológicos em todas as fases do Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL). Na fase de Alerta, foram relatados 70 sintomas físicos e 43 sintomas psicológicos. Na fase de Resistência, foram relatados 69 sintomas físicos e 81 sintomas psicológicos. Na fase de Exaustão, foram relatados 40 sintomas físicos e 92 sintomas psicológicos. No total, foram relatados 179 sintomas físicos e 216 sintomas psicológicos. A análise dos resultados sugere que na fase de Alerta, a maioria dos sintomas está ligada à questão física, enquanto nas fases seguintes, os psicológicos tomam a frente, o que direcionam para a instalação do estresse ocupacional.

Segundo Carvalho et. al. (2015), também identificou maiorias das queixas relacionadas com sintomas psicológicos, dentre as principais queixas relatadas pelos participantes incluíram apreensão, ansiedade, irritação, nervosismo, insônia, falta de paciência, medo do desconhecido, frustração, desânimo, tristeza, falta de motivação. Os resultados da pesquisa indicaram que os enfermeiros que trabalham em atendimento pré-hospitalar móvel enfrentam diversas cargas psicológicas e emocionais que afetam sua saúde mental e física.

Em comum há os resultados obtidos por Barbosa et. al (2022), que teve como principais sintomas identificados o desânimo, insônia, esgotamento emocional, raiva, medo, frustração e irritabilidade. O que reforça a necessidade de intervenções no enfrentamento ao estresse ocupacional.

Ao observar a ocorrência do estresse por sexo biológico dos socorristas evidenciou-se que não há um grupo específico que apresenta maior índice de estresse em relação ao sexo dos participantes, pois tanto homens quanto mulheres apresentaram porcentagens de indivíduos com estresse semelhantes (52,2% e 50%, respectivamente). Fato que difere dos resultados obtidos com os socorristas em Recife-PE, que foi mais elevado entre os profissionais do sexo feminino (28,2%) do que no sexo masculino (12,8%). Portanto, naquele serviço houve uma relação entre o sexo e a prevalência de estresse, mais comum entre as profissionais do sexo feminino (CARVALHO Et. al., 2015). Outro estudo obteve resultados semelhantes, no qual identificou que o estresse estava presente em 65,3% dos homens e 71,9% para mulheres (MAURA, AMALIA, HERNAN, 2015).

Reforçando a importância de atentar para o estresse ocupacional nas socorristas, algo que ainda não despontou no SAMU Boa Vista, tendo aqui um ponto de grande relevância. Pois cabe salientar que a carga de estresse para as mulheres tem impacto diferente quando comparado aos homens, pois como salienta o estudo de Novaes Neto, Xavier e Araújo (2020), há aspectos relativos aos papéis e responsabilidades entre homens e mulheres que proporcionam

diferentes nível de exposição ao estresse, pois cabe destacar que a mulher que atua no mercado de trabalho na maioria dos casos não fica desvinculada das atividades domésticas, o que resulta em uma multiplicação das jornadas de trabalho findando em maiores níveis de estresse ocupacional. Outro estudo percorre a mesma linha apontando que as mulheres tendem a atingir maiores níveis de estresse devido a dupla jornada e a tendência de atingir a exaustão emocional (FIGUEIROA Et al, 2019).

Em destaque, há a percepção da presença de estresse ocupacional quando dividiu-se os socorristas por categoria profissional. A categoria de médicos apresentou a maior porcentagem de profissionais com algum nível de estresse (80%), seguida pelos enfermeiros (66,7%), condutores (50%) e técnicos de enfermagem (35,7). Figueiroa Et al. (2019), em seu estudo com socorristas identificou dados semelhantes, pois a classe médica daquele serviço também apresentou maior risco para o desenvolvimento de doença psíquica, ressaltando os impactos gerados pelo nível de responsabilidade na atuação no SAMU.

Ressalta-se a relação dos vínculos empregatícios dos socorristas e o estresse ocupacional, foi realizado um cruzamento das informações relativas à quantidade de vínculos com a categoria profissional para expor a prevalência de estresse de forma mais clássica. Foi observado que a prevalência de estresse variou de acordo com a quantidade de vínculos e a categoria profissional. Para os condutores, a prevalência ocorreu para aqueles profissionais que possuem apenas um vínculo profissional. Já para os técnicos de enfermagem e médicos, o estresse está presente para os profissionais que detêm dois vínculos, com destaque para a classe médica que sinalizou que 80% dos profissionais nesta condição apresentaram estresse. Para a classe dos enfermeiros, a prevalência de estresse não diferenciou a quantidade de vínculos, ocorrendo em ambos os grupos em valores semelhantes. O estudo que avaliou os socorristas do Estado do Paraná discute a relação entre o vínculo empregatício e o estresse, apontando que profissionais que possuem mais de um vínculo empregatício apresentam maior risco de desenvolver a síndrome de Burnout devido à sobrecarga de trabalho e à necessidade de lidar com diferentes rotinas, culturas organizacionais, chefias e equipes de trabalho (FIGUEIROA et al., 2019).

Percebeu-se que os mais jovens, entre 20 e 29 anos, tiveram maior prevalência de estresse com 75% dos socorristas. Na mesma linha, o estudo de Maura, Amália e Hernán (2015) identificou os socorristas com idade abaixo de 30 anos com os maiores índices de estresse, 77,3%, evidenciando que a inexperiência pode suscitar uma condicionante para a instalação do estresse ocupacional em socorristas. De igual modo, outro estudo com profissionais de saúde

também revelou resultados semelhantes entre os mais jovens, sugerindo a percepção da sobrecarga no trabalho vinculado à tenra idade e experiência profissional (NOVAES NETO, XAVIER, ARAÚJO, 2020)

Outro ponto de grande relevância, dado aos resultados encontrados, foi a relação do estresse e o estado civil dos socorristas. Neste quesito o grupo de socorristas em união estável apresentou 100% da amostra com estresse, seguido pelo grupo de divorciados que consumiram 75% na mesma condição. Já o grupo de casados teve o melhor percentual de não estressados, com 63,6% da amostra. O grupo de solteiros teve mais da metade dos indivíduos sem estresse, com porcentagem de 52,9%. Portanto, o grupo de socorristas em união estável e divorciados apresentava maiores índices de estresse em relação aos demais grupos. Numa linha contrária de resultados, o estresse ocupacional não apresentou diferença estatisticamente significativa entre solteiros (70,4%), casados (71,4%) ou divorciados (80,0%), enquanto o grupo de profissionais que estavam em união estável apresentou níveis mais baixos de estresse laboral (54,4%) do que os outros grupos, com diferença estatisticamente significativa no SAMU do Peru (MAURA, AMALIA, HERNAN, 2015).

Deixando evidente que o relacionamento pessoal tem destaque, sugerindo que o apoio familiar tem grande peso no enfrentamento contra a instalação da doença. Como também a qualidade dos relacionamentos faz grande diferença na percepção de ser algo positivo e que favorece o combate ao estresse, e não mais um fator agravante para o desgaste emocional (FIGUEIROA et al., 2019).

A análise lexicográfica também foi utilizada para identificar as palavras mais frequentes nas respostas dos participantes, o que permitiu a identificação de três categorias principais: a percepção dos profissionais sobre o que é estresse, o estresse e a qualidade de vida dos profissionais do SAMU e a relação entre a atividade profissional no SAMU e o estresse. Dentro deste quesito ficou evidente que a percepção dos socorristas sobre o estresse, que está esclarecido com as evidências científicas dos estudos que sustentam o trabalho, e que confirma o conhecimento destes sobre o tema "estresse". Consequentemente, cabe aqui destacarmos a primeira hipótese levantada, "Os socorristas do SAMU tem compreensão dos fatores estressores aos quais estão expostos durante sua atuação no atendimento pré-hospitalar;" torna-se verdadeira, sendo comprovada pela exposição dos resultados da pesquisa, já que a identificação dos sinais e sintomas, seja físico ou psicológico, ocorreu por grande parte dos participantes, que corrobora o percurso sintomático que os socorristas estão trilhando para a instalação do estresse ocupacional ficou claro à luz dos resultados.

A relação do estresse com a atividade laboral, que pode estar relacionada com a atividade em si, com o relacionamento interpessoal ou ainda com as condições disponíveis para o desenvolvimento das atividades laborais teve sua relação evidenciada dentro dos resultados apontados pelas classes definidas pela análise lexográfica. A percepção dos socorristas acerca do estresse no trabalho, que foi conduzido em classes diferentes, evidenciou a sintomatologia identificada pelos socorristas no seu cotidiano laboral, consequências e sua abrangência do estresse sentido pelo socorrista reforçou o entendimento destes profissionais sobre a temática proposta. Todavia, não ficou claro nos relatos qualquer uso de estratégias de enfrentamento ao estresse ocupacional pelos socorristas entrevistados, desenhando uma deficiência ou desconhecimento dos artifícios existentes para melhorar o gerenciamento das situações classificadas como estressantes. Assim, a segunda hipótese levantada foi refutada.

11 CONCLUSÃO

Os resultados identificados na pesquisa indicaram a presença considerável do estresse ocupacional nos socorristas do SAMU Boa Vista, com mais da metade dos profissionais entrevistados acometidos pela patologia (51,4%), sugerindo a necessidade de adotar medidas para intervir neste locus operacional.

Os sintomas psicológicos tiveram proporções maiores se comparados com os sintomas físicos, conforme achados identificados em outros estudos (CARVALHO Et al., 2015; BARBOSA Et al. 2022), o que foi ao encontro dos resultados identificados no SAMU Boa Vista, deixando clara as consequências do estresse ocupacional e a necessidade de medidas de intervenção para estes profissionais.

Como apontado na discussão dos resultados, os socorristas mantêm uma prevalência equilibrada quando comparada entre o sexo biológico dessa população de estudo. Pois cabe destacar que os estudos pesquisados apontam o sexo feminino como grupo com maior índice de acometimento ao estresse ocupacional, o que se justifica pelo acúmulo de funções profissionais e pessoais (CARVALHO Et al. 2015; MAURA, AMELIA, HERNAN, 2015, NOVAES NETO, XAVIER E ARAÚJO, 2020). Logo tem-se um ponto positivo a ser utilizado no SAMU Boa Vista, ou seja, a possibilidade de intervir para impedir a incidência do estresse ocupacional entre as mulheres que atuam no serviço.

É oportuno destacar a instalação do estresse ocupacional nos socorristas mais jovens, com idade abaixo de 30 anos, sugerindo que a falta de experiência e a tenra idade proporcionem condições favoráveis para o surgimento do estresse ocupacional sinalizando a necessidade de

medidas preventivas para favorecer que estes profissionais tenham uma carreira longa na atuação pré-hospitalar. Percebeu-se que, o acúmulo de vínculos tem relação com a instalação do estresse ocupacional, pois médicos, técnicos de enfermagem e enfermeiros sinalizaram que ter mais de um vínculo pode favorecer a instalação da patologia, tendo o acúmulo de responsabilidades como fator agravante para a instalação da doença.

A alta prevalência de estresse ocupacional no profissionais de nível superior, como médicos e enfermeiros, teve relevância, pois estes socorristas têm maior nível de responsabilidade dentro das equipes, como também na relação com os demais atores do atendimento pré-hospitalar (policiais, bombeiros, jornalistas) tornando-se um agravante para o surgimento do estresse ocupacional, pois como anteriormente discutido, a atuação no atendimento pré-hospitalar tem peculiaridades não comuns em outros ambientes de atuação para o profissional de saúde.

Diante dos resultados obtidos, ficou evidente o conhecimento dos socorristas sobre o tema "estresse", confirmando nossa primeira hipótese pois os socorristas identificaram os sinais e sintomas, seja físico ou psicológico, relacionados com o estresse ocupacional. A relação do estresse com a atividade laboral, que pode estar relacionada com a atividade em si, com o relacionamento interpessoal ou ainda com as condições disponíveis para o desenvolvimento das atividades laborais teve sua relação evidenciada dentro dos resultados apontados pelas classes definidas pela análise lexográfica, como também pelo relato dos socorristas reforçando o entendimento destes profissionais sobre o tema.

Todavia, não ficou evidente, nos relatos coletados, qualquer uso de estratégias de enfrentamento ao estresse ocupacional pelos socorristas entrevistados, desenhando uma deficiência ou desconhecimento dos artifícios existentes para melhorar o gerenciamento das situações classificadas como estressantes, conseqüentemente fica refutada a segunda hipótese levantada. Dando mais peso à necessidade de intervenção junto aos profissionais socorristas.

Com base nos resultados obtidos, diante das reflexões derivadas da interpretação das informações e como objetivo do estudo foi desenvolvido um plano de intervenção constante no Apêndice C. Para tanto, utilizou-se os relatos dos profissionais, destacando pontos relacionados com as condições de trabalho, principalmente relacionados com a condição das ambulâncias, estrutura física, número elevado de ocorrências, número reduzido de equipes.

Para tanto, a proposta de intervenção teve como base a Teoria de “Coping” de Lazarus e Folkmann (1984). Com isso subsidiamos o plano com direcionamento para duas linhas de atuação, sendo, ações voltadas para o problema e ações voltadas para a emoção.

As ações voltadas para o problema, aqui representadas em grande maioria por movimentos que visam mudanças estruturais do SAMU Boa Vista, foram delineado para a modernização do ambiente existente, com reforma predial da base descentralizada, como também, a adequação do espaço do Núcleo de Educação em Urgências com a construção dos ambientes como sala da aula, laboratório de simulação realística, auditório, como no aparelhamento destes espaços por meio de aquisição de equipamentos para treinamento e simulação e mobiliário para este espaço educacional singular que tem potencial de torna-se referência estadual em treinamentos de atendimento em urgências e emergência.

A renovação da frota de veículos, por meio de projeto junto ao Ministério da Saúde, foi algo imperioso, pois o principal instrumento de trabalho dos socorristas são as ambulâncias, tendo um trabalho prioritário com foco em melhorar a qualidade do atendimento, pois entendemos que a condição das ambulâncias reflete diretamente na qualidade assistencial prestada pelos socorristas. Tal ação, implicará em melhorar o custo efetivo total do operacional do SAMU Boa Vista, pois com uma frota renovada é possível considerar a possibilidade de diminuir o custo dos serviços de manutenção, refletindo no equilíbrio do planejamento orçamentário do serviço, o que resulta em mais investimentos em outras áreas de custeio, como exemplo, a manutenção do fardamento dos socorristas, aquisição de insumos, renovação de equipamentos médicos e demais necessidade que favorece a atuação profissional dos socorristas tendo o SAMU atuante de forma adequada, segura e com qualidade que a população merece.

Promover a expansão de equipe de socorristas, com mais duas ambulâncias com aquisição de equipamentos para composição do efetivo operacional foi outra proposta que teve como justificativa a percepção dos socorristas que relataram o grande número de ocorrências como algo estressante, o que subsidiou nosso projeto técnico junto ao Ministério da Saúde.

Na outra linha, ações focadas na emoção dos socorristas, com ações para a oferta de cursos, treinamentos, palestras e roda de conversa sobre o estresse ocupacional como forma de proporcionar melhores condições de enfrentamento dos socorristas quanto o gerenciamento das emoções frente aos fatores estressantes do cotidiano de trabalho dos profissionais. Essas ações visam a promoção de melhor ambiente de trabalho, como também, melhores índices de socorristas sem estresse ocupacional. O que tende promover uma percepção das tribulações do atendimento como algo pertencente ao cenário do atendimento pré-hospitalar e passível de uma percepção positiva por parte do socorrista.

O projeto de intervenção teve seu desenho construído a partir dos apontamentos obtidos na pesquisa. Justo salientar a possível limitação das ações que podem ocorrer decorrente de

questões alheias ao exposto neste estudo, mas que tem um caminho delineado para a qualificação deste serviço, tendo o bem-estar dos socorristas como norteador das ações, alimentando assim nosso otimismo na aceitação do plano e sua execução.

Por fim, buscamos destacar a questão do acometimento do estresse ocupacional entre os socorristas do SAMU Boa Vista com intuito de construir medidas para a promoção da saúde mental dos socorristas e trazer à tona a importância do enfrentamento do estresse ocupacional no ambiente de trabalho de saúde. Além, é claro, estimular a pesquisa no ambiente pré-hospitalar móvel, no estado de Roraima, para favorecer a construção contínua da qualidade deste serviço singular na Rede de Urgência e Emergência no Município de Boa Vista com apoio da pesquisa científica.

REFERÊNCIAS

- ANATEL - Agência Nacional de Telecomunicações. Serviços de Utilidade Pública. Disponível em: <https://www.gov.br/anatel/pt-br/regulado/numeracao/codigos-nacionais/servicos-de-utilidade-publica-e-de-emergencia>. Acesso em: 3 abr. 2022.
- ARAÚJO, Alessandra Ferreira et al. **Estresse ocupacional de enfermeiros do Serviço De Atendimento Móvel de Urgência**. Scielo Brasil. 2020. 6 p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/K64cwYHWqCjXPGzQ74V8ypb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 jan. 2022.
- BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Histórias das políticas públicas de saúde do Brasil: a trajetória do direito à saúde**. In: Mata, Gustavo Correia. Políticas de Saúde: Organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / FIOCRUZ, 2007.cap.1, p.29-60. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_profissional_docencia_saude_v3.pdf. Acesso em: 7 jan. 2022.
- Barbosa KH, Ribeiro BMSS, Giorgio MC, Yagi MCN, Oliveira LC, Karino ME. **Desgastes físicos e emocionais do enfermeiro decorrentes do atendimento pré-hospitalar móvel**. J. Nurs. Health. 2022;12(2):e2212220832. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/20832> Acesso em: 7 jan. 2022.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. – São Paulo: Edições 70. 2016 Disponível em: <https://docero.com.br/doc/5x0v5v>. Acesso em: 03 junho, 2023.
- BASTOS, Vitor Guerzet Ayres; SARAIVA, Patrícia Grativol Costa; SARAIVA, Fábio Petersen. **Absenteísmo-doença no serviço público municipal da Prefeitura Municipal de Vitória**. REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DO TRABALHO, São Paulo, v. 14, n. 3. 124 p, 2016. Disponível em: http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/revista_brasileira_de_medicina_do_trabalho_volum_14_n%C2%BA_3_131220161657237055475.pdf#page=107. Acesso em: 4 jan. 2022.
- BEZERRA, Francimar Nipo. **Estresse ocupacional nos enfermeiros que atuam no serviço de atendimento móvel de urgência à luz da Teoria de Betty Neuman**, f. 128. 2013 Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/10726/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Francimar%20Nipo.pdf. Acesso em: 4 jan. 2022.
- BOA VISTA (Roraima), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU. **Relatórios de Gestão: Prestação de Contas Quadrimestral**. SMSA/PMBV. Boa Vista, 2016-2021.
- BOA VISTA (Roraima). Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista-RR. **Plano Anual de Saúde 2021**. 2021. Disponível em: https://boavista.s3.sa-east-1.amazonaws.com/transparencia/arquivos/relatorio_de_gestao/programacao_anual_de_saude_2018.pdf Acesso em 20 dez. 2021.
- BOFF, Sérgio Ricardo; OLIVEIRA, Alexandre Gabarra. **Aspectos fisiológicos do estresse: uma revisão narrativa**. Research, Society and Development. Vargem Grande Paulista, 2021.

Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23561>. Acesso em: 4 jan. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Regulação médica das urgências**. 1ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, f. 63, 2006. 126 p. (Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf. Acesso em: 1 nov. 2021.

BRASIL. Constituição Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF. Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 12 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006, p. 256. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf. Acesso em: 28 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica. 3 ed. Brasília**: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 114 p. (Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.010, de 20 de maio de 2012**. Diário Oficial da União, Brasília, ano 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html. Acesso em: 2 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.600, de 06 de julho de 2011**. Diário Oficial da União, Brasília, ano 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 2 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.660, de 12 de agosto de 2008**. Diário Oficial da União, Brasília, ano 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1660_13_08_2008.html. Acesso em: 1 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.863, de 29 de setembro de 2003**. Diário Oficial da União, Brasília, 29 de setembro de 2003, ano 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html. Acesso em: 13 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.864, de 29 de setembro de 2003**. Diário Oficial da União, Brasília, ano 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html. Acesso em: 7 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.048, de 04 de novembro de 2002**. Diário Oficial da União, Brasília, ano 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279, de 29 de novembro de 2010**. Diário Oficial da União, Brasília, ano 2010, p. 90. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 6 set. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n. 5055, de 26 de abril de 2004**. Diário Oficial da União, Brasília, 27 de abril de 2004, ano 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2004/decreto/d5055.htm. Acesso em: 16 ago. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Diário Oficial da União, Brasília, 27 de abril de 2004, ano 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 28 set. 2021.

BREAKWELL, Glynis M. et al. **Métodos de pesquisa em psicologia**. Tradução: Felipe Rangel Elizalde; revisão técnica: Vitor Geraldi Hasse. - 3. ed. - Porto Alegre: Artmed. 2010. Artmed Editora, 2010. Disponível em: http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin-arquivosUpload/10095/material/Breakwell_Hammond_Fife-Schaw_Smith_2010_CAP_04.pdf. Acesso em: 03 maio, 2022.

CAPES. **GT de Produção Técnica. Relatório de Grupo de Trabalho**. Brasília: CAPES, 2020. Disponível em: [http://www.capes.gov.br/images/novo_portal/documentos/DAV/avaliacao/10062019_Pr odução-Técnica.pdf](http://www.capes.gov.br/images/novo_portal/documentos/DAV/avaliacao/10062019_Pr%20du%C3%A7%C3%A3o-T%C3%A9cnica.pdf). Acesso em 26 de set. 2023.

CARVALHO, Ana Elizabeth Lopes; Et al. **Estresse dos profissionais de enfermagem atuantes no atendimento pré-hospitalar**. 2020;73(2):e20180660. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0660>. Acesso em 04 de jun. 2023.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: **Relação de entidades e/ou serviços de saúde cadastradas com gestão estadual**. CNES. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 4 jan. 2022.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: **Relação de entidades e/ou serviços de saúde cadastradas com gestão municipal, município de Boa Vista-RR**. CNES. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 10 fev. 2023.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília, 2007. 248p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf. Acesso em: 12 dez. 2021.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, f. 123, 2002. 246 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf. Acesso em: 12 dez. 2021.

CRISTINA, Jane Aparecida et al. **Vivências de Uma Equipe Multiprofissional de Atendimento Pré-hospitalar Móvel em Suporte Avançado de Vida na Assistência ao Adulto em Situação de Parada Cardiorrespiratória**. Scielo Chile. 2008. 09 p. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v14n2/art12.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2022.

DEMO, Pedro. **Desafios modernos da educação**. 16. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

DOURADO, Eliana Maria Ribeiro. **Análise da Política Nacional de Atenção às Urgências: Uma Proposta**. Brasília, 2013 Tese (Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/17663>. Acesso em: 14 ago. 2021.

FIGUEIROA, Gabriela Bettoni; et. al. **Síndrome de Burnout Entre Profissionais de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Paraná**. Cogitare enferm. [Internet]. 2019; 24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61917>. Acessado em 03 jun., 2023.

GIL, A. C. **Método e técnicas de pesquisa social**. São Paulo, SP: Atlas. 1999.
IBGE, Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. **Censo Brasileiro de 2010**. IBGE, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/boa-vista/panorama>. Acesso em: 3 dez. 2021.

IBGE, Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. **Censo Brasileiro de 2022**. IBGE, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rr/boa-vista.html>. Acesso em: 10 jan. 2022.

KNECHTEL, Maria do Rosário. **Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada**. Curitiba: Intersaberes, 2014.

LAZARUS, Richard. S., FOLKMANN, Susan. **Estresse, avaliação e enfrentamento**. Editora Springer. Nova Iorque: Springer, 1984, Disponível em <https://books.google.com.br/books?id=i-ySQQuUpr8C&lpg=PP1&hl=pt-BR&pg=PP1#v=onepage&q&f=true>. Acesso: 23 jun. 2023.

LESSA, Greice. **Atenção às Urgências em Santa Catarina**. Florianópolis, 2017. 224 p Tese (Programa de Pós-Graduação Em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/188846/PNFR1038-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 16 ago. 2021.

LIPP, Marilda E. Novaes; GUEVARA, Arnaldo J. de Hoyos. **Validação Empírica do Inventário de Sintomas de Stress**. Estudos de Psicologia. 11. 43-49, 1994. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/284507885_Validacao_empirica_do_inventario_de_sintomas_de_stress. Acesso em: 3 jan. 2022.

LOPES, Sérgio Luiz Brasileiro; FERNANDES, Rosana Joaquim. **Uma Breve Revisão do Atendimento Médico Pré-hospitalar**. Portal De Revistas da USP. São Paulo, 1999. 7 p. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/7740>. Acesso em: 22 nov. 2021.

LUZ, Elizene Aparecida Rodrigues da. **O Ensino Na Classe Hospitalar: Práticas Pedagógicas No Hospital Da Criança Santo Antônio Em Boa Vista (Roraima)**. Lajeado, 2020. 105 p Dissertação (Pedagogia) - Universidade do Vale do Taquari, Lajeado, 2020. Disponível em: <https://univates.br/bdu/handle/10737/2986>. Acesso em: 4 jan. 2022.

MACHADO, Cristiani Vieira; SALVADOR, Fernanda Gonçalves Ferreira; O'DWEYR, Gisele. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira**. Scielo Brasil. 2011. 10 p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/SNwZbLsn-MXz3jJqmhPYQpph/?lang=pt>. Acesso em: 16 ago. 2021.

MALVESTIO, Marisa Aparecida Amaro; SOUSA, Regina Márcia Cardoso. **Desigualdade na atenção pré-hospitalar no Brasil: Análise da eficiência e suficiência da cobertura do SAMU**

192. Scielo. 2021. 25 p. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2875/version/3035>. Acesso em: 10 set. 2021.

MARTINS, Cláudia Cristiane Filgueira; VIEIRA, Alcivan Nunes; MORAIS, Fátima Raquel Rosado. **El desgaste relacionado con el trabajo desde la perspectiva de los enfermeros de atención pre-hospitalaria**. Scielo Cuba. Havana, 2011. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000400008. Acesso em: 5 jan. 2022.

MARTINS, Daiane Granada; GONÇALVES, Júlia. **Estresse Ocupacional em Profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**. Revista Psicologia e Saúde, v. 11, n. 3, 09 out 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000300001. Acesso em: 8 dez. 2021.

MATA, Keilla Shelen Santana da et al. **Entraves no Atendimento Pré-hospitalar do SAMU: Percepção dos Enfermeiros**. Revista de Enfermagem UFPE. Pernambuco, 2018. 09 p. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a236537p2137-2145-2018>. Acesso em: 6 nov. 2021.

MAURA, Sanchez Vera Katty; AMALIA, Loli Ponce Rudi; HERNÁN, Sandoval Vegas Miguel. **Prevalencia de estrés laboral en el personal asistencial prehospitalario del programa de sistema de atencion móvil de urgencias -Instituto de Gestión de Servicios de Salud**. Biblioteca Virtual em Saúde. Lima, 2015. 06 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsa-lud.org/portal/resource/pt/lil-786441>. Acesso em: 6 jan. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, f. 424, 2011. 549 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 6 nov. 2021.

MENEZHINI, Fernanda; PAZ, Adriana Aparecida; LAUTERT, Liana. **Fatores Ocupacionais Associados aos Componentes da Síndrome de Burnout em Trabalhadores de Enfermagem**. Scielo Brasil. Florianópolis, 2011. 9 p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Gbs37jbpJttGj9T3PpR4BGj/?lang=pt>. Acesso em: 3 jan. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FgpDFKSpjsybVGMj4QK6Ssv/> Acesso em: 03 mai. 2022

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, António Pedro. **Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa**. Revista Lusófona de Educação, v. 40, n. 40, 2018. Disponível em: <https://revistas.ulusofoa.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>. Acesso em: 03 mai. 2022.

MINAYO, Maria Cecília. O desafio da pesquisa social. In: Minayo, M. C. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/370906482/MINAYO-Maria-Cecilia-de-Souza-Org-Pesquisa-Social-Teoria-Metodo-e-Criatividade-29-Ed-Petropolis-RJ-Vozes-2010-Colecao-Temas-Sociais> Acesso em: 03 mai. 2022.

MULLER, Jaqueline Marques, SILVA, Narbal, PESCA, Andréa Duarte. **Estratégias de Coping no Ambiente Organizacional: Uma Revisão Integrativa.** Revista Psicologia: Organizações e Trabalho, 21(3), 1594-1604. Ano 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/rpot/2021.3.20385>. Acesso em: 03 maio, 2022

MURTA, Sheila, Giardini, LAROS, Jacob Arie, TRÓCOLLI, Bartholomeu Torres. **Manejo de Estresse Ocupacional na Perspectiva da Área de Avaliação de Programas.** Estudos de Psicologia 2005, 10(2), 167-176. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/233735972_Manejo_de_estresse_ocupacional_na_perspectiva_da_area_de_avaliacao_de_programas. Acesso em: 03 maio, 2022.

Novaes Neto EM, Xavier ASG, Araújo TM. **Factors associated with occupational stress among nursing professionals in health services of medium complexity.** Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 1):e20180913. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0913>

O'DWYER, Gisele et al. **O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais.** Scielo Brasil. Rio de Janeiro, 2017. 14 p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BCmPQJs3xbR9v4tLRtdZdpq/abstract/?lang=ptq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 ago. 2021.

O'DWYER, Gisele. **A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal.** Scielo - Brasil. 2010. 10 p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bNff-KtGKxykS9zS3GD38QhR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 ago. 2021.

OLIVEIRA, André Luiz de. **História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS.** Encontros Teológicos. Florianópolis, 2012. 13 p. Disponível em: <https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/view/198>. Acesso em: 4 jan. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: SciELO - Editora FIOCRUZ, v. 3, f. 178, 2007. 356 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2021.

PRADO, Claudia Eliza Papa do. **Estresse ocupacional: causas e consequências.** REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DO TRABALHO. São Paulo, 2016. 5 p. Disponível em: http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/revista_brasileira_de_medicina_do_trabalho_volume_14_n%C2%BA_3_131220161657237055475.pdf#page=107. Acesso em: 3 jan. 2022.

RORAIMA. Comissão Intergestores Bipartite - CIB. **Resolução n. 31, de 25 de setembro de 2007.** Diário Oficial, Boa Vista, 27 de setembro de 2007, ano 2007, p. 04. Disponível em: <https://www.imprensaoficial.rr.gov.br/app/visualizar-mes/?ano=2007&mes=09>. Acesso em: 4 jan. 2022.

RORAIMA. Comissão Intergestores Bipartite (CIB) -RR. **Resolução n. 34, de 08 de outubro de 2012.** Diário Oficial, Boa Vista, 18 de outubro de 2012, p. 10. Disponível em: file:///C:/Users/SAMU/AppData/Local/Temp/resolucaocib_2012_0034.pdf. Acesso em: 2 nov. 2021.

RORAIMA. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). **Resolução n. 38, de 13 de novembro de 2012.** Diário Oficial, Boa Vista, 26 de novembro de 2012. Disponível em: <https://www.saude.rr.gov.br/index.php/travel/colegiados-da-saude/cib/resolucoes/category/12-resolucoes-cib-2012>. Acesso em: 2 nov. 2021.

RORAIMA. Poder Executivo do Governo do Estado. **Decreto n. 158, de 01 de novembro de 1991**. Diário Oficial, Roraima, 03 de novembro de 1991, ano 1991, p. 01-72.

SÉ, Aline Coutinho Sento. **Ambiente pré-hospitalar e a Síndrome de Burnout em enfermeiros do Corpo de Bombeiro do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, f. 135, 2014. Dissertação (Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.unirio.br/ppgenf/dissertacoes/dissertacoes-ppgenf-unirio-ano-2014/dissertacao-aline-coutinho-sento-se>. Acesso em: 3 dez. 2021.

SELYE, HANS. **A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents**. Nature, v. 138. 32 p, 1936. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/138032a0>. Acesso em: 5 jan. 2022.

SILVA, Elisângelo Aparecido Costa da et al. **Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar**. Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiânia, 2010. 6 p. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/10555>. Acesso em: 23 jul. 2021.

SOUZA Marli Aparecida Rocha de Et al. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. Rev esc enferm USP [Internet]. 2018; 52:e03353. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>. Acesso em 05 Set de 2023.

SOUZA, Claudia Monteiro de; GIANLUPPI, Maria Verônica Patrício. **Implantação do programa saúde da família no estado de Roraima**. Scielo Brasil. 2000. 3 p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/VwQ6WmZ45S7WGqHDgF9QRqm/?lang=pt>. Acesso em: 4 jan. 2022.

TELES, Andrei Souza et al. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia**: subfinanciamento e desigualdade regional. Scielo Brasil. Rio de Janeiro, 2017. 7 p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/t5tRGYwjLfjZz5hGHZJHpQ/?lang=pt>. Acesso em: 16 ago. 2021.

TOTVS. **5W2H**: o que é, vantagens e como usar esse método. TOTVS, 2022. Disponível em: <https://www.totvs.com/blog/negocios/5w2h/>. Acesso em: 23 jun. 2023.

APÊNDICE A - ASSEMBLEIA (Profissionais Equipe do SAMU)

Pesquisador (a): Enf. Luciano José Coutinho / Prof. Dr. Marcelo Naputano

Assembleia constitui uma estratégia que proporciona um ambiente para o debate e reflexão coletiva sobre interesses comuns. Sendo assim, a respectiva estratégia será aplicada neste estudo.

A princípio, todos os participantes serão reunidos em uma única assembleia, por turno de trabalho, composta por:

1. Condutores;
2. Técnicos de enfermagem;
3. Enfermeiros e;
4. Médicos;

Com o objetivo de apresentação da proposta do projeto, a questão norteadora: **Qual a sua percepção sobre a relação da atividade profissional e o estresse ocupacional.** Em seguida o TCLE para aqueles que se dispõem a participar do presente estudo.

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO (p/ Profissionais Equipe do SAMU)

Nº _____. QUESTIONÁRIO:

ESTRESSE OCUPACIONAL: um estudo com as equipes do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) na cidade de Boa Vista-Roraima

Pesquisador (a): Enf. Luciano José Coutinho / Prof. Dr. Marcelo Naputano

☐ Dados sociodemográfico:

Idade: _____ Sexo: F () M ()
 Raça autodeclarada _____
 Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____
 Local de residência/ bairro: _____
 Estado civil: () casado (a), () solteiro (a), () divorciado (a), () união estável.

Você é praticante de alguma religião?

() Não

() Sim. Qual: _____

Formação: () ensino médio, () técnico, () graduação, () especialização, () Mestrado, () Doutorado.

Graduado em instituição: () Pública, () Privada.

Profissão/ocupação: _____

Tempo de formação (graduação): _____

Tempo de atuação profissional (SAMU): _____

Quantidade de vínculos: 1 (), 2 (), 3 (), + de 3 ().

Vínculos privados: 0 (), 1 (), 2 (), 3 (), + de 3 ().

Tipo sanguíneo: A+ (), A- (), B+ (), B- (), AB+ (), AB- (), O+ (), O- ().

Quantas pessoas moram em sua casa com você?

Número de pessoa(s): _____

Você possui filhos?

() Não

() Sim. Quantos? _____

Qual é aproximadamente a sua renda familiar no mês?

() até 1 salário-mínimo () 2 a 3 salário mínimo () 4 ou mais

APÊNDICE C - ESCALA DE INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP.

Fase I – Alerta (alarme)

Assinale os sintomas que tem experimentado sintomas nas últimas 24h

- () Mãos e/ou pés frios
- () Boca Seca
- () Nó ou dor no estômago
- () Aumento de sudorese (muito suor)
- () Tensão muscular (dor muscular)
- () Aperto na mandíbula/ranger de dente
- () Diarreia passageira
- () Insônia, dificuldade de dormir
- () Taquicardia (batimentos acelerados)
- () Respiração ofegante, entrecortada
- () Hipertensão súbita e passageira
- () Mudança de apetite (muito ou pouco)
- () Aumento súbito de motivação
- () Entusiasmo súbito
- () Vontade súbita de iniciar novos projetos

Total de itens assinalados: _____

Fase II – Resistência (luta)

Assinale os sintomas que tem experimentado no último mês

- () Problemas com a memória, esquecimento
- () Mal-estar generalizado, sem causa
- () Formigamento extremidades (pés/mãos)
- () Sensação desgaste físico constante
- () Mudança de apetite
- () Surgimento de Problemas dermatológicos (pele)
- () Hipertensão arterial (pressão alta)
- () Cansaço constante
- () Gastrite prolongada (queimação no estômago, azia)
- () Tontura (sensação de estar flutuando)
- () Sensibilidade emotiva excessiva, emociona-se facilmente
- () Dúvidas quanto a si próprio
- () Pensamentos constantes sobre um só assunto
- () Irritabilidade excessiva
- () Diminuição da libido (desejo sexual)

Total de itens assinalados: _____

Fase III - Exaustão (esgotamento)**Assinale os sintomas que tem experimentado sintomas nos últimos 3 (três) meses**

- () Diarreias frequentes
 () Dificuldades Sexuais
 () Formigamento extremidades-mãos/pés
 () Insônia
 () Tiques nervosos
 () Hipertensão arterial confirmada
 () Problemas dermatológicos prolongado
 () Mudança extrema de apetite
 () Taquicardia (batimento acelerado)
 () Tontura frequente
 () Úlcera
 () Impossibilidade de Trabalhar
 () Pesadelos
 () Sensação incompetência todas áreas
 () Vontade de fugir de tudo
 () Apatia, vontade de nada fazer, depressão
 () Cansaço excessivo
 () Pensamento constante mesmo assunto
 () Irritabilidade sem causa aparente
 () Angústia ou ansiedade diária
 () Hipersensibilidade emotiva
 () Perda do senso de humor

Total de itens assinalados: _____**TOTAL DE ITENS ASSINALADOS EM TODAS AS FASES:** _____**PERGUNTAS ABERTAS****O que levou você a escolher a atividade profissional no SAMU?**

Quais são os maiores prazeres que você encontra em seu trabalho?

O que significa estresse para você?

Na sua opinião, qual a relação sua atividade profissional e o estresse?

Na sua opinião, quais os momentos que se configuram mais estressantes em seu trabalho?

Como você lida com o estresse?

Na sua opinião, esse estresse afeta a sua qualidade de vida?

Na sua opinião, o que deveria ser feito para melhorar o estresse no ambiente de trabalho?

APÊNDICE D – PLANO DE INTERVENÇÃO

APRESENTAÇÃO

Partindo da ideia de que o trabalho é essencial para a maioria das pessoas que estão vivendo na sociedade atual, cabe admitir que o ambiente de trabalho está permeado das interações sociais inerentes deste meio, logo, possui determinantes para as condições de saúde daqueles que interagem neste ambiente (BASTOS; SARAIVA; SARAIVA, 2016).

Considerando que a atuação laboral no atendimento pré-hospitalar tem uma grande complexidade, a gama de particularidades já identificadas nesta área de atuação, e os resultados identificados na pesquisa – principalmente aqueles provenientes do Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL) – cabe-nos, neste momento, o desenho da proposta de intervenção para atender nossos anseio de atuar neste *lôcus* operacional de forma positiva visando proporcional o controle do estresse ocupacional dos socorristas do SAMU de Boa Vista – Roraima, considerando os resultados encontrados no estudo.

Uma proposta de intervenção que, em função de alguns pontos identificados como, por exemplo, o equilíbrio percentual da prevalência do estresse ocupacional entre homens e mulheres, seja uma intervenção abrangente e equânime. Outro elemento importante está centrado no acometimento dos socorristas mais jovens, entre 20 e 29 anos, que tiveram maior prevalência de estresse dentro da população estudada, com 75% dos socorristas afetados, que o sugere a precocidade da instalação da doença e maior possibilidade de consequência potencialmente graves ao longo da carreira profissional.

Pois como citado anteriormente, o estresse ocupacional constitui-se como importante fator de risco psicossocial do indivíduo, que abala diretamente a saúde e a qualidade de vida deste, tendo variadas consequências, dentre elas cita-se a baixa produtividade, absenteísmo, até mesmo a violência no local do trabalho (ARAÚJO et al., 2020).

A relação do estresse com a atividade laboral, que pode estar intrinsecamente ligada com a atividade em si, com o relacionamento interpessoal ou ainda com as condições disponíveis para o desenvolvimento dessas atividades. Fatos que foram evidenciados no discurso dos entrevistados, o que deixa sinalizado quais ações devem ser implementadas neste ambiente operacional.

O estresse é uma resposta fisiológica decorrente da interpretação da pessoa sobre os estímulos externos. A forma momentânea dessa leitura resulta na resposta positiva ou negativa de estresse percebido, e em função desta resposta a sequência de sentimentos que implicará no

comportamento da pessoa. Ressaltando que há definidos tipos de estresse, por exemplo, o eutresse (resposta positiva) que reflete em motivação para superar os desafios encontrados, e o distresse (resposta negativa) que resulta na intimidação da pessoa resultando em desânimo, apatia, medo (PRADO, 2016).

JUSTIFICATIVA

Neste contexto, a justificativa para o plano de intervenção, está sobre os pilares da promoção e prevenção em saúde, buscando melhorar a saúde e bem-estar destes profissionais que prestam um serviço essencial e singular para a sociedade.

OBJETIVO

O objetivo desta intervenção é favorecer o controle do estresse ocupacional dos socorristas e melhorar a qualidade do ambiente de trabalho por meio da implementação de medidas organizacionais que proporcionem melhores condições socioambientais no SAMU Boa Vista.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Intervir nos fatores desencadeantes de estresse ocupacional à nível organizacional do SAMU Boa Vista;
- Melhorar as condições operacionais do SAMU Boa Vista;
- Efetivar a implantação do Núcleo de Educação em Urgências – NEU/SAMU/BV.

CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Nossa abordagem está em atuar dentro dos apontamentos feitos pelos socorristas visando melhorar a interpretação dos trabalhadores frente aos fatores estressores, bem como, as interações sociais na organização do trabalho cotidiano e seus impactos.

Para tanto se faz necessário um apoio teórico capaz de nos conduzir nesta trajetória. Portanto utilizaremos a Teoria de “Coping” de Lazarus e Folkmann (1984). Essa teoria é avaliada como um conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptar-se a circunstâncias adversas ou estressantes. Tal estratégia visa aumentar, desenvolver ou sustentar a percepção de controle pessoal diante do fator estressante. Relaciona-se com os esforços cognitivos e comportamentais, ou seja, aos pensamentos e comportamentos que as pessoas usam para administrar, conter, amortizar ou aceitar as demandas internas e externas criadas diante de uma situação estressora (DIAS, PAIS-RIBEIRO, 2019).

Murta e Trócolli (2005), conceituam que a Teoria de Coping tem por objetivos o uso de recursos cognitivos ou comportamentais como estratégia para minimizar os efeitos dos fatores estressantes. Dentro desta ótica, consideramos a abordagem em duas frentes de trabalho, conforme destacado pela teoria supracitada.

Os autores da teoria propõem duas formas de resposta, o coping focalizado no problema, o qual refere-se às estratégias utilizadas para lidar diretamente com os problemas ou o estressor, buscando soluções práticas para o enfrentamento. A outra forma atua com foco na emoção da pessoa, ou seja, proporcionar ao indivíduo estratégias para melhorar a interpretação de suas emoções frente ao fator estressor (LÁZARO, FOLKMAN, 1984).

Cabe reforçar que o ponto central da teoria está em favorecer a interpretação do indivíduo frente ao fator estressor. Pois a avaliação cognitiva do sujeito, chamada de avaliação primária da situação, tem como resultado de análise duas condições, situação de ameaça ou situação de desafio. O que deixa claro que a subjetividade da interpretação está diretamente ligada à condição prévia do indivíduo (MULLER, SILVA E PESCA, 2021)

Tendo a teoria com abrangência em suas proposições, tem como conceitos principais as seguintes observações: (a) “coping” é um processo de interação entre o indivíduo e o ambiente; (b) a sua função é de administrar a situação estressora; (c) os processos de “coping” pressupõem a noção básica de avaliação do indivíduo, sua percepção, interpretação e impacto cognitivo; (d) o processo de “coping” visa construir um canal que mobilize esforços para fomentar o emprego de ações cognitivas e comportamentais para gerir as demandas internas e externas decorrentes da sua interação com o ambiente (LÁZARUS, FOLKMANN, 1984; DIAS, PAIS-RIBEIRO, 2019).

Portanto, as intervenções devem atuar com foco na pessoa, em melhoras habilidades comportamentais e cognitivas, bem como, focadas na organização do local de trabalho, com mudanças ambientais e físicas do ambiente (MULLER, SILVA E PESCA, 2021). Pois como destacado no estudo supracitado atuar com foco somente no indivíduo seria algo altamente questionável, pois fomentar somente um plano com foco no socorrista, sem atuar no ambiente de trabalho seria altamente inadequado (IBIDEM, 2021).

Neste sentido, a proposta do plano de intervenção está delineada com atuação em duas frentes. Em primeira instância, o cuidado de favorecer a interação dos socorristas com melhores condições de trabalho, dentro daquilo que é mutável, do ponto de vista organizacional e por meio de decisão de gestão com sua devida mobilização técnica. Outra, no fomento educacional

como foco em proporcionar um espaço efetivo para a promoção de cursos, treinamentos, palestras para os profissionais, bem como, favorecer a interação e a troca de experiências e saberes acerca do tema “estresse ocupacional”.

Ações do plano de intervenção - Método “MATRIZ 5W2H.”

Visando atender a percepção metodológica do plano, tomamos a ferramenta denominada “Matriz 5W2H”. A utilização da ferramenta visa potencializar os resultados, dando direcionamento e clareza das etapas a serem desenvolvidas por cada ação proposta.

Conforme destacado pela totvs.com, a ferramenta “5W2H”, como origem presumidamente japonesa, é uma estrutura básica que ajuda evidenciar objetivos, bem como, planejar cada etapa de maneira direta, delineando as ações a cada fase do projeto (TOTVS, 2022). Tendo como principais vantagens a simplicidade de aplicação, otimização dos processos necessários para atingir as metas, evita desperdício de tempo e recursos financeiros, prática e de fácil entendimento, favorecer o monitoramento da execução. Para facilitar o acompanhamento das ações promovemos a inclusão da forma de acompanhamento de cada ação, facilitando o entendimento de como ocorrerá a conclusão de cada item proposto, logo, a ferramenta está adaptada para cumprir este quesito.

As ações evidenciadas nas tabelas têm duas frentes de trabalho, logo, faremos uma breve discussão de cada ação, relacionando com o objetivo específico e como forma de evidenciar qual linha de cada ação e seu propósito.

As três primeiras ações estão relacionadas com o objetivo específico “intervir nos fatores desencadeantes do estresse ocupacional à nível organizacional”, pois, conforme identificado nos relatos dos socorristas participantes da pesquisa, as condições físicas do ambiente de trabalho formaram evidências como fator estressante.

1.1 Articular a modernização e adequação da Sede Administrativa do SAMU;

1.2 Promover a revitalização da base descentralizada São Vicente;

1.3 Instalar "Sala de convivência" para os socorristas na Base Descentralizada São Vicente.

Logo as ações propostas tem relação direta com os pontos centrais dos apontamentos, conforme exposto a seguir:

Tabela 14 - Matriz 5W2H (Adaptada) - Ações do plano de intervenção – bloco 1.

	O QUE	POR QUE	QUEM	ONDE	QUANDO
1.1	Articular a modernização e adequação da Sede Administrativa do SAMU	Favorecer melhoramentos da estrutura física das instalações do SAMU Boa Vista como forma de atenuar as dificuldades apontadas pelos socorristas	Equipe de Gestão SAMU/BV E SMSA	SAMU Boa Vista	Junho a agosto de 2023.

COMO

-Plano de revitalização aprovado junto a Secretaria Municipal de Saúde.

QUANTO

Custos da reforma por conta da empresa proprietária do prédio, com posterior ajustamento do aluguel predial.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO

Conclusão da adequação

O que	Por que	Quem	Onde	Quando
Promover a revitalização da base descentralizada São Vicente	Para proporcionar melhores condições operacionais para favorecer o bem-estar dos socorristas no ambiente de trabalho.	Equipe de Gestão SAMU/BV E SMSA	SAMU Boa Vista	Março a setembro de 2023.

COMO

- 1.2 Reforma da garagem das ambulâncias.
Construção da plataforma de lavagem das ambulâncias.
Construção Banheiro masculino.

QUANTO

Custos da reforma por conta da empresa proprietária do prédio, com posterior ajustamento do aluguel predial.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO

Conclusão da adequação

O QUE	POR QUE	QUEM	ONDE	QUANDO
Instalar "Sala de convivência" para os socorristas na Base Descentralizada São Vicente	Proporcionar um ambiente de convivência para os socorristas para favorecer a interação entre as equipes de socorristas.	Equipe de Gestão SAMU/BV E SMSA	SAMU Boa Vista	Março a setembro de 2023.

1.3

COMO

Reforma do antigo almoxarifado para transformar em uma sala de convivência.

QUANTO

Custos da reforma por conta da empresa proprietária do prédio, com posterior ajustamento do aluguel predial.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO

Conclusão da adequação

Com olhar no problema, com foco nas condições estruturais do SAMU Boa Vista, desenvolvemos ações com direcionamento para a condição das ambulâncias e quantidade de equipe, pois os relatos apontaram a falta de ambulâncias, sobrecarga de serviço, pouco recurso, número excessivo de ocorrências para as equipes de socorristas como fator desencadeante de estresse. Por seguinte as ações foram:

2.1 Promover renovação de frota das ambulâncias;

2.2 Viabilizar a expansão das equipes operacionais em 50% da sua capacidade de resposta.

Tabela 15 - Matriz 5W2H (Adaptada) - Ações do plano de intervenção – bloco 2.

	O QUE	POR QUE	QUEM	ONDE	QUANDO
	Promover renovação de frota das ambulâncias	Oferecer ambulâncias novas e adequadas para o desenvolvimento das atividades laborais dos socorristas.	Equipe de Gestão SAMU/BV E SMSA	SAMU Boa Vista	Novembro de 2022 a marco de 2023.
2.1	COMO				
	Aquisição de ambulâncias e equipamentos por meio de Processo licitatório e cadastro para custeio por meio de Emenda Parlamentar.				
	QUANTO				
	R\$ 1.000.000,00				
	FORMA DE ACOMPANHAMENTO				
	Conclusão da renovação de frota				
	O QUE	POR QUE	QUEM	ONDE	QUANDO
	Viabilizar a expansão das equipes operacionais em 50% da sua capacidade de resposta.	Adequar o quantitativo de equipes operacionais para o dimensionamento adequado ao tamanho populacional do nosso município.	Equipe de Gestão SAMU/BV E SMSA	SAMU Boa Vista	Março a setembro de 2023.
2.2	COMO				
	Cadastramento projeto de expansão das equipes junto ao Ministério da Saúde.				
	QUANTO				
	Projeto custeado pelo Ministério da Saúde. Propostas SAIPS/MS nº 171969 e 171989. Custeio Tripartite conforme legislação pertinente.				
	FORMA DE ACOMPANHAMENTO				
	Conclusão da expansão de equipes				

O último objetivo específico tem abordagem mista, atuando tanto com foco no problema, como nas emoções dos socorristas. Ressalta-se que intervenções combinadas, que tem a associação de dois tipos de intervenção são mais adequados (MULLER, SILVA E PESCA, 2021). Algo que foi nosso intuito desde a primeira ação, mas que aglutinou as duas abordagens somente no último objetivo específico. Inicialmente, abordaremos as ações focadas no problema:

3.1 Reforma predial com adequação de 2 salas de aula, 2 laboratórios de simulação realística, um auditório e duas sala de coordenação.

3.2 Providenciar recursos orçamentários para aquisição de mobiliário para o NEU;

3.3 Providenciar recursos orçamentários para aquisição de equipamentos para promoção de aulas práticas do NEU;

3.4 Propiciar organização orçamentária para manutenção do contrato predial da Sede Administrativa SAMU Boa Vista, ano 2023/24.

Tabela 16 - Matriz 5W2H (Adaptada) - Ações do plano de intervenção – bloco 3.

	O QUE	POR QUE	QUEM	ONDE	QUANDO
3.1	Articular as ações para reforma e adequação predial do NEU/SAMU/BV	Utilizar a educação como ferramenta de transformação do ambiente laboral do SAMU Boa Vista tendo espaço físico adequado para as ações educacionais.	Equipe de Gestão	SAMU Boa Vista	Março a setembro de 2023.
	COMO				
	Reforma predial com adequação de 2 salas de aula, 2 laboratórios de simulação realística, um auditório e duas sala de coordenação.				
	QUANTO				
	Custos da reforma por conta da empresa proprietária do prédio, com posterior ajustamento do aluguel predial.				
	FORMA DE ACOMPANHAMENTO				
	Conclusão da adequação				
3.2	Articular as ações para reforma e adequação predial do NEU/SAMU/BV	Utilizar a educação como ferramenta de transformação do ambiente laboral do SAMU Boa Vista tendo espaço físico adequado para as ações educacionais.	Equipe de Gestão	SAMU Boa Vista	Março a setembro de 2023.
	COMO				
	Providenciar recursos orçamentários para aquisição de mobiliário para o NEU				
	QUANTO				
	Plano Anual de Saúde 2023. Valor orçado: R\$ 60.000,00				
	FORMA DE ACOMPANHAMENTO				
	Conclusão da aquisição				
3.3	Articular a modernização e adequação da Sede Administrativa do SAMU	Favorecer melhoramentos da estrutura física das instalações do SAMU Boa Vista como forma de atenuar as dificuldades apontadas pelos socorristas	Equipe de Gestão SAMU/BV E SMSA	SAMU Boa Vista	Junho a agosto de 2023.
	COMO				
	Providenciar recursos orçamentários para aquisição de equipamentos para promoção de aulas práticas do NEU.				
	QUANTO				
	Plano Anual de Saúde 2023. Valor orçado: R\$ 100.000,00				
	FORMA DE ACOMPANHAMENTO				
	Conclusão da adequação				
	O QUE	POR QUE	QUEM	ONDE	QUANDO

3.4	Articular a modernização e adequação da Sede Administrativa do SAMU	Favorecer melhoramentos da estrutura física das instalações do SAMU Boa Vista como forma de atenuar as dificuldades apontadas pelos socorristas	Equipe de Gestão SAMU/BV E SMSA	SAMU Boa Vista	Junho a agosto de 2023.
	COMO				
	Propiciar organização orçamentária para manutenção do contrato predial da Sede Administrativa SAMU Boa Vista, ano 2023/24.				
	QUANTO				
	Lei Orçamentária Anual – LOA 2024. Valores a definir				
	FORMA DE ACOMPANHAMENTO				
	Publicação da LOA, em Diário Oficial do Município com os recursos previstos.				

Ações são necessárias para fomentar as atividades educacionais, que atuarão com foco na emoção dos socorristas, pois como destaca Dias, Pais-Ribeiro (2019) tais ações promovem estratégias para regular a resposta emocional causada pelo estressor, tem viés direcionado para o emocional dos socorristas, visando reduzir a sensação desagradável resultante do estresse. Por isso, o objetivo específico “viabilizar grade de aulas do NEU/SAMU/BV” tem como planejamento os seguintes itens:

4.1 Ofertar treinamentos, mensais, teórico-práticos em temas relacionados com APH (11 eventos/ano).

4.2 Ofertar palestras, bimestrais, sobre assuntos relacionados com o tema "Estresse Ocupacional no Trabalho" (6 eventos/ano).

4.3 Viabilizar encontros, rodas de conversa, bimestrais, com temas do cotidiano dos socorristas e o estresse ocupacional, e treinamento sobre técnicas de "coping" conduzido por profissional da psicologia. (6 eventos/ano).

Portanto as últimas ações listadas têm como foco o emocional, proporcionando por meio de treinamentos, cursos, palestras e roda de conversa como momentos oportunos para ajudar os socorristas construírem melhores condições de enfrentamento ao estresse ocupacional e posterior alívio das tensões percebidas, conforme evidenciado nas entrevistas.

Tabela 17- Matriz 5W2H (Adaptada) - Ações do plano de intervenção – bloco 4.

	O QUE	POR QUE	QUEM	ONDE	QUANDO
4.1	Viabilizar grade de aulas do NEU/SAMU/BV	Proporcionar a oferta de curso treinamentos para os socorristas para qualificação dos profissionais.	Equipe de Gestão	SAMU Boa Vista	Setembro a dezembro de 2023.
	COMO				
	Ofertar treinamentos, mensais, teórico-práticos em temas relacionados com APH (11 eventos/ano)				
	QUANTO				
	Custos propostos dentro do Plano Anual de Saúde 2023.				
	FORMA DE ACOMPANHAMENTO				

Nº cursos concluídos/ nº cursos propostos (%>85%) ISSL (Sem estresse >75% da equipe de socorristas)					
O QUE		POR QUE	QUEM	ONDE	QUANDO
Viabilizar grade de aulas do NEU/SAMU/BV		Proporcionar a oferta de curso treinamentos para os socorristas para qualificação dos profissionais.	Equipe de Gestão	SAMU Boa Vista	Setembro a dezembro de 2023.
COMO					
4.2	Ofertar palestras, bimestrais, sobre assuntos relacionados com o tema "Estresse Ocupacional no Trabalho" (6 eventos/ano).				
QUANTO					
Custos propostos dentro do Plano Anual de Saúde 2023.					
FORMA DE ACOMPANHAMENTO					
Nº palestras concluídas/ nº palestras propostas (%>85%) ISSL (Sem estresse >75% da equipe de socorristas).					

O QUE	POR QUE	QUEM	ONDE	QUANDO
Viabilizar grade de aulas do NEU/SAMU/BV	Proporcionar a oferta de curso treinamentos para os socorristas para qualificação dos profissionais.	Equipe de Gestão	SAMU Boa Vista	Setembro a dezembro de 2023.
COMO				
4.3	Viabilizar encontros, rodas de conversa, bimestrais, com temas do cotidiano dos socorristas e o estresse ocupacional, e treinamento sobre técnicas de "coping" conduzido por profissional da psicologia. (6 eventos/ano)			
QUANTO				
Custos propostos dentro do Plano Anual de Saúde 2023.				
FORMA DE ACOMPANHAMENTO				
Nº encontros promovidos/ nº encontros propostos (%>85%) ISSL (Sem estresse >75% da equipe de socorristas)				

Fonte: Os Autores.

Os treinamentos propostos na primeira ação têm foco na qualificação profissional, favorecendo a segurança técnica dos socorristas durante o atendimento, considerando o reconhecimento precoce dos diversos fatores estressores no momento do atendimento. Essas medidas serão executadas por socorristas previamente condicionados para a execução das instruções, com experiência nos temas e vivência operacional do atendimento pré-hospitalar, dentro da metodologia proposta pelo projeto do NEU/SAMU/BV.

Por seguinte a oferta de palestras com foco no tema “estresse ocupacional” visa oportunizar o contato dos socorristas com profissionais de outras áreas de saúde que tenham expertise no tema e que possam favorecer o entendimento dos profissionais do SAMU sobre a questão. A última ação tem como forma de trabalho a constituição de grupo de trabalho, com número delimitado por turma, visando a condução do grupo no aprendizado das técnicas de “coping”,

nesta proposta tem como diferencial a atuação do profissional da psicologia para a correta aplicação das técnicas, pois considera-se algo específico desta ciência.

MONITORAMENTO

Para o monitoramento das ações se faz necessário a utilização de análise de variáveis. Dentro deste ponto cabe ressaltar o apontamento de Murta e Tróccoli (2005), sobre a necessidade de conjugação de variáveis individuais e organizacionais, visando atingir com êxito a proposta do projeto de intervenção. Os autores ainda salientam que a escolha dos instrumentos de avaliação devem ser validados cientificamente, logo, para a avaliação dos indicadores individuais, no que tange o manejo do estresse ocupacional pelos socorristas fica eleito o mesmo inventário utilizado na coleta de dados da pesquisa, ou seja, a escala de Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (1989) conforme apresentado no apêndice B do estudo.

No contexto supracitado, o questionário é de fácil aplicação e visa avaliar o grau de estresse (fase de estresse em que o indivíduo se encontra) e investigar se os sintomas existentes se manifestam nas áreas somática ou psíquica. O que favorece a aplicação do instrumento, como também, proporcionará uma forma ajustada de comparação com os índices já identificados no trabalho, oferecendo assim, uma padronização de análise.

Para avaliar as variáveis organizacionais, a análise se fará por meio de monitoramento das ações e respeito ao prazo estipulado para a conclusão de cada ação, apresentado na “matriz 5W2H”.

DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

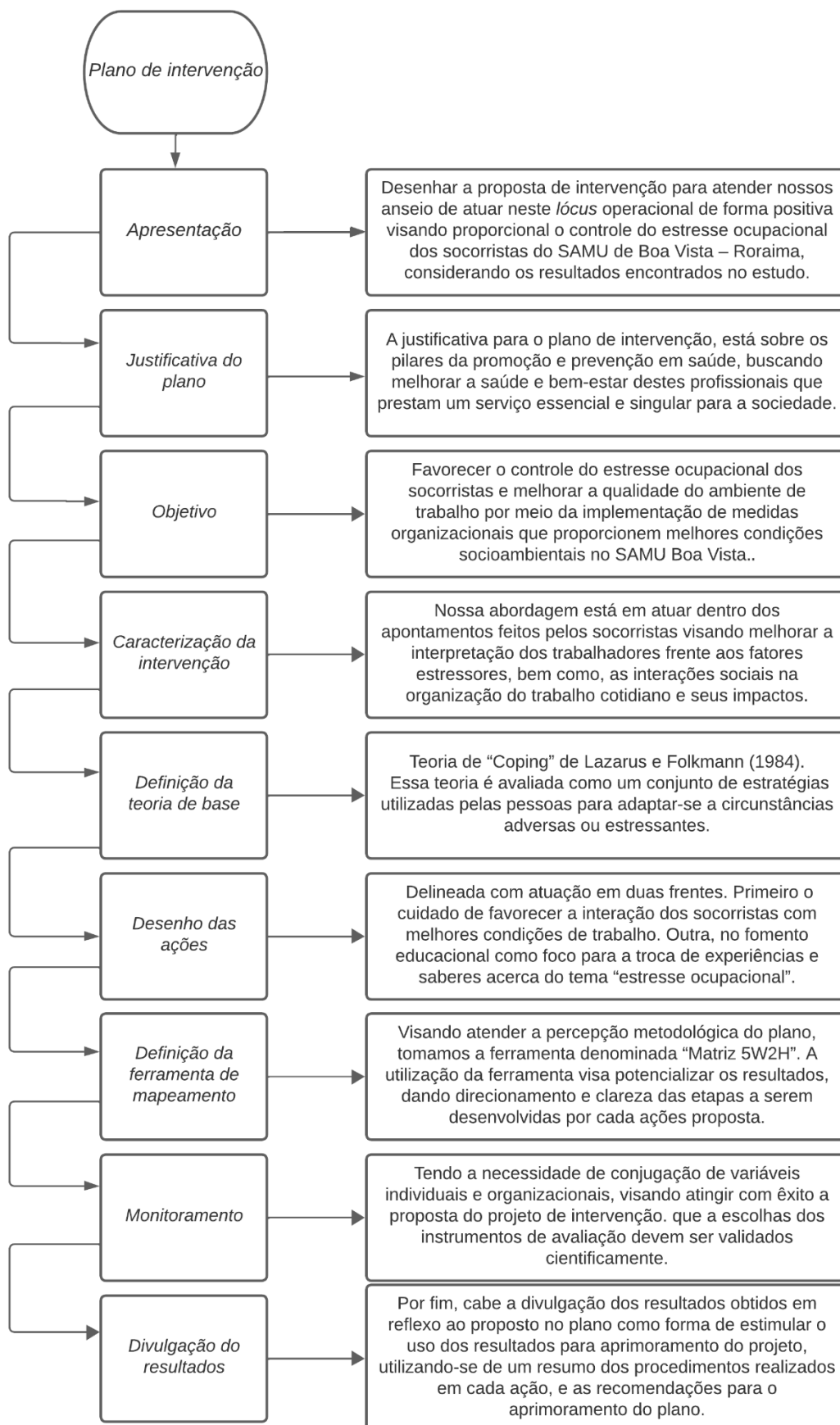
Por fim, cabe a divulgação dos resultados obtidos em reflexo ao proposto no plano como forma de estimular o uso dos resultados para aprimoramento do projeto, utilizando-se de um resumo dos procedimentos realizados em cada ação, e as recomendações para o aprimoramento do plano.

Logo a divulgação será efetivada por meio de relatório gerencial direcionado para a Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista, como também, a apresentação dos indicadores em reunião anual de gestão que ocorre no mês de julho de cada ano.

Cabe destacar, no que tange os monitoramentos das propostas supracitadas, visto que diversas ações estão em curso, o que justifica o período de execução não estar planejado “a partir” da apresentação deste plano de intervenção. Essa observação justificação pela condição da aprovação dos projetos apresentados junto a Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista e

Ministério da Saúde, tendo a execução dos passos seguintes promovidos conforme a definição do cronograma dentro de cada projeto.

APÊNDICE E – FLUXOGRAMA DO PLANO DE INTERVENÇÃO



ANEXO A – ATA DE QUALIFICAÇÃO DO PROJETO.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA – UFRR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E BIODIVERSIDADE - PPGSBio



ATA DE QUALIFICAÇÃO Nº 007/2022

Aos vinte dias do mês de maio de dois mil e vinte e dois, às 18.00 horas, por meio de web conferência, a Banca Examinadora descrita abaixo se reuniu para avaliar o Projeto de Qualificação do(a) mestrando(a) **LUCIANO JOSÉ COUTINHO**, intitulado: “**ESTRESSE OCUPACIONAL: um estudo com as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) na cidade de Boa Vista-Roraima**”, sob a orientação do(a) Prof.(a) Dr.(a) **MARCELO NAPUTANO**. Após a apresentação, o(a) candidato(a) foi arguido(a) pelos examinadores que, consideraram a proposta de dissertação: (X) Aprovada () Reprovada.

Nada mais havendo a tratar, a sessão foi encerrada às 20 horas 02 minutos, dela sendo lavrado a presente ata, que segue assinada pela Banca Examinadora e pelo(a) candidato(a).

O candidato está ciente de que ESTE DOCUMENTO NÃO LHE CONFERE O TÍTULO DE MESTRE, que depende de outros requisitos estabelecidos pelo Programa de Pós-Graduação, dentre os quais está a Defesa Pública de Mestrado.

Assinatura do(a) Candidato(a):

Prof. Dr. Marcelo Naputano
Presidente/ Orientador(a)

Prof.a. Dra. Fabiana Nakashima
Membro Titular Interno

Prof.a. Dra. Cleiry Simone Moreira da Silva
Membro Titular Externo

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA – UFRR
PRÓ- REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr. Luiz Renato Maciel de Melo

Eu, LUCIANO JOSÉ COUTINHO, venho pelo presente, solicitar autorização para realizar a pesquisa intitulada “ESTRESSE OCUPACIONAL: um estudo com as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) na cidade de Boa Vista-Roraima” a ser realizada na Superintendência do SAMU de Boa Vista-RR sob minha responsabilidade.

Assumo a responsabilidade de fazer cumprir os termos da Resolução nº 466/CNS/MS, de 12 de dezembro de 2012, e demais resoluções complementares à mesma, viabilizando a produção de dados da pesquisa citada, para que se cumpram os objetivos do projeto apresentado.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas desta direção.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me a disposição para qualquer esclarecimento.

Pesquisador principal: Enf. Luciano José Coutinho

Pesquisador assistente: Prof. Dr. Marcelo Naputano

Assinatura do pesquisador responsável

☒ Concordamos com a solicitação

☐ Não concordamos com a solicitação

Luiz Renato Maciel de Melo
 Secretário Municipal de Saúde Adjunto

Luiz Renato Maciel de Melo
Secretário Adjunto de Saúde do Município de Boa Vista-RR

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRESSE OCUPACIONAL: Um estudo com as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) na cidade de Boa Vista-Roraima

Pesquisador: LUCIANO JOSE COUTINHO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 58503322.8.0000.5302

Instituição Proponente: Universidade Federal de Roraima - UFR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.566.523

Apresentação do Projeto:

Informações retiradas do arquivo: PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_5502067%20(2).pdf

Introdução: O estudo irá investigar as manifestações de estresse ocupacional das equipes que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) na cidade de Boa Vista, Roraima. O SAMU é o principal componente móvel da Rede de Urgência e Emergência - RUE para promover os atendimentos de agravo à saúde solicitados, pela população em geral, ao número telefônico 192. Vale salientar que o trabalho em ambiente pré-hospitalar tem como local de atuação vias públicas, residências privadas, estabelecimentos comerciais, escolas, agências bancárias, delegacias, presídios, indústrias ou ainda, em outros estabelecimentos de saúde como unidades básicas de saúde, envolvidos à todas as condições favoráveis ou desfavoráveis para o atendimento que deve ser desenvolvido com atenção máxima, destreza técnica, agilidade nos procedimentos com vistas a estabilizar o quadro da vítima e garantir um transporte seguro para a unidade hospitalar de referência. Somados todos esses detalhes, comuns do serviço de urgência e emergência, temos como evidente a exposição exacerbada dos socorristas a fatores estressores diversos que podem favorecer o surgimento do estresse ocupacional. Dessa forma, estes profissionais integram um grupo de risco para o desenvolvimento de agravos à saúde mental.

Metodologia: A pesquisa será de caráter exploratório, descritivo com abordagem quali-quantitativa. A

Endereço: Av. Cap. Ené Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPQUFRR, Sala CEPUFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (65)3821-3112 **Fax:** (65)3821-3112 **E-mail:** ccep@ufrr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA - UFRR



Continuação do Projeto: 5.566.523

coleta dos dados será realizada no SAMU, Boa Vista, RR através de pesquisa de campo, por meio do instrumento que será dividido em duas etapas: 1. Assembleia e 2. Questionário estruturado (anexo). As etapas serão executadas por uma equipe previamente treinada e que será composta por: 01 psicólogo e 03 acadêmicos de enfermagem. A etapa 1 – corresponde Assembleia, todos os participantes serão reunidos através de quatro (04) grupos focais em momentos distintos, considerando todas as equipes que estão distribuídas nas escalas de plantões; com o objetivo de apresentação da proposta do projeto, com a questão norteadora: Qual a sua percepção sobre a relação da atividade profissional e o estresse ocupacional. Em seguida o TCLE para aqueles que se dispõem a participar do presente estudo. Na etapa 2 – será aplicado um questionário estruturado que está composto por 3 parte: perfil sociodemográfico dos participantes; escala de Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP(2005) (Fase I – Alerta (alarme); Fase II – Resistência (luta); Fase III - Exaustão (esgotamento)) que visa avaliar o grau de estresse e investigar se os sintomas existentes se manifestam nas áreas somática ou psíquica; questionário estruturado composto de oito (08) perguntas abertas, visando obter informações sobre o conhecimento dos socorristas sobre o estresse ocupacional. O questionário será aplicado em um local reservado, buscando a privacidade na hora da entrevista e que o horário seja de escolha do entrevistado conforme sua disponibilidade. As entrevistas serão gravadas em um aparelho móvel com a prévia autorização do entrevistado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que lhe será entregue em duas vias. Para que se garanta o anonimato das respostas, o nome ou qualquer dado que possa identificar o participante não será divulgado. Qualquer áudio ou registro que contenha dados de identificação será de acesso somente dos pesquisadores. Os dados serão analisados através do cálculo de médias e medianas, desvio padrão, significância e valores mínimos e máximos. A apresentação dos dados será em tabelas e gráficos, interpretando as medidas. Na análise compreensiva dos discursos apresentados dos dados serão analisados através de procedimentos sistemáticos e objetivos dispostos apoiado nos procedimentos de Laurence Bardin (1997) análise de conteúdo.

Hipótese: A equipe do SAMU tem compreensão dos fatores estressores aos quais estão expostos durante sua atuação no atendimento pré-hospitalar; - A equipe do SAMU apresenta condições ou estratégias para o manejo do estresse ocupacional; Participantes da pesquisa: 23 técnicos de enfermagem (Suporte Básico), 06 enfermeiros e 9 médicos (Suporte Avançado), e 20 condutores de ambulância que atuam em ambos os tipos de suporte. Portanto, o total amostral da pesquisa será 58 participantes.

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricamaná, Bloco PRPPQ/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufrr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 5.966.523

Critérios de Inclusão e exclusão: Os critérios de Inclusão serão os profissionais da equipe do SAMU Boa Vista-RR, que tenham, no mínimo, 06 meses de atuação nas ambulâncias que compõem a frota operacional do serviço. Os critérios de exclusão definidos: Todos os profissionais afastados por motivo de férias, licença ou que não trabalharam no período de 6 meses e aqueles que não aceitarem participar da pesquisa ou absenteísmo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Averiguar e descrever a compreensão do estresse ocupacional das equipes que atuam no Serviço Móvel de Urgência (SAMU) na cidade de Boa Vista – Roraima.

Objetivo Secundário: Identificar o perfil sociodemográfico da equipe que compõe atualmente o SAMU de Boa Vista, Roraima; compreender o conhecimento dos socorristas que atuam no SAMU sobre o conceito e as características do estresse ocupacional; Propor um programa de intervenção e acompanhamento para o controle do estresse ocupacional destinados aos componentes da equipe do SAMU de Boa Vista - Roraima a partir dos resultados encontrados no estudo

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O presente projeto encontra-se em fase de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Roraima – UFRR. Certamente, a identidade e completa voluntariedade dos sujeitos serão preservadas, os riscos serão mínimos de acordo com a resolução 466/2012 de inibir ou afetar a moral de cada um envolvido no estudo. Para que assim seja feito, o questionário estruturado será aplicado em um local reservado, buscando a privacidade na hora da entrevista e que o horário seja de escolha do entrevistado conforme sua disponibilidade. Não é intuito desta pesquisa denegrir a imagem de nenhuma instituição ou sujeitos que a ela estiverem aderidos.

Benefícios: A principal meta é construir dados que venha somar conhecimentos para as equipes nos serviços de saúde e especificamente o SAMU; contribuindo com os administradores e gestores do setor público e a sociedade em geral que a partir dos indicadores formado pela pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa versão 3 que retoma para sanar pendências - Mestrado do Programa de Pósgraduação em Saúde e Biodiversidade da Universidade Federal de Roraima

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações."

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricanana, Bloco PRPPQ/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto CEP: 69.310-000
UF: RR Município: BOA VISTA
Telefone: (65)3621-3112 Fax: (65)3621-3112 E-mail: coep@ufrr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 5.596.523

Crêterios de Inclusão e exclusão: Os cr terios de Inclusão serão os profissionais da equipe do SAMU Boa Vista-RR, que tenham, no mínimo, 06 meses de atuação nas ambulâncias que compõem a frota operacional do serviço. Os cr terios de exclusão definidos: Todos os profissionais afastados por motivo de férias, licença ou que não trabalharam no período de 6 meses e aqueles que não aceitarem participar da pesquisa ou absenteísmo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Averiguar e descrever a compreensão do estresse ocupacional das equipes que atuam no Serviço Móvel de Urgência (SAMU) na cidade de Boa Vista – Roraima.

Objetivo Secundário: Identificar o perfil sociodemográfico da equipe que compõe atualmente o SAMU de Boa Vista, Roraima; compreender o conhecimento dos socorristas que atuam no SAMU sobre o conceito e as características do estresse ocupacional; Propor um programa de intervenção e acompanhamento para o controle do estresse ocupacional destinados aos componentes da equipe do SAMU de Boa Vista - Roraima a partir dos resultados encontrados no estudo

Avaliação dos R scos e Benefícios:

R scos: O presente projeto encontra-se em fase de submissão ao Comitê de  tica em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Roraima – UFRR. Certamente, a identidade e completa voluntariedade dos sujeitos serão preservadas, os riscos serão mínimos de acordo com a resolução 466/2012 de não inibir ou afetar a moral de cada um envolvido no estudo. Para que assim seja feito, o questionário estruturado será aplicado em um local reservado, buscando a privacidade na hora da entrevista e que o horário seja de escolha do entrevistado conforme sua disponibilidade. Não   intuito desta pesquisa denegrir a imagem de nenhuma instituição ou sujeitos que a ela estiverem aderidos.

Benefícios: A principal meta é construir dados que venha somar conhecimentos para as equipes nos serviços de saúde e especificamente o SAMU; contribuindo com os administradores e gestores do setor público e a sociedade em geral que a partir dos indicadores formado pela pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa versão 3 que retorna para sanar pendências - Mestrado do Programa de Pósgraduação em Saúde e Biodiversidade da Universidade Federal de Roraima

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações."

Endereço: Av. Cap. Enr. Gar oz, n  2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPGUFRR, Sala CEPUFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufrr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 5.966.523

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise da carta resposta referente as pendências apontadas por este CEP:

PENDÊNCIA 02: Padronizar as informações sobre os riscos da Pesquisa: Inserir as mesmas informações dos "riscos" contidos no TCLE para os documentos: Informações básicas do Projeto e Projeto detalhado.

RESPOSTA DO PESQUISADOR: Informo que, os documentos (TCLE, Informações básicas do Projeto e Projeto detalhado) foram analisados e padronizados. Podendo ser comparadas com os trechos destacados em amarelo

***ANÁLISE DO CEP:** Pendência atendida.

PENDÊNCIA 04: No documento: TCLE: Adicionar informações sobre os meios de contato do Pesquisador, pois apenas consta o telefone. De acordo com a Resolução CNS N° 466/2012, deve constar no TCLE "o endereço e contato telefônico ou outro, dos responsáveis pela pesquisa.

RESPOSTA DO PESQUISADOR: Informo que, foi acrescentado as informações solicitadas, dos quais estão destacadas em amarelo.

***ANÁLISE DO CEP:** Pendência atendida.

Diante do exposto, recomenda-se a aprovação do Protocolo de Pesquisa, pois não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPQ/UFRR, Sala CEP/UFRR.			
Bairro: Aeroporto		CEP: 69.310-000	
UF: RR	Município: BOA VISTA		
Telefone: (95)3621-3112	Fax: (95)3621-3112	E-mail: coep@ufrr.br	

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR**



Continuação do Parecer: 5.266.523

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_PROJETO_1933335.pdf	03/07/2022 13:10:37		Aceito
Parecer Anterior	RespostaPendencia.pdf	03/07/2022 12:58:54	LUCIANO JOSE COUTINHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhadoAjustado.pdf	03/07/2022 12:55:34	LUCIANO JOSE COUTINHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoConsentimentoLivreEsclarecidoAjustado.pdf	03/07/2022 12:53:12	LUCIANO JOSE COUTINHO	Aceito
Cronograma	CronogramaAjustado.pdf	03/07/2022 12:52:37	LUCIANO JOSE COUTINHO	Aceito
Outros	TermoAutorizacaoUsoAudioImagem.pdf	19/05/2022 21:42:40	LUCIANO JOSE COUTINHO	Aceito
Outros	TermoCompromisso.pdf	05/05/2022 12:09:58	LUCIANO JOSE COUTINHO	Aceito
Outros	CartaAnuencia.pdf	05/05/2022 12:08:27	LUCIANO JOSE COUTINHO	Aceito
Outros	TermoConfidencialidade.pdf	05/05/2022 12:07:48	LUCIANO JOSE COUTINHO	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	05/05/2022 12:04:19	LUCIANO JOSE COUTINHO	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	05/05/2022 12:03:23	LUCIANO JOSE COUTINHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOA VISTA, 05 de Agosto de 2022

Assinado por:
Fernanda Ax Wilhelm
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto CEP: 69.310-000
UF: RR Município: BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 Fax: (95)3621-3112 E-mail: coep@ufrr.br