

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO

Mariana Pellegrini Cesar

**RISCOS DE ADOECIMENTO EM TRABALHADORES DE SERVIÇO
DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

Santa Maria, RS
2021

Mariana Pellegrini Cesar

**RISCOS DE ADOECIMENTO EM TRABALHADORES DE SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

Relatório de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (PPGEnf/UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silviamar Camponogara

Co-orientadora: Prof^ª Dr^ª Etiane de Oliveira Freitas

Santa Maria, RS
2021

Cesar, Mariana Pellegrini
RISCOS DE ADOECIMENTO EM TRABALHADORES DE SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / Mariana Pellegrini Cesar.
2021.
140 p.; 30 cm

Orientadora: Silviamar Camponogara
Coorientadora: Etiane de Oliveira Freitas
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, RS, 2021

1. Saúde do trabalhador 2. Ambulâncias 3. Riscos
Ocupacionais I. Camponogara, Silviamar II. de Oliveira
Freitas, Etiane III. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFEM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, MARIANA PELLEGRINI CESAR, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Mariana Pellegrini Cesar

**RISCOS DE ADOECIMENTO EM TRABALHADORES DE SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

Relatório de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (PPGENf/UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 05 de outubro de 2021:

Silviamar Camponogara, Dra. (UFSM)

(Presidente/ Orientador)

Rosangela Marion da Silva, Dra. (UFSM)

Daiane Dal Pai, Dra. (UFRGS)

**Santa Maria, RS
2021**



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Coordenação do Programa/Curso de PG-M em Enfermagem

ATA DE DEFESA - PROCESSO Nº 23081.079252/2021-47

Aos cinco dias do mês de Outubro do ano de dois mil e vinte e um, às oito horas e trinta minutos, no(a) Google Meet, realizou-se a prova de Defesa de Dissertação, intitulada **RISCOS DE ADOECIMENTO EM TRABALHADORES DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)**, de autoria do(a) Candidato(a) **MARIANA PELLEGRINI CESAR (201960424)**, aluno(a) do Programa de PG-M em Enfermagem, em nível de Mestrado. A Comissão Examinadora esteve constituída pelos professores: **SILVIAMAR CAMPONOGARA** Presidente, **DAIANE DAL PAI** e **ROSANGELA MARION DA SILVA**. Concluídos os trabalhos de apresentação e arguição, o(a) candidato(a) foi **APROVADA** pela Comissão Examinadora. Foi concedido um prazo de (45) dias, para o(a) candidato(a) efetuar as correções sugeridas pela Comissão Examinadora e apresentar o trabalho em sua redação definitiva, sob pena de não expedição do Diploma. E, para constar, foi lavrada a presente ata, que vai assinada pelos membros da Comissão.

SILVIAMAR CAMPONOGARA

DAIANE DAL PAI

ROSANGELA MARION DA SILVA

() Por sugestão da Comissão Examinadora, o novo título passa a ser:

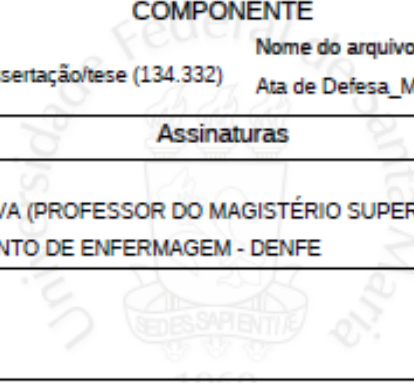

.....
.....

() Declaração:

.....
.....

| | |
|--|----------------|
| À | PRPGP |
| Certifico que o candidato cumpriu com as exigências da Comissão Examinadora e do Regimento Interno dos Programas de Pós-Graduação da UFSM. | |
| Em | ____/____/____ |
| Coordenador: | |

| | |
|--------------------------------------|----------------|
| Ao | DERCA |
| Para emissão do Certificado/Diploma. | |
| Em | ____/____/____ |
| Pró-Reitor: | |

| NUP: 23081.084577/2021-41 | | Prioridade: Normal |
|--|---|---|
| Homologação de ata de banca de defesa de pós-graduação 134.332 - Bancas examinadoras: indicação e atuação | | |
| COMPONENTE | | |
| Ordem | Descrição | Nome do arquivo |
| 1 | Ata de defesa de dissertação/tese (134.332) | Ata de Defesa_Mariana Pellegrini Cesar.pdf |
| Assinaturas | | |
| 05/10/2021 11:14:16 ROSANGELA MARION DA SILVA (PROFESSOR DO MAGISTÉRIO SUPERIOR) 04.33.00.00.0.0 - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - DENFE | | |
| 06/10/2021 09:52:26 Daiane Dal Pai (Pessoa Física) Usuário Externo (990.***.***.**)  | | |
| 06/10/2021 16:07:22 SILVIAMAR CAMPOGARA (PROFESSOR DO MAGISTÉRIO SUPERIOR) 04.10.19.00.0.0 - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF | | |
| Código Verificador: 890896 Código CRC: 86211899 Consulte em: https://portal.ufsm.br/documentos/publico/autenticacao/assinaturas.html | |  |

AGRADECIMENTOS

Gostaria de iniciar meus agradecimentos pela instituição que me acolheu durante seis anos e meio entre graduação e pós graduação. Agradecer por uma instituição pública, gratuita e de qualidade gigantesca, sem a qual eu e milhares de outros brasileiros não chegaríamos aonde chegamos.

Dando seguimento, agradeço a minha orientadora, *Prof^a Dr.^a Silviamar Camponogara*, que mais uma vez aceitou minhas ideias, me deu espaço para criar sem nunca soltar da minha mão e mostrar o caminho mais correto da pesquisa e do estudo.

Agradeço também a minha co-orientadora *Prof^a Dr.^a Etiane de Oliveira Freitas*, que sempre esteve disponível e disposta a me ouvir, me aconselhar e também me ajudar pelo caminho mais correto na trajetória que trilhei no mestrado, e fora dele.

Agradeço a minha *família*, que esteve do meu lado durante todo meu processo de formação, me dando forças e me mostrando que seria possível, aqueles que acreditaram em mim quando por vezes nem eu mesma acreditei. Além desses, também agradeço a minha *madrinha*, que aonde ela estiver eu sei que está me olhando, me cuidando e me dando forças para o estudo, o trabalho e minha vida pessoal.

Agradeço aos meus amigos pela paciência em todas as vezes em que ouviram: “não posso, tenho minhas coisas do mestrado para fazer”. Em especial três deles. A *Maria Eduarda*, a pessoa que mais me ouviu, ouviu meus choros, meu cansaço, mas nunca me deixou desistir. Ao *Derli*, meu amigo-irmão e colega de SAMU que me ajudou e apoiou desde início, sempre me fez acreditar que seria possível chegar aonde cheguei sem nunca perder a parceria. E a minha amiga e colega, *Enfermeira Paloma*, ela quem segurou minha mão e decidiu que juntas trilharíamos a trajetória do mestrado, que antes parecia impossível para mim.

Agradeço ao *SAMU de Santa Maria* pela oportunidade de coleta e de trabalho, durante dois meses desse ano, nos quais fui muito feliz e ainda pretendo voltar. Agradeço ao *Enfermeiro Jean*, que me auxiliou fortemente na coleta de dados no SAMU de Santa Cruz e me fez acreditar que a gente pode ser grato ajudando ao próximo. E também ao *Condutor Luciano*, que sem nem mesmo me conhecer me auxiliou nas coletas do SAMU de Pelotas e me mostrou o quanto existem pessoas que fazem a diferença.

Por último, não menos importante e talvez o MAIS importante aqui, agradeço ao meu grupo de pesquisa, GETESSMA, que sempre me acolheu de braços abertos desde o ano de 2014, onde eu me sinto e sempre vou me sentir “em casa”!

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória na enfermagem teve início no ano de 2012, com o Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Ainda em 2013 me inseri no Grupo de Estudos em Trabalho, Enfermagem, Saúde, Segurança e Meio Ambiente (GETESSMA), do qual faço parte até hoje. No primeiro semestre de 2014, iniciei atividades como bolsista de iniciação científica do grupo de pesquisa e permaneci como bolsista até a minha formatura, em janeiro de 2017.

Durante a bolsa de iniciação científica, tive a oportunidade de participar ativamente de projetos de pesquisa relacionados a Saúde do Trabalhador, um deles sobre a carga de trabalho da enfermagem e cultura de segurança em unidade de terapia intensiva e o segundo sobre a adesão às precauções padrão por trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário.

Após estar graduada, iniciei o curso de residência profissional em Urgência- Trauma na Universidade Franciscana (UFN), que ocorreu durante os anos de 2017 a 2019. Durante esses dois anos, atuei em diversos serviços da rede de atenção à saúde do município de Santa Maria, dentre eles: Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h), Pronto Atendimento Municipal (PAM) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). No decorrer dessa trajetória, continuei participando de reuniões do GETESSMA e também realizando atividades voltadas para a pesquisa em conjunto com a residência profissional. No ano de 2019, ingressei no mestrado acadêmico em enfermagem na UFSM, na Linha de Pesquisa Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde, no grupo GETESSMA, sob orientação da professora Dr^a. Silviamar Camponogara e coorientação da professora Dr^a. Etiane de Oliveira Freitas.

Durante o tempo em que pude desenvolver minhas atividades como Enfermeira residente em 2018, e ainda, durante dois meses de contrato efetivo no serviço, no ano de 2021, foi possível perceber as particularidades do trabalho no SAMU, diferenciando-o de outros serviços da Rede de Atenção às Urgências, por se tratar de atendimento pré-hospitalar móvel. Foi possível perceber a exposição desses trabalhadores a riscos ocupacionais, além daqueles inerentes do trabalho em urgência, mas também distintos pela particularidade do serviço, o atendimento desenvolvido em vias públicas, dentre outros, o que gerou inquietações, e foi possível perceber que esta deveria ser uma problemática a ser estudada. Sendo assim, aliando a trajetória vivida na pesquisa em Saúde do Trabalhador, como graduanda, e na Urgência e Trauma, como Enfermeira residente, principalmente no campo do SAMU, chego até o meu estudo de dissertação que busca analisar os riscos de adoecimento relacionados ao trabalho em trabalhadores atuantes em SAMU.

RESUMO

RISCOS DE ADOECIMENTO EM TRABALHADORES DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

AUTORA: Mariana Pellegrini Cesar
ORIENTADORA: Dr.^a Silviamar Camponogara
COORDINADORA: Dr.^a Etiane de Oliveira Freitas

O objetivo geral deste estudo foi analisar os riscos de adoecimento relacionados ao trabalho em trabalhadores atuantes em Serviços de Atendimento Móvel de Urgência. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, realizado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de quatro municípios do estado do Rio Grande do Sul. A população da pesquisa foi composta pelos trabalhadores que integram o serviço (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e condutores). A coleta de dados foi realizada a partir da aplicação de um questionário de dados sociodemográficos e laborais e o Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento, do qual foram utilizadas três subescalas, que investigam o trabalho e os riscos de adoecimento por ele provocado em termos de representação do contexto de trabalho, custos (físicos, cognitivos e afetivos) e danos. A análise das variáveis categóricas ocorreu por meio de frequência absoluta e relativa; as quantitativas, pela média, mediana e desvio padrão. Nas análises estatísticas foram utilizados teste qui-quadrado e coeficiente de correlação de Pearson, e em todas as análises o nível de significância de 5%. Participaram do estudo 104 trabalhadores. Os trabalhadores foram, em sua maioria, do sexo masculino (68,3%), com acompanhante (77,9%) e possuem filhos (67,3%). A idade média dos participantes é de 39,2 anos (DP:8,675). A maior parte deles possui curso de graduação e trabalha em outro emprego. Os riscos ocupacionais mais percebidos pelos trabalhadores foram o estresse, comoção com familiar da vítima, contaminação com materiais biológicos e agressão/violência. O contexto de trabalho obteve uma avaliação crítica ($\mu= 2,48$ e $DP=0,59$), sendo que, no que se refere aos fatores da escala, a organização do trabalho também obteve avaliação crítica e as condições do trabalho e as relações socioprofissionais obtiveram avaliação satisfatória. O custo humano no trabalho obteve resultado crítico ($\mu= 3,41$ e $DP=0,61$), sendo que os fatores custo físico e cognitivo, obtiveram uma avaliação grave, produtora de sofrimento no trabalho devido as demandas físicas e cognitivas exigidas por ele. Já, o custo afetivo, obteve uma avaliação crítica. Em relação aos danos de saúde presentes nos trabalhadores, a avaliação geral foi suportável (Percentil= 1,41), satisfatória. Os danos físicos apresentaram um resultado crítico, já os danos psicológicos e sociais obtiveram avaliação satisfatória. Conclui-se que os trabalhadores desse serviço estão expostos a diversos riscos de adoecimento, bem como algumas doenças já instaladas ligadas ao desenvolvimento de suas atividades no trabalho. Os dados obtidos nesse estudo demonstram que esses profissionais estão expostos a riscos de adoecimento relacionados ao contexto de trabalho, às exigências e efeitos do trabalho para a saúde, fatores que podem trazer consequências à saúde dos trabalhadores. A análise de correlação evidencia relação significativa entre os riscos de adoecimento. Além disso, o presente estudo contribui para a discussão sobre os riscos de adoecimento dos trabalhadores de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, apontando a necessidade de intervenção imediata em alguns aspectos, bem como de investigações e reflexões sob outros prismas, em novos estudos que abordem o trabalho e a saúde dos trabalhadores neste contexto laboral e suas especificidades.

Palavras-Chave: Ambulâncias. Saúde do Trabalhador. Riscos Ocupacionais. Enfermagem. SAMU

ABSTRACT

RISKS OF ILLNESS IN MOBILE EMERGENCY CARE SERVICE WORKERS

AUTORA: Mariana Pellegrini Cesar
ORIENTADORA: Dr.^a Silviamar Camponogara
COORDINADORA: Dr.^a Etiane de Oliveira Freitas

The general objective of this study was to analyze the risks of work-related illness in workers working in Mobile Emergency Care Services. This is a cross-sectional study with a quantitative approach, carried out in the Mobile Emergency Care Service of four municipalities in the state of Rio Grande do Sul. The research population consisted of workers who are part of the service (nurses, nursing technicians, doctors and conductors). Data collection was performed by applying a questionnaire of sociodemographic and labor data and the Inventory on Work and Risk of Illness, from which three subscales were used, which investigate work and the risks of illness caused by it in terms of representation of the work context, costs (physical, cognitive and affective) and damages. The analysis of categorical variables occurred through absolute and relative frequency; the quantitative ones, by the mean, median and standard deviation. In the statistical analysis, the chi-square test and Pearson's correlation coefficient were used, and in all analyzes the significance level was set at 5%. 104 workers participated in the study. The workers were mostly male (68.3%), with a companion (77.9%) and have children (67.3%). The average age of participants is 39.2 years (SD: 8.675). Most of them have graduate degrees and work at another job. The occupational hazards most perceived by workers were stress, commotion with the victim's family member, contamination with biological materials and aggression/violence. The work context obtained a critical evaluation ($\mu= 2.48$ and $SD=0.59$), and, with regard to the scale factors, the work organization also received a critical evaluation and the work conditions and relationships socio-professionals obtained a satisfactory evaluation. The human cost at work had a critical result ($\mu= 3.41$ and $SD=0.61$), and the physical and cognitive cost factors obtained a severe evaluation, producing suffering at work due to the physical and cognitive demands it demands. . Already, the affective cost, got a critical evaluation. Regarding the health damage present in workers, the general assessment was bearable (Percentile= 1.41), satisfactory. Physical damage had a critical result, while psychological and social damage had a satisfactory assessment. It is concluded that workers in this service are exposed to various risks of illness, as well as some diseases already installed linked to the development of their activities at work. The data obtained in this study demonstrate that these professionals are exposed to risks of illness related to the work context, the demands and effects of work on health, factors that can have consequences for the health of workers. The correlation analysis shows a significant relationship between the risks of illness. In addition, the present study contributes to the discussion about the risks of illness of workers in the Mobile Emergency Care Service, pointing out the need for immediate intervention in some aspects, as well as investigations and reflections from other perspectives, in new studies that address the work and health of workers in this work context and its specificities.

Keywords: Ambulances. Occupational Health. Occupational Risks. Nursing. Emergency. Mobile Care Service

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|--|
| APH | Atendimento Pré-Hospitalar |
| CCS | Centro de Ciências da Saúde |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| EACT | Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho |
| EACHT | Escala de Custo Humano do Trabalho |
| EADRT | Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho |
| ESP | Escola de Saúde Pública |
| GAP | Gabinete de Projetos |
| GETESSMA | Grupo de Estudos em Trabalho, Enfermagem, Saúde, Segurança e Meio Ambiente |
| ITRA | Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento |
| NEPeS | Núcleo de Educação Permanente em Saúde |
| NEPO/SES | Núcleo de Educação Permanente e Ouvidoria da Secretaria Estadual de Saúde |
| NUMESC | Núcleo Municipal de Educação e Saúde Coletiva |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SIE | Sistema de Informação para o Ensino |
| SISNEP | Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UFSM | Universidade Federal de Santa Maria |
| USB | Unidade de Suporte Básico de Vida |
| USA | Unidade de Suporte Avançado de Vida |

LISTA DE GRÁFICOS

| | | |
|-------------|---|----|
| Gráfico 1- | Exposição à riscos ocupacionais identificados pelos trabalhadores de SAMU..... | 63 |
| Gráfico 2- | Análise descritiva dos itens do fator organização do trabalho..... | 65 |
| Gráfico 3- | Análise descritiva dos itens do fator Relações socioprofissionais..... | 67 |
| Gráfico 4- | Análise descritiva dos itens do fator condições de trabalho..... | 70 |
| Gráfico 5- | Análise descritiva da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT)..... | 72 |
| Gráfico 6- | Análise descritiva dos itens do fator Custo físico..... | 73 |
| Gráfico 7- | Análise descritiva dos itens do fator Custo cognitivo..... | 75 |
| Gráfico 8- | Análise descritiva dos itens do fator custo afetivo..... | 77 |
| Gráfico 9- | Análise descritiva da Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT)..... | 79 |
| Gráfico 10- | Análise descritiva dos itens do fator Danos físicos..... | 80 |
| Gráfico 11- | Análise descritiva dos itens do fator danos psicológicos..... | 82 |
| Gráfico 12- | Análise descritiva dos itens do fator danos sociais..... | 84 |
| Gráfico 13- | Análise descritiva da Escala de Avaliação de Danos Relacionados ao Trabalho (EDRT)..... | 86 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|------------|--|----|
| Tabela 1- | Caracterização sociodemográfica dos trabalhadores de SAMU..... | 60 |
| Tabela 2- | Variáveis laborais dos trabalhadores de SAMU..... | 61 |
| Tabela 3- | Análise descritiva dos valores encontrados em cada escala..... | 64 |
| Tabela 4- | Organização do trabalho em relação as variáveis sociodemográficas | 66 |
| Tabela 5- | Organização do trabalho em relação as variáveis laborais..... | 67 |
| Tabela 6- | Relações socioprofissionais em relação as variáveis sociodemográficas..... | 68 |
| Tabela 7- | Relações socioprofissionais em relação as variáveis laborais..... | 69 |
| Tabela 8- | Condições de trabalho em relação as variáveis sociodemográficas. | 70 |
| Tabela 9- | Condições de trabalho em relação as variáveis laborais..... | 71 |
| Tabela 10- | Custo físico no trabalho em relação as variáveis sociodemográficas. | 73 |
| Tabela 11- | Custo físico no trabalho em relação as variáveis laborais..... | 74 |
| Tabela 12- | Custo cognitivo no trabalho em relação as variáveis sociodemográficas..... | 75 |
| Tabela 13- | Custo cognitivo no trabalho em relação as variáveis laborais..... | 76 |
| Tabela 14- | Custo afetivo no trabalho em relação as variáveis sociodemográficas..... | 77 |
| Tabela 15- | Custo afetivo no trabalho em relação as variáveis laborais..... | 78 |
| Tabela 16- | Danos físicos em relação as variáveis sociodemográficas..... | 80 |
| Tabela 17- | Danos físicos em relação as variáveis laborais..... | 81 |
| Tabela 18- | Danos psicológicos em relação as variáveis sociodemográficas... | 82 |
| Tabela 19- | Danos psicológicos em relação as variáveis laborais..... | 83 |
| Tabela 20- | Danos sociais em relação as variáveis sociodemográficas..... | 85 |
| Tabela 21- | Danos sociais em relação as variáveis laborais..... | 86 |
| Tabela 22- | Matriz de correlação entre os fatores das escalas que compõem o ITRA..... | 87 |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|------------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 14 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 20 |
| 2.1 | OBJETIVO GERAL..... | 20 |
| 2.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 20 |
| 3 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 22 |
| 3.1 | ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: HISTÓRICO E CONCEITOS..... | 22 |
| | ... | |
| 3.2 | SAÚDE DO TRABALHADOR E A PSICODINÂMICA DO TRABALHO.... | 26 |
| 3.3 | RISCOS OCUPACIONAIS NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: REVISÃO INTEGRATIVA | 30 |
| 4 | MÉTODO..... | 52 |
| 4.1 | NATUREZA DA PESQUISA..... | 52 |
| 4.2 | CENÁRIO DA PESQUISA..... | 52 |
| 4.3 | PARTICIPANTES DA PESQUISA..... | 54 |
| 4.4 | COLETA DE DADOS E OPERACIONALIZAÇÃO..... | 54 |
| 4.5 | ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS..... | 56 |
| 4.6 | ASPECTOS ÉTICOS..... | 58 |
| 5 | RESULTADOS..... | 60 |
| 5.1 | CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E LABORAL DE TRABALHADORES DO SAMU | 60 |
| 5.2 | AVALIAÇÃO DOS RISCOS DE ADOECIMENTO RELACIONADOS AO TRABALHO..... | 64 |
| 5.2.1 | Escala de contexto de trabalho..... | 65 |
| 5.2.2 | Escala de custo humano do trabalho..... | 72 |
| 5.2.3 | Escala de danos relacionados ao trabalho..... | 79 |
| 5.3 | CORRELAÇÃO ENTRE OS FATORES DAS ESCALAS DO ITRA..... | 87 |
| 6 | DISCUSSÃO..... | 88 |
| 7 | CONCLUSÃO..... | 106 |
| | REFERÊNCIAS..... | 110 |
| | APÊNDICES..... | 118 |
| | ANEXOS..... | 126 |

1 INTRODUÇÃO

O trabalho é a atividade que permite, ao homem, interagir com o mundo, ora como agente transformador da natureza, ora como agente em transformação. Além disso, possibilita o exercício da criatividade, o estabelecimento das relações sociais, o provimento do sustento, a satisfação profissional diante do sentido atribuído à atividade realizada e do reconhecimento do empenho dispensado para a sua realização (PRESTES, 2011).

O trabalho sempre esteve presente, desde os primórdios da humanidade, mas, com o passar dos séculos, seu papel foi sofrendo modificações de acordo com o contexto social. A atividade laboral que era destinada à mera subsistência foi substituída pelo trabalho que, atualmente, é concebido como forma de tornar o homem humano, acumular riquezas, gerar ascensão social e status (LUZ, et al.,2017).

Nos últimos séculos, as intensas transformações que ocorreram no mundo do trabalho repercutiram nas relações trabalhistas, nas condições sob as quais os trabalhadores desempenham suas funções, na organização do trabalho, entre outros elementos (PRAZERES; NAVARRO, 2011). Além disso, essas mudanças no ambiente laboral têm repercutido na saúde dos indivíduos e no coletivo de trabalhadores (LUZ, et al.,2017). Ressalta-se que a saúde e qualidade de vida dos indivíduos não estão relacionadas apenas a causas físicas, mas também a fatores sociais, relacionadas ao ambiente em que eles vivem e a alta carga de demanda psicológica gerada pelo trabalho (ARAUJO et al, 2018; ANDRADE; JÚNIOR, 2014).

A partir do exposto, percebe-se que a atividade no trabalho é permeada por acontecimentos que podem levar ao desequilíbrio psíquico e emocional dos trabalhadores. Tais acontecimentos podem ser: acidentes de trabalho, incoerência organizacional, imprevistos relacionados tanto às ferramentas de trabalho, quanto à interação entre colegas, chefes, dentre outros (DEJOURS, 2015). Assim, o exercício laboral pode oferecer situações que originem sentimentos de prazer e ou de sofrimento, caracterizando-se como fonte de bem-estar ou de adoecimento (DEJOURS, 2009).

Nesse sentido, o trabalho tem implicações sobre a saúde do trabalhador, quando se consideram os agravos que podem ocorrer. Nessa perspectiva, existe a necessidade de assegurar apropriadas condições para o desenvolvimento das atividades dos trabalhadores, protegendo e promovendo sua saúde (FORTE et al., 2014). No Brasil, os transtornos mentais e comportamentais têm afastado trabalhadores dos postos de trabalho. Episódios depressivos,

por exemplo, geraram 43,3 mil auxílios-doença, em 2017 constituindo-se na 10ª doença com mais afastamentos (BRASIL, 2017).

O estudo sobre o sofrimento psíquico no trabalho se iniciou nos anos 50, na França, através da Psicopatologia do trabalho. Nos anos 90, os estudos se ampliaram para a Psicodinâmica do Trabalho, proposta por Christophe Dejours. A psicodinâmica do trabalho investiga a saúde no trabalho e analisa o sofrimento e as estratégias de mediação utilizadas, pelos trabalhadores, para ressignificar e superar o sofrimento, com vistas à transformação do contexto de trabalho em um lugar de prazer (MENDES, 2007).

A psicodinâmica detém-se no entendimento dos processos intersubjetivos e interativos que se desenvolvem nos locais de trabalho (DEJOURS, 2015). Para Dejours (2004), a partir do olhar clínico, o trabalho é aquilo que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar. Em outros termos, para o clínico, o trabalho não é, em primeira instância, apenas a relação salarial ou o emprego.

Com base na psicodinâmica, destacam-se, entre os fatores de risco no trabalho, os seguintes indicadores: organização, condições e relações socioprofissionais de trabalho que avaliam o contexto de trabalho, no caso, os antecedentes do processo saúde adoecimento; custo físico, cognitivo e afetivo, para verificar as exigências provocadas por este contexto; danos gerados em consequência das exigências e vivências, caracterizados como físicos e psicossociais (MENDES, 2007).

Em relação ao contexto de trabalho, destaca-se, aqui, as condições laborais do trabalho em saúde, que também foram modificadas pelas transformações ocorridas nos últimos decênios, sobretudo no que tange as exigências, o que resultou em um incremento dos riscos ocupacionais psicossociais para esses trabalhadores (RIBEIRO et al., 2018; GIL-MONTE, 2012; SCHIMIDT, 2013). Estudo realizado por Santana et al (2016) evidenciou que, além da alta carga biológica que esses trabalhadores estão expostos, os fatores biomecânicos como a repetitividade, o esforço físico e as pressões psicossociais, característicos das cargas fisiológicas e psíquicas, são evidentes e constantes no cotidiano do trabalho em saúde. Outra pesquisa realizada em um hospital universitário, identificou alta demanda psicológica por trabalhadores de saúde, durante o turno de trabalho (RIBEIRO et al, 2018).

O trabalho em saúde realiza-se, sobretudo, por meio do ‘trabalho vivo em ato’, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas,

formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Estas formas de interações configuram um certo sentido no modo de produzir o cuidado (MERHY; FRANCO, 2009).

Diversas situações do contexto de trabalho em saúde tornam esses trabalhadores vulneráveis ao estresse ocupacional e ao adoecimento, dentre elas: má gestão de mudanças organizacionais; comunicação ineficaz; insegurança laboral; excesso de carga horária; exigências contraditórias e falta de clareza na definição das funções; não participação na tomada de decisões; falta de controle sobre a forma como se executa o trabalho; ausência de apoio da parte de chefias e colegas; assédio psicológico ou sexual (MESQUITA, et al. 2015).

Estudos destacam que os trabalhadores de saúde estão expostos a grande carga de estresse, sentem-se tensos e cansados durante o trabalho, o que resulta na realização de tarefas com menos precisão, capacidade de produção diminuída e alto índice de absenteísmo, adoecimento, incluindo ansiedade, depressão, desatenção e desmotivação. Autores apontam que, em determinadas áreas do trabalho em saúde, os trabalhadores estão aparentemente ainda mais expostos a fatores estressantes (BOLLER, 2003; ANDRADE; JUNIOR, 2014).

Considera-se que, um dos serviços potencialmente estressantes seja o de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), pois as atividades desenvolvidas neste ambiente expõem os trabalhadores a uma série de fatores de riscos ocupacionais inerentes do trabalho em saúde, mencionados anteriormente, que são intensificados pela natureza dinâmica e imprevisível do serviço. Além disso, existem os riscos ocupacionais peculiares do APH que podem causar adoecimento, tais como: ruídos de trânsito, inalação de gases e fumaças, mordidas de animais, acidentes no transporte, pacientes graves e agressivos, dentre outros (GOULART et al., 2020). Estudo realizado com trabalhadores de ambulâncias na Austrália revelou que os mesmos estavam sofrendo uma carga mensurável de sintomas psicológicos, devido a problemas de saúde mental, relatando sintomas indicativos de provável transtorno mental comum (PETRIE et al, 2018).

No Brasil, o APH pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é realizado pelo SAMU. O componente pré-hospitalar móvel foi regulamentado primeiramente pela portaria nº 1.864/GM de 2003 que definiu sua estruturação, por meio da implantação do SAMU e dos serviços associados de salvamento e resgate, em território nacional com as centrais de regulação médica acessadas pelo número 192, e os núcleos de educação em urgência (BRASIL, 2003).

Pesquisa sobre risco de adoecimento em SAMU, apontou indícios de que há problemas na organização no serviço, que a fiscalização não ocorre adequadamente, e que os

trabalhadores de enfermagem do SAMU, no cenário pesquisado, executam tarefas que trazem riscos para si e para os usuários (WORM et al., 2016). Sendo assim, os trabalhadores de APH estão expostos a riscos ocupacionais no seu cotidiano laboral, que influenciam diretamente no desenvolvimento de doenças ocupacionais (KIM et al, 2019). Para isso, é de suma importância compreender esse dinâmico e complexo ambiente e contexto de trabalho, podendo assim, favorecer a criação de ações preventivas e corretivas das situações que corroboram para a existência dos riscos ocupacionais, impedindo que ocorram doenças e acidentes relacionadas ao trabalho.

A fim de ampliar o conhecimento acerca do objeto do estudo, foi realizada de uma revisão narrativa de literatura através de uma busca realizada no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (CAPES), no mês de julho de 2019. O objetivo foi de conhecer a tendência da produção científica brasileira, em teses e dissertações, sobre o risco de adoecimento dos trabalhadores atuantes em Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Foi possível perceber que o tema de risco ocupacional em profissionais de APH é um assunto emergente e está em ascensão nos estudos e produções científicas do país, porém ainda precisa ser muito explorado. Houve predomínio do método quantitativo e estudos realizados na região sudeste do país.

Foi possível identificar uma tendência para o estudo de riscos biológicos, devido ao fato de ser o risco percebido com maior intensidade pelos profissionais de saúde. Porém salienta-se que o ambiente de pré-hospitalar expõe os profissionais a diversos tipos de risco além destes. Apenas dois estudos foram sobre o adoecimento psicossocial do trabalhador. Além disso, as produções científicas sobre o assunto apontam para a lacuna da exploração que relacione os riscos de adoecimento com o ambiente, organização e contexto de trabalho.

Também foi realizada uma revisão integrativa de literatura, que está detalhada no item 3.2 do presente estudo. O objetivo da revisão foi de identificar as evidências científicas acerca de riscos de adoecimento em trabalhadores de APH móvel, e permitiu identificar que esses trabalhadores estão, cotidianamente, expostos a riscos ocupacionais que geram adoecimento, sejam eles desencadeados por fatores biológicos, desgaste crônico físico ou mental ou pela especificidade do seu contexto de trabalho. A partir disso, conclui-se que esses riscos ocupacionais precisam ser discutidos afim de proporcionar uma maior qualidade do serviço e segurança laboral aos trabalhadores. Os riscos ocupacionais afetam diretamente a saúde do trabalhador, expondo-o a adoecimentos e acidentes de trabalho (CARRARA; MAGALHÃES; LIMA, 2015). Sendo assim, estas revisões fundamentam a necessidade de realizar este estudo.

Diante do exposto, o presente estudo tem como questão de pesquisa: Como os trabalhadores do SAMU avaliam os riscos de adoecimento em seu trabalho? Acredita-se que os resultados da investigação poderão oferecer subsídios que auxiliem na formulação de estratégias direcionadas a melhoria das condições de trabalho desses trabalhadores, bem como no estabelecimento de medidas preventivas de acidentes ocupacionais, minimizando assim, os riscos de adoecimento.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os riscos de adoecimento relacionados ao trabalho em trabalhadores atuantes em Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o contexto de trabalho dos trabalhadores em SAMU, considerando a organização e as condições do trabalho e as relações socioprofissionais;
- Mensurar os custos físicos, cognitivos e afetivos no trabalho dos trabalhadores em SAMU;
- Analisar os danos físicos, psicológicos e sociais relacionados ao trabalho no SAMU;
- Verificar associações entre os riscos de adoecimento no trabalho em SAMU e as variáveis sociodemográficas e laborais.
- Verificar correlações entre as escalas do ITRA e entre os fatores que as compõem.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesse capítulo, serão apontados elementos teóricos que permitem a construção do objeto de investigação a fim de desenvolver a pesquisa. Esta fundamentação está pautada nos seguintes eixos: “O Atendimento Pré-hospitalar Móvel”, “Saúde do trabalhador e a psicodinâmica do trabalho” e “Riscos de adoecimento em trabalhadores de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa”. O segundo capítulo trata-se de uma revisão integrativa, realizada pela pesquisadora, que foi submetida para publicação.

3.1 O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

Originalmente no final do século XVIII, o médico Barão Dominique Jean Larrey, durante as guerras napoleônicas, se dá conta da necessidade de prestar uma assistência pré-hospitalar aos soldados ainda no campo de batalha. Nesse período surgiram as chamadas “ambulâncias voadoras”, que eram movidas por cavalos e tinham o objetivo de ganhar tempo no transporte dos soldados feridos no campo de batalha. Nessa época é introduzida a premissa de que as pessoas que trabalham nessas ambulâncias deviam ter treinamento na assistência médica para proporcionar atendimento no lugar do incidente e durante o transporte (PHTLS, 2020).

A iniciativa de atendimento aos soldados no campo de batalha continuou no século XIX e levou à formação da Cruz Vermelha Internacional, em 1863, organização que, ao longo do tempo, demonstrou a necessidade de atendimento rápido aos feridos, tendo sua atuação destacada nas Guerras Mundiais do século XX (RAMOS; SANNA, 2005). Com o passar dos anos, demonstrou-se que era necessário a criação de serviços especializados em trauma no nível pré-hospitalar de forma adequada, onde no final da década de sessenta, teve origem a estruturação dos Serviços Médicos de Emergência (BORTOLOTTI, 2008).

No Brasil, desde 1893, já se pensava em atender as vítimas no local da emergência e anos depois, em 1899, o Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro, punha em ação a primeira ambulância, movida a tração animal, com o objetivo de realizar o atendimento, onde a partir desse evento, é caracterizada a tradição histórica do Corpo de Bombeiros na prestação desse serviço (BORTOLOTTI, 2008). Os serviços de atendimento pré-hospitalar surgem no Brasil em diversas cidades com características próprias, cuja sistematização caracteriza-se pelas influências das escolas de APH surgidas em meados do século XIX.

O curso de Atendimento Pré-Hospitalar em Trauma foi estruturado na metade dos anos 80, após a experiência da utilização do Suporte Avançado de Vida no trauma em atendimento hospitalar. (BORTOLOTTI, 2008). Apesar de grande influência francesa, a realidade brasileira não permitia a predominância do sistema no molde francês devido à escassez de recursos; havendo necessidade de adaptações à nossa realidade, existindo a mescla dos moldes francês e norte-americano em vários sistemas de atendimento pré-hospitalar em todo Brasil (RAMOS; SANNA, 2005).

Nos anos que se passaram foram criadas novas resoluções e portarias pelo Ministério da Saúde. Em 24 de julho de 1999 foi criada a portaria nº 824 que normatizava o APH em todo país. Em maio de 2001, é promulgada a portaria nº 737, definindo a política nacional de redução de morbimortalidade, em primeiro de junho do mesmo ano a portaria nº 814 estabelece a normatização dos serviços de APH móvel de urgências definindo princípios e diretrizes da regulação médica das urgências; em 5 de novembro de 2002 surge a nº 2048/GM, que regulamenta o atendimento das urgências e emergências, além de descrever as atribuições de cada profissional; em 29 de setembro de 2003 são criadas as portarias nº 1863/GM e nº 1864/GM, onde a primeira institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, para ser implantada em todas as unidades federadas, respeitando as competências das três esferas de gestão e a segunda institui dentro da Política Nacional de Atenção às Urgências, o componente pré-hospitalar, através da implantação de SAMU em todos os Municípios e regiões do território brasileiro (BRASIL, 2010).

Considera-se como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde. Podemos chamar de atendimento pré-hospitalar móvel primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento pré-hospitalar móvel secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento (BRASIL, 2002).

Os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel devem contar com equipe de profissionais oriundos da área da saúde e não oriundos da área da saúde. Considerando-se que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos

de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, entende-se que os profissionais que venham a atuar nos Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel (oriundos e não oriundos da área de saúde) devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada pela lei nº 2048 que institui a política nacional de atenção as urgências. Segundo a portaria, os profissionais que atuam na assistência e tripulam as ambulâncias são: médicos intervencionistas, enfermeiros, técnicos/ auxiliares de enfermagem, e condutores de veículos de emergência (BRASIL, 2002).

Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos. De acordo com a legislação, as unidades móveis para atendimento de urgência podem ser das seguintes espécies (BRASIL, 2002):

I - Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;

II - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;

III - Equipe de Aero médico: composta por no mínimo um médico e um enfermeiro;

IV - Equipe de Embarcação: composta por no mínimo 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/ técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida;

V - Motolância: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância; e

VI - Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.

Para o amparo, gerenciamento e organização do trabalho assistencial o SAMU conta com uma central de Regulação Médica das Urgências que é regulamentada atualmente pela portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004. Segundo a portaria, a regulação é operacionalizada através das Centrais de Regulação Médica de Urgências, é um processo de trabalho através do qual se garante escuta permanente pelo Médico Regulador, com acolhimento de todos os pedidos de socorro que acorrem à central e o estabelecimento de uma estimativa inicial do grau da urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada e equânime a cada solicitação, monitorando continuamente a estimativa inicial do grau de urgência até a finalização do caso e assegurando a disponibilidade dos meios necessários para a efetivação da resposta definitiva, de acordo com grades de serviços previamente pactuadas,

pautadas nos preceitos de regionalização e hierarquização do sistema. As Centrais de regulação médica têm a sua equipe formada por:

I - Médicos com capacitação em regulação médica das urgências (MR); profissionais médicos que, com base nas informações colhidas dos usuários, quando estes acionam a central de regulação, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente.

II - Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM); e o telefonista auxiliar de regulação médica deverá ser treinado e devidamente instrumentalizado para atender aos pedidos de informação que acorrerem à central. Todo chamado deve ser atendido pelo telefonista auxiliar de regulação médica e, após a devida identificação e localização do solicitante, ser repassado ao médico regulador.

III - Radio-Operador (RO). - O rádio operador deve acompanhar a movimentação dos veículos do SAMU, durante todas as etapas da regulação acima mencionadas.

Sendo assim, o contexto do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel mostra-se como um ambiente característico e diferenciado para o desenvolvimento de atividades dos trabalhadores de saúde e não-saúde. Iniciou suas atividades, ainda incipientes, no final do século XVIII, porém a regulamentação e o estudo sobre a área são contemporâneos e estão em constante atualização.

3.2 SAÚDE DO TRABALHADOR E A PSICODINÂMICA DO TRABALHO

Para Marx (2008), o trabalho é a capacidade que o homem tem de transmitir significado à natureza, por meio de uma atividade planejada, consciente e que envolve a transformação tanto da natureza quanto do próprio homem. É através do trabalho que o homem interage com o meio e com os demais homens através de relacionamentos, em que há troca de modos de ser, estar e agir (HOSTINS; ROCHADEL; MELO, 2019).

A acumulação flexível do capital e a reestruturação produtiva dos anos 90, articuladas as características da pós-modernidade, tem gerado inúmeras mudanças no mundo do trabalho. Hoje, esse mundo é marcado por transformações como: globalização, modernização tecnológica e novos modelos de gestão, que implicam em mudanças no conteúdo, natureza e significado do trabalho (ANTUNES, 2007).

Na atualidade, o trabalho pode ser considerado um dos valores fundamentais do ser humano e que exerce um papel importante na constituição da sua autorrealização, de sua subjetividade e de sua sociabilidade, bem como contribui para o desenvolvimento de sua identidade, proporciona renda e sustento, possibilita atingir metas e objetivos de vida, oportunizando demonstrar suas ações, iniciativas e habilidades (NEVES et al., 2018). As novas formas de organização da produção, apoiadas em tecnologias de informação, aceleram o ritmo e tornam o trabalho mais exigente e intenso (MESQUITA, et al. 2015).

Frente a esse processo de mudanças e aumento das /exigências do mundo do trabalho, torna-se fundamental o estudo da saúde do trabalhador, que tem como foco a abordagem multidisciplinar e intersetorial, na perspectiva de que os trabalhadores contribuam, com seu conhecimento, para a compreensão das implicações do trabalho sobre o processo saúde/doença. Parte-se do princípio de que a forma de inserção dos homens no trabalho contribui, decisivamente, para formas específicas de adoecer e morrer. Dessa forma, é importante que os trabalhadores intervenham politicamente e participem das ações de promoção à sua saúde (MARZIALE, 2010; BERNARDO; GARBIN, 2011).

Somando-se a isso, a saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos presentes nos processos de trabalho particulares. (BRASIL, 2004) Em vigor desde 2004 e atualizada em 2012, a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora visa à redução dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho, com ênfase na vigilância, articulada com a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da

morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. Suas diretrizes compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersectorial, a estruturação da rede de informações em Saúde do Trabalhador, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações (BRASIL, 2004; BRASIL, 2012a).

Para Lancman (2008), o trabalho tem uma função psíquica: é um dos grandes alicerces de constituição do sujeito e de sua rede de significados. Processos como reconhecimento, gratificação, mobilização, mobilização da inteligência, mais do que relacionados à realização do trabalho, estão ligados à constituição da identidade e da subjetividade (LANCMAN, 2008). Atualmente, destaca-se o alto número de afastamentos devido aos transtornos mentais e comportamentais, bem como a alta média de dias de ausências no trabalho deles decorrentes (SANTANA, 2016). Quando se considera o aspecto psíquico desses trabalhadores, nos deparamos com os riscos de adoecimento mental que permeiam o cotidiano laboral.

O estudo sobre o adoecimento psíquico do trabalhador teve início nos anos 50, período entre guerras, através da Psicopatologia do Trabalho que foi investigada por diversos autores, dentre eles: Bègoin, 1957; Moscovitz, 1971; Dejours 1980; Le Guillant, 1985. A Psicopatologia visava descrever as doenças mentais ligadas ao trabalho. A partir daí, iniciaram-se os estudos sobre o sofrimento no trabalho. Nos anos 80, ampliou-se o campo da pesquisa, buscando compreender como trabalhadores conseguem driblar a doença mental, apesar das pressões organizacionais. (MENDES, 2007; DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2009)

Em 1992, o termo psicopatologia do trabalho tornou-se insuficiente para traduzir o amplo domínio da clínica, visto que descobertas significativas foram feitas sobre a inteligência do corpo, sobre a engenhosidade e sobre a psicodinâmica do reconhecimento que permite transformar sofrimento em prazer, conferindo sentido e valor a esse sofrimento. Surge, então, a Psicodinâmica do Trabalho. (MENDES, 2007)

A Psicodinâmica do Trabalho é uma abordagem científica desenvolvida por Christophe Dejours. Inicialmente foi construída com referenciais teóricos da psicopatologia, evoluindo para uma construção própria, em função do avanço das pesquisas, tornando-se uma abordagem autônoma com objeto, princípios, conceitos e métodos particulares. Seu objeto é o estudo das relações dinâmicas entre organização do trabalho e processos de subjetivação, que se manifestam nas vivências de prazer-sofrimento, nas estratégias de ação para mediar contradições das organizações de trabalho, nas patologias sociais, na saúde e no adoecimento (MENDES, 2007).

Conforme Mendes (2007), em termos históricos, a trajetória da psicodinâmica é marcada por três fases, articuladas e complementares, delimitadas por publicações específicas de Christophe Dejours. A primeira fase é marcada pela publicação do livro “Travail: usure mentale – essai de psychopathologie du travail”, em 1980, traduzido no Brasil em 1988, com o título “A loucura do trabalho: estudos de psicopatologia do trabalho”. Nesta fase, a psicodinâmica ainda tinha como foco de estudo apenas a psicopatologia relacionada ao trabalho. Esta fase está relacionada às precárias condições de trabalho da época e à predominância do modelo taylorista, e os estudos abordavam o sofrimento e as estratégias defensivas utilizadas pelos trabalhadores.

A segunda fase, que ocorreu na década de 90, constitui-se no momento de criação e construção de uma abordagem particular e pioneira para estudar o trabalho, com destaque para duas obras: “Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho” e “O fator Humano”, traduzidos publicados no Brasil em 2004 e em 1999, respectivamente. Nesta fase, a psicodinâmica enfoca as vivências de prazer-sofrimento, bem como as estratégias usadas pelos trabalhadores para confrontar a organização do trabalho com suas expectativas (MENDES, 2007).

A terceira fase, com início no final da década de 90 até o momento atual, caracteriza a consolidação e propagação da psicodinâmica como abordagem científica capaz de explicar os efeitos do trabalho sobre os processos de subjetivação, as patologias socio-psíquicas e a saúde dos trabalhadores (MENDES, 2007). Nesta fase, o foco passa das vivências de prazer-sofrimento em si para a forma como os trabalhadores subjetivam essas vivências, o sentido que lhes atribuem e o uso de estratégias, diante das novas formas de organização dos contextos de trabalho. Também são enfatizadas, nesta fase, as consequências sociais do confronto entre a organização do trabalho, o sofrimento e a ação (MENDES, 2007).

O desafio para a Psicodinâmica do Trabalho é definir ações sensíveis para modificar o destino do sofrimento e favorecer sua transformação, e não sua eliminação. Quando um sofrimento pode ser transformado em criatividade, ele traz uma contribuição que beneficia a identidade, aumenta a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática e funciona como um promotor de saúde (MENDES, 2007). O trabalho, quando funciona como uma fonte de prazer (identidade, realização, reconhecimento e liberdade), permite que o trabalhador se torne sujeito da ação, criando estratégias, e podendo, a partir disso, dominar o seu trabalho e não ser dominado por ele. Contudo, nem sempre isso é possível, em função do poder da organização do trabalho para desarticular as oportunidades para uso dessas estratégias (MENDES, 2007).

Para Dejours (2015), a saúde do corpo é imposta pelas as condições de trabalho. Quanto ao sofrimento mental, ele resulta da organização do trabalho, e esses aspectos podem influenciar no processo dessa transformação de sofrimento em prazer. Para o autor, as Condições de trabalho são: o ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração...), o ambiente químico (produtos manipulados, vapores, gases tóxicos, poeira, fumaça...), o ambiente biológico (vírus, bactérias...), as condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho. Já, a Organização de trabalho é designada pelo conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade, etc. (DEJOURS, 2015; MENDES, 2007, p.37).

Sendo assim, o ambiente laboral compõe-se de um conjunto de fatores que, de forma direta ou indireta, podem provocar riscos ao trabalhador, camuflando ou retardando sinais e sintomas de comprometimentos à saúde do trabalhador (WORM, et al. 2016). A partir do exposto, torna-se relevante estudar sobre os riscos de adoecimento dos trabalhadores em SAMU, por se apresentar como um ambiente laboral mais complexo, dinâmico e ainda pouco explorado.

3.3 RISCOS OCUPACIONAIS NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: REVISÃO INTEGRATIVA

Riscos ocupacionais existentes no atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa¹

Occupational risks existing in mobile pre-hospital care: integrative review

Resumo

Objetivo: identificar as evidências científicas acerca de riscos de adoecimento em trabalhadores de APH móvel. **Método:** trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo integrativa, desenvolvida nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), SciVerse Scopus (SCOPUS) e PubMed, nos meses de janeiro e fevereiro de 2021, com base na seguinte pergunta de revisão: “Quais as evidências científicas acerca dos riscos de adoecimento em trabalhadores de Atendimento Pré-Hospitalar móvel?”. Foram utilizados os critérios de inclusão: Ser artigo científico disponível na íntegra e gratuito, nas línguas português, inglês e/ou espanhol e versar sobre o tema. Como critério de exclusão utilizou-se: estudos de Atendimento Pré-Hospitalar Aéreo ou Naval, estudos realizados com bombeiros ou que se tratavam de algum evento específico. **Resultados:** os principais fatores de risco de adoecimento em trabalhadores de APH achados no estudo foram classificados em duas categorias. A primeira categoria aborda os principais fatores de riscos para o desenvolvimento de doenças relacionadas ao trabalho em APH móvel, sendo eles: exposição a agentes infecciosos, acidentes de trânsito, levantamento de peso excessivo, violência urbana, entre outros. A segunda categoria refere aos fatores de risco psicossociais, estresse, Burnout enfrentados pelo trabalhador de APH móvel. **Conclusão:** os trabalhadores de APH móvel estão, cotidianamente, expostos a riscos de adoecimento, sejam eles desencadeados por fatores biológicos, desgaste crônico físico ou mental ou pela especificidade do seu contexto de trabalho. Tais riscos ocupacionais precisam ser discutidos e mitigados afim de proporcionar uma maior qualidade do serviço e segurança laboral aos trabalhadores.

Descritores: Saúde do Trabalhador; Serviços Médicos de Emergência; Exposição Ocupacional; Riscos Ocupacionais.

Abstract

Objective: to identify scientific evidence about the risks of illness in mobile PHC workers. **Method:** this is an integrative bibliographic research, developed in the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), SciVerse Scopus

¹ Manuscrito submetido para publicação na revista Contexto & Saúde. ISSN: 2176-7114 (Atual – Online)

(SCOPUS) and PubMed databases, in January and February 2021, based on the following review question: “What is the scientific evidence about the risks of illness in mobile pre-hospital care workers?”. The following inclusion criteria were used: To be a scientific article available in full and free of charge, in Portuguese, English and Spanish, and to deal with the topic. Exclusion criteria were: Air or Naval Pre-Hospital Care studies, studies carried out with firefighters or those dealing with a specific event. **Results:** the main risk factors for illness in PHC workers found in the study were classified into two categories. The first category addresses the main risk factors for the development of work-related illnesses in mobile PHC, namely: exposure to infectious agents, traffic accidents, excessive weight lifting, urban violence, among others. The second category refers to psychosocial risk factors, stress, Burnout faced by mobile APH workers. **Conclusion:** mobile PHC workers are daily exposed to risks of illness, whether triggered by biological factors, chronic physical or mental wear, or by the specificity of their work context. Such occupational risks need to be discussed and mitigated in order to provide a better quality of service and work safety to workers.

Descriptors: Occupational Health; Emergency Medical Services; Occupational Exposure; Occupational Hazards.

Introdução

Nos dias atuais, o trabalho não está somente relacionado a sobrevivência, mas também, tem relação íntima com a construção do sujeito, podendo funcionar como realização, prazer, autonomia, dentre outros. Por outro lado, pode exercer papel de sofrimento, desgaste e perigo, o que pode, por consequência, resultar em adoecimento do trabalhador¹.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), 2,34 milhões de pessoas morrem todos os anos em virtude de acidentes e doenças relacionados ao trabalho. Além disso, estima-se que, todos os anos, ocorrem 160 milhões de casos não fatais de doenças relacionadas à atividade profissional². Não raramente os profissionais de saúde atuam sobrecarregados e em ambientes insalubres. As condições precárias a que são expostos estes profissionais, seja pelo excesso da prática laboral física e mental, carga horária, periculosidade ou má remuneração, é determinante nesses acidentes ou doenças³.

No caso dos trabalhadores de Atendimento Pré-hospitalar (APH) móvel, em decorrência das peculiaridades deste cenário, esses profissionais enfrentam situações que os deixam mais vulneráveis a riscos e doenças ocupacionais, tais como insegurança na cena do acidente, realização de procedimentos com o veículo estático ou em movimento, uso de posições pouco ergonômicas para manejo do paciente e exposição cotidiana a situações trágicas⁴. Destacam-se, além das especificidades do serviço, os distintos ambientes em que o

trabalhador exerce o atendimento como: vias públicas, domicílios e locais de difícil acesso, que expõe o trabalhador a distintos riscos ocupacionais⁵.

Portanto, percebe-se que os trabalhadores do APH móvel estão expostos a os riscos ocupacionais que geram adoecimento e que são específicos do seu processo de trabalho. Conhecer tais riscos é essencial no intuito de instituir medidas direcionadas a um processo de trabalho mais saudável, que ofereça mais segurança tanto para o trabalhador, como para o usuário. Para isso, foi realizada a presente revisão de literatura, a fim de fornecer subsídios e reflexões sobre o tema, além de possibilitar a identificação de possíveis lacunas na literatura, para o desenvolvimento de estudos futuros sobre a temática. Desse modo, o presente estudo tem como propósito oferecer conhecimento que permita reflexões sobre o risco de adoecimento aos trabalhadores provocado durante o desempenho das suas atividades no trabalho em APH móvel.

Objetivo

Identificar as evidências científicas acerca de riscos ocupacionais que geram adoecimento em trabalhadores de APH móvel.

Método

Trata-se de um estudo bibliográfico, descritivo, tipo revisão integrativa. A revisão integrativa é um estudo secundário que reúne e sintetiza resultados de pesquisa sobre delimitado tema ou questão. Esse tipo de estudo permite busca, avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, sendo seu produto final o estado atual do conhecimento do tópico estudado, bem como a identificação de lacunas que direcionam pra o desenvolvimento de futuras pesquisas⁶.

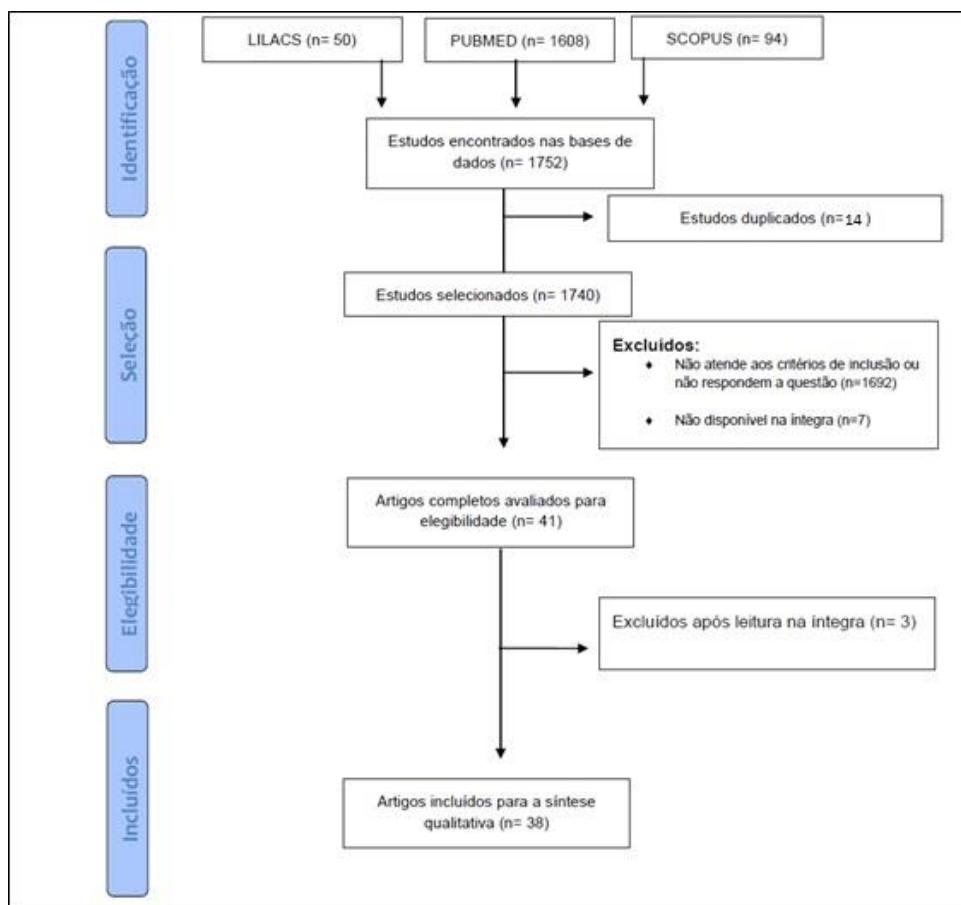
A busca dos estudos foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2021, com base na seguinte pergunta de revisão: “Quais as evidências científicas acerca dos riscos ocupacionais que geram adoecimento em trabalhadores de Atendimento Pré-Hospitalar móvel?”. Não houve recorte temporal. A realização do estudo seguiu às seis etapas propostas por Mendes (2008)⁶: identificação do tema, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento.

A busca foi realizada nas bases *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *SciVerse Scopus* (SCOPUS) e PubMed. Foram utilizados os descritores em Ciências da Saúde (DECs): “Ambulâncias, Saúde do Trabalhador, Serviços Médicos de Emergência, Exposição Ocupacional e Riscos Ocupacionais”. Também foram utilizados os

Medical Subject Headings (MeSH): “Occupational Health, Occupational Risks, Emergency Medical Services e Ambulances”. Foram encontrados 1752 documentos cujos títulos e resumos foram lidos. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: Ser artigo científico disponível na íntegra e gratuito, nas línguas português, inglês e/ou espanhol e versar sobre o tema respondendo à questão de revisão. Como critério de exclusão utilizou-se: estudos de Atendimento Pré-Hospitalar Aéreo ou Naval, estudos realizados com bombeiros ou que se tratavam de algum evento específico. Foram excluídos também estudos de revisões, teses e dissertações.

A avaliação dos estudos selecionados de acordo com os critérios de inclusão propostos foi executada por duas pesquisadoras. Quando ocorreram discordâncias em relação aos estudos selecionados, foi realizada a análise em conjunto, buscando-se um consenso. Para a operacionalização das buscas, foi seguido o modelo proposto pelo JBI (2020)⁷, representado na Figura 1.

Figura 1- PRISMA do processo da seleção dos estudos.



Fonte: Adaptado do JBI *Manual for Evidence Synthesis* (2020)

Foram removidos 18 estudos por duplicidade, 1692 por não se enquadrarem nos critérios de inclusão e sete não foi conseguido acesso na íntegra, obtendo-se um total de 41

estudos pré-selecionados, então, submetidos a uma análise na íntegra do seu conteúdo. Após uma leitura crítica e minuciosa, excluíram-se 3 artigos, pois claramente não cumpriam os critérios de inclusão, resultando ao final da análise 38 estudos que foram incluídos nesta revisão.

A análise dos dados da revisão integrativa foi elaborada de forma descritiva. Com os textos completos e após a realização de leitura exaustiva, extraíram-se alguns resultados que foram transcritos para um instrumento de coleta de dados, um quadro, construído pelos autores. Este permitiu o detalhamento dos estudos para a extração e a síntese dos dados de cada estudo primário incluído na revisão, com as seguintes informações: código do artigo, título, país de origem, ano de publicação, objetivos, delineamento e população do estudo e nível de evidência. Esse quadro permitiu a comparação e a organização dos dados, de acordo com as suas diferenças, as similaridades e a pergunta da revisão.

Por fim, realizou-se uma análise crítica e avaliação dos níveis de evidência dos estudos⁸, sendo que, após a avaliação, três estudos foram classificados com o Nível 3 de evidência e, os outros 35 estudos, com o Nível 4 de evidência. O conteúdo das publicações foi analisado e agrupado em duas categorias. Após a conclusão da análise de cada categoria foi realizada uma síntese dos elementos importantes, de forma a retratar a temática e o processo da revisão. A interpretação dos dados ocorreu de forma crítica e imparcial, a fim de permitir apresentações de possíveis explicações para os resultados encontrados, fossem eles convergentes ou conflitantes, com base na literatura disponível.

Resultados e Discussão

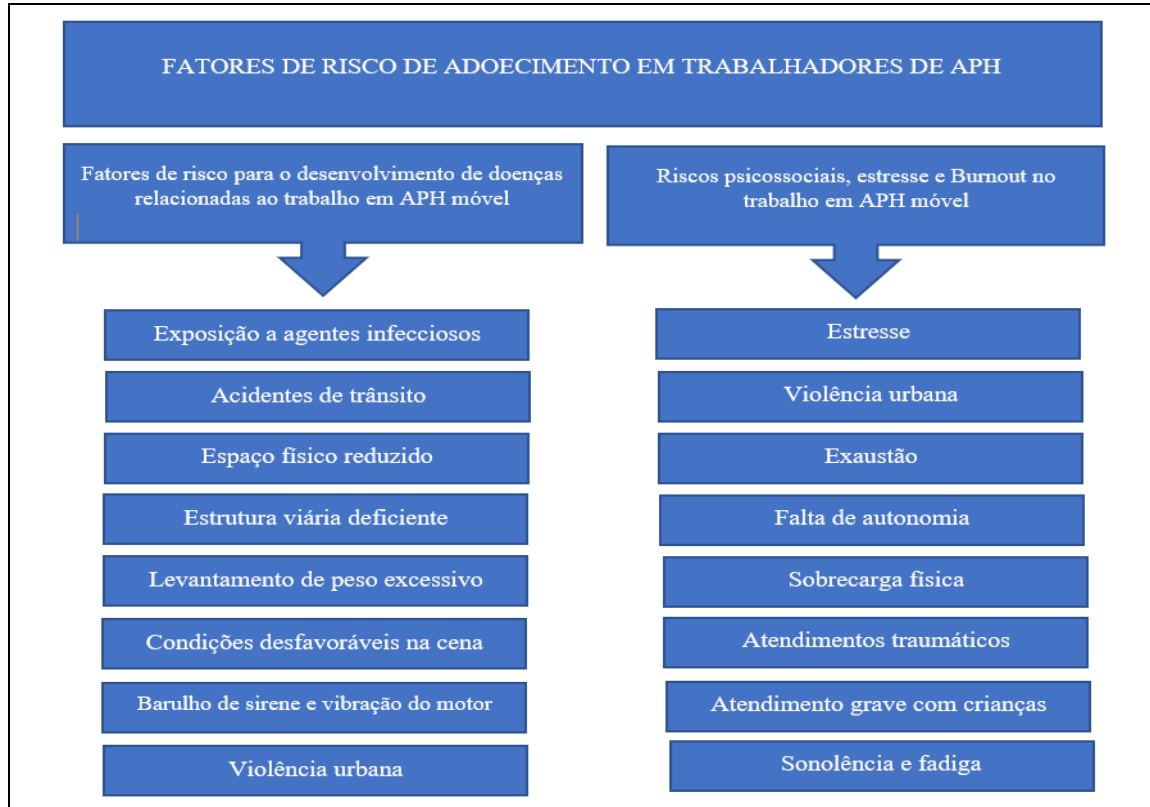
O *corpus* do estudo se constituiu de 38 artigos, 16 publicados na Scopus, 9 na LILACS e 13 na PubMed. No que tange aos países onde foram realizadas as publicações, destaca-se o Brasil, com 10 publicações (26,3%), Estados Unidos, com 5 publicações (13,1%), Austrália com 4 (10,5%), Espanha, Noruega, Polônia, China, e Reino Unido, cada um com 2 publicações (5,3%). Os outros países que tiveram cada um uma publicação (2,6%) foram: Venezuela, Irlanda do Norte, Dinamarca, África do Sul, Sérvia, Coreia do Sul, Reino Unido, Paquistão, Turquia, Hungria e Holanda.

No que se refere ao ano de publicação, em 2017 e 2015, ambos tiveram seis (15,8%), em 2016 foram cinco publicações (13,1%) e em 2019 quatro (10,5%). Os anos de 2012 e 2020 tiveram três publicações (7,9%) cada um. Em 2018, duas publicações (5,3%), e nos demais anos uma publicação (2,6%) cada, sendo eles: 2014, 2013, 2011, 2007, 2004, 2003 e 2001.

Após a leitura exaustiva de todos os estudos, pode-se dividir os assuntos em duas categorias temáticas. São elas: “Riscos ocupacionais que podem contribuir para o

adoecimento dos trabalhadores de APH móvel” e “Riscos psicossociais, estresse e Burnout no trabalho em APH móvel”. A seguir, estão representados os principais achados de cada categoria a partir de uma figura sinóptica construída pelos autores.

Figura 2 – Síntese dos principais achados do estudo de revisão. Rio Grande do Sul, Brasil. 2021



Fonte: Autores (2021).

A partir dos resultados obtidos no estudo, pode-se elencar os principais fatores de riscos ocupacionais que podem levar ao desenvolvimento de doenças relacionadas ao trabalho, tanto físicas como psicossociais do trabalhador de APH móvel. Salienta-se que a primeira categoria determina, de forma abrangente, os fatores de risco que podem causar adoecimentos ao trabalhador. Como achado, pode-se perceber que são vários e diferentes os fatores que expõem os trabalhadores de APH móvel a riscos ocupacionais. Já, a segunda categoria é constituída pelos fatores que levam ao adoecimento psicológico e a presença desse adoecimento na vida destes profissionais. Com isso, identifica-se que diferentes fatores de risco estão presentes no trabalho em APH móvel, os quais podem ser determinantes para a ocorrência de doenças ocupacionais, afetando, especialmente, a saúde mental do trabalhador.

Após, as categorias estão apresentadas por meio de dois quadros sinópticos que apresentam: o código utilizado para o artigo, o título do artigo, seguido por ano e país de publicação, objetivo e delineamento da pesquisa, população e nível de evidência. Os códigos

utilizados para os artigos relacionam-se a base de dados em que foram achados ('L' para LILACS, 'S' para SCOPUS e 'P' para PUBMED) seguido por um número cardinal, conforme a ordem em que foram lidos.

Quadro 1 – Caracterização das produções incluídas no estudo, categoria “Riscos ocupacionais que podem contribuir para o adoecimento dos trabalhadores de APH móvel”. Rio Grande do Sul, Brasil, 2021.

| ID | Título do artigo | Ano/ País | Objetivo | Delineamento/Nível de evidencia População estudada |
|----|--|------------------------|--|---|
| L1 | Acidentes de trabalho e os riscos ocupacionais identificados no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência | 2020 / Brasil | Analisar a ocorrência de acidentes de trabalho entre trabalhadores do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e a associação com os riscos ocupacionais | Estudo quantitativo, descritivo. (Nível 4) P: 265 trabalhadores do SAMU do estado do Rio Grande do Sul |
| L5 | Condutores de esperança: condições de trabalho de condutores de Ambulância do SAMU | 2015 / Brasil | Discutir os principais riscos e agravos relacionados ao trabalho | Descritivo e exploratório, de natureza qualitativa. (Nível 4) P: 22 condutores do SAMU de Fortaleza-CE |
| L6 | Acidente com material biológico no atendimento pré-hospitalar móvel: realidade para trabalhadores da saúde e não saúde | 2013/ Brasil | Identificar a prevalência e caracterizar os acidentes com material biológico e comparar os comportamentos de risco adotados entre os grupos saúde e não saúde. | Estudo analítico transversal. (Nível 4) P: 177 trabalhadores do SAMU e Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE) de Goiânia- GO |
| L7 | Exposición laboral a ruido en personal de servicio en ambulancias médica | 2016/ Venezuela | Determinar a exposição ocupacional ao ruído, estabelecendo se o nível do ruído está acima dos níveis técnicos de referência. | Descritiva e exploratória, quantitativa. (Nível 4) P: 140 trabalhadores de uma empresa privada de atendimento pré-hospitalar móvel. |
| L8 | O impacto do ruído em trabalhadores de Unidades de Suporte Móveis | 2015/ Brasil | Investigar a presença de sintomas auditivos e não auditivos em profissionais que atuam em ambulâncias e sua relação com a função desempenhada. | Estudo transversal descritivo, quantitativo. (Nível 4) P: 36 profissionais de dois serviços de ambulância da cidade de Belo Horizonte -MG |
| L9 | Riscos ocupacionais em um serviço de atendimento móvel de urgência | 2016/ Brasil | Verificar a ocorrência das principais causas de acidentes de trabalho com os profissionais do SAMU. | Pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa. (Nível 4) P: 60 profissionais do SAMU de Maceió –AL |
| S2 | Cross-sectional survey on occupational needle stick injuries amongst prehospital emergency medical service personnel in Johannesburg | 2019/ África do Sul | Investigar a incidência cumulativa, conhecimento, atitudes e práticas relativas aos riscos de sofrer uma lesão por agulha. | Quantitativo, transversal. (Nível 4) P: 240 trabalhadores do serviço pré-hospitalar de urgência de três serviços de Joanesburgo. |
| S3 | Low back pain in emergency ambulance workers in tertiary hospitals in China and its risk factors among ambulance nurses: A cross-sectional study | 2019/ China | Determinar a prevalência de lombalgia entre trabalhadores de ambulância, para explorar o fatores de risco para dor lombar crônica ambulância | Quantitativo, transversal. (Nível 4) P: 1560 trabalhadores de ambulância de 38 hospitais de Shandong. |
| S5 | Emergency medical service personnel's risk from violence while serving the community | 2017/ Austrália | Determinar os riscos de lesões relacionadas à violência entre os trabalhadores dos serviços médicos de emergência. | Quantitativo. (Nível 4) P: 1.630 casos de lesões ocupacionais relacionados à violência relatados ao US Bureau of Labor Statistics para os anos de 2012 a 2015. |
| S8 | Occupational exposure to infection risk and use of personal protective | 2016/ Coreia do | Determinar a situação de exposição ocupacional para | Quantitativo, transversal. (Nível 4) P: 907 trabalhadores de atendimento |

| | | | | |
|------------|--|-------------------------|---|---|
| | equipment by emergency medical personnel in the Republic of Korea | Sul | riscos infecciosos e uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI). | pré-hospitalar das 5 maiores cidades da Coreia do Sul. |
| S9 | Teammate familiarity and risk of injury in emergency medical services | 2017/ Estados Unidos | Investigar a associação entre a familiaridade do colega de equipe e lesões no local de trabalho no ambiente de Serviços Médicos de Emergência (SME). | Quantitativo. (Nível 4) P: Foram analisados 715.826 registros de turno de 14 agências de SME dos EUA. |
| S10 | The association between weekly work hours, crew familiarity, and occupational injury and illness in emergency medical services workers | 2015/ Estados Unidos | Determinar se a lesão ocupacional está associada às horas semanais de trabalho para os provedores de SME. | Coorte retrospectivo. (Nível 3) P: 950 relatórios de lesões e doenças ocupacionais por um período de 1 a 3 anos em 14 agências de SME dos EUA. |
| S11 | An observational study of shift length, crew familiarity, and occupational injury and illness in emergency medical services workers | 2015/ Estados Unidos | Avaliar o impacto da duração do turno nos relatórios internos de lesões e doenças ocupacionais em uma coorte nacional de trabalhadores de SME. | Coorte retrospectivo. (Nível 3) P: A coorte continha 966 082 turnos, 4382 funcionários e 950 relatórios de 14 agências de SME dos EUA. |
| S12 | Injury risks of EMS responders: Evidence from the National Fire Fighter Near-Miss Reporting System | 2015/ Estados Unidos | Investigar os mecanismos de lesão comumente relatados e oportunidades de prevenção entre os respondentes de SME que relataram eventos ao Sistema Nacional de Relatórios de Quase-Incidentes | Natureza quali-quantitativa. (Nível 4) P: 185 chamadas médicas de emergência. |
| S14 | Acoustic contamination in urgent medical transportation by road | 2012/ Espanha | Determinar os níveis de exposição ao ruído durante o transporte médico e descrever as percepções dos profissionais de saúde sobre a exposição em relação ao ruído ocupacional. | Exploratório, observacional de natureza quali-quantitativa. (Nível 4) P: 127 trabalhadores do transporte médico de urgência de Bizkaya. |
| P2 | Occupational accidents among ambulance drivers in the emergency relief | 2007/ Brasil | Identificar a ocorrência de acidentes ocupacionais em motoristas de ambulância de atendimento de emergências, bem como os tipos e causas dessas ocorrências. | Natureza quali-quantitativa. (Nível 4) P: 22 motoristas de ambulância de uma cidade do interior de São Paulo. |
| P6 | Violence against ambulance personnel: a retrospective cohort study of national data from Safe Work Australia. | 2018/ Austrália | Descrever os riscos específicos de lesões relacionadas à violência. | Coorte retrospectivo. (Nível 3) P: 300 casos de reivindicações graves de lesão que ocorreram entre indivíduos identificados como oficiais de ambulância e paramédicos na Austrália |
| P8 | Road ambulances: working conditions of paramedics - pilot studies. | 2020/ Polônia | Determinar as condições de trabalho e identificar os fatores problemáticos que acompanham a realização de procedimentos médicos básicos pelas equipes de resgate. | Descritivo de natureza quantitativa. (Nível 4) P: 51 paramédicos do Serviço de Emergência Médica de Resgate de Siedlce (Polônia). |
| P12 | Physical and psychosocial work environment factors and their association with health outcomes in Danish ambulance personnel - a cross-sectional study. | 2012/ Dinamarca | Comparar o estado de saúde e a exposição a diferentes fatores ambientais de trabalho entre os profissionais de ambulância. | Quantitativo. (Nível 4) P: 1691 profissionais de ambulância da Dinamarca. |

Os dezenove artigos que estão apresentados no Quadro 1 compuseram a primeira categoria, que foi: “Fatores de riscos ocupacionais em trabalhadores de APH móvel”. Estes estudos apresentam fatores de risco que possam levar ao adoecimento dos trabalhadores de APH móvel, relacionados a: risco biológico, risco de violência, risco de quedas, acidentes de trânsito, dores musculares, entre outros, sendo, alguns deles, específicos do serviço de ambulâncias. Além disso, também há estudos que abordam sobre a qualidade de vida desses profissionais, que pode ser prejudicada pela existência desses riscos, resultando no aparecimento de doenças. Alguns destacam que a organização do trabalho pode influenciar na existência dos mesmos.

A equipe de APH móvel, no seu contexto de trabalho está exposta a riscos que favorecem o adoecimento, pois as condições de trabalho incluem a realização de atendimentos em locais perigosos, demandas psicológicas intensas, sobrecarga de trabalho, insatisfação e recursos insuficientes na maioria dos serviços⁹. Estudo realizado com condutores do Serviço de Atendimento Médico de Emergência (SAMU) no Ceará, revelou que há exposição permanente a situações que os colocam diante de agentes que possam causar danos à saúde, lhes causando adoecimento e outros agravos à saúde¹⁰.

Em outro estudo, com trabalhadores de SAMU do Rio Grande do Sul, verificou-se associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de acidentes de trabalho e os riscos ocupacionais identificados por esses trabalhadores nos seus ambientes de trabalho⁵, ou seja, quanto maior os riscos que esses profissionais estão expostos, maior a ocorrência de acidentes de trabalho. Os riscos ocupacionais mais percebidos pelos trabalhadores do SAMU de diferentes estados do Brasil são: exposição a agentes infecciosos, espaço físico inadequado, máquinas e equipamentos sem proteção e equipamentos defeituosos, direção em estrutura viária deficiente (podendo gerar acidentes de trânsito), postura e iluminação inadequadas, jornada de trabalho prolongada, sobrecarga de trabalho, ansiedade, esgotamento físico e psíquico e violência urbana^{5,10-14}.

Com relação à ocorrência de acidentes de trabalho, percebe-se um percentual elevado de profissionais que já sofreram acidentes de trabalho em diferentes regiões do país. Identificou-se que 52,5% dos trabalhadores de SAMU de 57 municípios do estado do Rio Grande do Sul já sofreram algum tipo de acidente de trabalho durante suas atividades ocupacionais no ambiente pré-hospitalar⁵. Em Maceió (AL), no SAMU, 41,7% dos trabalhadores afirmaram ter sofrido algum tipo de acidente de trabalho¹⁴.

Dentre os acidentes de trabalho, destaca-se o acidente com perfurocortante, que foi o identificado como o de maior frequência entre os trabalhadores⁵. Ele expõe o trabalhador a

fluidos biológicos. Além disso, estudo mostrou que o tempo de experiência no trabalho apresentou uma associação estatisticamente significativa com a exposição ocupacional a fluidos corporais e sangue¹⁵, ou seja, quanto maior o tempo de experiência no trabalho, maior essa exposição.

Com relação à percepção de riscos biológicos, no SAMU do RS verificou-se que os trabalhadores identificam como frequentemente expostos ao sangue, exposição a secreções/excreções contaminadas, vírus e bactérias. Entretanto, identificou-se associação estatisticamente significativa entre exposição a bacilos e a ocorrência de acidentes de trabalho¹⁶. Em estudo de reflexão sobre os riscos do trabalho em ambulâncias diante da pandemia de coronavírus, verificou-se que, por vezes, a equipe que socorre não sabe a real situação clínica do paciente, o que lhes pode gerar estresse e ansiedade, ou acarretar uma assistência insuficiente, negligente e que não atenda às reais necessidades da vítima devido aos riscos de contaminação¹⁷.

Pesquisa realizado com trabalhadores de ambulâncias de Joanesbugo, África do Sul, revelou que desde o início de sua carreira até a data da coleta de dados, mais de um quarto dos entrevistados (26,3%) tinha vivenciado, pelo menos, uma picada com agulha¹⁸. No APH móvel coreano, um total de 365 (40,2%) participantes relataram exposição ocupacional a fluidos e sangue, durante o desenvolvimento do seu trabalho no pré-hospitalar¹⁵. Outras pesquisas apontam que, a contaminação por material biológico também aparece entre os riscos mais comuns para os condutores, no momento em que colocam e retiram pacientes da maca¹⁰.

Condutores também relataram a inadequação dos equipamentos das ambulâncias, especialmente de macas, que ocasionam, em virtude do peso, dores lombares e problemas de coluna. Esses profissionais ainda afirmaram que sofrem de dor na coluna em virtude do esforço repetitivo. Além da dor lombar, os condutores referiram dores nos tendões e nas articulações¹⁰. As remoções dos pacientes nem sempre são feitas em condições favoráveis, o relevo íngreme e escorregadio dificulta o acesso, podendo causar quedas, posturas incorretas, algias lombares, entre outros acidentes^{12,14}.

Em relação aos fatores ergonômicos, caminhar por muito tempo, a curvatura frequente do tronco, levantamento de peso, dobrando ou virando o pescoço, manter abdução do ombro por longos períodos de tempo foram todos associados à lombalgia crônica¹⁹. Em estudo com paramédicos da Polônia, mais da metade dos entrevistados afirmaram que sentiram dores nas costas durante o desempenho do trabalho. Eles também relataram dor nas articulações do tornozelo, punho, hematomas, contusões, câibras nos membros, dores nos músculos, braços,

ombros, região lombar e membros inferiores²⁰. Pesquisa com trabalhadores do SAMU de Pernambuco corrobora com as informações, os dados demonstraram que profissionais apresentaram frequência elevada de dor musculoesquelética, o que permitiu inferir que as dores são decorrentes das características da atividade laboral, podendo comprometer o seu desempenho, prejudicar a assistência às vítimas e arriscar a vida desses profissionais⁵. Além disso, todos os dias, eles permanecem sentados em assentos de viaturas com posicionamento incorreto e estão sujeitos às vibrações do motor.

Além das vibrações do motor, os achados de estudo realizado com ambulâncias de Belo Horizonte, mostraram que trabalhadores expostos ao ruído de tráfego e sirene apresentaram zumbido, intolerância a sons intensos, irritabilidade e alteração na comunicação¹³. Sobre a percepção do ruído como risco associado ao trabalho, os resultados de estudo venezuelano, evidenciam que 59,6% dos trabalhadores percebem uma associação significativa com a atividade de trabalho²¹.

Estudo realizado no SAMU do Rio Grande do Sul (RS), identificou associação estatisticamente significativa entre o risco de ruído excessivo e a ocorrência de acidentes de trabalho¹⁶. Quando o ruído no local de trabalho induz à perda de audição temporária ou permanente, é razoável esperar que isso também afete o desempenho psicoacústico por comprometer a percepção e localização de sons ambientais, incluindo o reconhecimento de fala e de sinais de alerta, sendo assim, a perda auditiva pode contribuir também para o risco de acidentes de trânsito¹³.

Com relação aos acidentes de trânsito, durante o deslocamento dos veículos verificou-se associação significativa com a jornada de trabalho prolongada, iluminação inadequada, ansiedade e esgotamento físico e psíquico⁵, ou seja, todos esses fatores provocam um maior risco para a ocorrência de acidentes. Além disso, o condutor precisa dirigir a ambulância o mais rápido possível até o local da ocorrência, sendo ele o principal responsável pelo “tempo-ouro” de atendimento. Portanto, necessita, por diversas vezes, conduzir o veículo móvel de urgência de forma perigosa, abrindo espaço no trânsito, recorrendo à alta velocidade e realizando ultrapassagens, muitas vezes em estrutura viária deficiente¹⁰. Achados de pesquisa corroboram com os estudos anteriores, no qual se obteve associação estatisticamente significativa entre acidentes trânsito e a ocorrência de acidentes de trabalho. No estudo foi identificado com o arranjo físico inadequado, máquinas e equipamentos sem proteção, equipamentos defeituosos, acidentes com animais, de trânsito. Tal fato pode estar relacionado aos tipos de atendimentos realizados no serviço pré-hospitalar, que expõem os trabalhadores a condições de trabalho que podem gerar riscos de acidentes¹⁷.

Os resultados obtidos com paramédicos da Polônia revelaram muitas irregularidades presentes nas ambulâncias. No caso de frenagem repentina, isso pode levar a numerosos ferimentos, especialmente na cabeça, pescoço e tórax. Os participantes indicaram ainda, a necessidade de assumir posições diversas durante a realização de procedimentos médicos e, portanto, falta de proteção contra quedas durante a viagem de ambulância²⁰. Quanto a acidentes ocupacionais, ocorridos no interior da ambulância, 10,52%, foram ocasionados por quedas, devido escorregamentos ou tropeços¹⁷.

Além das quedas, outro risco físico a que os trabalhadores de APH se sentem expostos são as agressões, durante o exercício laboral. Estudo brasileiro, com trabalhadores do SAMU do Rio de Janeiro (RJ) corrobora com essas informações, no qual 49,2% dos trabalhadores relataram ter sofrido violência física e 86,6% abuso verbal no ambiente de trabalho, nos últimos doze meses que antecederam o estudo²².

A demora no atendimento, ocasionada pela escassez de ambulâncias disponíveis, pelo grande número de trotes, trânsito complicado da cidade, demora do repasse da ocorrência por parte da central de regulação, além da burocracia para liberação de equipamentos retidos nos hospitais, provoca raiva de usuários do sistema e de familiares, de acordo com pesquisa qualitativa realizada com trabalhadores do SAMU do Ceará. Ainda, esses mesmos profissionais relataram episódios em que sofreram violência física e verbal, eles relatam também que são comuns os casos em que homicidas continuam tentando violentar as vítimas atendidas, mesmo no interior das ambulâncias, ameaçando as equipes de morte¹⁰.

Em estudo realizado nos Estados Unidos, os casos de agressão aos trabalhadores resultaram em fraturas, luxações, entorses ou distensões, e outros resultaram em feridas superficiais e hematomas. Segundo os pesquisados, a agressão, ou risco dela, ocorre devido pacientes violentos, ou que estão sob a influência de álcool e drogas²³.

Para os condutores do SAMU em estudo qualitativo, as agressões sofridas por parte da população somadas à falta de manutenção dos veículos, a exposição a situações traumáticas no trânsito e o ritmo intenso de trabalho, são fatores que contribuem para o desenvolvimento do quadro de estresse e de outras doenças ocupacionais. A principal queixa desses profissionais é de cansaço, decorrente do excesso de plantões e da ausência de substitutos para eventuais faltas, o que causa sobrecarga de trabalho¹⁰. A sobrecarga de trabalho aliada ao estresse, pode acabar desenvolvendo doenças, síndromes, bem como o sofrimento psicológico do trabalhador, que serão discutidos a seguir.

Quadro 2 – Caracterização das produções incluídas no estudo, categoria “Riscos psicossociais, estresse e Burnout no trabalho em APH móvel”. Rio Grande do Sul, Brasil, 2021.

| ID | Título do artigo | Ano/ País | Objetivo | Delineamento/Nível de evidencia População estudada |
|-----|--|------------------------|--|---|
| L2 | Estresse ocupacional no serviço de atendimento móvel de urgência | 2014/ Brasil | Avaliar os níveis de estresse ocupacional na equipe do SAMU. | Descritiva, investigatória de natureza quantitativa. (Nível 4) P: 60 trabalhadores do SAMU da cidade de Marília –SP |
| L3 | Síndrome de Burnout em profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência | 2017/ Brasil | Identificar a ocorrência da Síndrome de Burnout em profissionais de saúde do SAMU. | Descritiva, transversal de natureza quantitativa. (Nível 4) P:40 profissionais do SAMU de Picos – PI |
| L4 | Mapeamento dos Riscos Psicossociais no SAMU/DF | 2019/ Brasil | Mapear os riscos psicossociais no SAMU do Distrito Federal. | Tipo exploratório, com abordagem quanti e qualitativa. (Nível 4) P:100 trabalhadores do SAMU do Distrito Federal |
| S1 | Sleepiness and injury risk in emergency medical service workers in Taiwan | 2020/ China | Investigar a prevalência de sonolência e incidentes de trabalho relacionados entre trabalhadores de SME | Transversal de natureza quantitativa. (Nível 4) P: 347 trabalhadores de 41 esquadrões de SME em Taiwan. |
| S4 | The importance of manager support for the mental health and well-being of ambulance personnel | 2018/ Austrália | Examinar a importância de diferentes aspectos do apoio do gerente na determinação da saúde mental dos trabalhadores de ambulância | Transversal de natureza quantitativa. (Nível 4) P: 1622 trabalhadores de ambulância de dois estados australianos. |
| S6 | Psychosocial risk and protective factors for the health and well-being of professionals working in emergency and non-emergency medical transport services, identified via questionnaires | 2017/ Espanha | Identificar qualquer exposição diferencial existente por razões de ambiente, de trabalho ou de gênero para os vários riscos psicossociais e fatores de proteção afetando a saúde dos trabalhadores de transporte médico. | Descritivo, transversal de natureza quantitativa. (Nível 4) P: 201 profissionais de transporte médico da Catalonia. |
| S7 | Relationships of Work-Related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout-questionnaire survey among emergency physicians and nurses | 2017/ Sérvia | Determinar as relações de riscos psicossociais decorrentes do trabalho, estresse, características pessoais e Burnout. | Transversal de natureza quantitativa. (Nível 4) P: 88 médicos e 80 enfermeiros empregados no SME da cidade de Nis (Sérvia) |
| S13 | Association between poor sleep, fatigue, and safety outcomes in emergency medical services providers | 2012/ Estado Unidos | Determinar a associação entre má qualidade do sono, fadiga e resultados de segurança autorrelatados entre trabalhadores de SME. | Transversal de natureza quantitativa. (Nível 4) P: 547 trabalhadores de 30 SME dos EUA |
| S15 | The exploration of physical fatigue, sleep and Depression in paramedics: A pilot study | 2011/ Austrália | Investigar o impacto do trabalho por turnos na fadiga física, sono e fatores psicológicos entre paramédicos. | Transversal de natureza quantitativa. (Nível 4) P: 60 paramédicos da Austrália |
| S16 | Ambulance personnel and critical incidents: Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being | 2001/ Reino Unido | Identificar a prevalência de psicopatologia entre pessoal de ambulância e sua relação com a personalidade e exposição a incidentes críticos | Quantitativo. (Nível 4) P: 110 trabalhadores de ambulância de um serviço Escocês |
| P1 | Post-traumatic stress disorder and its predictors in emergency medical service personnel: a cross-sectional study from Karachi, Pakistan. | 2017/ Paquistão | Avaliar os sintomas do transtorno de estresse pós-traumático e seus preditores entre o pessoal de um serviço médico de emergência. | Transversal de natureza quantitativa. (Nível 4) P:518 trabalhadores de SME de Karachi (Paquistão) |
| P3 | Health problems and help-seeking in a nationwide sample of operational Norwegian ambulance personnel. | 2008/ Noruega | Estimar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão, e sua associação com procura de ajuda | Descritiva e transversal, natureza quantitativa. (Nível 4) P: 1180 trabalhadores de ambulância de um serviço nacional norueguês, |

| | | | | |
|------------|--|---------------------------|---|---|
| | | | profissional, entre o pessoal da ambulância e trabalhadores da saúde em geral, e estudar os sintomas de dor musculoesquelética e sono perturbado entre o pessoal da ambulância. | comparado com 31.987 trabalhadores de saúde em geral de outro estudo norueguês. |
| P4 | An Assessment of Psychological Need in Emergency Medical Staff in the Northern Health and Social Care Trust Area. | 2016/ Irlanda do Norte | Avaliar se o sofrimento psicológico é vivenciado pela equipe de emergência e, em caso afirmativo, qual é a necessidade expressa nessa população. | Descritiva e transversal, natureza quantitativa. (Nível 4) P: 107 trabalhadores de ambulância de dois departamentos de emergência e doze bases de ambulância de Trust (Irlanda do Norte) |
| P5 | Effect of exposure to violence on the development of burnoutsyndrome in ambulance staff. | 2016/ Turquia | Determinar a condição da equipe de ambulância que foi exposta a qualquer tipo de violência e prever o risco de desenvolvimento da síndrome de Burnout. | Descritiva e transversal, natureza quantitativa. (Nível 4) P: 120 trabalhadores de ambulância de Kirikkale (Turquia) |
| P7 | Cross-sectional survey on self-reported health of ambulance personnel. | 2015/ Hungria | Avaliar o estado de saúde autorreferido de trabalhadores de ambulância. | Descritiva e transversal, natureza quantitativa. (Nível 4) P: 810 trabalhadores do norte e regiões ocidentais do Serviço Nacional de Ambulâncias da Hungria. |
| P9 | Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers. | 2004/ Reino Unido | Examinar a prevalência de transtorno de estresse pós-traumático, depressão e ansiedade em uma amostra de profissionais de ambulância de emergência | Descritiva e transversal, natureza quantitativa. (Nível 4) P: 194 técnicos de emergência médica e 380 paramédicos de um serviço e ambulância do Reino Unido |
| P10 | Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms | 2003/ Holanda | Prever a sintomatologia (sofrimento pós-traumático, fadiga e esgotamento) devido a estressores agudos e crônicos relacionados ao trabalho entre os profissionais de ambulância. | Descritivo de natureza quali-quantitativa. (Nível 4) P: 123 trabalhadores de serviços de ambulância da Holanda |
| P11 | Determinants of occupational burnout among employees of the Emergency Medical Services in Poland. | 2019/ Polônia | Avaliar o nível de Burnout entre os funcionários profissionalmente ativos do SME e comparar os diferentes grupos ocupacionais. | Descritiva e transversal, natureza quantitativa. (Nível 4) P: 254 profissionais de SME da Polônia |
| P13 | Occupational stressors and its organizational and individual correlates: a nationwide study of Norwegian ambulance personnel | 2008/ Noruega | Comparar a gravidade e o nível de frequência dos estressores organizacionais e específicos da ambulância, e estudar sua relação com as condições organizacionais e diferenças individuais | Descritiva e transversal, natureza quantitativa. (Nível 4) P:1180 trabalhadores do serviço nacional de ambulâncias da Noruega |

Fonte: Autores, 2021.

A segunda categoria “Riscos psicossociais, estresse e Burnout no trabalho em APH móvel”, também composta por dezenove artigos, está representada no Quadro 2. Destaca-se que ela emergiu da análise a partir da grande quantidade de estudos voltados para o adoecimento psicológico em si e as doenças por ele geradas. Os estudos que a compõem apresentam os fatores estressores no trabalho, a existência de síndrome de Burnout nesses profissionais, má qualidade do sono, esgotamento e transtorno de estresse pós-traumáticos oriundos do trabalho em APH móvel. Foram elencadas diversas peculiaridades, que causam

distúrbios psicológicos, as quais os trabalhadores desse tipo de serviço estão expostos no seu cotidiano de trabalho.

A intensa carga horária, identificada pelos trabalhadores de SAMU, contribui para aumento dos acidentes de trabalho¹⁴. No que diz respeito à carga horária de trabalho no atendimento pré-hospitalar, no SAMU de dois estados brasileiros, o número de horas trabalhadas é em média de 40 horas semanais^{11,14}. Estudo australiano identificou que, 88% dos trabalhadores acreditavam que a fadiga, causada pela intensidade do serviço, afeta o seu desempenho no trabalho²⁴.

Além da fadiga, pode-se destacar o Síndrome de Burnout nos profissionais de APH. Os trabalhadores de serviços médicos de emergência estão altamente expostos à ameaça de Burnout ocupacional devido às características de seu ambiente de trabalho, especialmente em condições pré-hospitalares, de acordo com análise realizada com paramédicos e enfermeiros da Polônia²⁵.

Pesquisa realizada no SAMU de Piauí corrobora a presença da Síndrome de Burnout nos profissionais atuantes no serviço¹¹. Além desse, dois estudos europeus identificaram um alto risco para o desenvolvimento da doença em profissionais de serviços de Atendimento Pré-Hospitalar^{25,26}. Destaca-se que, a Síndrome de Burnout pode surgir como consequência de um desgaste crônico pelo tempo de atuação. Quanto maior o tempo de serviço em uma determinada área, maior o nível de estresse, existindo, portanto, uma correlação estatística entre estresse e tempo de atuação na área¹¹. Em um serviço médico de emergência da Sérvia, foi evidenciado que a cada ano de trabalho, médicos e enfermeiros aumentaram a gravidade do Burnout relacionado ao trabalho²⁶.

Por outro lado, com relação ao tempo de exercício na profissão, os profissionais com formação recente também tendem a apresentar-se suscetíveis aos estressores devido à pouca experiência e ao idealismo inicial no trabalho, seguido da decepção pela realidade vivida¹¹. Funcionários ainda inexperientes estão passando por muita pressão em seu local de trabalho devido às altas demandas ou por se sentirem inseguros, de acordo com resultado de estudo realizado com paramédicos da Sérvia²⁶.

Além do esgotamento profissional, insegurança, numerosos deveres, grande significado e compromisso com o trabalho, menos apoio social e falta de *feedback* no trabalho também provaram ser fatores psicossociais com importante risco de adoecimento do enfermeiro e médico de emergência²⁶. Profissionais do SAMU do Distrito Federal ressaltaram a precariedade para o desenvolvimento das tarefas, tais como: a insuficiência de recursos de

trabalho, espaço físico inadequado, equipe reduzida, uniformes desconfortáveis, poucas ambulâncias disponíveis e sobrecarga física¹².

Além da sobrecarga de trabalho, o salário mensal pode ser um fator significativo para a necessidade do profissional em buscar complementar a renda trabalhando em outras instituições, prática bastante comum entre os trabalhadores da saúde. Isso exige que o profissional, semanalmente, se desdobre em várias funções, por vezes diferentes, dependendo das exigências dos outros locais de trabalho¹¹.

Em estudo paquistanês evidenciou-se que os trabalhadores de ambulância percebem seu trabalho com mais exigência emocional do que os profissionais de outros serviços de saúde, no qual mais da metade dos participantes relataram que já haviam experimentado um evento traumático e perturbador relacionado ao trabalho²⁷. Nesse mesmo estudo demonstrou que aqueles que tem níveis mais altos de sintomas de estresse pós-traumático tem maior probabilidade de desenvolver também ansiedade e depressão²⁷. Isso pode confirmar que, tanto eventos traumáticos quanto estressores crônicos trazem consequências danosas para a saúde psicológica.

Na Austrália, pesquisa indica que 26,7% de trabalhadores de ambulância têm probabilidade leve de depressão, enquanto 10% apresentam sintomas moderados²⁴. No Brasil, aproximadamente 60% dos servidores do SAMU do Distrito Federal (DF), apresentam riscos médios para o sofrimento patogênico¹².

Associado a isso, trabalhadores paramédicos australianos possuem níveis aumentados de fadiga, depressão e também má qualidade de sono²⁴. Evidenciou-se que a sonolência diurna excessiva é comum entre os paramédicos em Taiwan. Esse achado mostra que a sonolência é um fator precipitante de acidentes entre os trabalhadores do serviço médico de emergência²⁸.

Uma observação interessante a partir de dados analisados foi a porcentagem de paramédicos que relataram sono de má qualidade foi de 68,3%. Esta pesquisa indica os níveis de sonolência diurna, com tarefas que incluem a administração de medicamentos e dirigir em níveis excessivos a perigosos de sonolência, que representam riscos altos para paramédicos, pacientes e outros usuários da estrada²⁴.

Assim, esses estudos demonstram que a sonolência é um fator de risco chave no que diz respeito às questões de segurança para esses trabalhadores. Sendo assim, também pode-se destacar que embora tenham que lidar com uma diversidade de incidentes, sobrecarga no trabalho, estresse, má qualidade do sono, dores musculares, entre outros. Estudo identificou que a maioria dos trabalhadores de ambulância apreciam sua profissão, em particular, cuidar

dos pacientes pode ser gratificante e satisfatório²⁹, o que torna possível lidar com os aspectos negativos do emprego.

Conclusões

Constatou-se que os trabalhadores de APH móvel estão, cotidianamente, expostos a riscos de adoecimento, sejam eles desencadeados por fatores biológicos, físicos, acidentes, ou até mesmo pela cronificação e desgaste no trabalho por desordem física ou psicológica. Destacam-se as especificidades do atendimento fora do contexto hospitalar, considerando-se todas as complexidades envolvidas, que variam desde o atendimento em ruas e comunidades até os riscos de sofrer acidente de trânsito durante o desempenho das atividades, risco de agressão ou violência por parte das vítimas ou pessoas presentes na cena. Há também à exposição à desgastes crônicos devido o levantamento excessivo de peso e macas, trabalho em locais de difícil acesso ou insalubres e também com a pressão psicológica no desenvolvimento de suas atividades em atendimentos que exijam maior atenção ou tenham um impacto emocional.

Sendo assim, o trabalhador de APH móvel exerce o seu trabalho em distintos ambientes, como vias públicas e locais de difícil acesso, e ainda, o serviço possui especificidades, as quais exigem atenção constante, agilidade e conhecimento para realização do atendimento aos pacientes, vítimas e população nas mais distintas situações, e esses fatores podem acabar expondo o trabalhador a diferentes riscos de adoecimento, além daqueles inerentes da profissão na área da saúde. Dado esse contexto, o trabalhador atuante em APH móvel está exposto a uma série de riscos ocupacionais que precisam ser discutidos e minimizados dando visibilidade a uma temática muitas vezes pouco explorada e que necessita de estudos de intervenção capazes de produzir impacto, vislumbrando melhorias na qualidade do atendimento prestado.

Desta forma, sugere-se a implementação de estratégias de educação continuada para esses trabalhadores, com a finalidade de atualizar o conhecimento, fortalecer a adesão aos equipamentos de proteção durante os atendimentos e também reforçar maior atenção na manipulação de materiais potencialmente contaminados. Além disso, destaca-se a importância na identificação da necessidade de apoio psicológico para os trabalhadores de ambulâncias, com a tentativa de minimizar os riscos e danos psicológicos e traumáticos que podem ser causados pelo trabalho no ambiente pré-hospitalar. Desta forma, os resultados podem contribuir para a construção e fortalecimento de políticas públicas voltadas à saúde do trabalhador, visando a melhoria das condições de trabalho nesse contexto laboral de características peculiares. Sendo assim, o estudo pode colaborar com a reflexão acerca da

implementação de estratégias e ações que minimizem a exposição aos riscos ocupacionais, para que possa reduzir a ocorrência de acidentes de trabalho e o adoecimento destes profissionais

Referências

1. Martins JT, Bobroff MCC, Ribeiro RP, Robazzi MLCC, Marziale MHP, Haddad MCL. Significados de cargas de trabalho para enfermeiros de pronto socorro/emergência. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2013 [Citado 2021 Junho 03]; 12(1):040-046. Disponível em: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16459/pdf_134

2. Organização Internacional do Trabalho. A prevenção das doenças profissionais [Internet]. 2013. 20p [Citado 2021 Junho 03]. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_714586.pdf

3. Santos RAV, Raposo MCF, Melo RS. Prevalência e fatores associados à dor musculoesquelética em profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *BrJP* [Internet]. 2021 [Citado 2021 Julho 10]; 4(1):20-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/GGrRLphDdcDVFqV9xFd8jZQ/?format=pdf&lang=pt>

4. Leite HDCS, Carvalho MTR, Cariman SLS, Araújo ERM, Silva NC, Carvalho AO. Risco ocupacional entre profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [Citado 2021 Junho 03]; 7(3/4):31-35. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/912/342>

5. Goulart LS, Rocha LP, Carvalho DP, Tomaschewski-barlem JG, Dalmolin GL, Pinho EC. Acidentes de trabalho e os riscos ocupacionais identificados no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2020 [Citado 2021 Junho 02];54:e03603. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/FZ3cyLsJ5JRNxc859qhYQcv/?lang=pt&format=pdf>

6. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008 out-dez; 17(4):758-64.

7. Aromataris E, Munn Z (Editores). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

8. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res* [Internet]. 1998

[Citado 2021 Junho 02]; 11(4):195-206. Disponível em: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189798803297?via%3Dihub)

[0897189798803297?via%3Dihub](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189798803297?via%3Dihub)

9. Sousa, BVN; Teles, JF, Oliveira, EF. Perfil, dificuldades e particularidades no trabalho de profissionais dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa. *Enfermería Actual de Costa Rica* [Internet]. 2020 [Citado 2021 Junho 01]; 38:245-260. Disponível em:

http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000100245&lng=en&nrm=iso. ISSN 1409-4568.<http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i38.36082>.

10. Guimarães EPA, Silva RF, Santos JBO. Condutores de esperança: condições de trabalho de condutores de Ambulância do SAMU. *Público Priv. (Online)* [Internet]. 2015 [Citado 2021 Junho 01]; 13(25):55-75. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/opublicoeoprivado/article/view/2667/2245>

11. Luz LM, Barbosa RR Torres, Sarmento KMVQ, Sales JMR, Farias KN, Marques MB. Síndrome de Burnout em profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2017 [citado 2021 Junho 04]; 9(1):238-246. Disponível em: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5400/pdf_1

12. Araujo LKR, Oliveira SS. Mapeamento dos Riscos Psicossociais no SAMU/DF. *Psicologia: Ciência e Profissão* [Internet]. 2019 [Citado 2021 Junho 06]; 39:e184126. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/bsWV5KMwctDbgWHCSgd7k5v/?lang=pt&format=pdf>

13. Oliveira RC, Santos JN, Rabelo ATV, Magalhães MC. O impacto do ruído em trabalhadores de Unidades de Suporte Móveis. *CoDAS* [Internet]. 2015 [Citado 2021 Junho 06];27(3):215-

14. Melo LS, Barbosa AMG, De Araújo AMG, De Medeiros MMSM, Lima MGL, Melo LS. Riscos ocupacionais no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Rev. iberoam. educ. investi. Enferm* [Internet]. 2016 [Citado 2021 Junho 03];6(2):65-72. Disponível em: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/204/riscos-ocupacionais-no-servico-de-atendimento-movel-de-urgencia/#>

15. Oh HS, Uhm D. Occupational exposure to infection risk and use of personal protective equipment by emergency medical personnel in the Republic of Korea. / *American Journal of Infection Control* [Internet]. 2016 [Citado 2021 Junho 02]; 44:647-51. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7132644/pdf/main.pdf>

16. Goulart LS, Rocha LP, Carvalho DP, Barlem ELD, Tomaschewski-Barlem JG, Brum RG. Percepção de riscos entre trabalhadores que sofreram acidentes de trabalho no ambiente pré-hospitalar. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [Citado 2021 Julho 10]; 29:e20180513. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0513>
17. Araújo AF, Pereira ER, Duarte SCM, Broca PV. Assistência pré-hospitalar por ambulância no contexto das infecções por coronavírus. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021 [Citado 2021 Julho 10]; 74(1):e20200657. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rebem/a/NBvZWCwHL6z8R9QV9YSQhDB/?format=pdf&lang=pt>
18. Mcdowall J, Laher AE. Cross-sectional survey on occupational needle stick injuries amongst prehospital emergency medical service personnel in Johannesburg. *African Journal of Emergency Medicine* [Internet]. 2019 [Citado 2021 Junho 02]; 9:197-201. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6933218/pdf/main.pdf>
19. Zhang Q, Dong H. Low back pain in emergency ambulance workers in tertiary hospitals in China and its risk factors among ambulance nurses: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [Citado 2021 Junho 06]; 9:e029264. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6756463/pdf/bmjopen-2019-029264.pdf>
20. Beczkowska S, Grabarek I, Pilip S, Szpakowsk L, Galazkowski R. Road ambulances: working conditions of paramedics – pilot studies. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* [Internet]. 2020 [Citado Junho 05]; 33(1):91–105. Disponível em: <http://ijomeh.eu/Road-Ambulances-Working-Conditions-of-Paramedics-Pilot-Studies,113341,0,2.html>
21. Martínez CR, Bello MDCM. Salud de los trabajadores [Internet]. 2016 [citado 2021 Junho 05];24(2):93-103. Disponível em: <http://ve.scielo.org/pdf/st/v24n2/art04.pdf>
22. Sé AC, Machado WCA, Silva PS, Passos JP, Araújo STC, Tonini T, Gonçalves RCS, Figueiredo NMA. Violência física, abuso verbal e assédio sexual sofridos por enfermeiros do atendimento pré-hospitalar. *Enferm Foco* [Internet]. 2020 [Citado 2021 Julho 10]; 11(6):135-142. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/qSWLJCvgSydRkQLGRHB6mKc/?lang=pt>
23. Maguire BJ, O’neill BJ. Emergency Medical Service Personnel’s Risk From Violence While Serving the Community. *Am J of Public Health* [Internet]. 2017 [citado 2021 Junho 06]; 107(11):1770–1775. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5637660/pdf/AJPH.2017.303989.pdf>
24. Sofianopoulos S, Williams B, Archer F, Thompson B. The exploration of physical fatigue, sleep and depression in paramedics: a pilot study. *Journal of Emergency Primary*

Health Care (JEPHC). 2011 [citado 2021 Junho 05]; 9(1). Disponível em: <https://ajp.paramedics.org/index.php/ajp/article/view/37/52>

25. Leszczynski P, Panczyk M, Podgorski M, Owczarek K, Galazkowski R, Mikos M, et al. Determinants of occupational burnout among employees of the Emergency Medical Services in Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* [Internet]. 2019 [citado 2021 Junho 04]; 26(1):114–119. Disponível em: <http://www.aaem.pl/Determinants-of-the-occupational-burnout-among-the-employees-of-the-EmergencyMedical,94294,0,2.html>

26. Ilic IM, Arandjelovic MZ, Jovanovic JM, Nesic MM. Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout – questionnaire survey among emergency physicians and nurses. *Medycyna Pracy* [Internet]. 2017 [citado 2021 Junho 04]; 68(2):167–178. Disponível em: <http://medpr.imp.lodz.pl/the-relationships-of-work-related-psychosocial-risks-stress-individualfactors-and-burnout-aquestionnaire-survey-among-emergency-physicians-and-nurses,66349,0,2.html>

27. Kerai SM, Khan UR, Islam M, Asad N, Razzak J, Pasha O. Post-traumatic stress disorder and its predictors in emergency medical service personnel: a cross-sectional study from Karachi, Pakistan. *BMC Emergency Medicine* [Internet]. 2017 [citado 2021 junho 03]; 17(26). Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5575882/pdf/12873_2017_Article_140.pdf

28. Lin M, Huang Y, Chen W, Wang J. Sleepiness and injury risk in emergency medical service workers in Taiwan. *PLoS ONE* [Internet]. 2020 [citado 2021 junho 04]; 15(2): e0229202. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0229202>

29. Petrie K, Gayed A, Bryan BT, Deady M, Madan I, Savic A, et al. The importance of manager support for the mental health and well-being of ambulance personnel. *PLoS ONE* [Internet]. 2018 [citado 2021 junho 04]; 13(5): e0197802. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197802>

4 MÉTODO

Neste capítulo, será abordado o percurso metodológico, que foi realizado pela pesquisadora, afim de alcançar os objetivos propostos pela pesquisa.

4.1 NATUREZA DA PESQUISA

O presente estudo é do tipo transversal e analítico com abordagem quantitativa. No desenho de pesquisa transversal a coleta de dados ocorre em um só momento, em um tempo único. Seu propósito é descrever variáveis e analisar sua incidência e interrelação em um momento determinado (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO,2013).

Estudos analíticos são aqueles delineados para examinar a existência de associação entre uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003). O enfoque quantitativo utiliza a coleta de dados para testar hipóteses, baseando-se na medição numérica e na análise estatística para estabelecer padrões e comprovar teorias (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO,2013).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário da pesquisa é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de quatro municípios do estado do Rio Grande do Sul. Para a seleção dos municípios da pesquisa utilizou-se o critério de similaridades entre os serviços, com base nos seguintes indicadores: número de viaturas do SAMU e número de habitantes em cada cidade. Foram selecionados municípios que tivessem entre 100 e 300 mil habitantes, das regiões central e sul do estado, e pelo menos uma Unidade de Suporte Avançado de Vida. Por fim, foram selecionadas duas cidades da região sul e duas cidades da região central do estado que atenderam aos critérios pré-estabelecidos, são elas: Pelotas, Rio Grande, Santa Cruz do Sul e Santa Maria.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), a população estimada desses municípios, no ano de 2019, é de: 282.123 habitantes (Santa Maria), 342.405 habitantes (Pelotas), 211.005 habitantes (Rio Grande), 130.416 (Santa Cruz do Sul).

Na cidade de **Santa Maria** o SAMU está implementado desde o ano de 2011. O serviço dispõe de três viaturas de SBV e uma viatura de SAV. Totaliza um total e 46 trabalhadores que atuam na assistência.²

A cidade de **Santa Cruz do Sul** possui o SAMU desde o ano de 2008. O serviço dispõe de uma viatura de SBV, uma viatura de SAV e uma motolância. Totaliza um total de 30 trabalhadores que atuam na assistência.²

A cidade de **Pelotas**, por sua vez, conta com o SAMU desde o ano de 2005. O serviço dispõe de três viaturas de SBV, uma viatura de SAV e duas motolâncias. Totaliza um total de 75 trabalhadores que atuam na assistência.²

Na cidade de **Rio Grande** o SAMU foi implementado no ano de 2009. O serviço dispõe de duas viaturas de SBV, uma viatura de SAV e duas motolâncias. Totaliza um total de 37 trabalhadores que atuam na assistência.²

De acordo com a Portaria nº 288 de 2018 que redefine a operacionalização do cadastramento de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e os trabalhadores que compõem as equipes do SAMU, as unidades móveis para o atendimento de urgência do SAMU, são classificadas como: Ambulância de Transporte, Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB), Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA), Unidade de Suporte Básico de Vida: Equipe de Embarcação, Unidade de Suporte Avançado de Vida: Equipe Embarcação, Veículos de Intervenção Rápida, Ambulância de Resgate, Motolância, Suporte Avançado de Vida: Equipe Aeromédica. Nos cenários estudados foram encontrados três desses tipos de unidades móveis, são elas:

- Unidade de suporte básico de vida terrestre (USB) – viatura tripulada por no mínimo dois trabalhadores, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;

- Unidade de suporte avançado de vida terrestre (USA) – viatura tripulada por no mínimo três trabalhadores, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;

- Motolância – motocicleta conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde de 2016 – 2019, o estado do Rio Grande do Sul (RS), conta com 161 bases do SAMU. Essas bases atendem 276 municípios, representando uma cobertura de 90,4% da população gaúcha. Até o momento da construção

² Informações fornecidas pelas chefias dos serviços.

do Plano Estadual, o SAMU possuía em funcionamento 38 USA, 187 USB, 28 motolâncias, 10 Veículos de Intervenção Rápida e uma aeronave (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes do presente estudo foram os trabalhadores que atuam na assistência do SAMU, conforme portaria nº 2048, detalhada no item 3.1 desse estudo (enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, médicos intervencionistas e condutores de veículos de emergência) das cidades descritas no item anterior. Foram utilizados como critérios de inclusão: atuar na assistência do SAMU por, no mínimo, seis meses. Como critério de exclusão elencou-se: estar ausente do trabalho por licença de qualquer natureza no período estabelecido para a coleta de dados.

Durante a coleta dos dados, a população do estudo era de 188 trabalhadores, dentre esses, a população elegível foi de 182 trabalhadores. Foi realizado um cálculo amostral para uma amostra mínima de participantes com uma margem de erro de 5%, resultando em 105, o qual seria uma amostra representativa para o número total de trabalhadores.

Todos os trabalhadores foram abordados e convidados a participar de forma presencial ou on-line. Destes, 38 recusaram, 16 questionários foram devolvidos com dados incompletos e foram eliminados, 11 não foram devolvidos para a pesquisadora e 13 não deram retorno após três tentativas de abordagem através de meios digitais. Compuseram a amostra 104 trabalhadores, resultando em uma perda de 42,8% (n= 78). Além disso, como mencionado anteriormente, destaca-se o contexto da pandemia de COVID-19, já que, no período da coleta de dados o estado do Rio Grande do Sul estava em bandeira vermelha ou preta, com aumento de casos e óbitos pela doença. Algumas perdas do estudo se devem a trabalhadores que estavam afastados por suspeita ou diagnóstico de COVID-19, no período da coleta de dados.

4.4 COLETA DE DADOS E OPERACIONALIZAÇÃO

A coleta de dados foi prevista para o segundo semestre de 2020, de forma presencial, sendo a abordagem dos participantes realizadas no local de trabalho, individualmente. No entanto, neste período o país vivia um dos piores momentos da pandemia de COVID 19. O estado do RS declarou calamidade pública a partir do Decreto Estadual nº 55.128, de 19 de março de 2020, e os municípios de coleta estavam em bandeira vermelha ou preta, que

restringia circulação de pessoas em locais públicos e privados conforme Decreto Estadual nº 55.461, de 31 de agosto de 2020.

Tendo em vista essa situação, a pesquisadora foi impossibilitada de adentrar os serviços, sendo necessário adaptar a forma de coleta de dados para o formato de questionário on-line, nos municípios de Santa Maria e Rio Grande. Já em Santa Cruz do Sul e Pelotas, contamos com a colaboração de um funcionário de cada serviço, que se disponibilizou a auxiliar na coleta dos dados presencial. Desta maneira, estes profissionais receberam uma capacitação para coleta, pela pesquisadora principal, e realizaram a abordagem presencial dos trabalhadores.

As coletas on-line ocorreram via *Google Forms*, sendo o convite para a participação enviado por e-mail ou WhatsApp (fornecidos pela chefia dos serviços), contendo o *link* do protocolo de pesquisa composto pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), no qual o trabalhador tinha a oportunidade de aceitar ou recusar a participar do estudo após a leitura do mesmo e questionário de pesquisa.

No caso da coleta presencial, este mesmo protocolo foi entregue de forma impressa, sendo que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) foi disponibilizado em duas vias, para leitura e assinatura do participante. Os trabalhadores responderam ao questionário durante o turno de trabalho, sendo o tempo de preenchimento de aproximadamente 20 minutos.

O questionário utilizado para coleta dos dados foi composto por dois instrumentos. O primeiro refere-se a um questionário estruturado elaborado pelos pesquisadores, com intuito de avaliar variáveis sociodemográficas, laborais e riscos ocupacionais que os trabalhadores percebem no desempenho de suas atividades laborais (APÊNDICE B). As variáveis sociodemográficas, laborais, relacionadas com a ocorrência de acidentes de trabalho e riscos ocupacionais foram selecionadas de acordo com a literatura e o objetivo desta pesquisa.

O segundo instrumento de coleta trata-se do Inventário sobre o Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA) (ANEXO A). Foi criado e validado por Ferreira e Mendes (2003). Teve sua última versão validada no ano de 2006 e publicada por Mendes e Ferreira (2007), da qual foram extraídos o instrumento e as orientações para a utilização neste estudo.

O ITRA tem como objetivo investigar o trabalho e os riscos de adoecimento por ele provocado em termos de representação do contexto de trabalho, exigências (físicas, cognitivas e afetivas), vivências e danos. No que se refere à utilização do ITRA para trabalhadores, o instrumento surge para atender uma demanda de grandes grupos.

O Inventário consiste em uma escala psicométrica do tipo Likert, cuja finalidade é avaliar as dimensões da inter-relação do trabalho com os riscos de adoecimento. É composto por quatro subescalas independentes totalizando 128 itens (afirmativos), no entanto neste estudo foram utilizadas três, que serão descritas a seguir. (MENDES, FERREIRA, 2007).

A primeira escala, **Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT)**, é composta por três fatores: organização do trabalho, relações socioprofissionais e condições de trabalho. Trata-se de uma escala de cinco pontos, onde 1= nunca, 2=raramente, 3= às vezes, 4= frequentemente, 5= sempre.

A segunda escala, **Escala de Custo Humano do Trabalho (EACHT)**, é composta por três fatores: custo físico, cognitivo e afetivo. Também é uma escala de cinco pontos, em que 1= nada exigido, 2= pouco exigido, 3= mais ou menos exigido, 4= bastante exigido, 5= totalmente exigido.

A quarta, e última, escala do inventário é a **Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT)**, é composta por três fatores: danos físicos, sociais e psicológicos. Esta escala deve ter uma análise realizada diferente das demais. Os itens propostos retratam situações muito graves relacionadas a saúde: a sua aparição e repetição em um nível moderado já significa adoecimento. Assim, 0= nenhuma vez, 1= uma vez, 2= duas vezes, 3= três vezes, 4= quatro vezes, 5= cinco vezes e 6= seis ou mais vezes.

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados, após coletados, foram organizados mediante a dupla digitação independente em uma planilha eletrônica sob a forma de banco de dados, utilizando-se o programa Excel, versão 2012. Posteriormente a verificação de erros e inconsistências, a análise dos dados foi realizada no programa PASW Statistics (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago - USA) versão 18.0.

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva das variáveis, sendo que as qualitativas serão descritas por meio da frequência absoluta e relativa, enquanto que as quantitativas pela média, mediana, desvio padrão, valor máximo e mínimo. Para testar a hipótese de normalidade da distribuição das variáveis contínuas mensuradas neste estudo foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov.

A avaliação da confiabilidade das escalas e seus fatores foi realizada estimando-se a consistência interna por meio do coeficiente Alpha de Crombach. Valores acima de 0,70 são confirmativos da fidedignidade da medida a que o instrumento se propõe (BISQUERRA;

SARRIELA; MARTINEZ, 2004; FIELD, 2009). O valor do Alpha de Cronbach pode variar entre zero e um, sendo que, quanto mais alto o valor, maior a consistência interna do instrumento ou maior a congruência entre os itens, indicando a homogeneidade da medida do mesmo fenômeno (BISQUERRA; SARRIELA; MARTINEZ, 2004).

Para análise dos dados referentes ao ITRA, primeiramente verificou-se a aderência das variáveis à normalidade, por meio do teste Kolmogorov-Smirnov. Para os valores que obtiveram valor de $p > 0,05$, atendendo a normalidade, utilizou-se o valor da Média e Desvio padrão para a análise descritiva dos dados. Já, para aqueles com o valor de $p < 0,05$, utilizou-se o valor Percentil de 50 para obter-se os dados da análise descritiva. De posse desses valores foi analisado o risco de adoecimento por meio da comparação destes resultados os valores pré-estabelecidos no inventário, mencionados a seguir:

A primeira escala, **Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT)**, é composta por três fatores: organização do trabalho, relações socioprofissionais e condições de trabalho. É construída com itens negativos, devendo sua análise ser feita por fator e com base em três níveis diferentes, considerando um desvio padrão em relação ao ponto médio. Assim, considera-se como resultado para o contexto de trabalho:

Acima de 3,7 = avaliação mais negativa, grave;
Entre 2,3 e 3,69 = avaliação mais moderada, crítico;
Abaixo de 2,29 = avaliação mais positiva, satisfatório.

A segunda escala, **Escala de Custo Humano do Trabalho (EACHT)**, é composta por três fatores: custo físico, cognitivo e afetivo. Assim como a primeira escala, é construída com itens negativos, devendo sua análise ser feita como a anterior. Assim, os resultados para o custo humano devem ser classificados em:

Acima de 3,7 = avaliação mais negativa, grave;
Entre 2,3 e 3,69 = avaliação mais moderada, crítico;
Abaixo de 2,29 = avaliação mais positiva, satisfatório.

A terceira, e última, escala a ser utilizada no estudo, é a **Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT)**, é composta por três fatores: danos físicos, sociais e psicológicos. Esta escala deve ter uma análise realizada diferente das demais. Os itens propostos retratam situações muito graves relacionadas a saúde: a sua aparição e repetição em um nível moderado já significa adoecimento. Por esta razão, o ponto médio dessa escala, embora matematicamente seja 3,0, para fins deste inventário, é desdobrado em

dois intervalos com variação de um desvio padrão. Assim, os resultados devem ser classificados em quatro níveis:

Acima de 4,1= avaliação mais negativa, presença de doenças ocupacionais;

Entre 3,1 e 4,0= avaliação moderada para frequente, grave;

Entre 2,0 e 3,0= avaliação moderada, crítico;

Abaixo de 1,9 = avaliação mais positiva, suportável.

No que se refere as associações realizadas entre as variáveis de interesse para os dados que atenderam à distribuição normal foram utilizados os testes paramétricos: Teste t-Student e Anova, e para dados com distribuição não normal, os testes não paramétricos como: Teste Qui-quadrado, Teste Exato de Fisher. Os resultados foram considerados estatisticamente significantes se $p < 0,05$, com intervalo de 95% de confiança.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa cumpriu as determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 e também da Resolução nº 580, de 22 de março de 2018 do Conselho Nacional de Saúde. As mesmas dispõem sobre os cuidados da pesquisa com Seres Humanos em Ciências Humanas e Sociais, e visam assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012b; 2016;2018).

Desta maneira, o projeto de pesquisa foi registrado no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e no Sistema de Informação para o Ensino (SIE). Cumpre as determinações da Portaria da Secretaria Estadual de Saúde nº334/2019, a qual determinou que o projeto tenha sido encaminhado e autorizado pelo o Núcleo de Educação Permanente e Ouvidoria da Secretaria Estadual de Saúde (NEPO/DRE/SES/RS) (ANEXO B). Em seguida foi encaminhado para a autorização institucional dos municípios a serem pesquisados, Núcleo de Educação Permanente em Saúde - Santa Maria (NEPeS) (ANEXO C), Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva - Pelotas (NUMESC) (ANEXO D), Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande (ANEXO E) e Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul (ANEXO F). Após autorização institucional, foi registrado no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) e enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM e após para o CEP da Escola de Saúde Pública (ESP), onde o DRE/SES/RS foi incluído como instituição coparticipante.

Após a aceite no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM) e no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública (CEP/ESP) se deu início a coleta de dados. Todos os participantes que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados a participar da entrevista. Para aqueles que aceitaram, foi entregue para assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) em duas vias, uma via que ficou com o participante e outra com a pesquisadora, e aqueles que realizaram o preenchimento on-line deveriam aceitar ou não a participar após a leitura do TCLE. E após foi entregue o questionário codificado em um envelope para manter a confidencialidade do sujeito pesquisado. Os pesquisadores comprometem-se a manter a confidencialidade da identidade dos participantes conforme Termo de Confidencialidade (APÊNDICE C), bem como utilizar os dados do estudo somente para fins dessa pesquisa e garantir o anonimato dos participantes.

A participação na pesquisa foi de forma voluntária, podendo interromper sua participação neste estudo a qualquer momento. Os trabalhadores foram esclarecidos quanto à finalidade de estarem participando da pesquisa, que traz benefícios para o conhecimento acerca do risco de adoecimento os trabalhadores no contexto do SAMU e favorecendo a implementação futura de ações preventivas e corretivas. Além disso, foram informados que o estudo, traz riscos mínimos ao participante, uma vez que, as questões, poderiam mobilizar sentimentos sobre a experiência vivenciada, caso isso acontecesse os pesquisadores estariam disponíveis para prestar esclarecimentos ou fazer os encaminhamentos que forem necessários.

Os participantes também foram esclarecidos sobre a ausência de custos em relação a participação no estudo, bem como de remuneração financeira pelo fornecimento dos dados. Fica garantida indenização em casos de danos decorrentes da participação na pesquisa. A fim de garantir o anonimato, é mantido sigilo dos dados coletados. Após a coleta, os dados estão armazenados no armário e no computador de uso particular da Profa. Enfa. Dra. Silviamar Camponogara, na sala nº1339 (local de trabalho da pesquisadora), do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, durante um período de cinco anos. Após, serão destruídos e descartados de maneira sustentável.

5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados se inicia com a caracterização sociodemográfica, e laboral. Na sequência, serão apresentados a análise e o teste de normalidade das escalas do ITRA. Após, serão apresentados os resultados do ITRA, separadamente de acordo com cada escala, bem como a correlação com as variáveis sociodemográficas, laborais e relacionadas aos acidentes/doenças do trabalho.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E LABORAL DE TRABALHADORES DO SAMU

A população do estudo correspondeu a 188 trabalhadores do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) dos quatro municípios coletados. Dentre esses, a população elegível foi de 182 trabalhadores, a amostra do estudo foi composta de 104 trabalhadores. Na Tabela 1 é apresentada a caracterização sociodemográfica dos trabalhadores pesquisados.

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica dos trabalhadores de SAMU. Santa Maria. 2021.

| Variáveis sociodemográficas | | FREQUÊNCIA (n=104) | |
|-----------------------------|--------------------|--------------------|---------|
| | | n / média* | % / DP* |
| Idade | | 39,2* | 8,675* |
| Sexo | Feminino | 33 | 31,7 |
| | Masculino | 71 | 68,3 |
| Estado Civil | Com companheiro | 81 | 77,9 |
| | Sem companheiro | 23 | 22,1 |
| Filhos | Sim | 70 | 67,3 |
| | Não | 34 | 32,7 |
| Escolaridade | Ensino Fundamental | 2 | 1,9 |
| | Ensino Médio | 42 | 40,4 |
| | Graduação | 20 | 19,2 |
| | Pós graduação | 40 | 38,5 |

Fonte: Autores (2021)

Legenda: *Para a variável idade utilizou-se média e desvio padrão

De acordo com a Tabela 1, os trabalhadores de SAMU são predominantemente do sexo masculino (68,3%, n=71), com companheiro(a) (77,9%, n=81) e possuem filhos (67,3%, n=70). Ainda, sobre as variáveis sociodemográficas, a média de idade dos pesquisados foi de 39,2 anos (DP= 8,675), com idade máxima de 61 anos e idade mínima de 24 anos, e possui Graduação (inclusos os valores de graduação e pós-graduação), (57,69%, n=60).

A Tabela 2 apresenta os resultados laborais dos trabalhadores de SAMU dos quatro municípios pesquisados.

Tabela 2- Variáveis laborais dos trabalhadores de SAMU. Santa Maria. 2021.

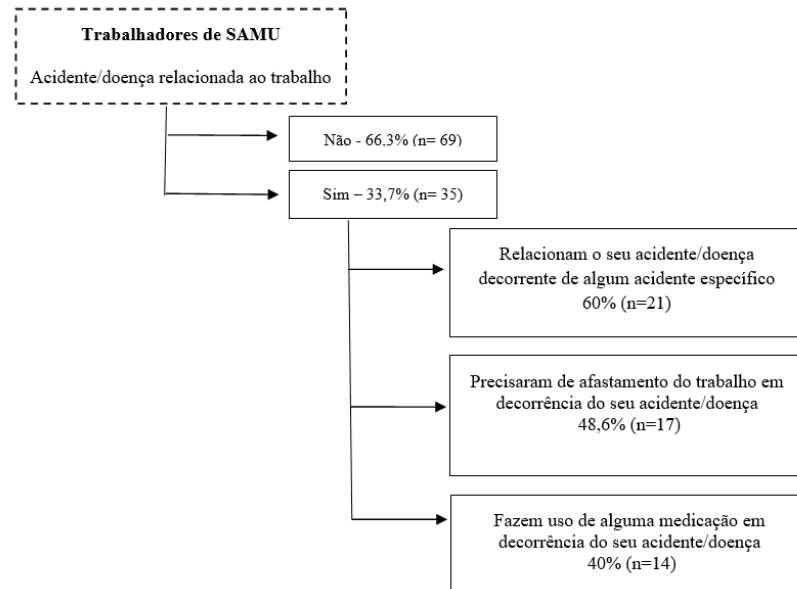
| Variáveis laborais | | FREQUÊNCIA (n=104) | |
|---|-----------------------|--------------------|------|
| | | n | % |
| Cidade | Santa Maria | 41 | 39,4 |
| | Pelotas | 37 | 35,6 |
| | Santa Cruz do Sul | 19 | 18,3 |
| | Rio Grande | 7 | 6,7 |
| Função desempenhada | Enfermeiro | 19 | 18,3 |
| | Médico | 18 | 17,3 |
| | Técnico de Enfermagem | 35 | 33,7 |
| | Condutor | 32 | 30,8 |
| Vínculo empregatício | Concurso | 46 | 44,2 |
| | Contrato Efetivo | 34 | 32,7 |
| | Contrato Temporário | 24 | 23,1 |
| Turno de trabalho majoritariamente | Diurno | 28 | 26,9 |
| | Noturno | 18 | 17,3 |
| | Misto | 58 | 55,8 |
| Possui outro emprego | Sim | 68 | 65,4 |
| | Não | 36 | 34,6 |

Fonte: Autores (2021).

Conforme ilustra a Tabela 2, a cidade com mais respondentes foi a de Santa Maria (39,4%, n=41). Verifica-se que o maior número de respondentes corresponde a técnicos de enfermagem (33,7%, n=35) e a maior parte dos profissionais são concursados do serviço (44,2%, n=46), trabalham em turno misto (55,8%, n=58) e possuem outro emprego (65,4%, n=68).

A figura 1 apresenta os resultados relacionados com os acidentes/ doenças relacionadas ao trabalho.

Figura 1 – Acidente/doença relacionada ao trabalho em trabalhadores de SAMU. Santa Maria. 2021.



Fonte: Autores (2021).

De acordo com a Figura 1, verifica-se que 33,7% (n= 35) dos trabalhadores referiram ter sofrido algum acidente/doença relacionada ao trabalho. Dentre aqueles que mencionaram ter sofrido acidente/ doença relacionada ao trabalho, a maioria relaciona com algum acidente específico (60%, n=21). Ainda, dentre os trabalhadores que sofreram algum acidente/doença relacionada ao trabalho, 48,6% (n=17) precisaram de afastamento laboral e 40% (n=14) fazem uso de alguma medicação em decorrência do acontecido.

O Gráfico 1 apresenta a exposição aos riscos ocupacionais percebidas pelos trabalhadores de SAMU durante o desenvolvimento do seu trabalho.

Gráfico 1- Exposição à riscos ocupacionais identificados pelos trabalhadores de SAMU. Santa Maria. 2021.



Fonte: Autores (2021).

A partir da análise do Gráfico 1, as situações de exposição à riscos ocupacionais elencadas no questionário mais percebidas pelos participantes do estudo foram: situação de estresse (n=89; 85,6%), comoção com familiar da vítima (n=81; 77,9%), contato com material potencialmente contaminado (n=75; 72,1%) seguido por agressão/violência (n=70; 67,3%).

5.2 AVALIAÇÃO DOS RISCOS DE ADOECIMENTO RELACIONADOS AO TRABALHO

Na tabela 3 estão apresentados os resultados provenientes da análise descritiva do ITRA e suas escalas.

Tabela 3 – Escores da avaliação de trabalho no SAMU sobre o ITRA. Santa Maria.2021.

| Inventário sobre o trabalho e riscos de adoecimento (ITRA) | P* | Média | DP | Percentil | | | Classificação de risco |
|--|--------|--------------|-------|-----------|-------------|-------|------------------------|
| | | | | 25 | 50 | 75 | |
| EACT | 0,2 | 2,483 | 0,591 | 2,05 | 2,43 | 2,927 | Crítico |
| EACT_ Organização do trabalho | 0,2 | 3,021 | 0,595 | 2,64 | 3,0 | 3,36 | Crítico |
| EACT_ Condições de Trabalho | 0,004 | 2,156 | 0,81 | 1,425 | 2,1 | 2,875 | Satisfatório |
| EACT_ Relações socioprofissionais | 0,073 | 2,272 | 0,754 | 1,725 | 2,2 | 2,8 | Satisfatório |
| ECHT | 0,074 | 3,413 | 0,618 | 3,0 | 3,48 | 3,87 | Crítico |
| ECHT_ Custo Físico | 0,090 | 3,749 | 0,849 | 3,1 | 3,7 | 4,5 | Grave |
| ECHT_ Custo Cognitivo | 0,004 | 3,843 | 0,805 | 3,4 | 4,0 | 4,4 | Grave |
| ECHT_ Custo Afetivo | 0,2 | 2,648 | 0,665 | 2,17 | 2,67 | 3,06 | Crítico |
| EADRT | 0,006 | 1,738 | 1,37 | 0,48 | 1,41 | 2,77 | Suportável |
| EADRT_ Danos físicos | 0,2 | 2,190 | 1,317 | 1,102 | 2,29 | 3,0 | Crítico |
| EADRT_ Danos psicológicos | <0,001 | 1,568 | 1,76 | 0,1 | 0,95 | 2,6 | Suportável |
| EADRT_ Danos sociais | <0,001 | 1,457 | 1,455 | 0,14 | 1,0 | 2,535 | Suportável |

Fonte: Autores (2021).

Legenda: *Teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov

A partir dos dados apresentados na Tabela 3, quanto as medidas descritivas do ITRA, na avaliação geral do Contexto de Trabalho (EACT) ($\mu= 2,48$ e $DP=0,59$) observa-se uma avaliação crítica. O fator Organização do trabalho ($\mu= 3,02$ e $DP= 0,59$) também teve avaliação crítica. Já, as relações socioprofissionais e as condições de trabalho foram consideradas satisfatórias.

No que se refere ao Custo humano no trabalho (ECHT) ($\mu= 3,41$ e $DP=0,61$), percebe-se uma avaliação crítica. O Custo físico e Custo cognitivo apresentaram risco grave de adoecimento, enquanto que o Custo afetivo apresenta uma classificação de risco crítica.

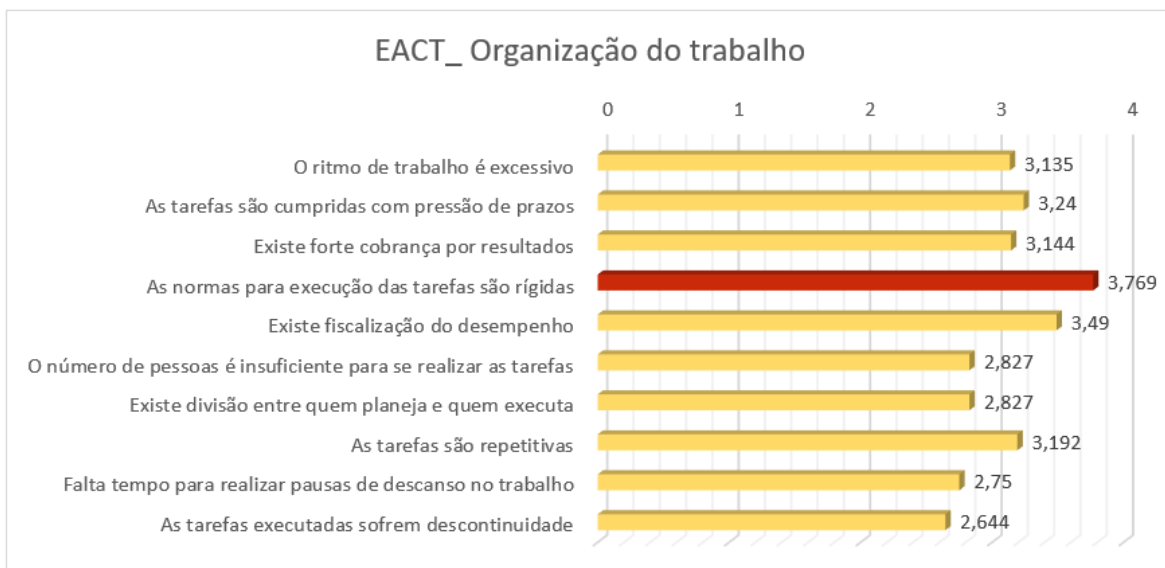
A escala de danos relacionados ao trabalho (EADRT) (Percentil= 1,41) foi classificada, no geral, como suportável. Os danos físicos ($\mu= 2,19$ $DP= 1,31$) apresentaram-se como críticos, já os danos psicológicos e sociais foram suportáveis.

5.2.1 Escala de contexto de trabalho

Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT) é composta por três fatores: Organização de trabalho, Relações Socioprofissionais e Condições de trabalho. Nessa escala, todos os fatores apresentaram Alfa de Cronbach $>0,7$, mostrando uma confiabilidade do instrumento nesta pesquisa.

O Gráfico 2 apresenta a médias dos itens que compõe o fator **Organização do trabalho**, seus respectivos itens e a classificação de risco baseada nos autores do instrumento.

Gráfico 2 – Análise descritiva dos itens do fator Organização do Trabalho. Santa Maria.2021.



Fonte: Autores (2021).

Legenda: ($>3,7$ = Grave; 2,3 a 3,69 = Crítica; $<2,29$ = Satisfatório)

A partir da análise do gráfico, pode-se observar que o item “As normas para execução das tarefas são rígidas” ($\mu =3,769$) apresentou classificação de risco Grave. Além disso, pode-se evidenciar que, em todos os outros itens, foi obtida a classificação de risco Crítica.

A Tabela 4 apresenta os dados obtidos quanto a avaliação do risco de adoecimento em relação a organização do trabalho, segundo as variáveis sociodemográficas.

Tabela 4- Organização do trabalho em relação as variáveis sociodemográficas. Santa Maria. 2021.

| Variáveis sociodemográficas | | EACT_ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO | | | | | | P* |
|------------------------------|-----------------------|------------------------------|------|---------|------|-------|------|-------|
| | | Satisfatório | | Crítico | | Grave | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Sexo | Feminino | 2 | 6,1 | 27 | 81,8 | 4 | 12,1 | 0,782 |
| | Masculino | 7 | 9,9 | 57 | 80,3 | 7 | 9,9 | |
| Estado civil | Com Companheiro(a) | 7 | 8,6 | 63 | 77,8 | 11 | 13,6 | 0,171 |
| | Sem Companheiro(a) | 2 | 8,7 | 21 | 91,3 | 0 | 0 | |
| Nível de escolaridade | Ensino Fundamental | 0 | 0 | 2 | 100 | 0 | 0 | 0,542 |
| | Ensino Médio | 4 | 9,5 | 34 | 81 | 4 | 9,5 | |
| | Graduação | 0 | 0 | 16 | 80 | 4 | 20 | |
| | Pós Graduação | 5 | 12,5 | 32 | 80 | 3 | 7,5 | |

Fonte: Autores (2021).

Legenda: *Qui-quadrado de Pearson

Ao realizar-se a associação entre a classificação de risco de adoecimento neste fator com as variáveis sociodemográficas, não se identificou diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p > 0,05$).

A Tabela 5 apresenta a distribuição dos trabalhadores do SAMU quanto ao risco de adoecimento pela Organização do trabalho, segundo as variáveis laborais.

Tabela 5- Organização do trabalho em relação as variáveis laborais. Santa Maria. 2021.

| Variáveis laborais | | EACT_ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO | | | | | | P* |
|--|-----------------------|------------------------------|------|---------|------|-------|------|-------|
| | | Satisfatório | | Crítico | | Grave | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Função | Enfermeiro | 1 | 5,3 | 17 | 89,5 | 1 | 5,3 | 0,053 |
| | Médico | 4 | 22,2 | 13 | 72,2 | 1 | 5,6 | |
| | Técnico de enfermagem | 0 | 0 | 28 | 80 | 7 | 20 | |
| | Condutor | 4 | 12,5 | 26 | 81,3 | 2 | 6,3 | |
| Vínculo empregatício | Concurso | 4 | 8,7 | 36 | 78,3 | 6 | 13 | 0,858 |
| | Efetivo | 2 | 5,9 | 29 | 85,3 | 3 | 8,8 | |
| | Temporário | 3 | 12,5 | 19 | 79,2 | 2 | 8,3 | |
| Possui outro emprego | Não | 3 | 8,3 | 31 | 86,1 | 2 | 5,6 | 0,469 |
| | Sim | 6 | 8,8 | 53 | 77,9 | 9 | 13,2 | |
| Turno de trabalho | Diurno | 2 | 7,1 | 22 | 78,6 | 4 | 14,3 | 0,837 |
| | Noturno | 1 | 5,6 | 16 | 88,9 | 1 | 5,6 | |
| | Misto | 6 | 10,3 | 46 | 79,3 | 6 | 10,3 | |
| Você já teve algum acidente/doença relacionada ao trabalho? | Não | 7 | 10,1 | 57 | 82,6 | 5 | 7,2 | 0,251 |
| | Sim | 2 | 5,7 | 27 | 77,1 | 6 | 17,1 | |

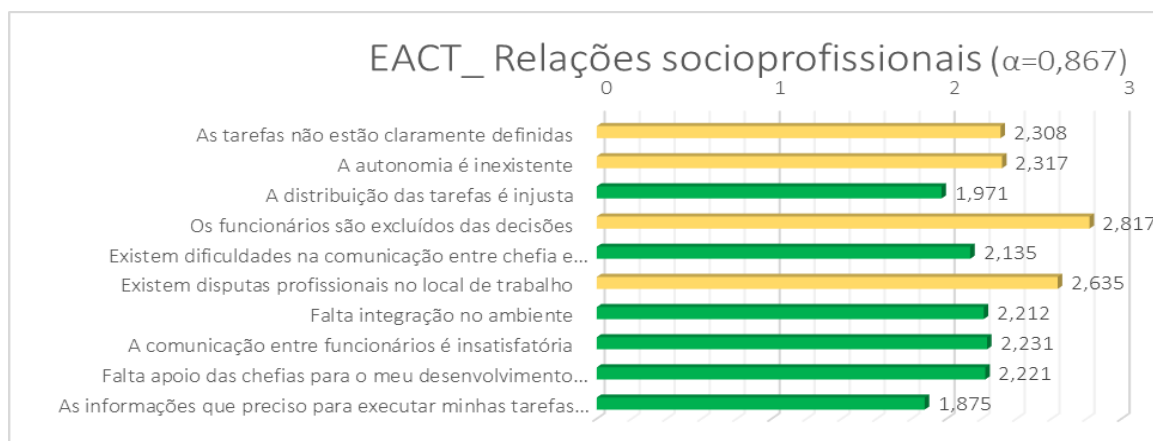
Fonte: Autores (2021).

Legenda: *Qui-quadrado de Pearson

Como se observa na Tabela 5, no que tange às variáveis laborais não foi evidenciada diferença estatística significativa entre os grupos ($p > 0,05$).

O Gráfico 3 apresenta as médias dos itens que compõe o fator **Relações socioprofissionais**, seus respectivos itens e a classificação de risco baseada nos autores do instrumento.

Gráfico 3 – Análise descritiva dos itens do fator Relações socioprofissionais. Santa Maria. 2021.



Fonte: Autores (2021).

Legenda: ($>3,7$ = Grave; 2,3 a 3,69 = Crítico; $<2,29$ = Satisfatório)

A partir da análise do Gráfico 3, pode-se perceber que os itens ‘As tarefas não estão claramente definidas’, ‘A autonomia é inexistente’, ‘Os funcionários são excluídos das decisões’ e ‘Existem disputas profissionais no local de trabalho’ obtiveram avaliação crítica. Os demais itens obtiveram avaliação satisfatória.

Na Tabela 6 está apresentado a avaliação das Relações socioprofissionais, segundo as variáveis sociodemográficas.

Tabela 6–Relações socioprofissionais em relação as variáveis sociodemográficas. Santa Maria. 2021.

| Variáveis sociodemográficas | | EACT_ RELAÇÕES SOCIOPROFISSIONAIS | | | | | | P* |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|------|---------|------|-------|-----|-------|
| | | Satisfatório | | Crítico | | Grave | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Sexo | Feminino | 17 | 51,5 | 13 | 39,4 | 3 | 9,1 | 0,165 |
| | Masculino | 39 | 54,9 | 31 | 43,7 | 1 | 1,4 | |
| Estado civil | Com Companheiro(a) | 43 | 53,1 | 34 | 42 | 4 | 4,9 | 0,553 |
| | Sem Companheiro(a) | 13 | 56,5 | 10 | 43,5 | 0 | 0 | |
| Nível de escolaridade | Ensino Fundamental | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,465 |
| | Ensino Médio | 23 | 54,8 | 19 | 45,2 | 0 | 0 | |
| | Graduação | 12 | 60 | 7 | 35 | 1 | 5 | |
| | Pós Graduação | 19 | 47,5 | 18 | 45 | 3 | 7,5 | |

Fonte: Autores (2021).

Legenda: *Qui-quadrado de Pearson

Ao ser realizado a associação entre a classificação de risco de adoecimento neste fator com as variáveis sociodemográficas, não se identificou diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p > 0,05$).

A Tabela 7 apresenta a distribuição dos trabalhadores do SAMU quanto ao risco de adoecimento pelas Relações socioprofissionais, segundo as variáveis laborais.

Tabela 7 – Relações socioprofissionais em relação as variáveis laborais. Santa Maria. 2021.

| Variáveis Laborais | | EACT_ RELAÇÕES SOCIOPROFISSIONAIS | | | | | | P* |
|--|-----------------------|-----------------------------------|------|---------|------|-------|------|------------------|
| | | Satisfatório | | Crítico | | Grave | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Função | Enfermeiro | 10 | 52,6 | 6 | 31,6 | 3 | 15,8 | 0,013 |
| | Médico | 12 | 66,7 | 6 | 33,3 | 0 | 0 | |
| | Técnico de enfermagem | 13 | 37,1 | 21 | 60 | 1 | 2,9 | |
| | Condutor | 21 | 65,6 | 11 | 34,4 | 0 | 0 | |
| Vínculo empregatício | Concurso | 20 | 43,5 | 25 | 54,3 | 1 | 2,2 | 0,044 |
| | Efetivo | 18 | 52,9 | 13 | 38,2 | 3 | 8,8 | |
| | Temporário | 18 | 75 | 6 | 25 | 0 | 0 | |
| Possui outro emprego | Não | 21 | 58,3 | 14 | 38,9 | 1 | 2,8 | 0,771 |
| | Sim | 35 | 51,5 | 30 | 44,1 | 3 | 4,4 | |
| Turno de trabalho majoritariamente | Diurno | 14 | 50 | 13 | 46,4 | 1 | 3,6 | 0,470 |
| | Noturno | 9 | 50 | 7 | 38,9 | 2 | 11,1 | |
| | Misto | 33 | 56,3 | 24 | 41,4 | 4 | 1,7 | |
| Você já teve algum acidente/doença relacionada ao trabalho? | Não | 45 | 65,2 | 24 | 34,8 | 0 | 0 | <0,001 |
| | Sim | 11 | 31,4 | 20 | 57,1 | 4 | 11,4 | |

Fonte: Autores (2021).

Legenda: *Qui-quadrado de Pearson

A partir dos dados apresentados na Tabela 7, três variáveis laborais apresentaram diferença estatística ($p < 0,05$) neste fator, são eles: função ($p = 0,013$), vínculo empregatício ($p = 0,044$) e já ter algum acidente/doença relacionada ao trabalho ($p < 0,001$).

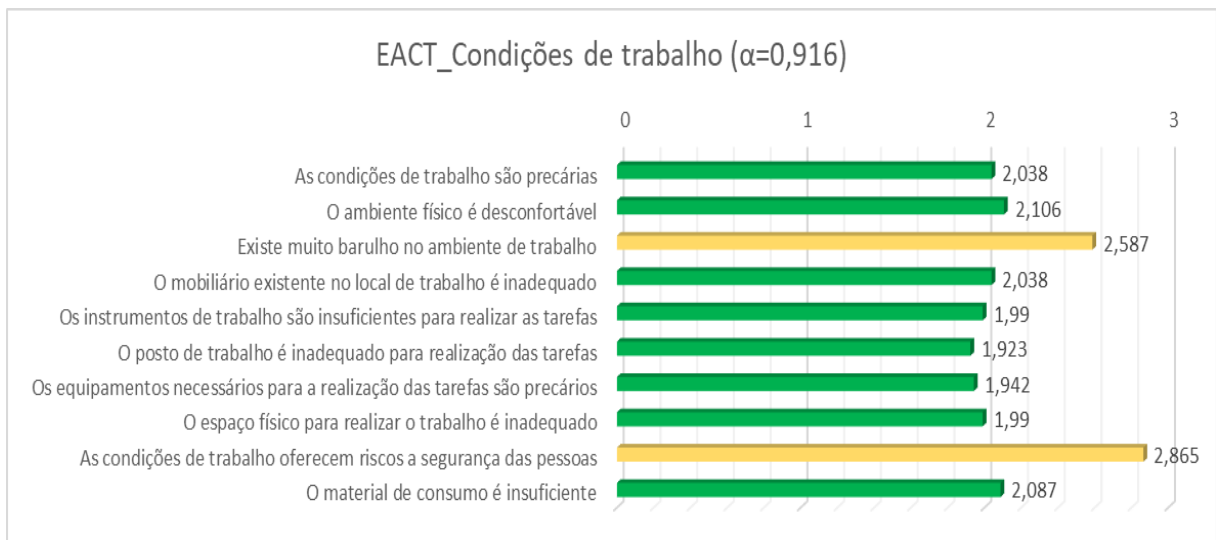
Para a função exercida na instituição, verifica-se que enfermeiros, médicos e condutores possuem um maior percentual de profissionais com uma classificação de risco satisfatória. Enquanto os Técnicos de enfermagem possuem um maior percentual de profissionais com uma classificação de risco crítica sobre as relações do trabalho no SAMU.

Quanto ao vínculo empregatício, identifica-se que o maior percentual de trabalhadores concursados tem uma avaliação crítica (54,3%, $n = 25$), potencializadora de sofrimento no trabalho. Por outro lado, aqueles que tem contrato efetivo (52,9%, $n = 18$) ou temporário (75%, $n = 18$), em sua maioria possuem uma avaliação satisfatória acerca das relações socioprofissionais no ambiente de trabalho.

No que se refere a já ter algum acidente/doença relacionada ao trabalho, daqueles que não sofreram nenhum acidente/doença a maioria (65,2%, $n = 45$) tem uma avaliação satisfatória acerca das relações socioprofissionais. Enquanto aqueles que sofreram algum acidente/doença, tem em sua maioria uma avaliação crítica (57,1%, $n = 20$).

O Gráfico 4 apresenta as médias dos itens que compõe o fator **Condições de trabalho**, seus respectivos itens e a classificação de risco baseada nos autores do instrumento.

Gráfico 4 – Análise descritiva dos itens do fator condições de trabalho. Santa Maria. 2021.



Fonte: Autores (2021).

Legenda: (>3,7= Grave; 2,3 a 3,69 = Crítico; <2,29 = Satisfatório)

A partir da análise do Gráfico 4, pode-se perceber que os itens ‘Existe muito barulho no ambiente de trabalho’ e ‘As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas’ obtiveram classificação de risco crítico. Os demais itens obtiveram classificação satisfatória.

A Tabela 8 relaciona a avaliação do risco de adoecimento pelas condições de trabalho, segundo as variáveis sociodemográficas.

Tabela 8 – Condições de trabalho em relação as variáveis sociodemográficas. Santa Maria. 2021.

| Variáveis sociodemográficas | | EACT_COND_TRA | | | | | | P* |
|------------------------------|-----------------------|---------------|------|---------|------|-------|-----|-------|
| | | Satisfatório | | Crítico | | Grave | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Sexo | Feminino | 13 | 39,4 | 20 | 60,4 | 0 | 0 | 0,029 |
| | Masculino | 45 | 63,4 | 24 | 33,8 | 2 | 2,8 | |
| Estado civil | Com Companheiro(a) | 42 | 51,9 | 37 | 45,7 | 2 | 2,5 | 0,278 |
| | Sem Companheiro(a) | 16 | 69,6 | 7 | 30,4 | 0 | 0 | |
| Nível de escolaridade | Ensino Fundamental | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,158 |
| | Ensino Médio | 29 | 69 | 12 | 28,6 | 1 | 2,4 | |
| | Graduação | 11 | 55 | 9 | 45 | 0 | 0 | |
| | Pós Graduação | 16 | 40 | 23 | 57,5 | 1 | 2,5 | |

Fonte: Autores (2021).

Legenda: *Qui-quadrado de Pearson

Ao ser realizado a associação entre a classificação de risco de adoecimento, neste fator, com as variáveis sociodemográficas, não se identificou diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,05$).

A Tabela 9 apresenta a distribuição dos trabalhadores do SAMU quanto ao risco de adoecimento pelas Condições de trabalho, segundo as variáveis laborais.

Tabela 9– Condições de trabalho em relação as variáveis laborais. Santa Maria. 2021.

| Variáveis Laborais | | EACT_ COND_TRA | | | | | | P* |
|--|-----------------------|----------------|------|---------|------|-------|-----|--------------|
| | | Satisfatório | | Crítico | | Grave | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Função | Enfermeiro | 9 | 47,4 | 10 | 52,6 | 0 | 0 | 0,023 |
| | Médico | 9 | 50 | 9 | 50 | 0 | 0 | |
| | Técnico de enfermagem | 14 | 40 | 20 | 57,1 | 1 | 2,9 | |
| | Condutor | 26 | 81,3 | 5 | 15,6 | 1 | 3,1 | |
| Vínculo empregatício | Concurso | 16 | 34,8 | 28 | 60,9 | 2 | 4,3 | 0,002 |
| | Efetivo | 23 | 67,7 | 11 | 32,4 | 0 | 0 | |
| | Temporário | 19 | 79,2 | 5 | 20,8 | 0 | 0 | |
| Possui outro emprego | Não | 22 | 61,1 | 13 | 36,1 | 1 | 2,8 | 0,609 |
| | Sim | 36 | 52,9 | 31 | 45,6 | 1 | 1,5 | |
| Turno de trabalho majoritariamente | Diurno | 13 | 46,4 | 14 | 50 | 1 | 3,6 | 0,675 |
| | Noturno | 12 | 66,7 | 6 | 33,3 | 0 | 0 | |
| | Misto | 33 | 56,9 | 24 | 41,4 | 1 | 1,7 | |
| Você já teve algum acidente/doença relacionada ao trabalho? | Não | 42 | 60,9 | 25 | 36,2 | 2 | 2,9 | 0,153 |
| | Sim | 16 | 45,7 | 19 | 54,3 | 0 | 0 | |

Fonte: Autores (2021).

Legenda: *Qui-quadrado de Pearson

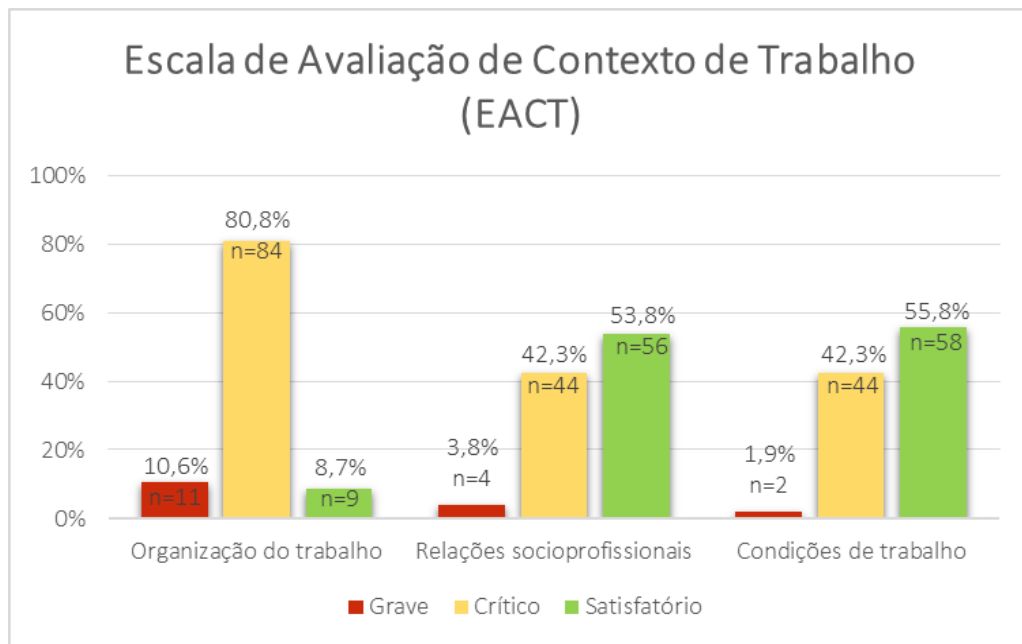
A partir dos dados apresentados na Tabela 9, duas variáveis laborais apresentaram diferença estatística ($p < 0,05$) são elas: função ($p = 0,023$) e vínculo empregatício ($p = 0,002$).

Para a função exercida na instituição, percebe-se que Enfermeiros (52,6%, $n = 10$) e Técnicos de enfermagem (57,1%, $n = 20$) possuem uma classificação de risco em sua maioria crítica em relação as condições de trabalho no SAMU. Já, a maioria dos Condutores apresentam uma classificação de risco satisfatória (81,3%, $n = 26$), mais positiva.

Quanto ao Vínculo empregatício, verifica-se que os trabalhadores Concursados tem, em sua maioria, uma avaliação crítica (60,9%, $n = 28$), potencializadora de sofrimento no trabalho. Por outro lado, aqueles que tem Contrato efetivo ou temporário, possuem majoritariamente uma avaliação satisfatória acerca das condições de trabalho no SAMU. As demais variáveis não apresentaram diferença estatística ($p > 0,05$).

O Gráfico 5 apresenta a avaliação dos trabalhadores em cada fator da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT) e suas respectivas porcentagens.

Gráfico 5 – Análise descritiva da Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT). Santa Maria. 2021.



Fonte: Autores (2021).

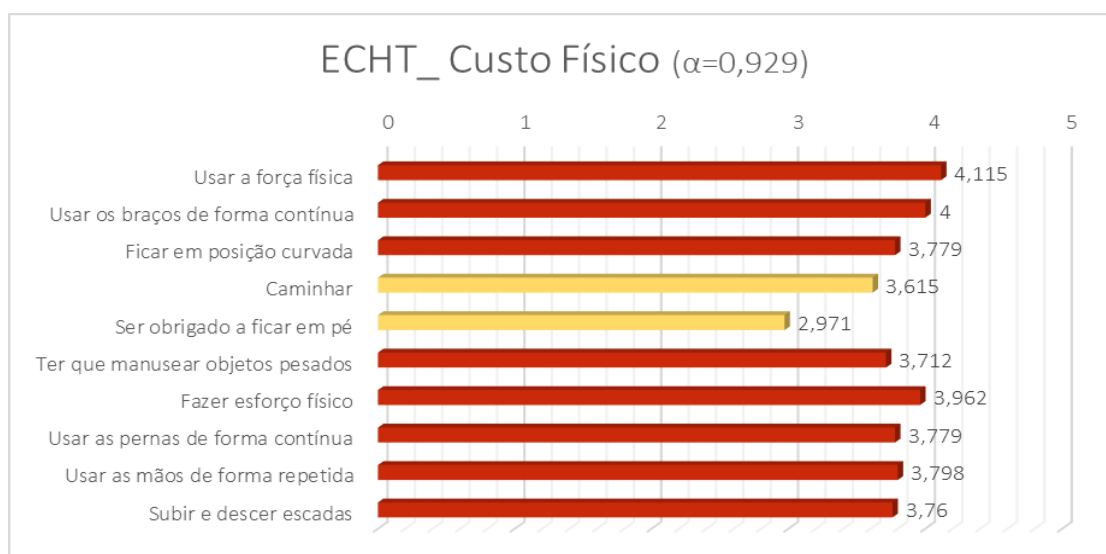
Na distribuição geral da Organização do trabalho no SAMU, 80,8% (n=84) dos trabalhadores pesquisados realizou uma avaliação crítica. Já, sobre as relações socioprofissionais, 53,4% (n=56) dos trabalhadores pesquisados realizaram uma avaliação satisfatória do fator. De forma semelhante, as condições de trabalho, que também foi avaliado de forma satisfatória (55,8% n=58).

5.2.2 Escala de custo humano do trabalho

A Escala de Custo Humano no Trabalho compreende os fatores de Custo cognitivo, custo físico e custo afetivo. Nessa escala, todos os fatores apresentaram Alfa de Cronbach $>0,7$.

O Gráfico 6 apresenta a médias dos itens que compõe o fator **Custo Físico**, seus respectivos itens e a classificação de risco baseada nos autores do instrumento.

Gráfico 6 – Análise descritiva dos itens do fator Custo físico. Santa Maria. 2021.



Fonte: Autores (2021).

Legenda: (>3,7= Grave; 2,3 a 3,69 = Crítico; <2,29 = Satisfatório)

Os resultados apontam que oito dos dez itens apresentaram avaliação de risco grave para o desenvolvimento de doenças ocupacionais, relacionadas com o custo físico do trabalho em SAMU. Apenas as variáveis ‘Caminhar’ e ‘Ser obrigado a ficar em pé’ obtiveram classificação crítica.

A Tabela 10 apresenta a relação entre as variáveis sociodemográficas e a avaliação quanto ao risco de adoecimento produzido pelo custo físico no trabalho.

Tabela 10- Custo físico no trabalho em relação as variáveis sociodemográficas. Santa Maria. 2021.

| Variáveis sociodemográficas | EACHT_ CUS_FIS | | | | | | P* | |
|------------------------------|-----------------------|---|---------|----|-------|----|------|-------|
| | Satisfatório | | Crítico | | Grave | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Sexo | Feminino | 1 | 3 | 15 | 45,5 | 17 | 51,5 | 0,982 |
| | Masculino | 2 | 2,8 | 31 | 43,7 | 38 | 53,5 | |
| Estado civil | Com Companheiro(a) | 2 | 2,5 | 38 | 46,9 | 41 | 50,6 | 0,557 |
| | Sem Companheiro(a) | 1 | 4,3 | 8 | 34,8 | 14 | 60,9 | |
| Nível de escolaridade | Ensino Fundamental | 0 | 0 | 1 | 50 | 1 | 50 | 0,208 |
| | Ensino Médio | 0 | 0 | 15 | 35,7 | 27 | 64,3 | |
| | Graduação | 2 | 10 | 11 | 55 | 7 | 35 | |
| | Pós Graduação | 1 | 2,5 | 19 | 47,5 | 20 | 50 | |

Fonte: Autores (2021).

Legenda: *Qui-quadrado de Pearson

Ao realizar-se a associação entre a classificação de risco de adoecimento neste fator com as variáveis sociodemográficas, não se identificou diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p > 0,05$).

A Tabela 11 apresenta a distribuição dos trabalhadores do SAMU quanto ao risco de adoecimento pelo custo físico, segundo as variáveis laborais.

Tabela 11- Custo físico no trabalho em relação as variáveis laborais. Santa Maria. 2021.

| Variáveis Laborais | EACT_CUS_FIS | | | | | | P* | |
|--|-----------------------|---|---------|----|-------|----|------|--------------|
| | Satisfatório | | Crítico | | Grave | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Função | Enfermeiro | 0 | 0 | 9 | 47,4 | 10 | 52,6 | 0,043 |
| | Médico | 1 | 5,6 | 14 | 77,8 | 3 | 16,7 | |
| | Técnico de enfermagem | 1 | 2,9 | 13 | 37,1 | 21 | 60 | |
| | Condutor | 1 | 3,1 | 10 | 31,3 | 21 | 65,6 | |
| Vínculo empregatício | Concurso | 2 | 4,3 | 17 | 37 | 27 | 58,7 | 0,555 |
| | Efetivo | 0 | 0 | 17 | 50 | 17 | 50 | |
| | Temporário | 1 | 4,2 | 12 | 50 | 11 | 45,8 | |
| Possui outro emprego | Não | 1 | 2,8 | 14 | 38,9 | 21 | 58,3 | 0,717 |
| | Sim | 2 | 2,9 | 32 | 47,1 | 34 | 50 | |
| Turno de trabalho majoritariamente | Diurno | 0 | 0 | 11 | 39,3 | 17 | 60,7 | 0,527 |
| | Noturno | 0 | 0 | 8 | 44,4 | 10 | 55,6 | |
| | Misto | 3 | 5,2 | 27 | 46,6 | 28 | 48,3 | |
| Você já teve algum acidente/doença relacionada ao trabalho? | Não | 3 | 4,3 | 35 | 50,7 | 31 | 44,9 | 0,052 |
| | Sim | 0 | 0 | 11 | 31,4 | 24 | 68,6 | |

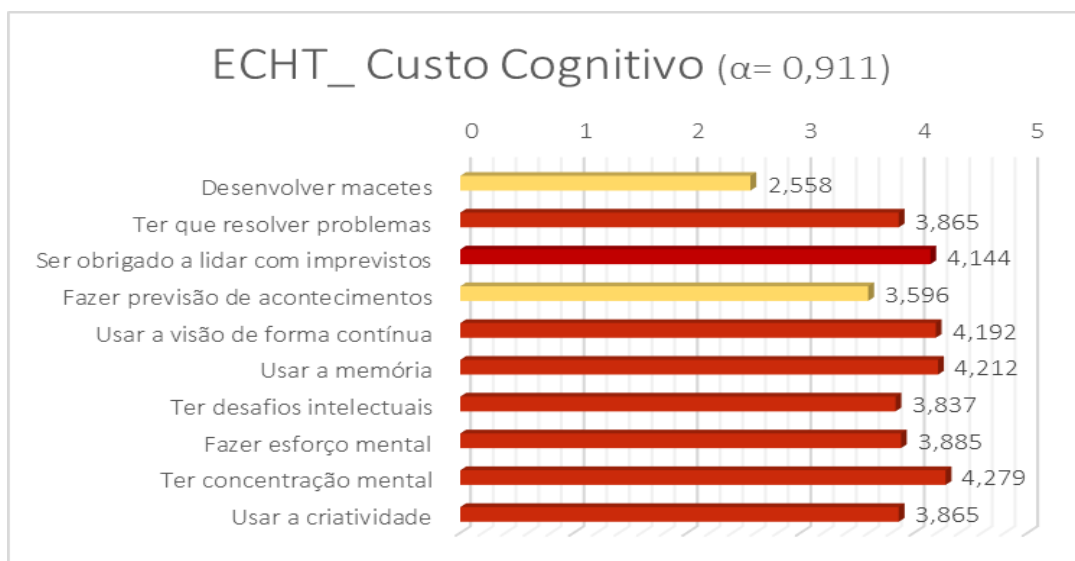
Fonte: Autores (2021).

Legenda: *Qui-quadrado de Pearson

A partir dos dados apresentados na Tabela 11, apenas a variável de função desempenhada no serviço apresentou diferença estatística ($p < 0,05$). A maioria dos Enfermeiros (52,6%), Técnicos de enfermagem (60%) e Condutores (65,6%) tiveram uma percepção grave acerca do custo físico no trabalho. Já a maioria dos Médicos (77,8%) tiveram uma avaliação crítica sobre o fator. As demais variáveis não apresentaram diferença estatística ($p > 0,05$).

O Gráfico 7 apresenta a médias dos itens que compõe o fator **Custo Cognitivo**, seus respectivos itens e a classificação de risco baseada nos autores do instrumento.

Gráfico 7 – Análise descritiva dos itens do fator Custo cognitivo. Santa Maria. 2021.



Fonte: Autores (2021).

Legenda: (>3,7= Grave; 2,3 a 3,69 = Crítico; <2,29 = Satisfatório)

Os resultados evidenciam que, oito dos dez itens apresentaram avaliação de risco grave para o desenvolvimento de doenças ocupacionais relacionadas com o custo físico do trabalho em SAMU. Apenas as variáveis ‘Desenvolver macetes’ e ‘Fazer previsão de acontecimentos’ obtiveram classificação crítica.

A Tabela 12 relaciona os trabalhadores de SAMU quanto ao risco de adoecimento pelo custo cognitivo, segundo as variáveis sociodemográficas.

Tabela 12 – Custo cognitivo no trabalho em relação as variáveis sociodemográficas. Santa Maria. 2021.

| Variáveis sociodemográficas | | EACHT_ CUS_COG | | | | | | P* |
|------------------------------|-----------------------|----------------|-----|---------|------|-------|------|--------------|
| | | Satisfatório | | Crítico | | Grave | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Sexo | Feminino | 1 | 3 | 13 | 39,4 | 19 | 57,6 | 0,427 |
| | Masculino | 3 | 4,2 | 19 | 26,8 | 49 | 69 | |
| Estado civil | Com Companheiro(a) | 3 | 3,7 | 23 | 28,4 | 55 | 67,9 | 0,593 |
| | Sem Companheiro(a) | 1 | 4,3 | 9 | 39,1 | 13 | 56,5 | |
| Nível de escolaridade | Ensino Fundamental | 1 | 50 | 0 | 0 | 1 | 50 | 0,034 |
| | Ensino Médio | 1 | 2,4 | 15 | 35,7 | 26 | 61,9 | |
| | Graduação | 1 | 5 | 7 | 35 | 12 | 60 | |
| | Pós Graduação | 1 | 2,5 | 10 | 25 | 29 | 72,5 | |

Fonte: Autores (2021).

Legenda: *Qui-quadrado de Pearson

Ao ser realizada a associação entre a classificação de risco de adoecimento neste fator com as variáveis sociodemográficas, apenas a variável de nível de escolaridade apresentou diferença estatística ($p < 0,05$) em relação ao custo cognitivo exigido no trabalho. As demais variáveis não obtiveram diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p > 0,05$).

A Tabela 13 apresenta a distribuição dos trabalhadores do SAMU quanto a avaliação do risco de adoecimento pelo custo cognitivo, segundo as variáveis laborais.

Tabela 13 – Custo cognitivo no trabalho em relação as variáveis laborais. Santa Maria. 2021.

| Variáveis Laborais | | EACHT_CUS_COG | | | | | | P* |
|--|-----------------------|---------------|-----|---------|------|-------|------|-------|
| | | Satisfatório | | Crítico | | Grave | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Função | Enfermeiro | 0 | 0 | 6 | 31,6 | 13 | 68,4 | 0,228 |
| | Médico | 0 | 0 | 4 | 22,2 | 14 | 77,8 | |
| | Técnico de enfermagem | 1 | 2,9 | 15 | 42,9 | 19 | 54,3 | |
| | Condutor | 3 | 9,4 | 7 | 21,9 | 22 | 68,8 | |
| Vínculo empregatício | Concurso | 2 | 4,3 | 11 | 23,9 | 33 | 71,7 | 0,282 |
| | Efetivo | 0 | 0 | 14 | 41,2 | 20 | 58,8 | |
| | Temporário | 2 | 8,3 | 7 | 29,2 | 15 | 62,5 | |
| Possui outro emprego | Não | 2 | 5,6 | 13 | 36,1 | 21 | 58,3 | 0,510 |
| | Sim | 2 | 2,9 | 19 | 27,9 | 47 | 69,1 | |
| Turno de trabalho majoritariamente | Diurno | 0 | 0 | 8 | 28,6 | 20 | 71,4 | 0,753 |
| | Noturno | 1 | 5,6 | 5 | 27,8 | 12 | 66,7 | |
| | Misto | 3 | 5,2 | 19 | 32,8 | 36 | 62,1 | |
| Você já teve algum acidente/doença relacionada ao trabalho? | Não | 4 | 5,8 | 24 | 34,8 | 41 | 59,4 | 0,121 |
| | Sim | 0 | 0 | 8 | 22,9 | 27 | 77,1 | |

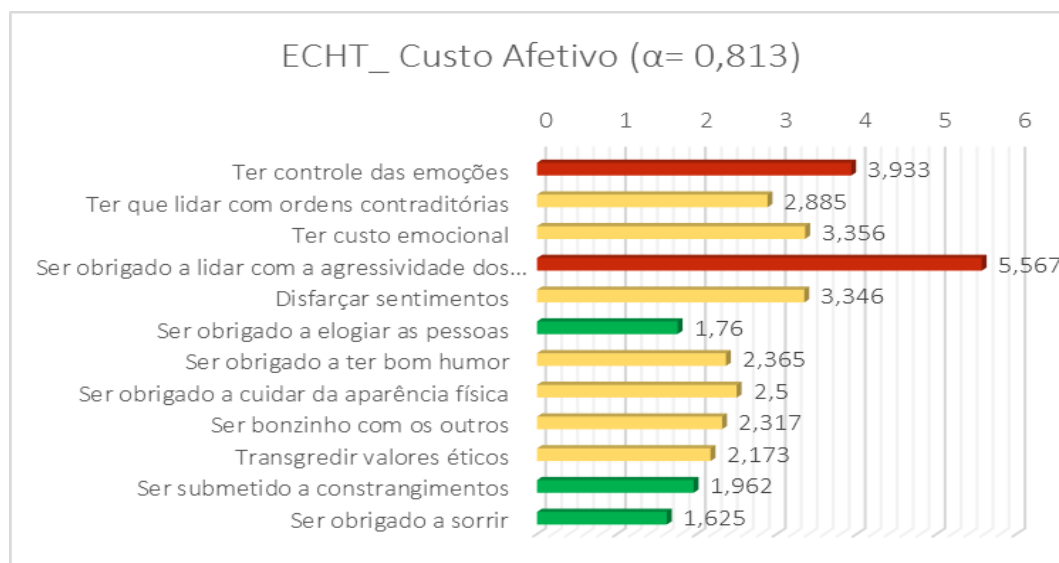
Fonte: Autores (2021).

Legenda: *Qui-quadrado de Pearson

A partir dos dados apresentados na Tabela 13, verifica-se que as variáveis não apresentaram diferença estatística ($p > 0,05$).

O Gráfico 8 apresenta a médias dos itens que compõe o fator **Custo Afetivo**, seus respectivos itens e a classificação de risco baseada nos autores do instrumento.

Gráfico 8 – Análise descritiva dos itens do fator custo afetivo. Santa Maria. 2021.



Fonte: Autores (2021).

Legenda: (>3,7= Grave; 2,3 a 3,69 = Crítico; <2,29 = Satisfatório)

A partir da análise do Gráfico 8, pode-se perceber que dois itens apresentaram classificação grave quanto o custo afetivo no trabalho, são eles: ‘Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros’ e ‘Ter controle das emoções’. Seis itens apresentaram avaliação crítica, enquanto quatro deles apresentaram avaliação de risco satisfatória.

A Tabela 14 relaciona os trabalhadores de SAMU quanto ao risco de adoecimento pelo custo afetivo, segundo as variáveis sociodemográficas.

Tabela 14 – Custo afetivo no trabalho em relação as variáveis sociodemográficas. Santa Maria. 2021.

| Variáveis sociodemográficas | | EACHT_ CUS_AFE | | | | | | P* |
|------------------------------|-----------------------|----------------|------|---------|------|-------|-----|-------|
| | | Satisfatório | | Crítico | | Grave | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Sexo | Feminino | 12 | 36,4 | 19 | 57,6 | 2 | 6,1 | 0,701 |
| | Masculino | 20 | 28,2 | 46 | 64,8 | 5 | 7 | |
| Estado civil | Com Companheiro(a) | 24 | 29,6 | 52 | 64,2 | 5 | 6,2 | 0,782 |
| | Sem Companheiro(a) | 8 | 34,8 | 13 | 56,5 | 2 | 8,7 | |
| Nível de escolaridade | Ensino Fundamental | 1 | 50 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0,967 |
| | Ensino Médio | 11 | 26,2 | 28 | 66,7 | 3 | 7,1 | |
| | Graduação | 6 | 30 | 13 | 65 | 1 | 5 | |
| | Pós Graduação | 14 | 35 | 23 | 57,5 | 3 | 7,5 | |

Fonte: Autores (2021).

Legenda: *Qui-quadrado de Pearson

Ao realizar-se associação entre a classificação de risco de adoecimento neste fator com as variáveis sociodemográficas, não se identificou diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p > 0,05$).

A Tabela 15 apresenta a distribuição dos trabalhadores do SAMU quanto ao risco de adoecimento pelo custo afetivo, segundo as variáveis laborais.

Tabela 15 – Custo afetivo no trabalho em relação as variáveis laborais. Santa Maria. 2021.

| Variáveis Laborais | | EACHT_CUS_AFE | | | | | | P* |
|--|-----------------------|---------------|------|---------|------|-------|------|--------------|
| | | Satisfatório | | Crítico | | Grave | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Função | Enfermeiro | 6 | 31,6 | 11 | 57,9 | 2 | 10,5 | 0,682 |
| | Médico | 7 | 3,9 | 11 | 61,1 | 0 | 0 | |
| | Técnico de enfermagem | 8 | 22,9 | 25 | 71,4 | 2 | 5,7 | |
| | Condutor | 11 | 34,4 | 18 | 56,3 | 3 | 9,4 | |
| Vínculo empregatício | Concurso | 15 | 32,6 | 28 | 60,9 | 3 | 6,5 | 0,992 |
| | Efetivo | 10 | 29,4 | 22 | 64,7 | 2 | 5,9 | |
| | Temporário | 7 | 29,2 | 15 | 62,5 | 2 | 8,3 | |
| Possui outro emprego | Não | 16 | 44,4 | 16 | 44,4 | 4 | 11,1 | 0,020 |
| | Sim | 16 | 23,5 | 49 | 72,1 | 3 | 4,4 | |
| Turno de trabalho majoritariamente | Diurno | 4 | 14,3 | 21 | 75 | 3 | 10,7 | 0,179 |
| | Noturno | 7 | 38,9 | 11 | 61,1 | 0 | 0 | |
| | Misto | 21 | 36,2 | 33 | 56,9 | 4 | 6,9 | |
| Você já teve algum acidente/doença relacionada ao trabalho? | Não | 22 | 31,9 | 42 | 60,9 | 5 | 7,2 | 0,882 |
| | Sim | 10 | 28,6 | 23 | 65,7 | 2 | 5,7 | |

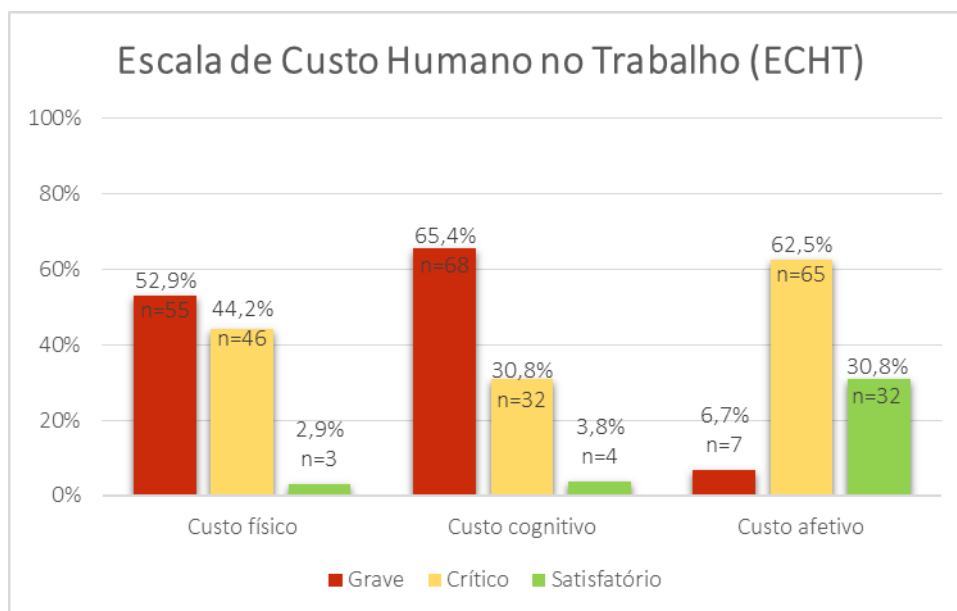
Fonte: Autores (2021).

Legenda: *Qui-quadrado de Pearson

A partir dos dados apresentados na Tabela 15, somente a variável de ‘possui outro emprego’ apresentou diferença estatística ($p < 0,05$). As demais variáveis não obtiveram diferença estatística ($p > 0,05$).

O Gráfico 9 apresenta a distribuição geral da avaliação descritiva por fator da Escala de Custo Humano no Trabalho (EACHT) e suas respectivas porcentagens.

Gráfico 9 – Análise descritiva da Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT). Santa Maria, 2021.



Fonte: Autores (2021).

Na distribuição geral dos fatores, 52,9% (n=55) dos trabalhadores pesquisados tem uma avaliação de risco grave em relação ao custo físico no trabalho no SAMU, semelhante ao custo cognitivo, que também possui uma avaliação de risco grave (65,4%, n=68). Já, em relação ao custo afetivo, os trabalhadores pesquisados tem uma classificação de risco crítica 62,5% (n=65) em relação ao custo afetivo no trabalho no SAMU.

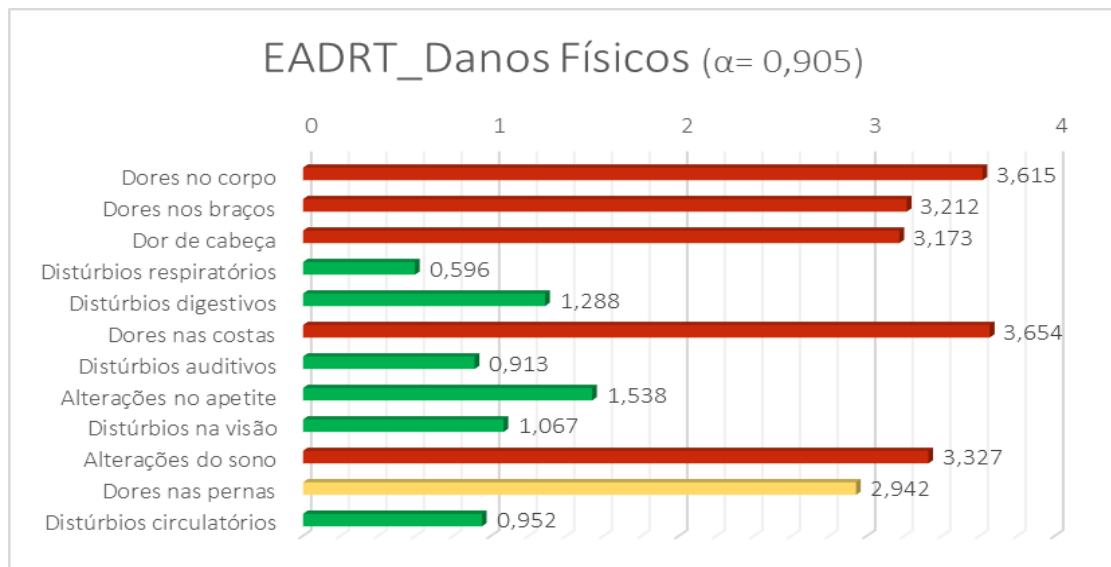
5.2.3 Escala de danos relacionados ao trabalho

A Escala de Danos Relacionados ao Trabalho é composta pelos fatores de danos físicos, danos psicológicos e danos sociais. Nessa escala, todos os fatores apresentaram Alfa de Cronbach >0,7.

Os itens do fator **Danos físicos**, a estatística descritiva, a classificação de risco e o Alfa de Cronbach do fator estão expressos no Gráfico 10.

O Gráfico 10 apresenta a médias dos itens que compõe o fator **Danos Físicos**, seus respectivos itens e a classificação de risco baseada nos autores do instrumento.

Gráfico 10 – Análise descritiva dos itens do fator Danos físicos. Santa Maria. 2021.



Fonte: Autores (2021).

Legenda: (>4,1= Doenças Ocupacionais; 3,1 a 4= Grave; 2 a 3 = Crítico; <1,9 = Suportável)

A partir da análise do Gráfico 10, pode-se perceber que cinco itens apresentaram classificação grave quanto os danos físicos no trabalho. O item ‘Dores nas pernas’ apresentou avaliação crítica, enquanto seis deles apresentaram classificação de risco satisfatória.

A Tabela 16 relaciona os trabalhadores de SAMU quanto ao adoecimento pelos danos físicos, segundo as variáveis sociodemográficas.

Tabela 16 – Danos físicos em relação as variáveis sociodemográficas. Santa Maria. 2021.

| Variáveis sociodemográficas | EADRT_DAN_FIS | | | | | | | | P* | |
|------------------------------|-----------------------|----|---------|----|-------|----|----------------------|---|-----|-------|
| | Suportável | | Crítico | | Grave | | Doenças ocupacionais | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Sexo | Feminino | 13 | 39,4 | 12 | 36,4 | 5 | 15,2 | 3 | 9,1 | 0,880 |
| | Masculino | 32 | 45,1 | 26 | 36,6 | 9 | 12,7 | 4 | 5,6 | |
| Estado civil | Com Companheiro(a) | 31 | 38,3 | 31 | 38,3 | 12 | 14,8 | 7 | 8,6 | 0,179 |
| | Sem Companheiro(a) | 14 | 60,9 | 7 | 30,4 | 2 | 8,7 | 0 | 0 | |
| Nível de escolaridade | Ensino Fundamental | 1 | 50 | 1 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,101 |
| | Ensino Médio | 14 | 33,3 | 21 | 50 | 4 | 9,5 | 3 | 7,1 | |
| | Graduação | 12 | 60 | 1 | 5 | 4 | 20 | 3 | 15 | |
| | Pós Graduação | 18 | 45 | 15 | 37,5 | 6 | 15 | 1 | 2,5 | |

Fonte: Autores (2021).

Legenda: *Qui-quadrado de Pearson

Verifica-se que, ambos os sexos tem uma avaliação suportável quanto aos danos físicos no trabalho em SAMU, bem como em relação ao estado civil. Quanto ao nível de escolaridade, a variável apresenta avaliação suportável, exceto para aqueles que possuem apenas o ensino médio, que possuem majoritariamente uma avaliação crítica (50%, n=4). Ao ser realizada a associação entre a classificação de risco de adoecimento neste fator com as variáveis sociodemográficas, não se identificou diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p > 0,05$).

A Tabela 17 apresenta a distribuição dos trabalhadores do SAMU quanto ao risco de adoecimento pelos danos físicos, segundo as variáveis laborais.

Tabela 17 – Danos físicos em relação as variáveis laborais. Santa Maria. 2021.

| Variáveis Laborais | | EADRT_ DAN_FIS | | | | | | | | P* |
|--|-----------------------|----------------|------|---------|------|-------|------|----------------------|------|-------|
| | | Satisfatório | | Crítico | | Grave | | Doenças Ocupacionais | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Função | Enfermeiro | 11 | 57,9 | 5 | 26,3 | 2 | 10,5 | 1 | 5,3 | 0,188 |
| | Médico | 10 | 55,6 | 5 | 27,8 | 3 | 16,7 | 0 | 0 | |
| | Técnico de enfermagem | 9 | 25,7 | 15 | 42,9 | 8 | 22,9 | 3 | 8,6 | |
| | Condutor | 15 | 46,9 | 13 | 40,6 | 1 | 3,1 | 3 | 9,4 | |
| Vínculo empregatício | Concurso | 16 | 34,8 | 16 | 34,8 | 9 | 19,6 | 5 | 10,9 | 0,192 |
| | Efetivo | 17 | 50 | 15 | 44,1 | 1 | 2,9 | 1 | 2,9 | |
| | Temporário | 12 | 50 | 7 | 29,2 | 4 | 16,7 | 1 | 4,2 | |
| Possui outro emprego | Não | 15 | 41,7 | 12 | 33,3 | 6 | 16,7 | 3 | 8,3 | 0,845 |
| | Sim | 30 | 44,1 | 26 | 38,2 | 8 | 11,8 | 4 | 5,9 | |
| Turno de trabalho majoritariamente | Diurno | 7 | 25 | 14 | 50 | 5 | 17,9 | 2 | 7,1 | 0,329 |
| | Noturno | 11 | 61,1 | 5 | 27,8 | 1 | 5,6 | 1 | 5,6 | |
| | Misto | 27 | 46,6 | 19 | 32,8 | 8 | 13,8 | 4 | 6,9 | |
| Você já teve algum acidente/doença relacionada ao trabalho? | Não | 33 | 47,8 | 27 | 39,1 | 5 | 7,2 | 4 | 5,8 | 0,057 |
| | Sim | 12 | 34,3 | 11 | 31,4 | 9 | 25,7 | 3 | 8,6 | |

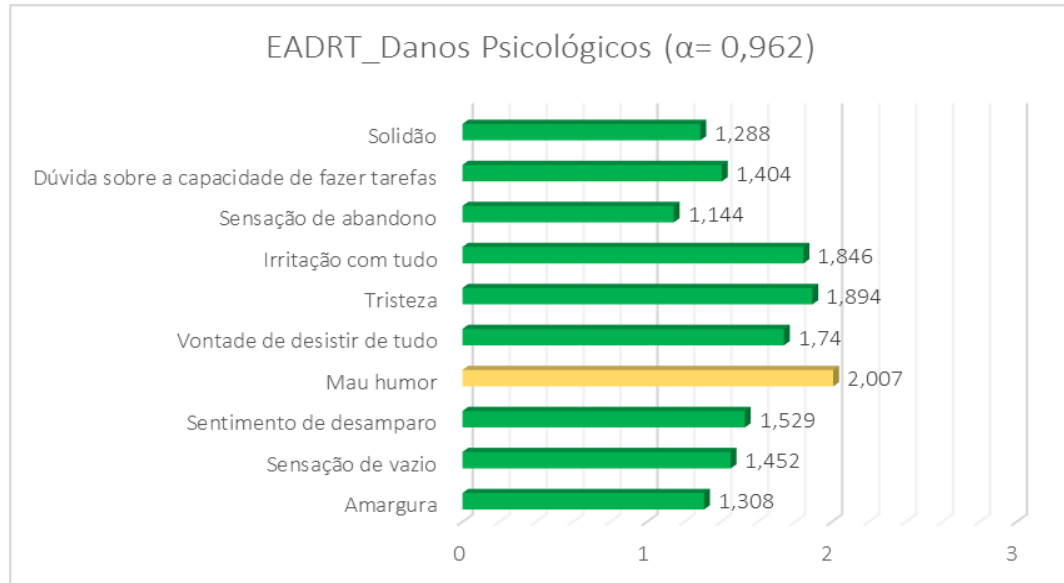
Fonte: Autores (2021).

Legenda: *Qui-quadrado de Pearson

A partir dos dados apresentados, as variáveis não apresentaram diferença estatística ($p > 0,05$).

O Gráfico 11 apresenta a médias dos itens que compõe o fator **Danos Psicológicos**, seus respectivos itens e a classificação de risco baseada nos autores do instrumento.

Gráfico 11 – Análise descritiva dos itens do fator danos psicológicos. Santa Maria. 2021.



Fonte: Autores (2021).

Legenda: (>4,1= Doenças Ocupacionais; 3,1 a 4= Grave; 2 a 3 = Crítico; <1,9 = Suportável)

A partir do Gráfico 11 pode-se verificar que apenas o item ‘Mau humor’ apresentou avaliação crítica ($m=2,007$) quanto aos riscos de adoecimento pelos danos psicológicos no trabalho. Os demais itens apresentaram avaliação Satisfatória.

A Tabela 18 relaciona os trabalhadores de SAMU quanto ao risco de adoecimento pelos danos psicológicos, segundo as variáveis sociodemográficas.

Tabela 18 – Danos psicológicos em relação as variáveis sociodemográficas. Santa Maria. 2021.

| Variáveis sociodemográficas | | EADRT_DAN_PSI | | | | | | | | P* |
|------------------------------|-----------------------|---------------|------|---------|------|-------|-----|----------------------|------|-------|
| | | Suportável | | Crítico | | Grave | | Doenças ocupacionais | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Sexo | Feminino | 21 | 63,6 | 4 | 12,1 | 2 | 6,1 | 6 | 18,2 | 0,627 |
| | Masculino | 50 | 70,4 | 1 | 15,5 | 2 | 2,8 | 8 | 11,3 | |
| Estado civil | Com Companheiro(a) | 54 | 66,7 | 12 | 14,8 | 3 | 3,7 | 12 | 14,8 | 0,875 |
| | Sem Companheiro(a) | 17 | 73,9 | 3 | 13 | 1 | 4,3 | 2 | 8,7 | |
| Nível de escolaridade | Ensino Fundamental | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,234 |
| | Ensino Médio | 26 | 61,9 | 11 | 26,2 | 1 | 2,4 | 4 | 9,5 | |
| | Graduação | 13 | 65 | 1 | 5 | 2 | 10 | 4 | 20 | |
| | Pós Graduação | 30 | 75 | 3 | 7,5 | 1 | 2,5 | 6 | 15 | |

Fonte: Autores (2021).

Legenda:*Qui-quadrado de Pearson

Ao ser realizada a associação entre a classificação de risco de adoecimento neste fator com as variáveis sociodemográficas, não se identificou diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p > 0,05$). Todas variáveis apresentaram avaliação suportável em relação aos danos psicológicos relacionados ao trabalho.

A Tabela 19 apresenta a distribuição dos trabalhadores do SAMU quanto ao risco de adoecimento pelos danos psicológicos, segundo as variáveis laborais.

Tabela 19 – Danos psicológicos em relação as variáveis laborais. Santa Maria. 2021.

| Variáveis Laborais | | EADRT_ DAN_PSI | | | | | | | | P* |
|--|-----------------------|----------------|------|---------|------|-------|------|----------------------|------|--------------|
| | | Satisfatório | | Crítico | | Grave | | Doenças Ocupacionais | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Função | Enfermeiro | 12 | 63,2 | 1 | 5,3 | 1 | 5,3 | 5 | 26,3 | 0,087 |
| | Médico | 13 | 72,2 | 2 | 11,1 | 2 | 11,1 | 1 | 5,6 | |
| | Técnico de enfermagem | 20 | 57,1 | 9 | 25,7 | 0 | 0 | 6 | 17,1 | |
| | Condutor | 26 | 81,3 | 3 | 9,4 | 1 | 3,1 | 2 | 6,3 | |
| Vínculo empregatício | Concurso | 30 | 65,2 | 6 | 13 | 0 | 0 | 10 | 21,7 | 0,005 |
| | Efetivo | 26 | 76,5 | 6 | 17,6 | 0 | 0 | 2 | 5,9 | |
| | Temporário | 15 | 62,5 | 3 | 12,5 | 4 | 16,7 | 2 | 8,3 | |
| Possui outro emprego | Não | 21 | 58,3 | 8 | 22,2 | 2 | 5,6 | 5 | 13,9 | 0,315 |
| | Sim | 50 | 73,5 | 7 | 10,3 | 2 | 2,9 | 9 | 13,2 | |
| Turno de trabalho majoritariamente | Diurno | 19 | 67,9 | 3 | 10,7 | 1 | 3,6 | 5 | 17,9 | 0,860 |
| | Noturno | 12 | 66,7 | 4 | 22,2 | 0 | 0 | 2 | 11,1 | |
| Você já teve algum acidente/doença relacionada ao trabalho? | Não | 53 | 76,8 | 7 | 10,1 | 4 | 5,8 | 5 | 7,2 | 0,005 |
| | Sim | 18 | 51,4 | 8 | 22,9 | 0 | 0 | 9 | 25,7 | |

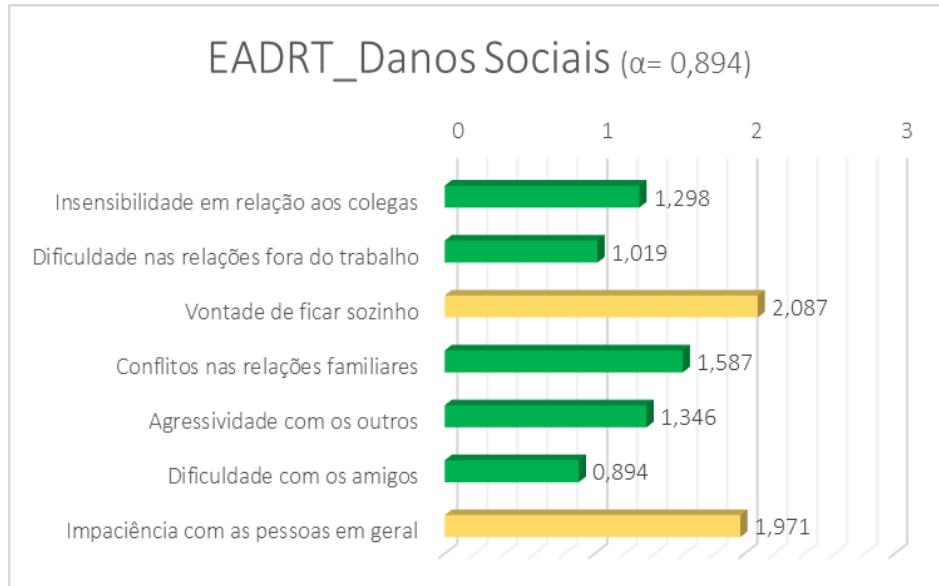
Fonte: Autores (2021).

Legenda:*Qui-quadrado de Pearson

A partir dos dados apresentados na Tabela 19, as variáveis ‘vínculo empregatício’ e ‘já teve algum acidente/doença relacionada ao trabalho’ apresentaram diferença estatística ($p < 0,05$). Todos os tipos de vínculo obtiveram risco satisfatório, porém se destaca os ‘concursados’ com uma porcentagem alta em já possuir doenças ocupacionais (21,7%, $n=10$). Enquanto aqueles com contrato temporário possuem uma porcentagem alta para a classificação de risco grave (16,7%, $n=4$) e os trabalhadores com contrato efetivo possui grande porcentagem para classificação de risco crítica (17,6%, $n=6$). As demais variáveis não apresentaram diferença estatística ($p > 0,05$).

O Gráfico 12 apresenta a médias dos itens que compõe o fator **Danos Sociais**, seus respectivos itens e a classificação de risco baseada nos autores do instrumento.

Gráfico 12 – Análise descritiva dos itens do fator danos sociais. Santa Maria. 2021.



Fonte: Autores (2021).

Legenda: (>4,1= Doenças Ocupacionais; 3,1 a 4= Grave; 2 a 3 = Crítico; <1,9 = Suportável)

A partir do que se apresenta no Gráfico 12, pode-se identificar que dois dos sete itens apresentaram classificação de risco crítica para o desenvolvimento de doenças ocupacionais relacionadas com os danos sociais do trabalho em SAMU. Os demais itens apresentam classificação de risco satisfatória.

A Tabela 20 relaciona os trabalhadores de SAMU quanto ao risco de adoecimento pelos danos sociais, segundo as variáveis sociodemográficas.

Tabela 20 – Danos sociais em relação as variáveis sociodemográficas. Santa Maria. 2021.

| Variáveis sociodemográficas | | EADRT_ DAN_SOC | | | | | | | | P* |
|------------------------------|-----------------------|----------------|------|---------|------|-------|-----|----------------------|-----|-------|
| | | Suportável | | Crítico | | Grave | | Doenças ocupacionais | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Sexo | Feminino | 19 | 57,6 | 9 | 27,3 | 2 | 6,1 | 3 | 9,1 | 0,597 |
| | Masculino | 50 | 70,4 | 14 | 19,7 | 2 | 2,8 | 5 | 7 | |
| Estado civil | Com Companheiro(a) | 49 | 60,5 | 21 | 25,9 | 4 | 4,9 | 7 | 8,6 | 0,119 |
| | Sem Companheiro(a) | 20 | 87 | 2 | 8,7 | 0 | 0 | 1 | 4,3 | |
| Nível de escolaridade | Ensino Fundamental | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,266 |
| | Ensino Médio | 28 | 66,7 | 12 | 28,6 | 1 | 2,4 | 1 | 2,4 | |
| | Graduação | 14 | 70 | 2 | 10 | 0 | 0 | 4 | 20 | |
| | Pós Graduação | 25 | 62,5 | 9 | 22,5 | 3 | 7,5 | 3 | 7,5 | |

Fonte: Autores (2021).

Legenda:*Qui-quadrado de Pearson

Ao realizar-se associação entre a classificação de risco de adoecimento neste fator com as variáveis sociodemográficas, não se identificou diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p > 0,05$).

A Tabela 21 apresenta a distribuição dos trabalhadores do SAMU quanto ao risco de adoecimento pelos danos sociais, segundo as variáveis laborais.

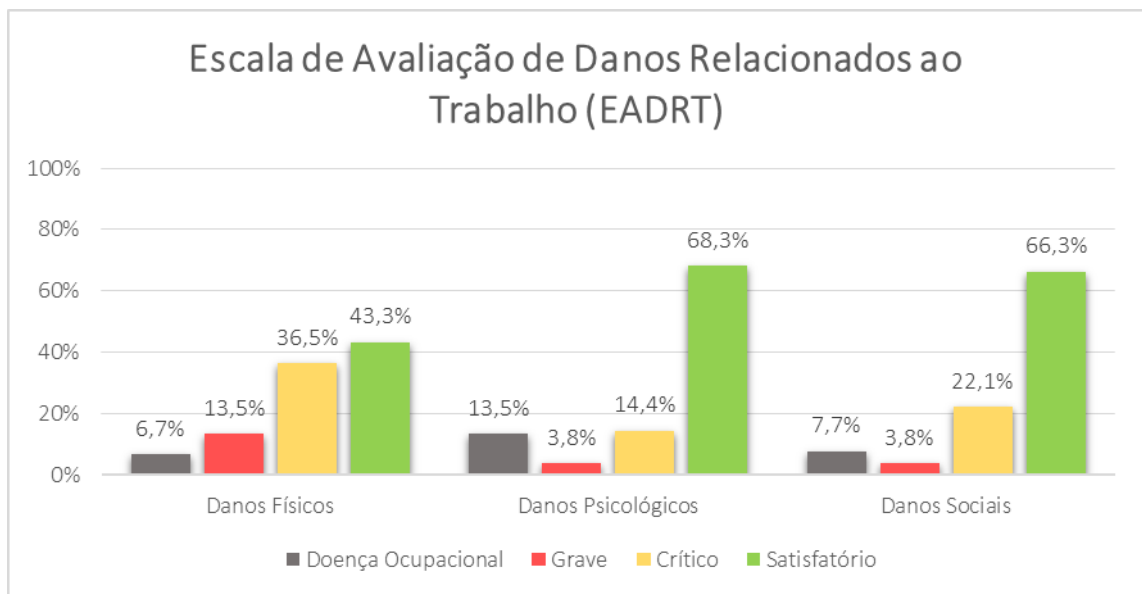
Tabela 21 – Danos sociais em relação as variáveis laborais. Santa Maria. 2021.

| Variáveis Laborais | | EADRT_ DAN_SOC | | | | | | | | P* |
|--|-----------------------|----------------|------|---------|------|-------|------|----------------------|------|--------------|
| | | Satisfatório | | Crítico | | Grave | | Doenças Ocupacionais | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Função | Enfermeiro | 10 | 52,6 | 5 | 26,3 | 3 | 15,8 | 1 | 5,3 | 0,057 |
| | Médico | 11 | 61,1 | 4 | 22,2 | 0 | 0 | 3 | 16,7 | |
| | Técnico de enfermagem | 21 | 60 | 10 | 28,6 | 1 | 2,9 | 3 | 8,6 | |
| | Condutor | 27 | 84,4 | 4 | 12,5 | 0 | 0 | 1 | 3,1 | |
| Vínculo empregatício | Concurso | 30 | 65,2 | 9 | 19,6 | 2 | 4,3 | 5 | 10,9 | 0,331 |
| | Efetivo | 22 | 64,7 | 11 | 32,4 | 1 | 2,9 | 0 | 0 | |
| | Temporário | 17 | 70,8 | 3 | 12,5 | 1 | 4,2 | 3 | 12,5 | |
| Possui outro emprego | Não | 23 | 63,9 | 10 | 27,8 | 2 | 5,6 | 1 | 2,8 | 0,392 |
| | Sim | 46 | 67,6 | 13 | 19,1 | 2 | 2,9 | 7 | 10,3 | |
| Turno de trabalho majoritariamente | Diurno | 18 | 64,3 | 6 | 21,4 | 2 | 7,1 | 2 | 7,1 | 0,369 |
| | Noturno | 11 | 61,1 | 7 | 38,9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Misto | 40 | 69 | 10 | 17,2 | 2 | 3,4 | 6 | 10,3 | |
| Você já teve algum acidente/doença relacionada ao trabalho? | Não | 52 | 75,4 | 10 | 14,5 | 2 | 2,9 | 5 | 7,2 | 0,038 |
| | Sim | 17 | 48,6 | 13 | 37,1 | 2 | 5,7 | 3 | 8,6 | |

Fonte: Autores (2021). Legenda:*Qui-quadrado de Pearson

A partir dos dados apresentados, verifica-se que apenas a variável ‘você já teve algum acidente/doença relacionada ao trabalho’ apresentou diferença estatística ($p < 0,05$) em relação aos riscos de adoecimento pelos danos sociais. As outras variáveis não apresentaram diferença estatística ($p > 0,05$) em relação aos Danos sociais no trabalho.

Gráfico 13 – Análise descritiva da Escala de Avaliação de Danos Relacionados ao Trabalho (EDRT). Santa Maria. 2021.



Fonte: Autores (2021).

Na distribuição geral do fator de Danos Relacionados ao Trabalho, todos os fatores tiveram uma avaliação satisfatória. São eles: danos físicos (43,3%, $n=45$), danos psicológicos (68,3%, $n=71$) e danos sociais (66,3%, $n=69$).

5.3 CORRELAÇÃO ENTRE OS FATORES DAS ESCALAS DO ITRA

Na tabela 22 serão apresentadas as correlações entre os fatores das escalas que compõem o ITRA através da Correlação de Pearson, indicando a força das correlações entre os fatores.

Tabela 22 – Matriz de correlação entre os fatores das escalas que compõem o ITRA. Santa Maria. 2021.

| | ORG TRA R (p) | REL SOC R (p) | CON TRA R (p) | CUS AFE R (p) | CUS COG R (p) | CUS FÍS R (p) | DAN FÍS R (p) | DAN SOC R (p) | DAN PSI R (p) |
|----------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| ORG_TRA | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| REL_SOC | 0,476** (0,000) | 1 | - | - | - | - | - | - | - |
| CON_TRA | 0,406** (0,000) | 0,615** (0,000) | 1 | - | - | - | - | - | - |
| CUS_AFE | 0,471** (0,000) | 0,381* (0,000) | 0,394* (0,000) | 1 | - | - | - | - | - |
| CUS_COG | 0,454** (0,000) | 0,238* (0,015) | 0,265* (0,007) | 0,496** (0,000) | 1 | - | - | - | - |
| CUS_FÍS | 0,293* (0,003) | 0,212* (0,030) | 0,163 (0,099) | 0,363* (0,000) | 0,503** (0,000) | 1 | - | - | - |
| DAN_FÍS | 0,332* (0,001) | 0,335* (0,000) | 0,459** (0,000) | 0,313* (0,001) | 0,206* (0,036) | 0,231* (0,019) | 1 | - | - |
| DAN_SOC | 0,141 (0,153) | 0,261* (0,007) | 0,403** (0,000) | 0,240* (0,014) | 0,164 (0,095) | 0,021 (0,831) | 0,694** (0,000) | 1 | - |
| DAN_PSI | 0,160 (0,106) | 0,226* (0,021) | 0,340* (0,000) | 0,240* (0,014) | 0,121 (0,220) | 0,023 (0,816) | 0,645** (0,000) | 0,838*** (0,000) | 1 |

Fonte: Autores (2021).

Legenda: (R: Correlação de Pearson P: Sig.)

***Correlação forte (>0,7); **Correlação moderada (0,4 a 0,69); *Correlação fraca (0,2 a 0,39)

Os fatores que obtiveram correlação forte foram os danos sociais com o fator danos psicológicos ($r=0,838$, $p<0,01$). Houveram 11 casos de correlação moderada, são eles: fator **organização do trabalho** com os fatores relações socioprofissionais ($r= 0,476$, $p< 0,01$), Condições de trabalho ($r= 0,406$, $p< 0,01$), Custo afetivo ($r= 0,471$, $p< 0,01$) e custo cognitivo ($r= 0,454$, $p< 0,01$). O fator **relações socioprofissionais** com o fator condições de trabalho ($r= 0,615$, $p < 0,01$). O fator **condições de trabalho** com os fatores danos físicos ($r= 0,459$, $p < 0,01$) e danos sociais ($r= 0,403$, $p < 0,01$). O fator **custo afetivo** com custo cognitivo ($r= 0,496$, $p < 0,01$). O fator **custo cognitivo** com custo físico ($r= 0,503$, $p < 0,01$). O fator **danos físicos** com danos sociais ($r= 0,694$, $p < 0,01$) e danos psicológicos ($r=0,645$, $p<0,05$).

Em 17 correlações obteve-se correlação fraca entre os fatores e as demais não apresentaram correlação significativa com o fator ($p> 0,05$).

6 DISCUSSÃO

A discussão do estudo será dividida entre as características sociodemográficas e laborais, e após serão discutidos os resultados obtidos na avaliação das escalas que compõem o ITRA e seus respectivos fatores: Escala de Avaliação de Contexto de Trabalho (EACT), Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT) e Escala de Avaliação de Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT). Por fim, serão apresentadas as correlações entre os fatores das escalas.

No presente estudo pode-se traçar o perfil dos trabalhadores de SAMU de quatro municípios do Rio Grande do Sul (RS), com predominância do sexo masculino, com idade média de 39,2 anos. Esses resultados ratificam informações obtidas em outro estudo realizado com o SAMU em todo o estado RS, no ano de 2020, no qual 53,6% dos trabalhadores eram do sexo masculino e a faixa etária predominante entre 30 e 45 anos (GOULART, et al., 2020).

Outros cinco estudos, também realizados no SAMU, nos estados de São Paulo (SP), Piauí (PI), Goiânia (GO), Pernambuco (PE) e Distrito Federal (DF), também obtiveram resultados com a predominância de profissionais do sexo masculino (GUIMARÃES; SILVA; SANTOS, 2015), (LUZ, et al., 2017), (TIPPLE, et al., 2013), (SANTOS; RAPOSO; MELO, 2021), (ARAUJO; OLIVEIRA, 2019). Além disso, estudos em diferentes países, como Taiwan (LIM, 2020) e Polônia (BECZKOWSKA, S. et al, 2020), identificaram um percentual maior que 90% do sexo masculino no serviço de ambulâncias. A maior participação masculina, neste setor, pode ser explicada pelo perfil do trabalho que, em muitas vezes, exige força física dos profissionais durante os atendimentos, demandando uma maior participação de homens nas equipes.

Além disso, ainda sobre o perfil desses profissionais, em sua maioria são casados/ com companheiro(a) e com filhos. No SAMU do PI, identificou que 56,3% destes trabalhadores possuíam filhos (LUZ, et al., 2017). Já SAMU do DF identificou que 74% dos trabalhadores são casados (ARAUJO; OLIVEIRA, 2019), dados que corroboram o que foi encontrado nesta pesquisa. Também foi identificado que a maioria de respondentes foram os técnicos de enfermagem, fato que é justificado devido os serviços contarem com um número maior de ambulâncias de Suporte Básico, que são tripuladas pelos técnicos de enfermagem, em relação ao número de ambulâncias de Suporte Avançado, tripuladas por enfermeiros e médicos.

Sobre as características laborais destes trabalhadores, a maioria tem graduação e 65,4% possui outro emprego. Estudo no SAMU do PI identificou que 78,1% dos trabalhadores trabalhavam em outros serviços de saúde e a maior parte deles possuía graduação (LUZ, et al., 2017). Em estudo húngaro, que buscou avaliar o estado de saúde

física e mental de trabalhadores de ambulância, foi identificado influência negativa do trabalho adicional na saúde desses trabalhadores (PEK, et al., 2015). Além disso, em estudo nacional pode se observar que um segundo emprego pode contribuir para o aumento dos níveis de Burnout de trabalhadores do SAMU (LUZ, et al., 2017). Comprovando que a existência de uma dupla jornada de trabalho pode interferir, negativamente, na saúde tanto física quanto mental desses profissionais.

Ao avaliar-se a ocorrência de acidente/doença relacionada ao trabalho, 33,7% dos trabalhadores já sofreram algum acidente/doença. Com relação à ocorrência de acidentes de trabalho, dois estudos nacionais, realizados nas regiões nordeste e centro-oeste, também obtiveram valores semelhantes, menores de 50% quando se refere a acidentes/doenças ocupacionais. A prevalência global desses acidentes foi de 41,2% em um estudo (TIPPLE, et al., 2013), enquanto no outro foi de 41,7% (MELO et al., 2016), todos eles realizado com trabalhadores de SAMU. Em um terceiro estudo, também realizado com trabalhadores de SAMU, identificou-se um valor acima da metade, no qual 52,5% já sofreram algum tipo de acidente de trabalho durante suas atividades ocupacionais no ambiente pré-hospitalar (GOULART et al., 2020).

Dentre aqueles que mencionaram ter sofrido acidente/doença relacionada ao trabalho, 60% relaciona com algum acidente específico. Em quatro estudos que buscaram identificar os acidentes relacionados ao trabalho sofridos por esses trabalhadores, os resultados foram semelhantes, dentre eles, os mais citados foram: acidentes com material perfurocortante, seguido por agressão física, mordida de animais, agressão verbal, acidentes de trânsito no deslocamento, atropelamento na cena de atendimento, quedas, lesões musculares, queimaduras, dentre outros (GOULART et al., 2020) (MELO et al., 2016) (WEAVER et al., 2015) (TAYLOR, et al., 2015).

Sobre os locais mais comuns em que ocorrem esses acidentes, estudo americano evidenciou a cena de emergência como o local mais citado, seguido por acidentes dentro da ambulância ou durante o transporte (WEAVER et al., 2015). Os acidentes com materiais biológicos, em sua maioria, aconteceram durante a realização de procedimentos. Dentre as causas para a ocorrência dos mesmos destaca-se o descuido da equipe com o material contaminado, o não uso de EPI, a viatura/veículo estar em movimento, o espaço físico reduzido, o local inadequado para a limpeza dos artigos, a ausência de recipiente para descarte de perfurocortante, recipientes para descarte de perfurocortante cheios e inadequados/improvisados e a falta de experiência dos profissionais (TIPPLE, et al., 2013).

Estudo africano destaca, além desses itens, o estresse e a exaustão para a ocorrência desse tipo de acidente (MCDOWALL; LAHER, 2019).

Ainda, dentre os trabalhadores que sofreram algum acidente/doença relacionada ao trabalho, 48,6% precisaram de afastamento laboral e 40% fazem uso de alguma medicação em decorrência do acontecido. Número elevado quando comparado com dois estudos americanos, nos quais 22,3% e 28,6% daqueles que sofreram acidente foram restringidos em suas atividades normais de trabalho, enquanto 12,7% e 17,1% resultaram em afastamento do trabalho (WEAVER et al., 2015).

Ainda com relação aos afastamentos de trabalho, em estudo nacional, 14,7% do total de trabalhadores pesquisados, já precisaram ficar afastados por algum acidente de trabalho. Além disso, foi verificada a associação significativa entre a ocorrência de acidente de trabalho e os afastamentos do trabalho (GOULART et al., 2020). Resultado que corrobora com o presente estudo, em que aqueles que já obtiveram afastamento resulta em 16,3% quando comparado com o número total de trabalhadores pesquisados.

No presente estudo, 89 trabalhadores perceberam a exposição a situações de estresse como um risco ocupacional. O estresse é um dano mental que pode ser vivenciado por qualquer pessoa, independente de raça ou classe social. Esse problema consiste em um estado ativo em que o indivíduo se encontra diante de uma situação alarmante, correspondendo o estresse ocupacional a uma excessiva necessidade de se adaptar às variações do ambiente laboral (ALMEIDA et al., 2016). Ainda, estudo brasileiro com trabalhadores de APH móvel constatou associação estatisticamente significativa entre o estresse e a ocorrência de acidentes de trabalho (GOULART, 2020), o que comprova que a presença do estresse, além de causar adoecimento psicológico, pode trazer maior risco para a ocorrência de acidentes de trabalho.

Além disso, 81 trabalhadores perceberam a comoção de familiar da vítima como outro fator de exposição a riscos no desenvolvimento do seu trabalho no SAMU. Apoio emocional e acolhimento dos pacientes e familiares são preocupações destes profissionais, como observado em estudo que objetivou identificar as atividades desenvolvidas por enfermeiros do SAMU de um estado da região sul do Brasil (LUTHENBERG; PIRES, 2016). Além de acolher aos familiares na cena, em situações trágicas, esses trabalhadores podem acabar se deparando com situações emocionalmente traumáticas no desempenho do seu trabalho. Em estudos internacionais, realizados em quatro diferentes países (Paquistão, Escócia, Holanda e Reino Unido), observou-se que, em todos eles, mais da metade dos participantes, trabalhadores de ambulância, relataram que já haviam experimentado um evento traumático e

perturbador relacionado ao trabalho (KERAI, et al. 2017) (ALEXANDER; KLEIN, 2001) (PLOEG; KLEBER, 2003) (BENNETT, et al. 2004).

A terceira exposição ocupacional mais percebida pelos trabalhadores, no presente estudo, foi a existência de contato com material potencialmente contaminado no desempenho de suas atividades, sendo que 75 (n=72%) deles perceberam esse risco potencial. Esse resultado é corroborado por pesquisa realizada com trabalhadores de SAMU sobre a percepção do trabalhador à exposição à riscos ocupacionais no ambiente pré-hospitalar, na medida em que identificaram que estão frequentemente expostos à secreção/excreção contaminada e exposição a sangue (GOULART, 2020). Em estudo internacional, profissionais de um serviço médico de emergência identificaram a doença infecciosa como o risco mais comum a que eles se sentem expostos (TAYLOR, et al. 2015).

Ainda, 70 deles identificaram a agressão/violência como um risco ocupacional presente no trabalho em SAMU. Estudo internacional identificou que o número de casos de agressão a paramédicos geram preocupação na saúde pública internacional, e na Austrália esses casos vem aumentando ano após ano (MAGUIRE, 2018). Estudo realizado com trabalhadores de APH do Rio de Janeiro identificou que esses trabalhadores estão expostos a áreas de risco ou conflito urbano sob o poder do narcotráfico, com sofrimentos e riscos consequentes da violência (SÉ, et al., 2020). Sendo assim, pode-se perceber que o ambiente de trabalho no contexto pré-hospitalar possui características que podem gerar de riscos aos trabalhadores. A partir do exposto serão discutidos os dados obtidos neste estudo a partir do Inventário sobre o Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA) e três escalas que o compõem.

A primeira escala trata-se do **Contexto de trabalho**, que se refere ao espaço social onde operam a organização e as condições laborais, bem como as relações socioprofissionais. (MENDES, 2007). No presente estudo, na avaliação geral do Contexto de Trabalho (EACT) ($\mu= 2,48$ e $DP=0,59$), observa-se uma avaliação crítica. Conforme Mendes (2007) este valor médio sinaliza uma “situação limite”, produtora de custo negativo e sofrimento no trabalho, o que demanda a tomada de providências a curto e médio prazo.

Ainda, segundo a Psicodinâmica do Trabalho, o contexto de trabalho lança olhares à percepção que o trabalhador tem sobre o teor, o ritmo e a distribuição das tarefas, as normas, cobranças e negociações, a divisão, integração, comunicação e apoio entre as pessoas; e o ambiente, instrumentos e recursos disponíveis para o processo de produção (MENDES, 2007), esse contexto, quando inadequado, pode ter influência na saúde do trabalhador. Para Dejours (2015), a forma como o trabalho é executado, a falta de autonomia e reconhecimento,

a mecanização e repetição das tarefas, sobrecarga, o estilo de gestão, as relações com a chefia e demais colegas e os constantes ruídos na comunicação causam sofrimento ao trabalhador (DEJOURS, 2015).

No que tange ao contexto de trabalho no SAMU, o serviço foi implantado como primeiro nível de atenção, para atender aos casos agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar, como assistência pré-hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), (BRASIL, 2002). Ainda, o trabalho no ambiente pré-hospitalar compreende características como complexidade das funções executadas, ritmo acelerado e condições inapropriadas de trabalho (NASCIMENTO; ARAÚJO, 2017). O trabalho nesse serviço tem caráter especial e peculiar, uma vez que os profissionais que lá trabalham lidam com situações extremas, como o limite entre a vida e a morte, exigindo altas demandas psicológicas, principalmente o controle do estresse para diagnósticos rápidos e precisos. Ainda, para Cavalcante (2018), no contexto de trabalho em SAMU, os trabalhadores enfrentam situações de precarização do trabalho, incluindo frágeis vínculos de emprego, atuação em ambientes violentos e vulnerabilidade (CAVALCANTE, 2018).

No presente estudo, a distribuição geral dos fatores da EACT, para a organização do trabalho no SAMU, os trabalhadores pesquisados obtiveram uma avaliação crítica, que para Mendes (2007) significa um resultado mediano. Já, sobre as relações socioprofissionais e condições de trabalho, os pesquisados obtiveram uma avaliação satisfatória dos fatores. Segundos Mendes (2007), uma avaliação satisfatória significa um resultado positivo e produtor de prazer no trabalho, aspecto a ser mantido e consolidado no ambiente organizacional.

Resultado da avaliação da EACT corrobora com pesquisa realizada com trabalhadores de enfermagem do SAMU de Santa Catarina (SC), em que foi aplicado o mesmo instrumento, na qual a avaliação obteve as mesmas avaliações de cada fator, organização de trabalho com avaliação crítica e as relações socioprofissionais e condições de trabalho com avaliação satisfatória (WORM, et al. 2016). A semelhança nos resultados pode ser pela similaridade dos serviços e das atividades que são desempenhadas por esses profissionais.

Organização do trabalho é definida como a divisão do trabalho e o conteúdo das tarefas, normas controles e ritmos de trabalho (MENDES, 2007). Na distribuição geral da Organização do trabalho no SAMU, 80,8% (n=84) dos trabalhadores pesquisados obtiveram uma avaliação crítica desse fator, indicando “situação-limite”, conforme Mendes (2007).

Dejours (2015) conceitua organização do trabalho como a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (à medida que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder e as questões de responsabilidade. Para o autor, a organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora (DEJOURS, 2015). Achados de estudo com trabalhadores de enfermagem do SAMU de SC, indicou que há problemas na organização no serviço, que a fiscalização não ocorre adequadamente, e que os profissionais do serviço executam tarefas que trazem riscos para si e para os usuários (WORM, et al. 2016).

O item que obteve pior avaliação dentro do fator foi: ‘As normas para execução das tarefas são rígidas’, que obteve avaliação grave. Os demais nove itens obtiveram avaliação crítica. Trabalhadores do SAMU do DF, apontaram, que há pouca flexibilidade nas normas para a execução das tarefas e também foi relatado a valorização da hierarquia no serviço pesquisado (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2019). Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) apontam que o sofrimento no trabalho pode intensificar-se à medida que a organização do trabalho torna cada vez mais rígidas suas regras, evitando a variabilidade no modo de fazer a tarefa e ignorando a percepção do trabalhador sobre o fazer (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2009).

Nas análises das práticas cotidianas do SAMU de Minas Gerais (MG), foi possível encontrar a predominância de um discurso hegemônico, com manutenção de relações de poder, externa e interna ao serviço (ARAÚJO; VELLOSO; ALVES, 2017). Mesmo quando as tarefas são cumpridas, a cobrança por resultados durante a execução das mesmas é visível, não levando em conta a real dificuldade enfrentada pelo profissional ao desempenhar a sua ação (WORM et al. 2016).

As **Relações socioprofissionais** representam o modo de gestão do trabalho, comunicação e interação profissional (MENDES e FERREIRA, 2007). Sobre as relações socioprofissionais, 53,4% (n=56) dos trabalhadores pesquisados realizaram uma avaliação satisfatória do fator, enquanto 42,3% (n=44) obtiveram uma avaliação crítica.

Estudo que buscou analisar a cooperação entre os trabalhadores de SAMU, identificou que se trata de um trabalho complexo, no qual, tarefas distintas precisam se articular em torno de uma finalidade comum. Para tanto, é necessário que os trabalhadores sejam capazes de se comunicar adequadamente, buscando antecipar as ações uns dos outros e os imprevistos

possíveis, tendo como condição principal a liberdade para agir na resolução de problemas e no processo de tomada de decisões (FELIX; ARAÚJO; MÁXIMO, 2019).

Neste fator, quatro itens obtiveram uma avaliação crítica, enquanto os demais obtiveram uma avaliação satisfatória. Os itens de avaliação crítica, são: ‘As tarefas não estão claramente definidas’, ‘a autonomia é inexistente’, os funcionários são excluídos das decisões’ e ‘existem disputas profissionais nos locais de trabalho’.

As redes de relacionamento no SAMU-Ceará expressam um conjunto de colaboradores que se relacionam para responder às demandas e às necessidades dos usuários, contudo as redes formadas por esses profissionais evidenciam conflitos, ocasionando sofrimento mental no trabalho (CAVALCANTE et al. 2018). Estudo com enfermeiros de um serviço de ambulâncias na Sérvia evidenciou que a falta de autonomia, numerosos deveres, grande compromisso com o trabalho, falta de apoio social e falta de feedback no trabalho, são fatores que se apresentam como importantes riscos psicossociais para esses trabalhadores (ILIC, et al. 2017). Também, de acordo com estudo nacional, realizado no SAMU do DF, há falta de autonomia dos servidores na participação sobre o trabalho e injustiça na distribuição das tarefas. (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2019). Para Dejours (2006), o processo de trabalho só funciona quando os trabalhadores beneficiam a organização do trabalho com a mobilização de suas inteligências individual e coletivamente (DEJOURS, 2006).

Quando associado as relações socioprofissionais com as variáveis sociodemográficas e laborais identificou-se diferenças estatística em três variáveis: função desempenhada, vínculo empregatício e acidente/doença relacionada ao trabalho. O grupo de trabalhadores concursados, técnicos de enfermagem, e que já sofreram algum acidente /doença relacionado ao trabalho tiveram uma prevalência de percepção crítica a respeito das relações socioprofissionais, enquanto os trabalhadores das demais funções, contratados e que não sofreram acidente/doenças no trabalho tiveram uma prevalência de percepção satisfatória neste fator.

Para Mendes, cada categoria profissional está submetida a um modelo específico de organização do trabalho, o qual pode conter elementos homogêneos ou contraditórios, facilitadores ou não da saúde mental do trabalhador. Esta definição depende dos interesses econômicos, ideológicos e políticos daqueles que dominam o processo produtivo (MENDES, 1995). Estudo que buscou conhecer as relações interpessoais na equipe de enfermagem, evidenciou que a falta de comprometimento e de comunicação dos técnicos de enfermagem em situações consideradas críticas no trabalho, como por exemplo, o agravamento da situação

de saúde de um usuário do serviço, tem impacto nas relações entre os trabalhadores (THOFEHRN, M.B. et al. 2018).

Em estudo realizado com a equipe de enfermagem da UTI de um hospital do Distrito Federal (DF), foi verificado que os técnicos de enfermagem se sentem menos reconhecidos no desempenho de suas atividades profissionais (SHIMIZU; COUTO; MERCHAN-HAMANN, 2011). Sendo assim, destaca-se que ter relações interpessoais e interprofissionais saudáveis no ambiente de trabalho pode auxiliar na obtenção de um local de trabalho prazeroso (THOFEHRN, M.B. et al. 2018).

Observou-se em estudo relatos acerca dos tipos de vínculos empregatícios e regimes de contratação existentes em um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. No atual cenário de precarização do trabalho, os vínculos empregatícios encontram-se instáveis dificultando as relações entre os sujeitos no ambiente de trabalho (CAVALTANTE, et al. 2018). Esse resultado difere dos achados da presente pesquisa, em que se identifica pior avaliação daqueles profissionais que são concursados, ou seja, que possuem vínculos empregatícios mais estáveis em relação aos demais.

Sobre aos acidentes de trabalho, estudo que aplicou a EACT em profissionais de enfermagem de um serviço de hemodiálise, os trabalhadores que sofreram acidente de trabalho também apresentaram avaliação crítica nas relações socioprofissionais (PRESTES, et al. 2015). Isso demonstra que as relações socioprofissionais podem influenciar na ocorrência dos mesmos, sendo que aqueles que possuem dificuldades nas relações socioprofissionais apresentam maior risco de sofrer acidente/ doença ocupacional.

As **Condições de trabalho** são definidas como a qualidade do ambiente físico, do posto de trabalho, dos equipamentos e materiais disponibilizados para a execução das atividades laborais (MENDES e FERREIRA, 2007). Na presente pesquisa, as condições de trabalho foram avaliadas majoritariamente de forma satisfatória (55,8% n=58), a avaliação mais positiva segundo Mendes (2007).

Por condição de trabalho é preciso entender, antes de tudo, ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, atitude etc.), ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças etc), o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho (DEJOURS, 2015). As condições de trabalho no APH, por sua vez, dizem respeito às características físicas, químicas e biológicas dos diversos ambientes de trabalho: base onde aguardam o acionamento; ambulância, veículo para atender

às vítimas; locais de atendimento em que executam a atividade de socorro às vítimas e hospitais, e para onde conduzem os pacientes (GUIMARÃES; SILVA; SANTOS, 2015).

Neste fator, dois itens obtiveram classificação crítica, diferente dos demais que obtiveram avaliação satisfatória. São eles: ‘existe muito barulho no ambiente de trabalho’ e ‘as condições de trabalho oferecem risco a segurança das pessoas’. Sobre o barulho no trabalho em APH, em estudos desenvolvidos com trabalhadores de ambulâncias da Venezuela e da Espanha, 56,6% e 66,14%, respectivamente, consideram o ruído como um risco associado ao seu desempenho profissional (BALLESTEROS, et al. 2012).

Com relação as condições inseguras de trabalho, em estudo com trabalhadores do SAMU do DF, 67% ressaltaram a precariedade para o desenvolvimento da tarefa, tais como a insuficiência de recursos de trabalho, espaço físico inadequado, equipe reduzida, uniformes desconfortáveis, poucas ambulâncias disponíveis e sobrecarga física (ARAUJO; OLIVEIRA, 2019). Ademais, em estudo no SAMU do RS, os trabalhadores elencaram riscos ocupacionais a que estão expostos, dentre eles: iluminação inadequada, arranjo físico inadequado, postura inadequada, jornada de trabalho prolongada, máquinas e equipamentos sem proteção e equipamentos defeituosos (GOULART, et al. 2020).

Dejours in Betiol (1994) afirma que as condições de trabalho prejudicam a saúde do corpo do trabalhador. Corroborando a isso, as narrativas dos trabalhadores de APH envolvidos em pesquisa demonstram que as condições de trabalho revelam risco à saúde. Identificaram dificuldades no que se refere à conservação dos veículos; direção em estrutura viária deficiente; problemas osteoarticulares; exposição a agentes infecciosos; plantões excessivos e escalas noturnas – que ocasionam problemas relacionados ao sono e ao cansaço; violência urbana; e, por fim, o estresse, oriundo da pressão exercida pelas responsabilidades da profissão, das cobranças das sociedades e da gestão, entre outros problemas inerentes ao exercício laboral (GUIMARÃES; SILVA; SANTOS, 2015).

O **Custo humano** no trabalho corresponde às exigências decorrentes do contexto de trabalho e compreende o custo afetivo, cognitivo e físico por parte do trabalhador (MENDES e FERREIRA, 2007). O custo humano do trabalho expressa a energia que o trabalhador despende, individual ou coletivamente, visando transpor as contradições e impasses vivenciados no cotidiano do trabalho (CAMPOS; DAVID, 2010). A escala de custo humano no trabalho obteve uma avaliação, produtor de custo humano e sofrimento no trabalho geral crítica, um resultado mediano conforme a classificação proposta por Mendes (2007).

Entre os trabalhadores participantes do estudo 52,9% (n=55) tem uma avaliação de risco grave em relação ao custo físico no trabalho no SAMU, semelhante ao custo cognitivo, que também possui uma avaliação de risco grave por 65,4% (n=68) dos trabalhadores. Já em relação ao custo afetivo, os trabalhadores pesquisados tem uma classificação de risco crítica 62,5% (n=65), resultado mediano conforme classificação proposta pelos autores (Mendes, 2007).

O **Custo físico** representa o dispêndio fisiológico e biomecânico imposto ao trabalhador pelas características do contexto de produção (MENDES e FERREIRA, 2007). A partir dos resultados obtidos no estudo, com relação ao custo físico, o fator na avaliação geral obteve resultado grave, potencializadora de sofrimento no trabalho, conforme classificação dos autores (MENDES e FERREIRA, 2007).

Em relação aos itens do fator, oito dos dez itens apresentaram avaliação de risco grave para o desenvolvimento de doenças ocupacionais relacionadas ao custo físico do trabalho em SAMU. São eles: “usar a força física”, “usar os braços de forma contínua”, “ficar em posição curvada”, “ter que manusear objetos pesados”, “fazer esforço físico”, “usar as pernas de forma contínua”, “usar as mãos de forma repetida” e “subir e descer escadas”. O trabalho em ambulâncias destaca-se por sua característica de atender vítimas em diferentes ambientes, em diversas situações, por vezes, os profissionais realizam atendimento em áreas de difícil acesso, aumentando a demanda física no trabalho (MELO, et al. 2016). Além disso, lidam diariamente com o levantamento de pacientes em macas, exercendo o seu processo de trabalho dentro de viaturas, em posição curvada, prejudicando a ergonomia (ZHANG; DONG, 2019).

O custo físico elevado encontrado no presente estudo corrobora com achados de uma pesquisa realizada com enfermeiros de SAMU da região sul do país, na qual os trabalhadores afirmam que existem atendimentos em que o grau de dependência das vítimas é grande e o local de prática do atendimento é de difícil acesso, resultando em uma exigência maior sobre a condição física (SAÇALA, et al. 2017). Em relação aos fatores ergonômicos, em um serviço de ambulâncias da China, trabalhadores mencionaram caminhar por muito tempo, manter curvatura frequente do tronco, levantar peso, dobrar ou virar o pescoço, manter abdução do ombro por longos períodos de tempo como demanda física presente no desempenho de suas funções (ZHANG; DONG, 2019). Além disso, estudo com paramédicos da Nova Zelândia identificou um grau acentuado de dor lombar crônica relacionada com o desempenho das suas atividades laborais (RANDHAWA; HAY-SMITH; GRAINGER, 2019).

Quando realizada associação das variáveis sociodemográficas e laborais com o custo físico no trabalho, identificou-se diferença estatística entre a variável função exercida. Enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores obtiveram uma avaliação majoritariamente grave sobre o custo físico, já os médicos obtiveram, em sua maioria, avaliação crítica em tal fator. Estudos corroboram com o achado quando demonstram que condutores e equipe de enfermagem possuem maior demanda física no desenvolvimento do seu trabalho, enquanto médicos possuem um maior desgaste psicológico (ILIC, et al. 2017), (LESZCZYŃSKI, et al. 2019). Além disso, em outro estudo, condutores relataram a inadequação dos equipamentos das ambulâncias, especialmente de macas, o que ocasiona dores lombares e problemas de coluna. Ainda, os mesmos profissionais afirmaram que sofrem de dor na coluna em virtude do esforço repetitivo (GUIMARÃES; SILVA; SANTOS, 2015).

Em relação ao trabalho da enfermagem, pesquisa identificou a necessidade constante de esforço físico, denominado carga fisiológica, o que é uma constante no trabalho de enfermagem. Os afazeres são realizados em longa jornada, com necessidade de deslocamentos frequentes, com movimentação corporal que, muitas vezes, é inadequada, com manipulação de peso excessivo e não respeitando a biomecânica corporal. A necessidade de procedimentos que exigem força física, como o levantamento de pacientes, durante a assistência, aliada à longa jornada de trabalho, tem potencial de desencadear danos à saúde física e mental dos profissionais, em especial, nas situações de emergência, em que impõem tarefas que sobrecarregam o trabalhador (LORO, et al. 2016). Dejours (2011) afirma que, quando o desgaste em relação ao trabalho é apresentado, surgem sensações de cansaço, desânimo e descontentamento, o que leva ao sofrimento psíquico.

O **Custo cognitivo** significa o dispêndio intelectual para a aprendizagem, resolução de problemas e tomada de decisões no trabalho (MENDES e FERREIRA, 2007). A partir dos resultados da pesquisa, apenas dois itens apresentaram avaliação crítica, e os outros oito apresentaram avaliação de risco grave para o desenvolvimento de doenças ocupacionais relacionadas com o Custo cognitivo do trabalho em SAMU. São eles: “ter que resolver problemas”, “ser obrigado a lidar com imprevistos”, “usar a visão de forma contínua”, “usar a memória”, “ter desafios intelectuais”, “fazer esforço mental”, “ter concentração mental” e “usar a criatividade”.

Estudo com médicos e enfermeiros de ambulâncias da Sérvia identificou riscos psicossociais que ocorreram devido à alta demanda cognitiva, emocional, sensorial e quantitativa. Esses profissionais possuem responsabilidade pela saúde e a vida do outro,

precisam tomar decisões rápidas e difíceis que exigem conhecimentos e habilidades específicas a fim de não cometer erros e incidentes (ILIC, et al. 2017).

Assim, os trabalhadores de serviços de urgência estão expostos a desenvolverem a Síndrome de Burnout devido às características de seu ambiente de trabalho, especialmente em condições pré-hospitalares (LESZCZYŃSKI, et al. 2019). Além disso, destaca-se que o imprevisto, a desorganização, e até mesmo a acomodação do profissional gera limitações para desenvolver suas atividades ocupacionais, elevando ao grau de insatisfação dos trabalhadores no atendimento dos pacientes, pois suas ações planejadas podem tornar-se frustradas e insuficientes (WORM, et al. 2016).

Quando realizada associação das variáveis sociodemográficas e laborais com a classificação do custo cognitivo no trabalho, identificou-se diferença estatística entre a variável de nível de escolaridade. Em relação a esta associação, destacam-se aqueles que possuem graduação e pós-graduação, que possuem um número maior de trabalhadores com percepção grave acerca do custo cognitivo. No serviço estudado, os cargos que exigem curso superior são o de médico e enfermeiro.

Em estudo que buscou determinar as relações de riscos psicossociais decorrentes do trabalho, estresse, características pessoais e Burnout entre médicos e enfermeiros de um serviço médico de emergência da Sérvia, identificou riscos psicossociais para os médicos de emergência devido à alta carga de trabalho e responsabilidade profissional. O mesmo estudo também identificou alto índice de estresse ocupacional por enfermeiros, devido ao trabalho com o paciente e o trabalho administrativo adicional. Além disso, destaca-se as relações organizacionais de uma rede de saúde complexa, que é outra demanda desgastante exigida do enfermeiro (ILIC, et al. 2017).

Frente ao exposto, para Dejours (1994), o prazer no trabalho emana do sentir-se útil e produtivo, sendo vivenciado pelo sujeito quando ele percebe o seu trabalho como significativo e importante para a organização e a sociedade. Desse modo, o trabalho saudável e prazeroso é aquele que respeita os potenciais e limites da condição humana, ou seja, que respeita a identidade do trabalhador, conduzindo à criatividade e ao comprometimento com a realização de um trabalho de alta qualidade (SELIGMANN-SILVA, 2011).

O **Custo afetivo** é definido como o dispêndio emocional que o trabalho demanda, sob a forma de reações afetivas, sentimentos e estados de humor (MENDES e FERREIRA, 2007). A partir dos resultados, dois itens apresentaram classificação grave quanto o custo afetivo no trabalho, são eles: ‘Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros’ e ‘Ter controle das

emoções'. Seis itens apresentaram avaliação crítica, enquanto quatro deles apresentaram avaliação de risco satisfatória.

Durante os atendimentos, os trabalhadores da saúde adentram ruas estreitas de difícil acesso, atuam em meio a violência, lidam com situações emocionalmente complexas enfrentam dificuldades oriundas das dinâmicas que permeiam o narcotráfico e as relações desumanas (SÉ, et al. 2020). Estudo com enfermeiros de APH no Rio de Janeiro (RJ) obteve relatos de casos de violência contra os próprios trabalhadores nas residências, hospitais de referências, comunidades, interior da ambulância e as bases de APH. Ao todo, 86,6% enfermeiros informaram ter sido vítimas de abuso verbal nos últimos doze meses. Sobre a autoria do abuso verbal sofrido pelos enfermeiros do APH, destacaram-se os familiares dos pacientes, público em geral e os próprios pacientes. (SÉ, et al. 2020) Ataque ou risco de agressão por arma de fogo, foram citados em estudo com trabalhadores de ambulância dos Estados Unidos. A agressão ou risco dela, ocorre devido pacientes violentos, ou que estão sob a influência de álcool e drogas (TAYLOR, et al. 2015).

A demora no atendimento, ocasionada pela escassez de ambulâncias disponíveis, pelo grande número de trotes, trânsito complicado da cidade, demora do repasse da ocorrência por parte da central de regulação, além da burocracia para liberação de equipamentos retidos nos hospitais, provoca exaltação de usuários do sistema e de familiares. Vários trabalhadores, do SAMU do Ceará, relataram episódios em que sofreram violência física e verbal. Além disso, os socorristas relatam que são comuns os casos em que homicidas continuam tentando violentar as vítimas atendidas, mesmo no interior das ambulâncias, ameaçando as equipes de morte (GUIMARÃES; SILVA; SANTOS, 2015).

Deniz et al. (2016), realizou estudo que demonstra que a violência vivenciada no ambiente de trabalho está diretamente relacionada aos componentes da Síndrome de Burnout (DENIZ, et al. 2016). A violência, que foi exemplificada por meio desses estudos, é fator fundamental para o desenvolvimento de um dispêndio emocional e controle das próprias emoções por parte dos trabalhadores de APH que precisam lidar cotidianamente com esses eventos.

Quando realizada associação das variáveis sociodemográficas e laborais com a classificação do custo afetivo no trabalho, identificou-se diferença estatística entre a variável de possuir outro emprego. Aqueles que possuem outro emprego obtiveram uma percepção mais crítica enquanto aqueles que não possuem outro emprego o resultado dividiu-se entre crítico e satisfatório.

A existência de um segundo emprego exige que o profissional, semanalmente, se desdobre em várias funções, por vezes diferentes, dependendo das exigências dos outros locais de trabalho (LUZ, et al. 2017). Estudo internacional realizado com trabalhadores de APH também identificou que, muitos daqueles que frequentam um trabalho secundário, obtiveram uma avaliação mais negativa em relação ao seu estado de saúde (PEK, et al. 2015). Essa característica remete a necessidade constante de controle emocional, por parte desses trabalhadores, justificando a avaliação crítica realizada por esses trabalhadores neste fator.

Os **Danos relacionados ao trabalho** representam a manifestação dos efeitos do trabalho para a saúde dos trabalhadores, considerando-se as consequências das exigências e vivências em termos de danos físicos e psicossociais (MENDES e FERREIRA, 2007). Na distribuição geral do fator de Danos Relacionados ao Trabalho, todos os fatores tiveram uma avaliação satisfatória em relação aos riscos de adoecimento no trabalho. De acordo com Dejourns (2015), os riscos de sofrimento no trabalho podem se assemelhar a uma doença contagiosa, podendo atingir a qualquer indivíduo e espalhando-se rapidamente por toda a equipe (DEJOURS, 2015). Sendo assim, esse resultado satisfatório deve ser mantido dentro do ambiente de trabalho.

Outro estudo identificou semelhança nos resultados dos danos psicológicos e sociais. Em relação aos danos psicológicos, a avaliação foi positiva, suportável e no que tange aos danos sociais, a avaliação foi positiva, suportável, que são considerados como as dificuldades que os profissionais têm de se relacionar com familiares e na vida social (WORM, et al. 2016). Resultado divergente apenas no fator de danos físicos, no qual o presente estudo obteve resultado satisfatório, e no estudo referido obteve avaliação crítica.

Os **Danos físicos** são definidos como dores no corpo e distúrbios biológicos (MENDES e FERREIRA, 2007). Como já foi apresentado anteriormente, o ambiente de trabalho do SAMU proporciona um custo físico grave, sendo assim, é um ambiente que expõem o trabalhador a diversos tipos de danos físicos. A partir dos resultados, cinco itens apresentaram classificação grave relacionados aos danos físicos no trabalho. São eles: ‘dores no corpo’, ‘dores nos braços’, ‘dor de cabeça’, ‘dores nas costas’ e ‘alterações no sono’.

Em estudo com paramédicos da Polônia, mais da metade dos entrevistados afirmaram que sentiram dores nas costas, durante o desempenho do trabalho. Eles também relataram dor nas articulações do tornozelo, punho, hematomas, contusões, câibras nos membros, dores nos músculos, braços, ombros, região lombar e membros inferiores (BĘCZKOWSKA, et al. 2020). Em investigação realizada com trabalhadores de ambulância nos Estados Unidos,

destaca-se que os casos de agressão aos profissionais resultaram em fraturas, luxações, entorses ou distensões, e outros resultaram em feridas superficiais e hematomas (MAGUIRE; O'NEILL, 2017).

Além das dores físicas, 92% dos paramédicos australianos que relataram fadiga nos últimos seis meses, com a maioria atribuindo seu cansaço a intervalos rápidos/sem refeição; trabalho por turnos; trabalho noturno; incapacidade de obter descanso adequado e má qualidade do sono (SOFIANOPOULOS, et al. 2011). Além disso, em paramédicos de Taiwan, evidenciou-se que a sonolência diurna excessiva é comum, demonstrando ser um fator que predispõem a ocorrência de acidentes ocupacionais entre os trabalhadores do serviço (LIM, et al. 2020). Dados que indicam a relação de dificuldades no sono com acidentes relacionados ao trabalho, sendo assim, o resultado obtido na pesquisa merece devida atenção por apresentar uma classificação grave no item de alterações no sono nos trabalhadores do SAMU.

Conforme Mendes e Ferreira (2007), os **Danos psicológicos** são caracterizados pela vivência de sentimentos negativos em relação a si mesmo e a vida no geral. A partir dos resultados dos itens da escala, apenas o item 'mau humor' apresentou avaliação crítica, enquanto os demais apresentaram avaliação satisfatória.

Em outro estudo com profissionais de APH, quando aplicado o ITRA, para os danos psicológicos, o item com pior avaliação também foi o de 'mau humor'. (WORM, et al. 2016) Além disso, em estudo com trabalhadores de um serviço de emergência, o comportamento individual de alguns profissionais, como falta de educação e mau humor, foram pontuadas como dificuldades para uma relação de trabalho harmoniosa (GUEDES, et al. 2017). Fatores esses que expõem que os trabalhadores atuantes na emergência podem apresentar mau humor, o que pode ser prejudicial para o seu desempenho profissional, e aqui obtido como dano psicológico. Estudo internacional, com paramédicos, confirma que 7,6% da amostra estudada estava com sintomas indicativos de provável transtorno mental comum (PETRIE, et al. 2018).

No que diz respeito ao trabalho em ambulâncias, dados obtidos em estudo indicam que a gravidade da pressão do tempo é um fator de estresse que pode prever exaustão psicológica, juntamente com a falta de controle sobre o ambiente de trabalho, trabalhar em ambientes exigentes fisicamente. Sobre o ambiente de trabalho, a falta de apoio entre os trabalhadores e/ou gestores, a falta de comunicação e a intensa pressão nas relações pessoais geradas pelas demandas do serviço, também tiveram impactos na saúde. Da mesma forma, trabalho por turnos, que requer estar acordado quando biologicamente deveria estar dormindo, são outros

exemplos de situações que têm impactos negativos na saúde psicológica dos trabalhadores de emergência (MOYA; CARRASCO; HOZ, 2017).

Na Austrália, pesquisa indica que 26,7% de trabalhadores de ambulância têm probabilidade leve de depressão, enquanto 10% apresentam sintomas moderados (SOFIANOPOULOS, et al. 2011). Estudo Britânico identificou que, quase 10% dos participantes relataram prováveis níveis clínicos de depressão e 22% relataram prováveis níveis clínicos de ansiedade (BENNETT, et al. 2004). No Brasil, aproximadamente 60% dos servidores do SAMU do Distrito Federal (DF), apresentam riscos médios para o sofrimento patológico (ARAUJO; OLIVEIRA, 2019).

Quando realizada associação das variáveis sociodemográficas e laborais com a classificação dos danos psicológicos no trabalho, identificou-se diferença estatística entre a variável vínculo empregatício e aqueles que já sofreram algum acidente/ doença relacionada ao trabalho. Cabe ressaltar, novamente, que este fator foi avaliado como suportável. Porém, percebe-se aqueles que sofreram acidente/doença possuem um percentual significativo (25,7%) daqueles que já possuem alguma doença ocupacional instalada. Quanto ao vínculo empregatício, destaca-se a porcentagem elevada (21,7%) daqueles trabalhadores que são concursados e possuem danos psicológicos já instalados.

Quando se trata da EADRT, a sua pior avaliação indica a existência de doenças ocupacionais já instaladas e segundo Mendes (2007), o inventário diagnostica riscos de adoecimento e um único trabalhador com problemas de saúde deve ser cuidado (MENDES, 2007). Por se tratar dessa interpretação, justifica-se o resultado daqueles que tiveram algum acidente/doença relacionada ao trabalho e são concursados apresentarem um percentual significativo de dano psicológico já instalado.

Estudo australiano corrobora com as informações, uma vez que os resultados indicaram que a amostra de trabalhadores de ambulância estava experimentando carga de sintomas mensuráveis devido a problemas de saúde mental, e 7,6% relataram sintomas indicativos de provável transtorno mental comum (PETRIE, et al. 2018). Estudo britânico também identificou taxas elevadas de problemas de saúde mental entre o pessoal dos serviços de ambulâncias, relacionados ao estresse pós-traumático (BENNETT, et al. 2004). Em trabalhadores de ambulância do Paquistão, aqueles que tem níveis mais altos de sintomas de estresse pós-traumático tem maior probabilidade de desenvolver também ansiedade e depressão (KERAI, et al. 2017). Isso pode confirmar que eventos traumáticos vivenciados por esses trabalhadores trazem consequências danosas para a saúde, como a ocorrência de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho.

Sobre o vínculo empregatício, um estudo que aplicou a EADRT com cuidadores de idosos, no fator de danos psicológicos, aqueles profissionais que eram concursados obtiveram médias mais elevadas, indicando uma avaliação mais grave (CARRARO; MAGALHÃES; CARVALHO, 2019). Esse dado corrobora com a presente pesquisa na qual os concursados tiveram um valor significativo com a presença de danos psicológicos relacionados ao trabalho já instalados.

Os **Danos sociais** são definidos como isolamento e dificuldades nas relações sociais e familiares (MENDES e FERREIRA, 2007). Dejours (2015) argumenta que o mundo do trabalho sofre de uma patologia da solidão, e o sofrimento começa quando a relação homem-organização do trabalho fica bloqueada; ou seja, quando o trabalhador usa o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação, e não percebe reciprocidade por parte de seus colegas e superiores (DEJOURS, 2015).

Sobre os resultados desse fator, dois itens obtiveram resultado crítico, enquanto os demais obtiveram resultado satisfatório. Os itens críticos são: ‘vontade de ficar sozinho’ e ‘impaciência com as pessoas em geral’. Esses resultados são corroborados com os obtidos em duas pesquisas com docentes de instituições federais, uma no Rio Grande do Sul e outro no Amazonas, em que os mesmos itens obtiveram avaliação crítica e os demais suportável (BUBLITZ, 2017) (TUNDIS; MONTEIRO, 2018).

Além disso, estudo realizado com fisioterapeutas de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) obteve a mesma avaliação neste fator (SILVA, et al. 2016). Reforçando que o fator danos sociais, que obteve uma avaliação satisfatória em seu aspecto geral, indica um resultado positivo, que deve ser mantido e consolidado no ambiente organizacional (MENDES,2007).

Quando realizado associação das variáveis sociodemográficas e laborais com a classificação dos danos sociais no trabalho, identificou-se diferença estatística entre a variável daqueles que já sofreram algum acidente/ doença relacionada ao trabalho. Percebe-se que aqueles que já sofreram acidente/doença relacionada ao trabalho possuem uma pior avaliação quanto a esse item em relação aqueles que nunca sofreram. A ocorrência de acidentes de trabalho implica danos sociais imediatos. Primeiro, e mais importante, pelo comprometimento da saúde e integridade física do trabalhador. Segundo, pelos seus dependentes que podem eventualmente perder a base de sustentação familiar. Terceiro, pelos custos que ocorrem nas áreas sociais, principalmente na saúde e na previdência social (CECHIN, 2002).

Os fatores que obtiveram correlação forte foram os danos sociais com o fator de danos psicológicos. O grau de associação entre danos psicológicos e danos sociais relaciona-se à

própria natureza de ambos os construtos, na medida em que os danos psicológicos remetem a um sofrimento intrínseco de caráter individual, enquanto os danos sociais representam a deterioração das relações do sujeito com as pessoas de seu convívio familiar e social, expressos por agressividade, isolamento, conflitos, entre outros (HOFFMAN, et al. 2017). Pesquisa realizada com enfermeiros de um hospital universitário também identificou essa mesma correlação, o que sugere que esses são fatores que se inter-relacionam e se influenciam fortemente (SILVA, et al. 2016).

7 CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo analisar os riscos de adoecimento relacionados ao trabalho em trabalhadores atuantes em Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Frente a isso, pode-se observar que os trabalhadores desse serviço estão expostos a diversos riscos de adoecimento, bem como algumas doenças já instaladas ligadas ao desenvolvimento de suas atividades no trabalho.

Sobre as características sociodemográficas e laborais dos trabalhadores, pode-se traçar um perfil desses profissionais, corroborando com as demais pesquisas realizadas com essa população, sendo em sua maioria trabalhadores do sexo masculino, casado/ com acompanhante e que possui filhos. A idade média desses trabalhadores é de 39,2 anos e a maior parte deles possui curso de graduação e trabalha em outro emprego.

Os riscos ocupacionais mais percebidos pelos trabalhadores foram o estresse, comoção com familiar da vítima, que demonstram o quanto esses profissionais têm uma forte demanda psicoemocional no desempenhar de suas atividades profissionais. O terceiro risco mais percebido por esses trabalhadores é risco de contaminação com materiais biológicos, que também demonstra que esses trabalhadores percebem a presença dos riscos biológicos no seu cotidiano de trabalho. Por último, se destacou o risco de violência/agressão evidenciado por uma grande maioria dos trabalhadores, risco esse que é considerado problema de saúde pública tanto no Brasil quanto no exterior.

Em relação ao contexto de trabalho no SAMU, esse obteve uma avaliação crítica por parte dos trabalhadores pesquisados, indicando situação limite nesse aspecto para os trabalhadores. Destaca-se aqui a importância de devida atenção sobre o resultado obtido nesse fator, visto que dependendo da maneira como ele está organizado pode desencadear sofrimento no trabalho. Considerando os fatores da escala, a organização do trabalho também obteve avaliação crítica, demonstrando insatisfação dos trabalhadores com as normas e o modelo de trabalho e gestão dentro do serviço. Por outro lado, as condições do trabalho e as relações socioprofissionais obtiveram avaliação satisfatória, demonstrando que os trabalhadores possuem uma boa relação com a chefia e seus pares, e também possuem boas condições do ambiente em que executam as suas atividades laborais.

Sobre o custo humano no trabalho em SAMU, nos municípios pesquisados, a escala obteve resultado crítico no geral, demonstrando que o trabalho em SAMU requer um custo alto dos seus profissionais no desempenho de suas atividades. Quanto ao custo físico e cognitivo, os dois obtiveram uma avaliação grave, produtora de sofrimento no trabalho devido

as demandas físicas e cognitivas exigidas por ele. Resultado que requer atenção dos trabalhadores e gestores, que coloca em risco a saúde dos trabalhadores durante o desempenho de suas atividades laborais e também ao sofrimento psíquico. Já o custo afetivo, obteve uma avaliação crítica, menos grave do que as anteriores, mas que merece devida atenção, já que este fator se refere a necessidade do controle afetivo e emocional durante situações enfrentadas no desempenho do trabalho.

Relacionado aos danos de saúde presentes nos trabalhadores atuantes do SAMU, sua avaliação geral foi suportável, satisfatória, no que se trata aos danos que podem estar instalados na saúde dos trabalhadores. Os danos físicos apresentaram um resultado crítico, demonstrando desgaste físico, dores musculares e grande chance no desenvolvimento de patologias de ordem física relacionadas ao trabalho. Os danos psicológicos e sociais obtiveram avaliação satisfatória, demonstrando que por mais que os riscos de ordem psicológica e social estejam presentes, esses trabalhadores estão conseguindo lidar de forma a minimizar a existência de doenças e e sofrimento relacionadas a eles.

Quando associados os riscos de adoecimento no trabalho com as variáveis sociodemográficas e laborais, obteve-se diferença estatística em algumas relações. Quanto as relações socioprofissionais no trabalho, os técnicos de enfermagem, concursados e que sofreram algum acidente/ doença relacionada ao trabalho obtiveram uma avaliação majoritariamente crítica sobre esse fator.

Quanto ao custo físico no trabalho, identificou-se relação estatística entre a variável de função exercida no serviço, na qual enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores obtiveram uma avaliação grave desse fator, enquanto os médicos obtiveram uma avaliação crítica. Em relação ao custo cognitivo no trabalho, identificou-se que aqueles que possuem graduação/pós-graduação tem uma pior avaliação acerca do custo cognitivo no trabalho em SAMU. Ainda, aqueles que possuem outro emprego, além do SAMU, avaliam o custo afetivo com maior gravidade.

Em relação aos danos, os danos psicológicos no trabalho, demonstrou-se instalado em sua maioria naqueles profissionais concursados e que já sofreram algum acidente/ doença relacionada ao trabalho. E, por fim, em relação aos danos sociais, identificou-se que aqueles já sofreram algum acidente/doença relacionada ao trabalho, possuem um percentual significativo que possuem dano social já instalado.

Sobre as correlações entre as escalas do ITRA e os fatores que as compõem, os fatores que obtiveram correlação forte foram os danos sociais com os danos psicológicos,

demonstrando que aqueles que possuem uma pior avaliação para os danos sociais também possuem uma avaliação pior para os danos psicológicos, o contrário também é verdadeiro.

Os resultados obtidos neste estudo demonstram avanços do conhecimento na área da saúde do trabalhador e fornecem conhecimento para contribuir com a finalidade de promover o desenvolvimento de estratégias que contribuam para o estímulo das práticas de saúde e prevenção do adoecimento destes trabalhadores. Também podem contribuir para a construção e fortalecimento de políticas públicas voltadas à saúde do trabalhador, visando a melhoria das condições de trabalho nesse ambiente laboral de características peculiares.

Os dados obtidos, nesse estudo, de forma quantitativa, demonstram que esses profissionais estão cotidianamente expostos a fatores que podem gerar adoecimento tanto físico quanto psicossocial relacionados ao trabalho. Assim, sugere-se implementação de técnicas qualitativas que consigam explorar com maiores detalhes os resultados obtidos de forma quantitativa nesse estudo, gerando assim uma riqueza na exploração dos riscos de adoecimento dos trabalhadores de SAMU.

Sendo assim, conclui-se que o presente estudo contribui para a discussão sobre os riscos de adoecimento dos trabalhadores SAMU, apontando a necessidade de intervenção imediata em alguns aspectos, bem como de investigações e reflexões sob outros prismas, em novos estudos que abordem o trabalho e a saúde dos trabalhadores neste contexto laboral.

Por fim, como limitação do estudo, destaca-se que a coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto de 2020 e março de 2021, tempo em que o país vivia uns dos momentos mais críticos da Pandemia de COVID-19, sendo necessário o isolamento e distanciamento social, impedindo o contato pessoal com os participantes. Sendo assim, a coleta de dados ocorreu on-line ou a distância, fator que limitou a abordagem presencial pela pesquisadora, dificultando a adesão dos trabalhadores a pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, D.A; KLEIN, S. Ambulance personnel and critical incidents: Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. **British Journal of Psychiatry**. v. 178, p16-81. 2001
- ALMEIDA, L.A. et al. Fatores geradores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde. **Rev Fund Care Online**. v.8 n.3 p.4623-4628. jul/set. 2016.
- ANDRADE, M.C.M; JÚNIOR, A.C.S. Estresse ocupacional no serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev. Min. Enferm.**v.18, n.2, p.376-383 abr./jun. 2014.
- ANTUNES, R. Dimensões de precarização estrutural do trabalho. In: Druck G, Franco T, organizadoras. **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização**. São Paulo: Boitempo, 2007. p. 13-22.
- ARAÚJO, L.K.R; OLIVEIRA, S.S. Mapeamento dos Riscos Psicossociais no SAMU/DF. **Psicologia: Ciência e Profissão** [Internet]. v.39, p.1-12, 2019.
- ARAÚJO, F. D. P. et al. Avaliação da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem do atendimento pré-hospitalar. **Rev. bras. med. Trab.**v.16, n.3, p.312-317. Out 2018.
- ARAÚJO, M.T; VELLOSO, I.S.C; ALVES, M. Práticas cotidianas dos profissionais no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Rev Min Enferm**. v. 21, p.1-8. 2017.
- BALLESTEROS, S. et al. Contaminación acústica en el transporte sanitario urgente por carretera. **An. Sist. Sanit. Navar**. v.35, n.3, p. 367-375. 2012.
- BERNARDO, M. H.; GARBIN, A. C. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. **Rev. bras. saúde ocup**. v.36, n.123, jan./jun. 2011.
- BECZKOWSKA, S. et al. Road ambulances: working conditions of paramedics – pilot studies. **International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health** [Internet]. v.33, n.1, p91-105. 2020.
- BENNETT, P. et al. Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers. **Emerg Med J**. v.21, p.235-236. 2004.
- BETIOL S. I. M. **Psicodinâmica do Trabalho - Contribuições da Escola Dejouriana e Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho**. São Paulo: Atlas. 1994.
- BISQUERRA, R.; SARRIERA, J.C.; MARTÍNEZ, F. **Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- BOLLER, E. Estresse no setor de emergência: possibilidades e limites de novas estratégias gerenciais. **Rev Gaúcha Enferm**. v.24, n.3, p.336-345. 2003.
- BORTOLOTTI, Fábio. **Manual do Socorrista**. Porto Alegre: Expansão editorial, 2008. 396 p.

BRASIL. Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Saúde do trabalhador: dor nas costas foi doença que mais afastou trabalhadores em 2017. Secretaria da Previdência. Brasília: **Ministério da Fazenda**; 2017.

BRASIL. Portaria n. 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília-DF. 29 de setembro de 2003.

BRASIL. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília -DF. 5 nov de 2002.

BRASIL. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 out. 2003.

BRASIL. Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 21 mai. 2012a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 12 dez 2012b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 07 abr 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 580**, de 22 de março de 2018. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 22 mar 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília, DF, nov. 2004.

BRASIL. Portaria nº 288, de 12 de março de 2018. Redefine a operacionalização do cadastramento de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e o elenco de profissionais que compõem as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 12 mar. 2018.

BRASIL. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2012a. Seção I, p. 46-51.

BRASIL. Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 16 dez. 2004.

BUBLITZ, S. **Riscos de adoecimento, prazer e sofrimento no cotidiano laboral de enfermeiros docentes de pós-graduação “stricto sensu”: abordagem de métodos mistos**. 2017.212p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2017.

CAMPOS, J.F; DAVID, H.M.S.L. Custo humano no trabalho: avaliação de enfermeiros em terapia intensiva à luz da psicodinâmica do trabalho. **Revista Baiana de Enfermagem**. v. 24, n. 1, 2, 3, p. 23-32, jan./dez. 2010

CARRARA, G. L. R; MAGALHÃES, D.M; LIMA, R.C. Riscos ocupacionais e os agravos à saúde dos profissionais de enfermagem. **Revista Fafibe On-Line**. v.8, n.1, p. 265-286. 2015.

CARRARO, P.F.H; MAGALHÃES, C.M.C; CARVALHO, P.D.P. Riscos Psicossociais e Estresse de Cuidadores de Idosos Institucionalizados. **Psic. Rev.** v.28, n.1, p.79-101. 2019.

CAVALCANTE, J.B. et al. Rede de relações em um serviço de atendimento móvel de urgência: análise de uma equipe de trabalho. **Rev Bras Med Trab.** v. 16, n.2, p158-166. 2018.

CECHIN, J. Ocorrência de Acidentes de Trabalho conforme a GFIP. **Informe de Previdência Social**, v.14, n.02, fev. 2002.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 027-034, set./dez. 2004.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 6. ed. São Paulo: Ed. Cortez – Oboré, 2015.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 7. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getulio Vargas, 2011.

DEJOURS, C. Psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In: MENDES, A. M; LIMA, S. C. C.; FACAS, E. P. Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho. Brasília: Paralelo 15, 2007

DEJOURS, C; ABDOUCHELI E; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. Coordenação de Maria Irene Stocco Betiol. 1ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

DENIZ, T. et al. Effect of exposure to violence on the development of burnout syndrome in ambulance staff. **Turk J Med Sci**. v.46, p.296-302. 2016.

FELIX, Q.T.M; ARAÚJO, A.J.S; MÁXIMO, T.C.O. A concepção de cooperação das equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Laboreal [Online]**, v. 15, n.1. 2019.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FORTE, E.C.N; et al. Abordagens teóricas sobre a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.** v.19, n.3, p.604-11. Jul/set. 2014.

GIL-MONTE, P.R. Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. **Rev. Peru Med. Exp. Salud-Publica.** v.29, n.2, p.237-241. 2012.

GOULART, L.S; et al. Work accidents and occupational risks identified in the Mobile Emergency Service. **Rev Esc Enferm USP.** n.54, p.01-08. 2020.

GUEDES, J.L. et al. Ambiente de trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.** n.2. 2017.

GUIMARÃES, E. P. A.; SILVA, R. F; SANTOS, J. B. F. dos. Condutores de esperança: condições de trabalho de condutores de Ambulância do SAMU. **Público Priv.** (Online). n.25, p.55-75. 2015.

HOFFMANN, C. et al. Psicodinâmica do trabalho e riscos de adoecimento no magistério superior. **Estudos avançados.** v.31, n.91. 2017.

HOSTINS, R.C.L; ROCHADEL, O; MELO, A.G. O conceito de trabalho em Lukács: implicações no campo da política educacional. **Conjectura: Filos. Educ.**v. 24, p. 174-190. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades@.** Brasil, 2019. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em nov. 2019

ILIC, I.M. et al. Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout – questionnaire survey among emergency physicians and nurses. **Medycyna Pracy.** v.68, n.2, p.167-178. 2017.

KERAI, S.M. et al. Post-traumatic stress disorder and its predictors in emergency medical service personnel: a cross-sectional study from Karachi, Pakistan. **BMC Emergency Medicine.** v.17, n.16, p 1-7. 2017.

KIM, J. H. et al. Organizational response to workplace violence, and its association with depressive symptoms: A nationwide survey of 1966 Korean EMS providers. **Journal of Occupational Health.** v.61, n.1, p.101-109. 2019.

LANCMAN, S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 25-36.

LESZCZYŃSKI, P. et al. Determinants of occupational burnout among employees of the Emergency Medical Services in Poland. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine.** v.26, n.1, p.114-119. 2019.

LIM, M. et al. Sleepiness and injury risk in emergency medical service workers in Taiwan. **PLoS ONE** [Internet]. v.15, n.2. p.1-13. 2020.

- LIMA-COSTA, M.F; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.12, n.4, p.189 – 201. 2003
- LORO, M.M. et al. Desvelando situações de risco no contexto de trabalho da Enfermagem em serviços de urgência e emergência. **Escola Anna Nery**. v.20, n.4. Out./Dez. 2016.
- LUCHTEMBERG, M.N; PIRES, D.E.P. Nurses from the Mobile Emergency Service: profile and developed activities. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v.69, n.2, p194-201. 2016.
- LUZ, L. M. et al. Síndrome de Burnout em profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** (Online), v.9, n.1, p. 238-246, jan./mar. 2017.
- MAGUIRE, B.J; O'NEILL, B.J. Emergency Medical Service Personnel's Risk From Violence While Serving the Community. **AJPH**. v.107, n.11. Nov. 2017.
- MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política: Livro I. Volume I. 27º ed.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. 571 p.
- MARZIALE, M. H. P. Contribuições do Enfermeiro do Trabalho na Promoção da Saúde do Trabalhador. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 3, n. 2, p. 7-8, abr. 2010.
- MAGUIRE, B.J. Violence against ambulance personnel: a retrospective cohort study of national data from Safe Work Australia. **Public Health Research & Practice**. v.28, n.1, mar. 2018.
- MCDOWALL, J; LAHER, A.E. Cross-sectional survey on occupational needle stick injuries amongst prehospital emergency medical service personnel in Johannesburg. **African Journal of Emergency Medicine** [Internet]. v.9, p.197-201. 2019.
- MERHY, E. E; FRANCO, T.B. Trabalho em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. FIOCRUZ. 2009.
- MELO, S. L. et al. Riscos ocupacionais no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev. iberoam. educ. investi. Enferm**. v.6, n.2, p.65-72. 2016.
- MENDES, A. M. **Psicodinâmica do trabalho: Teoria, Método e Pesquisas**.1ªed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. 368 p.
- MENDES, A. M. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicol. cienc. prof**. v.15, p.1-3. 1995.
- MESQUITA, S. M. M. et al. Ergonomia, Psicodinâmica e Riscos. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**. v.6, n.1, p.136-149. 2015.
- MOYA, P.N; CARRASCO, M.G; HOZ, E.V. Psychosocial risk and protective factors for the health and well-being of professionals working in emergency and non-emergency medical transport services, identified via questionnaires. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**. v.25, n.88, p 1-11. 2017.

NAEMT - Pre Hospital Trauma Life Support. **PHTLS: Atendimento Pré-hospitalizado ao Traumatizado**. 9. ed. Porto Alegre, RS: Ed. Artmed, 2020. 786 p.

NASCIMENTO, M.O; ARAÚJO, G.F. Riscos Ocupacionais dos Profissionais de Enfermagem atuantes no SAMU 192. **Id on Line Rev. Psic.** v.10, n. 33. Jan. 2017.

NEVES, D. R. et al. Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. **Cad. EBAPE.BR.** v. 16, n. 2. abr./jun. 2018.

PEK, E. et al. Cross-sectional survey on self-reported health of ambulance personnel. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine** [Internet]. v.23, n.14. p.1-9. 2015.

PETRIE, K. et al. The importance of manager support for the mental health and well-being of ambulance personnel. **PLoS ONE.** v.13, n.5, p 1-13. mai.2018.

PLOEG, E; KLEBER R. J. Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. **Occup Environ Med.** v.60, p40-46. 2003.

PRAZERES, T. J.; NAVARRO, V. L. Na costura do sapato, o desmanche das operárias: estudo das condições de trabalho e saúde das pespontadeiras na indústria de calçados de Franca, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 10, p. 1930-1938, out. 2011.

PRESTES, F.C. et al. Contexto de trabalho em um serviço de hemodiálise: avaliação dos trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** v.24, n.3, p637-645, jul./set. 2015.

PRESTES, F.C. **Danos à saúde dos trabalhadores de enfermagem em hemodiálise**. 2011. 218p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

RAMOS, V.O; SANNA, M.C. A inserção da enfermagem no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Rev. Bras. Enferm.** v. 58, n.3, p. 355-360, mai./jun. 2005.

RANDHAWA, S. M; HAY-SMITH, E. J. C; GRAINGER, R. The experience of lower back pain and its treatment among paramedics in New Zealand: A qualitative study. **Australasian Journal of Paramedicine.** v.16, p.1-7. 2019.

RIBEIRO, R. P. et al. Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 39, e65127, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100421&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 out. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019**. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) Porto Alegre, 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto Estadual nº 55.128, de 19 de março de 2020. Declara estado de calamidade pública em todo o território do Estado do Rio Grande do Sul para fins

de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo COVID-19 (novo Coronavírus), e dá outras providências.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto Estadual nº 55.461, de 31 de agosto de 2020. Determina a aplicação das medidas sanitárias segmentadas de que trata o art. 19 do Decreto nº 55.240, de 10 de maio de 2020, que institui o Sistema de Distanciamento Controlado para fins. **Palácio Piratini**, Secretaria Estadual de Saúde, Porto Alegre, RS, 31 ago. de 2020.

SACAIA, R. et al. Distúrbios osteomusculares relacionados ao processo de trabalho no atendimento pré-hospitalar. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. v. 15, n. 2, p.751-758, ago./dez. 2017

SAMPIERI, R.H; COLLADO, C.F; LUCIO, M.P.B. **Metodologia de pesquisa**. Tradução de Daisy Vaz de Moraes.5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTANA, L. L. et al. Indicadores de saúde dos trabalhadores da área hospitalar. **Rev. Bras. Enf.** v.69, n.1, p.30-39 jan./fev. 2016.

SANTOS, R.A.V; RAPOSO, M.C.F; MELO, R.S. Prevalência e fatores associados à dor musculoesquelética em profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **BrJP**. v.4, n.1, p.20-25. jan./mar, 2021.

SÉ, A.C.S. et al. Violência sofrida por enfermeiros do atendimento pré-hospitalar em áreas de risco ou conflito urbano. **Research, Society and Development**, v.9, n.9. 2020.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez. 2011

SILVA, R.M. et al. Efeitos do trabalho na saúde de enfermeiros que atuam em clínica cirúrgica de hospitais universitários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.24. 2016.

SCHMIDT, D.R.C. Modelo demanda-controle e estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enf.** v.66, n.5, p. 779-788, set./out. 2013.

SHIMIZU, H.E; COUTO, D.T; MERCHAN HAMANN, E. Prazer e sofrimento em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am.** v.19, n.3, mai./jun. 2011.

SOFIANOPOULOS, S. et al. The exploration of physical fatigue, sleep and depression in paramedics: a pilot study. **Journal of Emergency Primary Health Care (JEPHC)**. v.9, n.1. 2011.

TAYLOR, J.A. et al. Injury risks of EMS responders: evidence from the National Fire Fighter Near-Miss Reporting System. **BMJ Open** [Internet]. v.5. e007562. p.1-8.2015

THOFEHRN, M.B. et al. Relações interpessoais na equipe de enfermagem: fatores para formação de vínculos profissionais saudáveis. **ReTEP** [Internet]. v.10, n.4. p.3-11. 2018.

TIPPLE, A. F. et al. Acidente com material biológico no atendimento pré-hospitalar móvel: realidade para trabalhadores da saúde e não saúde. **Rev. Bras. Enferm.** v.66, n.3, p.378-384. Mai./jun. 2013.

TUNDIS, A.G.O; MONTEIRO, J.K. Ensino superior e adoecimento docente: um estudo em uma universidade pública. **Psic. da Ed.** v.46, p.1-10, jan./jul. 2018.

WEAVER M.D. et al. An observational study of shift length, crew familiarity, and occupational injury and illness in emergency medical services workers. **Occup Environ Med.** v.72, p.798–804. 2015.

WORM, F.A. et al. Risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no trabalho em atendimento móvel de urgência. **Rev Cuid.** v.7, n.2, p.1288-96. 2016.

ZHANG Q; DONG, H. Low back pain in emergency ambulance workers in tertiary hospitals in China and its risk factors among ambulance nurses: a cross-sectional study. **BMJ Open** [Internet]. v.9. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Riscos de adoecimento em trabalhadores de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

Pesquisador responsável: Profa. Enfa. Dra Silviamar Camponogara

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/ Departamento de Enfermagem

Telefone e endereço postal: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, Departamento de enfermagem, sala 1339, 97105-970 - Santa Maria – RS. (055) 3220-8263

Local da coleta de dados: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) das cidades de Santa Maria, Santa Cruz do Sul, Pelotas e Rio Grande

Eu, Silviamar Camponogara, responsável pela pesquisa “Riscos de adoecimento em trabalhadores de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)”, o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende analisar os riscos de adoecimento relacionado ao trabalho em trabalhadores atuantes em Serviços de Atendimento Móvel de Urgência. Acreditamos que ela seja importante porque é de suma importância compreender que esses dinâmicos e complexos ambientes de trabalho podem favorecer ações preventivas e corretivas das situações que corroboram para os riscos ocupacionais, visando à criação de um ambiente de trabalho saudável, impedindo, assim, que ocorram acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

A presente pesquisa cumprirá as determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 e também da Resolução nº 580, de 22 de março de 2018 do Conselho Nacional de Saúde. As mesmas dispõem sobre os cuidados da pesquisa com Seres Humanos em Ciências Humanas e Sociais, e visam assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Para a sua realização será feito o seguinte: Para coleta de dados será utilizado um questionário composto por dois instrumentos autoaplicáveis com tempo de preenchimento de aproximadamente 20 minutos. Após, serão digitados e os dados serão analisados estatisticamente. Ainda, os resultados serão divulgados em artigos de meio científico.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 – 97105-900 – Santa Maria -RS –
2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 – E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

Comite de Ética em Pesquisa da ESP: Av. Ipiranga, 6311 – 90610-001 – Porto Alegre, RS.
Telefone: (51) 39011532 – E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br.

Os dados serão utilizados, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, Departamento de enfermagem, sala 1339, 97105-970 - Santa Maria – RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Silviomar Camponogara. Após este período os dados serão destruídos.

Sua participação constará por meio do preenchimento de dois questionários autoaplicáveis com base na sua vivência profissional. A pesquisa apresenta riscos mínimos, uma vez que, as questões poderão mobilizar sentimentos sobre a experiência vivenciada, caso isso aconteça os pesquisadores estarão disponíveis para prestar esclarecimentos ou fazer os encaminhamentos que forem necessários. Os benefícios da pesquisa serão indiretos, contribuindo para o conhecimento científico acerca dos riscos de adoecimento em trabalhadores atuantes em Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com os Comitês de Ética em Pesquisa. Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, os pesquisadores estarão disponíveis para prestar esclarecimentos ou fazer os encaminhamentos que forem necessários na rede municipal de Saúde.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão. As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foime entregue.

Assinatura do voluntário: _____

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE: _____

_____, ____ de _____ de 2020.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 – 97105-900 – Santa Maria -RS –
2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 – E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

Comite de Ética em Pesquisa da ESP: Av. Ipiranga, 6311 – 90610-001 – Porto Alegre, RS.
Telefone: (51) 39011532 – E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br.

APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E LABORAIS

BLOCO A- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E LABORAIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

| BLOCO A - CARACTERIZAÇÃO | |
|-----------------------------------|---|
| A1 | Nº do instrumento _____ |
| A2 | Data da Coleta de Dados: ____/____/____ |
| BLOCO B – SOCIODEMOGRÁFICO | |
| B1 | Idade: _____ |
| B2 | Sexo: (1) -Feminino (2) -Masculino |
| B3 | Estado civil: (1) - Companheiro (2) - Sem companheiro |
| B4 | Possui Filhos? (1) -Sim (2) -Não |
| B5 | Função desempenhada nessa instituição: (1) -Enfermeiro (2) -Médico (3) - Técnico de Enfermagem (4) – Condutor |
| B6 | Cidade de trabalho: (1) -Santa Maria (2) -Pelotas (3) - Rio Grande (4) -Santa Cruz do Sul |
| BLOCO C – LABORAIS | |
| C1 | Nível de escolaridade (maior titulação): (1) - Ensino Fundamental (2) -Ensino Médio/Técnico (4) -Graduação (5) - Pós-graduação |
| C2 | Vínculo empregatício: (1) -Concurso (2) -Contrato Efetivo (3) - Contrato Temporário |
| C3 | Turno de trabalho majoritariamente: (1) - Diurno (2) -Noturno (3) - Misto |
| C4 | Possui outro emprego: (1) - Não (2) - Sim |
| C5 | Durante o trabalho neste serviço, você já esteve exposto a algumas destas situações: (1) - Contato com produto químico (2) -Agressão/violência (3) -Queda no trabalho (4) -Queimadura (5) -Traumatismo (6) -Contato com material potencialmente contaminado (7) - Acidente com material perfurocortante (8) - Lesão por esforço/ dor osteomuscular (9) -Acidente de Trânsito (10) -Situação de estresse (11) - Ruído excessivo (12) – Comoção de familiar da vítima (13) – Temperaturas extremas (14) - Não se aplica (15) - Outro _____ |
| C6 | Você já teve algum acidente e/ou doença relacionado ao trabalho neste serviço: (1) - Não (2) -Sim |

| | |
|----|--|
| | |
| C7 | Você relaciona o (s) seu (s) acidente(s) e/ou doença(s) como decorrente de algum acidente específico? (1) -Não (2) -Sim |
| C8 | Você precisou de afastamento do trabalho em decorrência do seu acidente e/ou doença relacionada ao trabalho? (1) -Não (2) - Sim |
| C9 | Você faz uso de alguma medicação em decorrência do seu acidente e/ou doença relacionada ao trabalho relacionado (s) ao trabalho: Não (1) Sim (2) |

APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do Projeto: Riscos de adoecimento em trabalhadores de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

Pesquisador responsável: Profa. Enfa. Dra. Silviamar Camponogara

Instituição/Departamento: Departamento de Enfermagem – Universidade federal de Santa Maria (UFSM)

Telefone para contato: (055) 3220-8263

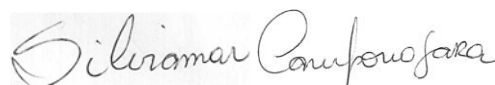
Local da coleta de dados: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) das cidades de Santa Maria, Santa Cruz do Sul, Pelotas e Rio Grande.

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de questionários autoaplicáveis, no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência dos municípios de Santa Maria, Santa Cruz do Sul, Pelotas e Rio Grande, no período de fevereiro a julho de 2020.

Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, Departamento de enfermagem, sala 1339, 97105-970 - Santa Maria – RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Silviamar Camponogara. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em 17/03/2020, com o número de registro CAAE 27790720.4.0000.5346 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Saúde Pública (ESP) em 30/03/2020, com o número de registro CAAE 27790720.4.3001.5312.

Santa Maria, 04 de abril de 2020.



.....
Silviamar Camponogara

CI 8043999096

COREN 58899

ANEXOS

ANEXO A- INVENTÁRIO SOBRE O TRABALHO E RISCOS DE ADOECIMENTO (ITRA)

Inventário de trabalho e riscos de adoecimento (ITRA)

Esta é uma escala que avalia as vivências **positivas** e **negativas** no trabalho, nos últimos **seis meses**. O **ITRA** é um instrumento que já foi validado no Brasil e aplicado em diversas categorias profissionais. As informações prestadas por você são sigilosas e serão analisadas em conjunto com as informações fornecidas por seus colegas. Pedimos que responda ao instrumento atentamente às instruções de respostas.

BLOCO B - Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz do seu contexto de trabalho

| 1 Nunca | 2 Raramente | 3 Às vezes | 4 Frequentemente | 5 Sempre | | |
|---|----------------|---------------|---------------------|-------------|---|-------|
| 1. O ritmo de trabalho é excessivo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B1__ |
| 2. As tarefas são cumpridas com pressão de prazos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B2__ |
| 3. Existe forte cobrança por resultados | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B3__ |
| 4. As normas para execução das tarefas são rígidas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B4__ |
| 5. Existe fiscalização do desempenho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B5__ |
| 6. O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B6__ |
| 7. Os resultados esperados estão fora da realidade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B7__ |
| 8. Existe divisão entre quem planeja e quem executa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B8__ |
| 9. As tarefas são repetitivas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B9__ |
| 10. Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B10__ |
| 11. As tarefas executadas sofrem descontinuidade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B11__ |
| 12. As tarefas não estão claramente definidas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B12__ |
| 13. A autonomia é inexistente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B13__ |
| 14. A distribuição das tarefas é injusta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B14__ |
| 15. Os funcionários são excluídos das decisões | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B15__ |
| 16. Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B16__ |
| 17. Existem disputas profissionais no local de trabalho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B17__ |
| 18. Falta integração no ambiente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B18__ |
| 19. A comunicação entre funcionários é insatisfatória | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B19__ |
| 20. Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B20__ |
| 21. As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B21__ |
| 22. As condições de trabalho são precárias | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B22__ |
| 23. O ambiente físico é desconfortável | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B23__ |
| 24. Existe muito barulho no ambiente de trabalho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B24__ |
| 25. O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B25__ |
| 26. Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B26__ |
| 27. O posto de trabalho é inadequado para a realização das tarefas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B27__ |
| 28. Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B28__ |
| 29. O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B29__ |
| 30. As condições de trabalho de trabalho oferecem riscos a segurança das pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B30__ |
| 31. O material de consumo é insuficiente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | B31__ |

BLOCO C - Agora escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz das exigências decorrentes do seu **contexto de trabalho**.

| 1 Nada exigido | 2 Pouco exigido | 3 Mais ou menos exigido | 4 Bastante exigido | 5 Totalmente exigido |
|-------------------|--------------------|----------------------------|-----------------------|-------------------------|
|-------------------|--------------------|----------------------------|-----------------------|-------------------------|

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|-------|
| 1. Ter controle das emoções | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C1__ |
| 2. Ter que lidar com ordens contraditórias | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C2__ |
| 3. Ter custo emocional | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C3__ |
| 4. Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C4__ |
| 5. Disfarçar o sentimentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C5__ |
| 6. Ser obrigado a elogiar as pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C6__ |
| 7. Ser obrigado a ter bom humor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C7__ |
| 8. Ser obrigado a cuidar da aparência física | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C8__ |
| 9. Ser bonzinho com os outros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C9__ |
| 10. Transgredir valores éticos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C10__ |
| 11. Ser submetido a constrangimentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C11__ |
| 12. Ser obrigado a sorrir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C12__ |
| 13. Desenvolver macetes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C13__ |
| 14. Ter que resolver problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C14__ |
| 15. Ser obrigada a lidar com imprevistos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C15__ |
| 16. Fazer previsão de acontecimentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C16__ |
| 17. Usar a visão de forma contínua | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C17__ |
| 18. Usar a memória | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C18__ |
| 19. Ter desafios intelectuais | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C19__ |
| 20. Fazer esforço mental | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C20__ |
| 21. Ter concentração mental | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C21__ |
| 22. Usar a criatividade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C22__ |
| 23. Usar a força física | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C23__ |
| 24. Usar os braços de forma contínua | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C24__ |
| 25. Ficar em posição curvada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C25__ |
| 26. Caminhar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C26__ |
| 27. Ser obrigado a ficar em pé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C27__ |
| 28. Ter que manusear objetos pesados | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C28__ |
| 29. Fazer esforço físico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C29__ |
| 30. Usar as pernas de forma contínua | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C30__ |
| 31. Usar as mãos de forma repetida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C31__ |
| 32. Subir e descer de escadas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | C32__ |

BLOCO D - Os itens a seguir tratam dos tipos **de problemas físicos, psicológicos e sociais** que você avalia como causados, essencialmente, pelo seu trabalho. Marque o número que melhor corresponde a frequência com a qual eles estiverem presentes na sua vida nos **últimos seis meses**.

| 0 Nenhuma vez | 1 Uma vez | 2 Duas vezes | 3 Três vezes | 4 Quatro vezes | 5 Cinco vezes | 6 Seis vezes |
|---------------------|--------------|-----------------|-----------------|----------------------|------------------|-----------------|
|---------------------|--------------|-----------------|-----------------|----------------------|------------------|-----------------|

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1. Dores no corpo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E1__ |
| 2. Dores nos braços | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E2__ |
| 3. Dor de cabeça | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E3__ |
| 4. Distúrbios respiratórios | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E4__ |
| 5. Distúrbios digestivos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E5__ |
| 6. Dores nas costas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E6__ |
| 7. Distúrbios auditivos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E7__ |
| 8. Alterações no apetite | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E8__ |
| 9. Distúrbios na visão | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E9__ |
| 10. Alterações do sono | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E10__ |
| 11. Dores nas pernas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E11__ |
| 12. Distúrbios circulatórios | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E12__ |
| 13. Insensibilidade em relação aos colegas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E13__ |
| 14. Dificuldades nas relações fora do trabalho | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E14__ |
| 15. Vontade de ficar sozinho | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E15__ |
| 16. Conflitos nas relações familiares | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E16__ |
| 17. Agressividade com os outros | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E17__ |
| 18. Dificuldade com os amigos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E18__ |
| 19. Impaciência com as pessoas em geral | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E19__ |
| 20. Amargura | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E20__ |
| 21. Sensação de vazio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E21__ |
| 22. Sentimento de desamparo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E22__ |
| 23. Mau-humor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E23__ |
| 24. Vontade de desistir de tudo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E24__ |
| 25. Tristeza | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E25__ |
| 26. Irritação com tudo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E26__ |
| 27. Sensação de abandono | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E27__ |
| 28. Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E28__ |
| 29. Solidão | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | E29__ |

ANEXO B- AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA PESQUISA PELO NEPO/DRE/SES/RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASS. HOSPITALAR E AMBULATORIAL
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIA



FORMULÁRIO 3

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DO DRE

Eu, Dr. Eduardo Elsade, diretor (a) do DRE/SES/RS, após avaliação da comissão de avaliação ou coordenação do serviço, pelo presente termo, declara que conhecem o projeto de pesquisa intitulado: “Risco de adoecimento em trabalhadores de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU”, desenvolvido por: Silviomar Camponogara, Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que o pesquisador (a) não interferirá no fluxo normal deste Serviço. Autorizo, também, através deste, o acesso aos sujeitos definidos e registros institucionais, para fins exclusivos da pesquisa acima nominada, tendo a garantia da confidencialidade e privacidade quanto à identificação dos sujeitos, conforme TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS DADOS INSTITUCIONAIS já assinado.

A coleta só terá início após o parecer de aprovação do Sistema CEP/CONEP, conforme diretrizes e normas da Resolução CNS 466/12.

Ura. Laura Sarti de Oliveira
ID: 3672549
Diretora Adjunta
DRE/SES/RS

Assinatura e carimbo

Nome do (a) Diretor (a) do DRE/RS

ANEXO C- AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA PELO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (NEPES)



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
FONE: 3821-7201

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Vimos por meio deste, informar que o projeto intitulado "RISCOS DE ADOECIMENTO EM TRABALHADORES DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)" de autoria SILVIAMAR CAMPONOGARA, vinculada ao Curso de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, poderá ser desenvolvido junto a rede de saúde pública do Município de Santa Maria-RS, conforme aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo analisar os riscos de adoecimento relacionados ao trabalho em trabalhadores atuantes em serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU).

Fui informado pelo responsável do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.



Santa Maria, 10 de janeiro de 2020.

Fábio Mello da Rosa

FÁBIO MELLO DA ROSA
Núcleo de Educação Permanente da Saúde
Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

Prefeitura Municipal de Santa Maria
Secretaria de Município da Saúde
Núcleo de Educação Permanente em Saúde
Fone: 3821-7201

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PELOTAS PELO NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (NUMESC)



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA- NUMESC

Resposta carta de anuência

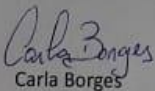
Prezada Pesquisadora

Mda. Mariana Pellegrini Cesar


Em resposta a vossa solicitação de autorização para realizar a pesquisa intitulada “RISCOS DE ADOECIMENTO EM TRABALHADORES DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)”, informamos que o parecer deste núcleo foi **deferido** em virtude da importância da temática e da possibilidade de novas estratégias para prevenção do adoecimento do trabalhador do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Solicitamos a pesquisadora que após a finalização do estudo contate o núcleo para que possamos agendar uma devolutiva aos participantes e a gestão municipal.

Atenciosamente,


Carla Borges

Coordenação NUMESC Pelotas/RS



Sms.numesc@gmail.com

ANEXO E- AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE RIO GRANDE PELO NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (NUMESC)



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NUMESC



Rio Grande, 09 de janeiro de 2020.

Parecer 003/2020

Projeto – RISCOS DE ADOECIMENTO EM TRABALHADORES DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)

Autores: Mariana Pellegrini Cesar – E-mail: marianapoesar@hotmail.com
Profª Drª Silviamar Camponogara – E-mail: silviaufsm@yahoo.com.br (Orientadora)

Parecer:

Perante a análise do colegiado do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva - NUMESC decidiu-se pelo DEFERIMENTO do projeto de pesquisa apresentado, o qual será executado junto ao SAMU do município de Rio Grande, no período de fevereiro à junho do corrente ano.

Após a conclusão do estudo, os resultados deverão ser enviados para o NUMESC, podendo serem apresentados em evento organizado por este núcleo, conforme explícito no Termo de Compromisso assinado pelo pesquisador.

EnFª Dra. Carliuza Oriente Luna
COREN 79431
Coordenadora do NUMESC – Rio Grande/RS

ANEXO F- AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Santa Cruz do Sul, 30 de dezembro de 2019.

TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL

Eu, Clarissa Gohlke, Diretora de Ações e Programas de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, conheço o projeto de pesquisa intitulado **"RISCOS DE ADOECIMENTO EM TRABALHADORES DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU"**, desenvolvido pela acadêmica Mariana Pellegrini Cesar, sob coordenação da Profª Drª Silviamar Camponogara, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria – PPGEn/UFSM, RS, bem como os objetivos e a metodologia que será desenvolvida, ficando autorizado o desenvolvimento da pesquisa no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul.

Os resultados apurados poderão e/ou deverão ser utilizados para formulação e execução de programas de melhoria na saúde pública a nível comunitário ou público municipal, isoladamente ou em conjunto com o município de Santa Cruz do Sul.


CLARISSA GOHLKE

Diretora de Ações e Programas de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

Clarissa Gohlke
Diretora de Ações e
Programas de Saúde
M. 4214