

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA**

Mikaela Aline Bade München

**A VIDA EM SEU LIMITE: PROFISSIONAIS DO SAMU FRENTE À
IMINÊNCIA DE MORTE DE PACIENTES**

Santa Maria, RS
2019

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA**

**A VIDA EM SEU LIMITE: PROFISSIONAIS DO SAMU FRENTE
À IMINÊNCIA DE MORTE DE PACIENTES**

Mikaela Aline Bade München

Santa Maria, RS,
2019

Mikaela Aline Bade München

**A VIDA EM SEU LIMITE: PROFISSIONAIS DO SAMU FRENTE À IMINÊNCIA DE
MORTE DE PACIENTES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Psicologia da Universidade Federal de
Santa Maria, UFSM, RS, como requisito parcial
para obtenção do título de **Bacharel em
Psicologia.**

Orientador: Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana

Co-orientador: Prof. Dr. Sílvio José Lemos Vasconcellos

Santa Maria, RS
2019

Mikaela Aline Bade München

A VIDA EM SEU LIMITE: PROFISSIONAIS DO SAMU FRENTE À IMINÊNCIA DE MORTE DE PACIENTES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, RS, como requisito parcial para obtenção do título de **Bacharel em Psicologia**.

Aprovado em 03 de dezembro de 2019

Alberto Manuel Quintana, Dr.
(Presidente/Orientador)

Camila dos Santos Gonçalves, Dra. (UFN)

Carlos Daniel da Costa Sarturi, Enfermeiro (UNIMED)

Santa Maria, RS
2019

Agradecimentos

Como nos disse Clarice Lispector: “a felicidade aparece para aqueles que reconhecem a importância das pessoas que passam em nossa vida”. Portanto, nada mais justo do que agradecer a algumas pessoas que fizeram e fazem os caminhos da vida mais felizes.

Aos meus pais, Edson e Vanderléa, por durante toda a minha vida me apoiarem incondicionalmente, acreditando no meu potencial e sendo a minha fortaleza. Que mesmo distantes sempre estiveram intensamente presentes nos momentos felizes e nos difíceis também, acolhendo as minhas angústias e amparando os meus passos. Vocês são o meu exemplo maior, e por vocês o meu amor e gratidão são eternos;

Ao meu Professor e orientador, Alberto, por acreditar e investir em mim desde o princípio e durante toda a minha caminhada na graduação, tornando-se uma referência profissional e pessoal. Pelo incentivo em me fazer buscar aprender sempre mais, e por acolher e respeitar as minhas dúvidas e angústias. Guardarei com carinho todas as lembranças dessa trajetória;

Ao Professor Sílvio, meu co-orientador, que aceitou o desafio de me auxiliar em um percurso desconhecido para mim. Por toda a paciência e disponibilidade;

À Fernanda, que me auxiliou desde o início do trabalho de conclusão de curso e que com sua paciência amenizou muitos dos meus receios. Por todas as trocas profissionais e pessoais ao longo dos anos no grupo de pesquisa e, principalmente, nesse último ano;

Ao meu irmão, Richerd, que nesse ano esteve mais próximo e acompanhou de perto momentos muito importantes da minha vida. Por tudo o que já vivemos e ainda vamos viver juntos. Por ser um parceiro para além da fraternidade e por todas as conversas, trocas e risadas. Que possamos seguir auxiliando nas construções um do outro;

Ao Reginaldo, por ter a paciência de me conhecer em meio ao caos das minhas dúvidas e inseguranças. Que trouxe mais leveza, amor e sorrisos para os meus dias. Por acolher as minhas angústias com carinho e por me apoiar e comemorar comigo cada pequena conquista, tornando tudo mais especial;

Aos “Bananas”, meus amigos de longa data, que longe ou perto são presentes, no duplo sentido da palavra. Obrigada por todas as trocas e por todo o crescimento ao longo dos anos.

Em especial à Amanda e Maiara com quem eu sei que posso contar a qualquer dia, hora ou situação;

Aos meus colegas da Psicologia, turma querida e especial. Obrigada por todos os momentos de construção regados pelo respeito e pelo carinho;

Às amigas que a Psicologia me proporcionou, e que eu quero levar para a vida. Obrigada por todos os risos, os choros, as viagens, as conversas, os mates... Que o nosso vínculo seja sempre marcado pela delicadeza da escuta. Agradeço, em especial, à Anniara, pela disponibilidade e paciência em me auxiliar, com afetuosidade e entusiasmo, em parte da minha pesquisa;

Aos meus colegas do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde (NEIS), por todos os momentos de trocas e construções, fundamentais na minha formação profissional e pessoal e nos rumos que tomei na Psicologia. Obrigada em especial às mestrandas cujos projetos eu participei, cada momento de intenso aprendizado me trouxe aqui. Carregarei cada memória com carinho;

À Professora Mônica e às colegas do projeto Intervenções Precoces na Infância, que trouxeram contribuições importantes à minha formação, sempre com muita delicadeza e sensibilidade;

Aos meus colegas e supervisores dos estágios no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e na Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (CEIP), pelas vivências, trocas e constantes aprendizados significativos profissionalmente, mas também – e especialmente – de forma pessoal;

À Universidade Federal de Santa Maria, que me acolheu com afeto e ternura e proporcionou momentos inesquecíveis. Por ser a minha casa, sendo a Casa do Estudante Universitário (CEU) um espaço onde conheci pessoas especiais e cresci imensamente;

Aos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que desde o princípio da pesquisa me receberam com respeito e afeto. Por aceitarem compartilhar comigo suas experiências e vivências profissionais e pessoais;

A cada pessoa, momento e encontro ao longo da minha vida.

RESUMO

A VIDA EM SEU LIMITE: PROFISSIONAIS DO SAMU FRENTE À IMINÊNCIA DE MORTE DE PACIENTES

AUTORA: Mikaela Aline Bade München

ORIENTADOR: Alberto Manuel Quintana

CO-ORIENTADOR: Sílvio José Lemos Vasconcellos

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi criado a partir da Política Nacional de Atenção às Urgências, com o objetivo de socorrer a população em situações de urgência. É um contexto de trabalho desafiador, em que situações de vida ou morte solicitam decisões e intervenções rápidas por parte dos profissionais. Nesse cenário, o contato com a dor, o sofrimento, o medo e a morte podem gerar estresse, o qual configura-se como um fator de risco para sintomas de ansiedade e depressão. Frente a essas constatações, o objetivo do presente estudo foi compreender como os profissionais do SAMU vivenciam um cotidiano de trabalho que envolve a iminência de morte de pacientes, buscando, ainda, verificar as estratégias de enfrentamento utilizadas, além de as correlacionar com estresse, ansiedade e depressão. Trata-se de uma pesquisa de caráter misto, dividida em dois estudos: quantitativo e clínico-qualitativo. O estudo quantitativo foi realizado com 43 profissionais do serviço, englobando todas as categorias (ou seja, médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e condutores), através da aplicação de dois instrumentos, o DASS-21 (Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse) e o Inventário de Estratégias de *Coping*. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. Já o estudo clínico-qualitativo foi realizado a partir de entrevistas semidirigidas com 13 médicos e enfermeiros, as quais foram analisadas a partir da análise de conteúdo temática. Os resultados quantitativos apontam que as estratégias mais utilizadas pelos profissionais do serviço são a resolução de problemas, o autocontrole e a reavaliação positiva, enquanto as menos utilizadas são a fuga-esquiva e o confronto. A amostra apresentou baixos índices de estresse, ansiedade e depressão. Esses dados podem ser melhor compreendidos através da correlação dos instrumentos, que permitiu identificar que as estratégias menos utilizadas são as que possuem maior correlação com estresse, ansiedade e depressão. Já os resultados qualitativos contribuem para um entendimento mais aprofundado da forma como esses profissionais enfrentam as situações vivenciadas no serviço. Através das categorias “O vício da adrenalina: “cachaça braba”, “Relação com o paciente: o tempo do traslado” e “Relação com a equipe: perfeita sincronia”, a qual é composta pela subcategoria denominada “Feedback: espaço para as trocas”, percebe-se que as estratégias utilizadas envolvem a satisfação com o trabalho realizado, a relação breve com o paciente, inerente ao serviço, e a relação com a equipe, que atua de modo multiprofissional, através da integração de saberes. Considera-se a importância da valorização de espaços através dos quais os profissionais possam compartilhar suas vivências, permitindo a elaboração das mesmas e o fortalecimento dos vínculos profissionais e pessoais entre a equipe.

Palavras-chave: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; Morte; Estresse; Estratégias de Enfrentamento

ABSTRACT

LIFE ON YOUR LIMIT: SAMU PROFESSIONALS FACE TO IMMINENCE OF PATIENT DEATH

AUTHOR: Mikaela Aline Bade München

ADVISOR: Alberto Manuel Quintana

CO-ADVISOR: Sílvio José Lemos Vasconcellos

The Mobile Emergency Care Service was created based on the National Emergency Care Policy (SAMU), with the purpose of helping the population in urgent situations. It is a challenging work context in which life and death situations call for quick decisions and interventions by professionals. In this scenario, the contact with pain, suffering, fear and death can create stress, which is configured as a risk factor for symptoms of anxiety and depression. Face to these findings, the objective of the present study was to understand how SAMU professionals experience a daily work that involves the imminence of death of patients, also seeking to verify the coping strategies used, and correlate them with stress, anxiety and depression. This is a miscellaneous research, divided into two studies: quantitative and clinical-qualitative. The quantitative study was conducted with 43 service professionals, covering all categories (doctors, nurses, nursing technicians and drivers), through the application of two instruments, the DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale) and the Coping Strategies Inventory. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. The clinical-qualitative study was conducted from semi-directed interviews with 13 doctors and nurses, which were analyzed from thematic content analysis. The quantitative results indicate that the strategies most used by service professionals are problem solving, self-control and positive reevaluation, while the least used are avoidance and confrontation. The sample presented low rates of stress, anxiety and depression. These data can be better understood through the correlation of the instruments, which allowed us to identify that the least used strategies are those that have the highest correlation with stress, anxiety and depression. The qualitative results contribute to a deeper understanding of the way these professionals deal with the situations experienced in the service. Through the categories “The adrenaline addiction: “cachaça braba”, “Relationship with the patient: the time of the transfer” and “Relationship with the team: perfect synchrony”, which is composed by the subcategory called “Feedback: space for exchanges” it is clear that the strategies used involve satisfaction with the work performed, the brief relationship with the patient, inherent to the service, and the relationship with the team, which acts in a multidisciplinary way, through the integration of knowledge. It is considered the importance of valuing spaces through which professionals can share their experiences, allowing their elaboration and the strengthening of professional and personal bonds between the team.

Keywords: Emergency Mobile Care Service; Death; Stress; Coping Strategies

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estratégias de Enfrentamento.....	23
Tabela 2. Estresse, Ansiedade e Depressão.....	25
Tabela 3. Correlação entre Estratégias de Enfrentamento.....	28
e Estresse, Ansiedade e Depressão	

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
ARTIGO 1	15
RESUMO	16
INTRODUÇÃO	17
MÉTODO	19
Desenho do Estudo	19
Cenário do Estudo	19
Participantes	19
Instrumentos	20
Procedimentos	21
Análise dos Dados	21
Aspectos Éticos	22
RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	31
ARTIGO 2	36
RESUMO	37
INTRODUÇÃO	38
MÉTODO	41
Desenho do Estudo	41
Cenário do Estudo	42
Participantes	42
Instrumentos	43
Análise dos dados	44
Aspectos éticos	44
RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
O vício da adrenalina: “cachaça braba”	45
Relação com o paciente: o tempo do traslado	49
Relação com a equipe: perfeita sincronia	51
<i>Feedback: espaço para as trocas</i>	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	58

REFERÊNCIAS	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS	68
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ESTUDO 1.....	71
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ESTUDO 2.....	73
ANEXO C - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E DASS-21	75
ANEXO D - INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i>.....	77
ANEXO E - EIXOS NORTEADORES DA ENTREVISTA.....	81

INTRODUÇÃO

O presente estudo propõe-se a compreender como os profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) vivenciam um cotidiano de trabalho que envolve a iminência de morte de pacientes, além de identificar as estratégias de enfrentamento/coping utilizadas nessas situações e as correlacionar com estresse, ansiedade e depressão. O interesse pelo tema surgiu a partir da trajetória e experiências acadêmicas da pesquisadora durante a graduação, através da participação em estudos realizados pelo NEIS (Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde) com as temáticas de Psicologia Hospitalar, Tanatologia, Oncologia, entre outras, e pela realização de estágio curricular obrigatório na área da Psicologia Hospitalar.

Essas experiências, em geral em contextos de adoecimento crônico, permitiram a percepção de aspectos relacionados a forma como a temática da morte se faz presente nos serviços de saúde, tanto para pacientes quanto para familiares e profissionais. Com isso, surgiu o interesse de compreender como é a vivência do contato diário de profissionais com a iminência da morte de pacientes, em uma lógica marcada pelo imprevisível e onde o serviço vai até o paciente, e não o contrário.

Os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, denominados Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foram normatizados no Brasil em 2003, como parte da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), através da criação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) (Brasil, 2003). O SAMU é acionado através do número 192 e funciona 24 horas por dia, atendendo às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental. O intuito do mesmo é contribuir para organizar o atendimento público ao prestar socorro à população em casos de urgência, reduzindo o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce (Ciconet, Marques & Lima, 2008; Trajano & Cunha, 2011).

Apointa-se que o serviço dispõe, em geral, de dois tipos de ambulâncias: as de suporte básico (SB) e as de suporte avançado (SA). As SB incluem motorista, técnico de enfermagem e material básico para o primeiro atendimento às urgências, em casos sem risco imediato de vida, sob orientação dos médicos das centrais de regulação. Já as SA contam com motorista, médico e enfermeiro, além de equipamentos para cuidados intensivos em situações de risco iminente de vida (Machado, Salvador & O'dwyer, 2011).

Levando em conta a natureza do trabalho realizado, que implica se deparar com situações inesperadas, demanda-se dos profissionais do SAMU habilidades tais como agilidade, destreza e estabilidade emocional (Stumm, Ribeiro, Kirchner, Loro & Rosanelli, 2009). Ademais, o objetivo do serviço implica uma responsabilidade social importante, que se desenrola na atuação em circunstâncias críticas, marcadas pela ambivalência entre a vida e a morte (Seminotti & Neves, 2014).

Considerando que a morte é conceituada a partir de valores e significados específicos de cada época (Hayasida, Assayag, Figueira & Matos, 2014), aponta-se que na contemporaneidade a mesma tem sido evitada e banida da circulação social, assim como desconsiderada enquanto condição da constituição da vida (Mattedi & Pereira, 2007; Salomé, Cavali & Espósito, 2009). No cenário da saúde, passou a ser sinônimo de fracasso, que coloca em risco a credibilidade profissional (Aredes & Modesto, 2016; Combinato & Queiroz, 2006), sendo a lógica do ensino voltada somente aos cuidados curativos.

Essa relação se deve à predominância do modelo biomédico, cujo foco é salvar vidas e recuperar e preservar a saúde, devendo a morte ser evitada a qualquer custo (Combinato & Queiroz, 2006). Aredes, Giacomini e Firmo (2018) afirmam que não há mortes que possam ser consideradas fáceis, mas que elas podem assumir um caráter mais ou menos difícil a partir de diferentes critérios, tais como: a faixa etária do paciente; a identificação ou não com o mesmo; as circunstâncias da morte; e a reflexão do profissional quanto a sua responsabilidade no processo. Nesse sentido, segundo Salomé, Cavali e Espósito (2009), é importante a valorização da temática da morte, o que não implica desvalorizar os tratamentos e as evoluções na área da saúde, mas criar espaços para reflexões acerca da mesma, tanto no âmbito acadêmico como na sociedade de maneira geral (Hayasida et al., 2014; Salomé, Cavali & Espósito, 2009).

No contexto do SAMU, as tensões envolvendo situações de vida ou morte demandam a tomada de decisões e a adoção de intervenções em curtíssimo período de tempo, para que o objetivo principal – lutar contra a morte e salvar vidas – seja alcançado (Seminotti & Neves, 2014). Tal demanda engloba, nesse sentido, responder aos agravos de qualquer natureza de pacientes de quaisquer faixas etárias, através de um caminho inverso ao que se vê nos serviços de saúde: é a equipe que vai ao encontro do paciente, e não o contrário (Ciconet et al., 2008). Desse modo, tais tarefas, que envolvem o lidar com a dor, o sofrimento, a impotência, a angústia, o medo, a perda e a morte, podem ser situações geradoras de estresse aos profissionais (Ribeiro, Pompeo, Pinto & Ribeiro, 2015; Stumm et al., 2009).

O conceito de estresse compreende o estado provocado pela percepção de estímulos que acarretam alteração emocional, disparando um processo de adaptação fisiológica e psicológica (Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003; Vignola & Tucci, 2014). Nesse sentido, o contexto de potencial estresse vivenciado pelos profissionais do serviço demanda que os mesmos elaborem estratégias de enfrentamento (*coping*). Tais estratégias dizem respeito às formas que o indivíduo desenvolve para lidar com situações estressantes, as quais dependem, portanto, tanto da avaliação que é feita da situação bem como dos recursos dos quais se dispõe para enfrentá-la (Guia, 2015). De acordo com Folkman (1984), o *coping* possui as funções de regular as emoções mobilizadas pelo estresse (*coping* focado na emoção), e de lidar com o problema gerador de estresse (*coping* focado no problema). Usualmente, ambas as formas são utilizadas simultaneamente, com variação da proporção de acordo com cada situação.

Nesse cenário, Vignola e Tucci (2014) afirmam que o estresse tem se mostrado um fator de risco para o desenvolvimento ou agravamento de ansiedade e depressão. Isso pois ansiedade, depressão e estresse podem ser considerados diferentes pontos no mesmo contínuo, ou seja, manifestações que compartilham alguns sintomas (Apóstolo, Mendes & Azeredo, 2006; Vignola & Tucci, 2014).

A depressão, de acordo com Apóstolo et al., (2006), é emocional, mas não se limita a uma emoção específica, uma vez que podem ser experimentadas diversas emoções, tais como a culpa, a raiva e a vergonha. Por sua vez, a ansiedade pode ser considerada uma reação frente a incerteza e/ou ameaça existencial com a qual o sujeito se confronta, sejam simbólicas ou reais. Esses perigos, quando reais, tornam-se a materialização das ameaças existenciais (Apóstolo et al., 2006).

Compreende-se, assim, o grande potencial de estresse implicado nos serviços que envolvem o lidar com a iminência de morte, entre os quais o SAMU adquire destaque, pois os profissionais precisam ter respostas rápidas e eficazes frente a situações inesperadas. Nesse sentido, é importante atentar para as principais situações estressoras e as formas de enfrentamento (*coping*) utilizadas pelos mesmos, para que se possa buscar modos de promover cuidado aos profissionais que exercem atividade em contexto críticos (Ribeiro et al., 2015), com a finalidade de propiciar qualidade de vida, o que implica em melhor assistência aos pacientes (Salomé, Cavali & Espósito, 2009). Ademais, entende-se que, ao abordar a atuação daqueles que lidam com os limites da vida e da morte cotidianamente, depara-se com uma riqueza de sentidos e singularidades (Aredes & Modesto, 2016). A escassez de estudos que tratem de forma aprofundada da relação dos profissionais de saúde com a morte, no contexto

específico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, aponta para a importância de que investigações sejam desenvolvidas nessa área, levando em conta as complexidades envolvidas na temática e a necessidade de melhor compreendê-las para que se possam elaborar propostas de mudanças.

Desse modo, o objetivo do presente Trabalho de Conclusão de Curso foi contribuir para o entendimento de questões relativas ao modo como os profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) vivenciam um cotidiano de trabalho que envolve a iminência de morte de pacientes. Ademais, buscou-se contribuir na identificação das estratégias de enfrentamento/coping utilizadas nessas situações, visando, ainda, as correlacionar com estresse, ansiedade e depressão.

Para tanto, realizou-se uma investigação exploratória e descritiva, de natureza mista. Pontua-se que o enfoque misto permite uma visão holística, que implica conseguir uma abordagem mais integral do fenômeno estudado, usando informações qualitativas e quantitativas. Além disso, também favorece a complementação dos dados, através de um maior entendimento, ilustração ou esclarecimento dos resultados de um método baseando-se nos resultados do outro método (Sampieri, Collado & Lucio, 2013). É nesse sentido de ampliar a visão do fenômeno e favorecer a complementação dos dados que se optou pelo uso do método misto, composto pelos estudos quantitativo e clínico-qualitativo.

O estudo quantitativo foi realizado com as diversas categorias profissionais do serviço (médicos, enfermeiros, condutores e técnicos de enfermagem), através da aplicação de dois instrumentos, a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) e o Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus. Participaram 43 profissionais, representando quase a totalidade do serviço. A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva e inferencial, a partir do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20. Através dos resultados foi possível identificar as estratégias mais utilizadas pelos profissionais e os índices de estresse, ansiedade e depressão da amostra, além de fazer importantes correlações entre os dados obtidos através dos instrumentos. Esses resultados serão indicados no Artigo 1 do presente trabalho.

Já o estudo qualitativo foi realizado com médicos e enfermeiros por compreender que esses profissionais estão em contato direto com situações que envolvem maior risco de morte de pacientes, pois, devido à organização do serviço os mesmos, juntamente com o condutor, compõem a SA. Desse modo, foram realizadas entrevistas semidirigidas com 13 profissionais, as quais foram analisadas a partir da análise de conteúdo temática. Aponta-se que os resultados

indicam que os profissionais do SAMU vivenciam um cotidiano marcado por situações de urgência que implicam a tomada de decisões rápidas. Tais situações muitas vezes envolvem a iminência de morte ou a concretização da mesma, solicitando aos profissionais que elaborem estratégias de enfrentamento.

Entre os resultados obtidos, alguns foram mais relevantes para contemplar o objetivo proposto pelo estudo. Esses dizem respeito: ao significado que os trabalhadores atribuem ao trabalho na urgência/emergência; ao relacionamento com o paciente e ao relacionamento com a equipe. Tais questões serão abordadas no Artigo 2, através das categorias “O vício da adrenalina: “cachaça braba”, seguida de “Relação com o paciente: o tempo do traslado” e “Relação com a equipe: perfeita sincronia”, a qual é composta pela subcategoria denominada “Feedback: espaço para as trocas”.

ARTIGO 1

O TRABALHO NO SAMU: ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADAS POR PROFISSIONAIS¹

¹ O artigo foi elaborado com base nas normas da revista para qual se pretende enviá-lo: Revista Estudos e Pesquisa em Psicologia

O TRABALHO NO SAMU: ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADAS POR PROFISSIONAIS

RESUMO

O presente trabalho objetiva verificar quais são as estratégias utilizadas pelos profissionais da equipe do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) para o enfrentamento das situações de iminência de morte de pacientes, além de avaliar a correlação existente entre *coping* e ansiedade, depressão e estresse. Para tanto, realizou-se uma pesquisa quantitativa, da qual participaram 43 trabalhadores do SAMU de um município no interior do Estado do Rio Grande do Sul, entre médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e condutores. Os instrumentos utilizados foram o DASS-21 e o Inventário de Estratégias de *Coping*. A análise dos dados foi feita a partir de estatística descritiva e inferencial, utilizando o software SPSS. Os resultados indicam que as estratégias mais utilizadas pelos profissionais são resolução de problemas, autocontrole e reavaliação positiva. Já as menos utilizadas são fuga-esquiva e confronto. Ademais, obteve-se um baixo índice de estresse, ansiedade e depressão na amostra. A correlação dos instrumentos permitiu compreender esses dados, visto que as estratégias menos utilizadas apresentaram maior correlação com estresse, ansiedade e depressão. Considera-se que os profissionais do SAMU utilizam estratégias de enfrentamento que permitem a elaboração das situações vivenciadas, o que indica a importância da valorização de potencialidades a serem desenvolvidas no serviço.

Palavras-chave: samu; estresse profissional; ansiedade; depressão; estratégias de enfrentamento.

INTRODUÇÃO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), coordenado a partir de suas Centrais de Regulação Médica e acionado pelo número 192, tem como objetivo chegar precocemente à vítima após agravo à sua saúde, buscando garantir atendimento e/ou transporte para um serviço de saúde adequado, configurando-se como uma estratégia estruturante de atendimento às urgências no país (Brasil, 2011; O'Dwyer, Konder, Reciputti, Macedo & Lopes, 2017). A partir dessa lógica, compreende-se que o trabalho no contexto do atendimento pré-hospitalar móvel implica um contato cotidiano com situações-limite, ou seja, com a morte (Almondes, Sales & Meira, 2016; Kolhs et al., 2017; Martins & Gonçalves, 2019; Stumm, Ribeiro, Kirchner, Loro & Rosanelli, 2009).

Hoffmann (1993) afirma que com o avanço da modernidade e as mudanças ocorridas a partir do século XIX na sociedade, a morte – que antes era tratada como um fenômeno natural – passou a ser considerada sinônimo de fracasso, por implicar uma interrupção dos planos do homem, tornando-se um tema interdito. No contexto dos serviços de saúde, cujo ensino ainda é caracterizado como preeminente biomédico, direcionado aos cuidados curativos, o objetivo dos profissionais torna-se salvar vidas, sendo a morte vista como fracasso, que coloca em risco a credibilidade profissional (Aredes & Modesto, 2016).

Nesse sentido, o trabalho do SAMU demanda tomada de decisões e intervenções de forma rápida e precisa, visando atingir o objetivo de lutar contra a morte e salvar vidas (Seminotti & Neves, 2014). Entende-se que as tensões implicadas nesse limite entre a vida e a morte, marcado, muitas vezes, pela dor e o sofrimento, podem ser geradoras de estresse aos profissionais (Almondes et al., 2016; Salomé, Martins & Espósito, 2009).

Conforme Margis, Picon, Cosner & Silveira (2003), o conceito de estresse se refere ao estado gerado pela percepção de estímulos que provocam alteração emocional, acarretando um processo de adaptação fisiológica e psicológica. Vignola e Tucci (2014) apontam que o estresse

pode ser considerado um fator de risco para o desenvolvimento ou agravamento de ansiedade e depressão. A ansiedade surge de incertezas e/ou ameaças com as quais o sujeito de confronto, sejam de ordem simbólica ou real (Apóstolo, Mendes & Azeredo, 2006). Já a depressão é, em geral, decorrente de uma perda que provoca desesperança, e não se limita a uma emoção específica, podendo envolver raiva, culpa ou vergonha (Apóstolo et al., 2006).

O modo como o indivíduo irá lidar com ou enfrentar as situações estressantes pode ser definido como *coping* (Savóia, Santana & Mejias, 1996) e envolve tanto os aspectos da avaliação situacional quanto os recursos disponíveis para o enfrentamento da mesma (Guia, 2015). Conforme Folkman (1984), o *coping* possui duas importantes funções: regular as emoções mobilizadas pelo estresse (*coping* focado na emoção), e lidar com o problema que está causando o estresse (*coping* focado no problema). De modo geral, ambas as formas são utilizadas ao mesmo tempo, sendo as proporções variáveis conforme cada situação.

Em estudo realizado por Meireles et al., (2018) com enfermeiros de um SAMU, observou-se, entre as situações mais estressoras, questões como: baixas perspectivas de crescimento na carreira; deficiência nos treinamentos para capacitação; e falta de comunicação entre a equipe. Todavia, os autores verificaram baixos níveis de estresse nesses profissionais. Tal constatação foi encontrada também em outros estudos realizados com profissionais do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel (Adriano et al., 2017; Martins & Gonçalves 2019; Mendes, Ferreira & De Martino 2011).

Compreende-se que os baixos níveis de estresse podem indicar o uso de estratégias de enfrentamento efetivas para o manejo do mesmo (Meireles et al., 2018). Conforme estudo realizado por Ribeiro, Pompeo, Pinto e Ribeiro (2015) com enfermeiros de um serviço hospitalar de emergência, foram identificadas estratégias de enfrentamento consideradas saudáveis, entre elas a resolução de problemas e reavaliação positiva.

Considerando, a partir de tais entendimentos, que as profissões que lidam com a iminência de morte podem ser altamente estressantes e desgastantes (Salomé et al., 2009), e de que nesse contexto o SAMU adquire destaque, torna-se importante atentar para as principais situações estressoras e as formas de enfrentamento (*coping*) utilizadas pelos mesmos. Nessa perspectiva, o objetivo do presente trabalho é verificar quais são as estratégias utilizadas pelos profissionais da equipe do SAMU para o enfrentamento das situações de iminência de morte de pacientes, além de avaliar a correlação existente entre *coping* e ansiedade, depressão e estresse.

MÉTODO

Desenho do Estudo

O presente estudo utilizou o método quantitativo, o qual define-se pelo caráter sequencial e comprobatório, e empregou 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).

Cenário do Estudo

A coleta dos dados foi realizada no local de trabalho dos participantes, ou seja, na Base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de uma cidade no interior do Estado do Rio Grande do Sul.

Participantes

Participaram da coleta do estudo 43 profissionais, de todas as categorias que compõe a equipe do SAMU, ou seja, médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e condutores, de ambos os sexos, contemplando quase a totalidade de profissionais que compõe o serviço. Foram excluídos profissionais que estivessem em licença ou férias. A escolha de contemplar todas as categorias profissionais ocorreu em virtude da intenção de se obter um panorama geral acerca das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais do SAMU frente às situações de

iminência de morte de pacientes, e de se verificar a correlação com sintomas de estresse, ansiedade e depressão.

Instrumentos

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de dois instrumentos, o DASS-21, que contou, em sua parte introdutória, com algumas questões de caracterização da amostra, seguido da aplicação do Inventário de Estratégias de *Coping*. Buscou-se correlacionar os escores obtidos através da aplicação dos instrumentos.

O DASS (Depression, Anxiety and Stress Scale, em português: Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse) é um instrumento de autorrelato, elaborado por Lovibond e Lovibond em 1995 através do qual se avalia sintomas de ansiedade, depressão e estresse. Existem duas versões, a de 42 (que compreende três subescalas de 14 itens cada para avaliar os sintomas nucleares de depressão, ansiedade e estresse) e a de 21 itens (que compreende as mesmas subescalas, mas com 7 itens cada). A subescala de depressão avalia sintomas tais como disforia, desânimo, auto depreciação e inércia; a de ansiedade avalia ansiedade situacional, ansiedade subjetiva e efeitos musculoesqueléticos; já a de estresse inclui itens relacionados à dificuldade em relaxar, reação exagerada/irritável e impaciência (Vignola & Tucci, 2014). A escala utilizada no presente estudo foi a DASS-21, adaptada e validada para a língua portuguesa por Vignola e Tucci (2014). Os 21 itens são relativos aos acontecimentos da última semana do indivíduo e os escores, mensurados a partir de escalas likert, variam do 0 (não se aplicava a mim) a 3 (aplicava-se muito a mim, ou a maior parte do tempo). Para calcular o resultado final, o total da soma de cada subescala é multiplicado por 2, podendo variar, portanto, entre “0” e “21”. Nesse sentido, as notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos (Vignola & Tucci, 2014).

Quanto ao inventário, elaborado por Folkman e Lazarus em 1985 (Folkman & Lazarus, 1985), aponta-se que o mesmo avalia pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar

com demandas internas ou externas de um evento estressante específico (Savóia & Amadera, 2016) (no caso da presente pesquisa, indicou-se a situação “iminência de morte de pacientes durante atendimentos”). Foi utilizada a versão disponível em português, elaborada por Savóia et al., (1996). Essa adaptação do inventário consiste em 8 diferentes fatores, sendo eles: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação da responsabilidade fugasquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva. O inventário é composto de 66 itens que abrangem os 8 fatores mencionados. Cada fator avalia a extensão com que um sujeito utiliza determinada estratégia de *coping*. Para se obter o percentual de respostas em cada fator, multiplicou-se a pontuação média do mesmo por 100, dividindo o valor obtido pela pontuação máxima possível em cada fator. Quanto maior a pontuação, mais frequentemente determinada estratégia é utilizada (Savóia & Amadera, 2016).

Procedimentos

Para a realização da coleta de dados, inicialmente realizou-se um rapport, no qual foram realizados esclarecimentos acerca da pesquisa. Após a concordância dos participantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a aplicação dos instrumentos foi realizada em pequenos grupos, de cerca de 9 pessoas, visto que esse é o quantitativo de profissionais em cada plantão. Iniciou-se pela aplicação do DASS-21, e dos itens de caracterização da amostra contidos na introdução do mesmo, seguido do Inventário de Estratégias de *Coping*, os quais foram preenchidos pelos próprios participantes.

Análise dos Dados

Para a análise dos dados obtidos através da aplicação do DASS-21 e do Inventário de Estratégias de *Coping* foi utilizada estatística descritiva e inferencial, a partir do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20. A análise de normalidade dos dados foi feita por intermédio do teste de Klotmogorov-Smirnov, sendo verificados os valores de curtose

e assimetria das variáveis a serem analisadas, que se situaram em torno de 0. Para a correlação dos instrumentos foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson.

Aspectos Éticos

O presente estudo seguiu os princípios regidos pela Resolução 510 de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, a qual guia a ética nas pesquisas com seres humanos em Ciências Humanas e Sociais (Brasil, 2016). Conforme normativas das resoluções, foram assegurados os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica e do Estado. Ademais, a pesquisa só foi colocada em prática após a aprovação do Comitê de Ética da UFSM, sob o número CAAE: 17825519.7.0000.5346.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo foi composta por 43 profissionais das diferentes categorias (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores) que integram as equipes de Suporte Básico (SB) e Suporte Avançado (SA) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de um município no interior do Estado do Rio Grande do Sul. A faixa etária dos participantes esteve compreendida entre 22 e 56 anos, com idade média de 35 anos. Quanto ao gênero, houve predomínio do sexo masculino (79,1%).

Como percebe-se a partir da Tabela 1, a análise dos resultados indica que as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos profissionais foram, em primeiro lugar resolução de problemas, seguido de autocontrole e reavaliação positiva. Já as menos utilizadas foram fuga-esquiva e confronto.

Tabela 1. Estratégias de Enfrentamento

Estratégias	N	Mín.	Máx.	M	DP
Confronto	43	0	12	11,22	2,773
Afastamento	42	1	13	21,50	2,616
Autocontrole	43	0	13	40,60	2,671
Suporte Social	42	0	15	34,38	3,965
Aceitação de responsabilidades	43	0	18	33,42	3,615
Fuga esquivada	43	0	6	14,33	1,698
Resolução de problemas	43	0	12	61,41	2,952
Reavaliação positiva	42	1	25	38,18	5,736
N válidos	41				

N: número de sujeitos; Mín: mínimo; Max: máximo; M: média; DP: desvio padrão.

Aponta-se que a resolução de problemas foi a estratégia de enfrentamento que ganhou destaque nos resultados da pesquisa. De acordo com Damiano, Rossato, Fabri e Dias (2009), tal estratégia pressupõe o planejamento apropriado para lidar com os estressores. Já o autocontrole – segunda estratégia mais utilizada pelos participantes – refere-se aos esforços que o sujeito empenha para conter as emoções frente aos estímulos estressantes. Os autores apontam que apresentar autocontrole também implica em não realizar ações de forma impulsiva. Por fim, a reavaliação positiva se relaciona ao controle das emoções relativas à tristeza, o que envolve um processo de reinterpretação, crescimento e mudança pessoal (Damiano et al., 2009).

Quanto ao confronto, estratégia menos utilizada pelos participantes, compreende-se que a mesma corresponde a uma lógica mais ofensiva de enfrentamento da situação estressante. Já a estratégia de fuga-esquiva consiste nos esforços para escapar ou evitar a situação estressante, nesse sentido, o sujeito não realiza nenhuma ação que tenha a finalidade de modificar a situação (Damiano et al., 2009).

Ao analisar o uso da estratégia de resolução de problemas, compreende-se que a mesma está relacionada às características intrínsecas do SAMU, visto que o serviço é acionado frente a agravos à saúde que possam acarretar sofrimento, sequelas ou mesmo a morte de sujeitos, o que implica que os profissionais realizem um trabalho integrado, baseado em fundamentação teórica, preparo físico e estabilidade emocional (Stumm et al., 2009). A mesma lógica é válida

para o entendimento do uso do autocontrole como estratégia de enfrentamento, visto que segundo Campos, Farias e Ramos (2017) essa é uma característica necessária ao trabalho no serviço, somada a aspectos tais como equilíbrio emocional, disposição para a atividade e capacidade para o trabalho em equipe.

Quanto às estratégias menos utilizadas, compreende-se que o confronto, ainda que implique uma atitude ativa, vai na contramão da ideia do trabalho no SAMU, no qual o profissional se depara, cotidianamente, com situações inesperadas (Stumm et al., 2009), o que demanda flexibilidade. Quanto à fuga-esquiva, é possível depreender que a mesma se coloca como uma estratégia pouco utilizada justamente por ir de encontro à resolução de problemas, a qual foi indicada como a mais utilizada.

Os resultados do presente estudo são análogos aos encontrados por Ribeiro et al., (2015), através de pesquisa realizada com enfermeiros de um serviço hospitalar de emergência. Os autores indicam que as estratégias de enfrentamento mais utilizadas por esses profissionais foram a resolução de problemas e reavaliação positiva, e a estratégia menos utilizada foi o confronto.

O estudo de Rodrigues e Chaves (2008), realizado com enfermeiros de unidades de internação de oncologia de hospitais de São Paulo, apesar de algumas diferenças, apresenta resultados semelhantes à presente pesquisa. Ainda que os autores tenham constatado a aceitação de responsabilidade como a estratégia de *coping* menos utilizada, identificaram que reavaliação positiva e a resolução de problema foram as mais utilizadas.

Além das estratégias definidas a partir dos fatores estabelecidos no Inventário de Estratégias de *Coping*, alguns autores apontam diferentes recursos que os profissionais da saúde do SAMU utilizam para o enfrentamento do estresse. Stumm, Oliveski, Costa, Kirchner, & Silva (2008), através de pesquisa realizada com enfermeiros do SAMU, identificaram que as estratégias de enfrentamento utilizadas frente aos estressores no ambiente de trabalho foram

“desligar-se” do mesmo, praticar atividades físicas, manter um diálogo no ambiente de trabalho e estar com a família. Isso está de acordo com o que apontam Martins e Gonçalves (2019), que ao investigar as estratégias utilizadas pelos trabalhadores do SAMU para lidar com as situações cotidianas, verificaram que há destaque para a prática de atividade física, a convivência com a família, a relação positiva com trabalho realizado e o fenômeno da habituação acerca das situações vivenciadas.

É importante ressaltar que as estratégias de *coping* utilizadas pelo indivíduo são determinadas, em parte, pelos recursos internos e externos que o mesmo possui, o que envolve aspectos referentes à saúde, crenças, suporte, responsabilidade, entre outros (Rodrigues & Chaves, 2008). Ademais, o processo de *coping* não é rígido, podendo se modificar de acordo com a (re)avaliação da situação estressora. Nesse sentido, Ribeiro et al., (2015), apontam a relevância de que as estratégias de enfrentamento possam ser auxiliadas por programas educacionais e por espaços de escuta e discussão das dificuldades relacionadas ao trabalho.

Quanto à aplicação da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) os resultados indicam que há uma baixa prevalência de ansiedade, estresse e depressão na amostra estudada. Os mesmos estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2. Estresse, Ansiedade e Depressão

	N	Mín.	Máx.	M	DP
Estresse	42	0,00	38,00	8,19	7,44
Ansiedade	42	0,00	12,00	3,09	3,98
Depressão	41	0,00	24,00	4,78	5,70
N válidos	41				

N: número de sujeitos; Mín: mínimo; Max: máximo; M: média; DP: desvio padrão.

A média dos escores dos participantes em estresse, ansiedade e depressão encontra-se dentro da classificação “normal”, de acordo com critérios definidos pelos autores que desenvolveram o instrumento. A classificação “normal” compreende escores entre 0 e 14 para

estresse; entre 0 e 7 para ansiedade; e entre 0 e 9 para depressão (Lovibond & Lovibond, apud Vignola & Tucci, 2014). O estresse apresentou desvio padrão de 7,44, o que indica uma dispersão maior dos resultados da amostra em relação à média.

Pode-se depreender que os baixos índices de ansiedade e depressão apresentados pelos participantes estão relacionados à baixa incidência de estresse nos mesmos. Isso se deve pois, de acordo com Vignola e Tucci (2014) o estresse tem se mostrado um fator de risco para o desenvolvimento ou agravamento de ansiedade e depressão, afetando a qualidade de vida e prejudicando a produtividade. Ademais, de acordo com Apóstolo et al., (2006), ansiedade, depressão e estresse podem ser considerados diferentes pontos no mesmo contínuo, ou seja, manifestações que compartilham alguns sintomas (Vignola & Tucci, 2014).

Os resultados do presente estudo estão de acordo com alguns dados encontrados na literatura. Em estudo realizado por Mendes et al., (2011) com profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel, os autores indicaram que foi observada baixa incidência de estresse. Nesse mesmo viés, Adriano et al., (2017), ao realizarem uma pesquisa buscando conhecer os desencadeantes do estresse no trabalho dos profissionais do SAMU, identificaram que, apesar do cotidiano marcado por situações limite permeadas pelo contato com a dor e o sofrimento, uma alta porcentagem de trabalhadores não apresentou estresse. Esse dado é corroborado pelo estudo de Martins e Gonçalves (2019), que também verificou índices baixos de estresse nos trabalhadores do SAMU.

De acordo com Mendes et al., (2011), a constatação de baixos níveis de estresse em profissionais que atuam no pré-hospitalar é um fato que contrapõe o que era comumente encontrado em outras pesquisas, visto que o serviço é marcado pela imprevisibilidade, que tende a acarretar potencial estresse. Essa observação pode ser esclarecida a partir do entendimento de que o estresse vivenciado por esses profissionais não ultrapassa uma primeira

fase, considerando que após o atendimento a vítima é transportada a outro serviço, o que acarreta diminuição da ansiedade gerada (Martins & Gonçalves, 2019).

Aponta-se que outro dado encontrado através da presente pesquisa diz respeito a uma correlação negativa significativa entre o tempo que o profissional exerce a profissão e os níveis de estresse e ansiedade (estresse: $-0,339$, ansiedade: $-0,347$, sendo $p < 0,001$). Esse dado pode ser explicado a partir do entendimento de que a experiência e o tempo de serviço, envolvendo o contato diário com situações potencialmente geradoras de estresse, pode fazer com que o profissional desenvolva uma certa habituação quanto a elas (Martins & Gonçalves, 2019).

Martins e Gonçalves (2019) apontam, ainda, que apesar de os profissionais do SAMU vivenciarem situações de estresse, há momentos que geram grande prazer, como um parto, por exemplo. Kolhs et al. (2017), através de estudo realizado com enfermeiros atuantes em um setor de urgência e emergência hospitalar, indicam que alguns fatores que podem gerar prazer no trabalho desses profissionais são aspectos como a dinâmica e interação no/do serviço, gostar do que faz e, ainda, o reconhecimento obtido através do trabalho.

Corroborando com esse entendimento, Sousa e Araújo (2015) buscaram investigar estresse e resiliência entre profissionais da área da saúde, e identificaram altos escores de satisfação no trabalho, os quais podem estar associados à qualidade das relações entre equipe, que se caracteriza como um dos principais motivadores no ambiente laboral. Ademais, os autores apontam que o suporte social se constituiu como o fator de proteção mais significativo, que pode ser promovido a partir de relações saudáveis entre os profissionais.

Em relação à correlação entre os dois instrumentos, aponta-se que houve uma correlação significativa entre os fatores fuga-esquiva e confronto e níveis mais significativos de ansiedade, estresse e depressão. O fator fuga-esquiva teve uma maior correlação com estresse ($0,732$), seguido de ansiedade ($0,677$) e depressão ($0,540$). Já o fator confronto teve correlação

significativa com estresse (0,625) e ansiedade (0,577). Tais resultados podem ser observados na Tabela 3.

Tabela 3. Correlação entre Estratégias de Enfrentamento e Estresse, Ansiedade e Depressão

	Estresse	Ansiedade	Depressão
Reavaliação positiva	0,232	0,405*	-0,54
Resolução de Problema	0,192	0,204	0,008
Fuga esquivada	0,732**	0,677**	0,540**
Aceitação de responsabilidade	0,411**	0,455**	0,025
Suporte social	0,118	0,321*	-0,07
Autocontrole	0,427**	0,471**	0,274
Afastamento	0,339*	0,477**	0,322*
Confronto	0,625**	0,577**	0,406**

**p<0,01. * p<0,05. Escore de Coeficiente de Correlação de Pearson (r) > 0,5: grande.

As estratégias de fuga-esquiva e confronto foram indicadas como as menos utilizadas pela amostra estudada. Nesse sentido, levando em conta a correlação apontada, tal dado poderia auxiliar na explicação dos baixos índices de estresse, ansiedade e depressão nos participantes.

As estratégias de afastamento, aceitação de responsabilidades e autocontrole também apresentaram resultados estatisticamente significativos, ainda que não tão elevados, com ansiedade e estresse. A correlação entre autocontrole e estresse pode explicar o desvio padrão do mesmo na amostra, visto que essa estratégia foi indicada entre as mais utilizadas.

Importante destacar que o presente estudo corrobora os dados de Melo, Carlotto, Rodriguez e Diehl (2016), que realizaram um levantamento bibliográfico de produções nacionais sobre estratégias de enfrentamento utilizadas por trabalhadores, além de analisar as variáveis associadas as mesmas. Os autores afirmam que a literatura indica uma correlação significativa entre o estresse e o uso de estratégias como fuga-esquiva, confronto e afastamento.

Entende-se que, ainda que não exista *coping* correto ou errado, pode-se falar em *coping* efetivo ou não. Nesse sentido, as estratégias utilizadas pelos sujeitos serão muito particulares,

visto que técnicas de relaxamento, por exemplo, ainda que para algumas pessoas tenha o efeito a que se propõe, para outras pode se configurar como estressante (Rodrigues & Chaves, 2008).

Todavia, depreende-se que, apesar das implicações singulares de cada sujeito na construção de estratégias de enfrentamento, a oferta de um espaço de diálogo no ambiente de trabalho e o investimento em relações humanas saudáveis se colocam como importantes ferramentas para reduzir a ação negativa dos estressores (Adriano et al., 2017). Nesse sentido, aponta-se que, ainda que o suporte social não tenha sido indicado como a estratégia de enfrentamento mais utilizada pelos participantes do presente estudo, é uma das que apresentou as menores correlações com estresse, ansiedade e depressão.

Campos et al., (2017) afirmam que, para atingir o objetivo do SAMU, é imprescindível que a equipe multiprofissional seja integrada e preparada. Nesse sentido, além de contribuir para a construção de estratégias de *coping* mais efetivas e saudáveis, a promoção de espaços que permitam o acolhimento de angústias e o compartilhamento de saberes entre os profissionais que compõe a equipe do SAMU também é importante para a efetivação de um trabalho de qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência envolve um cotidiano marcado pelo contato com situações de iminência de morte, as quais podem gerar estresse, principalmente por serem perpassadas por contextos de dor e sofrimento. Sabe-se que o estresse é considerado um fator de risco no desenvolvimento de ansiedade e depressão. Nesse sentido torna-se importante avaliar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais do serviço, os níveis de estresse, ansiedade e depressão dos mesmos, e as correlações entre ambos, objetivos aos quais se propôs o presente estudo.

Os resultados indicam que as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos profissionais são resolução de problemas, autocontrole e reavaliação positiva. As menos

utilizadas são fuga-esquiva e confronto. Esses indicativos apontam para um processo de *coping* saudável, que envolve aspectos como planejamento e reflexão. Compreende-se que o incentivo para um trabalho integrado entre a equipe e bem fundamentado teoricamente contribui para o uso de tais estratégias. Quanto às estratégias menos utilizadas, entende-se que as mesmas vão na contramão da estratégia mais utilizada (resolução de problemas) e, principalmente, das características do trabalho, que envolvem flexibilidade frente ao enfrentamento de situações-limite.

Em relação aos índices de estresse, ansiedade e depressão, aponta-se que os mesmos foram baixos no presente estudo, encontrando-se dentro da classificação “normal”. Os dados podem ser compreendidos através da consideração de que estratégias de enfrentamento saudáveis do estresse contribuem para a diminuição dos impactos negativos do mesmo, o que implica em baixos índices de ansiedade e depressão, visto que os mesmos estão diretamente relacionados.

Essa consideração é confirmada através dos resultados obtidos pela correlação entre os instrumentos, que indicou que as estratégias menos utilizadas pelos participantes (fuga-esquiva e confronto) tiveram as correlações mais altas com estresse e ansiedade e depressão. Destaca-se que suporte social foi uma estratégia que apresentou baixa correlação com esses constructos, apontando para a importância de investimento na mesma, o que pode ser feito através do incentivo a espaços de diálogo que fortaleçam o compartilhamento de vivências entre os profissionais, estimulando a integração da equipe multiprofissional.

Considera-se que embora o tamanho da amostra possa limitar as conclusões, os dados obtidos são importantes para o entendimento das particularidades do trabalho no SAMU. O estudo possibilitou compreender as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos profissionais frente às situações de iminência de morte de pacientes, trazendo indicativos acerca das possibilidades a serem investidas e desenvolvidas no serviço.

REFERÊNCIAS

- Adriano M. S. P. F., Almeida M. R. de, Ramalho P. P. L., Costa I. P. da, Nascimento A. R. S. do, & Moraes J. C. O. (2017). Estresse ocupacional em profissionais da saúde que atuam no serviço de atendimento móvel de urgência de Cajazeiras – PB. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 21(1). 29-34. <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2017v21n1.16924>
- Almondes, K. M. de, Sales, E. de A., & Meira, M. de O. (2016). Serviço de Psicologia no SAMU: Campo de Atuação em Desenvolvimento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(2), 449-457. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000992014>
- Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C., & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 14(6), 863-871. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000600006>.
- Aredes, J. S., & Modesto, A. L. (2016). "Entre vidas e mortes, entre máscaras e fugas": um estudo sobre a prática médica hospitalar. *Physis*, 26(2), 435-453, <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000200006>.
- Brasil (2016). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 510 de 7 de abril de 2016*. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2016. Recuperado de: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Brasil (2011). Ministério da Saúde. Portaria N° 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011. Recuperado de: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html

- Campos, R., Farias, G., & Ramos, C. (2017). Satisfação profissional da equipe de enfermagem do SAMU/Natal. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 11(3). <https://doi.org/10.5216/ree.v11.47200>
- Damião, E. B. C., Rossato, L. M., Fabri, L. R. de O., & Dias, V. C. (2009). Inventário de estratégias de enfrentamento: um referencial teórico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(spe2), 1199-1203. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600009>
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.839>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150–170. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.48.1.150>
- Guia, H. (2015). *Stresse Profissional e Estratégias de Coping dos Enfermeiros do Serviço de Urgência*. (Monografia do Curso de Licenciatura em Enfermagem, Universidade Atlântica – Escola Superior de Saúde Atlântica, Barcarena, Portugal).
- Hoffmann, L. (1993). A morte na infância e sua representação para o médico: reflexões sobre a prática pediátrica em diferentes contextos. *Cad. Saúde Pública*, 9(3), 364-374. Recuperado de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2019.
- Kolhs, M., Olschowsky, A., Barreta, N., Schimerfening, J., Vargas, R., & Busnello, G. (2017). A enfermagem na urgência e emergência: entre o prazer e o sofrimento. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 9(2), 422-431. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.422-431>

- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. de O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(Suppl. 1), 65-74. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082003000400008>
- Martins, D., & Gonçalves, J. (2019). Estresse Ocupacional em Profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). *Revista Psicologia e Saúde*, 11(3), 3-17. doi:<http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.618>
- Meireles A. R., Machado M. G., Silva R. M., Santos O. P., Moraes-Filho I. M., & Ribeiro F. M. S. S. (2018). Estresse ocupacional da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev. Cient. Sena Aires*, 7(3), 228-34.
- Melo, L. P., Carlotto, M. S., Rodriguez, S. Y. S., & Diehl, L. (2016). Estratégias de enfrentamento (*coping*) em trabalhadores: revisão sistemática da literatura nacional. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 3(68). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2290/229053337010>
- Mendes, S. S., Ferreira, L. R. C, & De Martino, M. M. F. (2011). Identificação dos níveis de stress em equipe de atendimento pré-hospitalar móvel. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(2), 199-208. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2011000200007>
- O'Dwyer, G., Konder, M. T., Reciputti, L. P., Macedo, C., & Lopes, M. G. M. (2017). O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(7), e00043716. Epub 07 de agosto de 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00043716>
- Ribeiro, R. M., Pompeo, D. A., Pinto, M. H., & Ribeiro, R. de C. H. M. (2015). Estratégias de enfrentamento dos enfermeiros em serviço hospitalar de emergência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(3), 216-223. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500037>

- Rodrigues, A. B., & Chaves, E. C. (2008). Fatores estressantes e estratégias de *coping* dos enfermeiros atuantes em oncologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 24-28. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000100004>
- Salomé, G. M., Martins, M. F. M. S., & Espósito, V. H. C. (2009) Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. *Rev. bras. Enferm.*, 62(6), 856-862. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000600009>.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa*. 5 ed. Porto Alegre: Penso.
- Savóia, M. G., & Amadera, R. D. (2016). Utilização da versão brasileira do inventário de estratégias de *coping* em pesquisas da área da saúde. *Psicol. hosp. (São Paulo)*, 14(1), 117-138. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092016000100007&lng=pt&nrm=iso. acessos em 04 maio 2019.
- Savóia, M. G., Santana, P. R., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus para o português. *Psicol. USP*, 7(1-2), 183-201. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51771996000100009&lng=pt&nrm=iso. acessos em 04 maio 2019.
- Seminotti, E., & Neves, E. (2014). Dos Dramas de Narciso: reflexões antropológicas a partir de uma etnografia de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de João Pessoa – PB. *Ilha Revista de Antropologia*, 16(1), 175-202. <https://doi.org/10.5007/2175-8034.2014v16n1p175>
- Sousa, V. F. da S., & Araújo, T. C. C. F. de. (2015). Estresse Ocupacional e Resiliência Entre Profissionais de Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 900-915. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-370300452014>

- Stumm, E., Oliveski, C., Costa, C., Kirchner, R., & Silva, L. (2008). Estressores e *coping* vivenciados por enfermeiros em um serviço de atendimento pré-hospitalar. *Cogitare Enfermagem*, *13*(1). doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v13i1.11949>
- Stumm, E., Ribeiro, G., Kirchner, R., Loro, M., & Rosanelli, C. (2009). Avaliação da saúde e qualidade de vida: profissionais de um SAMU. *Cogitare Enfermagem*, *14*(4). <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i4.16374>
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of affective disorders*, *155*, 104-109. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>

ARTIGO 2

SIGNIFICAÇÕES ATRIBUÍDAS POR MÉDICOS E ENFERMEIROS FRENTE À IMINÊNCIA DE MORTE DE PACIENTES NO SAMU²

²O artigo foi elaborado com base nas normas da revista para qual se pretende enviá-lo: Revista Psicologia Ciência e Profissão

SIGNIFICAÇÕES ATRIBUÍDAS POR MÉDICOS E ENFERMEIROS FRENTE À IMINÊNCIA DE MORTE DE PACIENTES NO SAMU

RESUMO

O presente trabalho propõe-se a compreender, através do entendimento das significações atribuídas, como os profissionais do Serviço de Atendimento Móvel e de Urgência (SAMU) vivenciam um cotidiano de trabalho que envolve a iminência de morte de pacientes. Para tal, realizou-se uma pesquisa clínico-qualitativa, da qual participaram 13 profissionais (médicos e enfermeiros) do SAMU de um município no interior do Estado do Rio Grande do Sul. O instrumento utilizado foi a entrevista semidirigida individual, que foi conduzida a partir de eixos norteadores. A análise dos dados foi feita através da análise de conteúdo temática, a partir da qual foram delimitadas três categorias: “O vício da adrenalina: “cachaça braba”, seguida de “Relação com o paciente: o tempo do traslado” e “Relação com a equipe: perfeita sincronia”, a qual é composta pela subcategoria denominada “Feedback: espaço para as trocas”. Compreende-se que, ainda que o trabalho no SAMU envolva o contato com situações potencialmente estressantes, os profissionais encontram estratégias para lidar de forma saudável com as implicações do serviço. Essas estratégias envolvem apreciação do trabalho realizado; a relação pontual com o paciente, que se coloca como um afastamento emocional protetivo inerente ao serviço; e a relação com a equipe, que possui uma ação multiprofissional integrada, construída a partir do diálogo e do compartilhamento de saberes. Destaca-se a importância da valorização desses espaços de trocas entre os profissionais nos serviços de saúde, que permitem tanto a elaboração e ressignificação das vivências, quanto o desenvolvimento de um trabalho integralizado.

Palavras-chave: SAMU; Equipe Multiprofissional; Estresse; Morte.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, caracterizando-se pela busca da garantia da assistência integral e gratuita à população em sua totalidade, da atenção básica aos atendimentos em alta complexidade (Brasil, 2002a). Com a finalidade de impulsionar avanços na construção do SUS, implementou-se, em 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), abrangendo desde as Unidades Básicas até os cuidados pós-hospitalares (Brasil, 2003). A partir de sua elaboração, a primeira política a ter destaque na agenda governamental foi o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), devido ao argumento de que o mesmo seria importantes para a organização dos fluxos de atenção integral às urgências, pois estando em contato com diversos serviços, permitiria a observação do funcionamento das redes de assistência do sistema de saúde, além de evidenciar deficiências da mesma (Machado, Salvador & O'dwyer, 2011).

O SAMU e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde que possa acarretar sofrimento, sequelas ou mesmo a morte, sendo imprescindível garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde hierarquizado e integrado ao SUS (Brasil, 2011). O Serviço pode ser acionado pelo número 192, através do qual médicos reguladores, após julgarem cada caso, definem a resposta mais adequada – seja um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios (Brasil, 2002b). O serviço conta com dois tipos de ambulâncias: as de suporte básico, que incluem motorista, técnico de enfermagem e material básico para o primeiro atendimento às urgências; e as de suporte avançado, as quais contam com motorista, médico e enfermeiro, além de equipamentos para cuidados nas situações de risco iminente de vida (Machado et al., 2011). Nesse sentido, o SAMU é um serviço em constante contato com

situações-limite, implicando uma proximidade intensa dos trabalhadores com o fenômeno da morte.

Aponta-se que a temática da morte representa uma lacuna educacional no cenário dos serviços de saúde (Hayasida, Assayag, Figueira & Matos, 2014), visto que a lógica de ensino é, preeminente, de uma formação biomédica, direcionada aos cuidados curativos. Em geral, a preocupação dos profissionais de saúde se dirige ao intuito de salvar vidas, sendo a morte considerada um fracasso (Parkes, 1998), estando associada à impotência e à vergonha e devendo ser evitada a qualquer custo (Combinato & Queiroz, 2006).

Mello e Silva (2012) referem, através de estudo que objetivou compreender a vivência do médico diante da morte, que esse profissional vai se constituindo, ao longo da formação, como aquele que deve vencer a batalha travada contra a morte, o que implica em esquecer que a mesma faz parte da condição humana. Desse modo, frente ao óbito de um paciente ocorre a sensação de fracasso, derrota e impotência (Aredes & Modesto, 2016; Machado, Lima, Silva, Monteiro & Rocha, 2016; Parkes, 1998).

De acordo com a literatura, o envolvimento dos profissionais pode variar de acordo com o contexto da morte, sendo o posicionamento subjetivo balizado por critérios decorrentes de questões de ordem ética, moral e social (Aredes, Giacomini & Firmo, 2018). Ademais, as formas que os sujeitos encontrarão para lidar com as situações estressantes, como é o caso do contato constante com a morte, envolverão tanto a avaliação da situação quanto os recursos dos quais eles dispõem (Guia, 2015). Conforme os achados do estudo de Semeniuk, Durman e Matos (2012), realizado com profissionais da enfermagem de um centro cirúrgico, estes indicam que ficam mais sensibilizados frente a óbitos decorrentes de causas trágicas ou óbitos de crianças. Kuster e Bisogno (2010) afirmam que esse último se deve à concepção de que há uma ordem cronológica natural da vida, o que torna a morte de uma

criança um fato inesperado e inadmissível, difícil de ser elaborado e aceito, visto que o período da infância representa vida, sonhos e futuro.

Além da baliza correspondendo à faixa etária do paciente, alguns estudos apontam uma diferença que remete ao tempo de atuação dos profissionais, indicando que os sentimentos negativos podem ser mais frequentes no início da atuação profissional (Anderson, Kent & Owens, 2014; Kuster & Bisogno, 2010). Kuster e Bisogno (2010) afirmam, através de resultados obtidos em um estudo com enfermeiros de uma instituição hospitalar, que os profissionais com mais tempo de atuação demonstram estarem mais preparados do que os inexperientes para o enfrentamento das situações de morte. Anderson et al., (2014) realizaram um estudo com enfermeiros da Nova Zelândia para explorar as primeiras experiências memoráveis de morte de pacientes. Os resultados indicaram que os profissionais eram acometidos pela sensação de angústia após a vivência da situação de morte, tendo respostas como insônia e evitação de situações semelhantes, o que impacta na prática profissional.

Essa ideia da construção de uma certa preparação para lidar com a morte, adquirida pela prática, é corroborada pelo estudo de Martins e Gonçalves (2019), que buscou identificar se os trabalhadores de um SAMU no interior do Estado do Rio Grande do Sul apresentavam quadros de estresse, além de conhecer quais seriam as situações consideradas mais estressantes. Segundo os autores, a convivência cotidiana com situações potencialmente estressoras, como o óbito de pacientes, associada ao tempo de serviço e à prática na urgência/emergência, fazem com que os profissionais desenvolvam uma certa habituação às situações (Martins & Gonçalves, 2019).

Compreende-se que o habituar-se com o fenômeno da morte não implica, necessariamente, que os profissionais estejam realizando um processo de elaboração das situações vivenciadas. Nesse sentido, entende-se que o espaço para o diálogo entre a equipe

sobre as situações vivenciadas é de grande relevância ao processo de educação constante dos profissionais de saúde, proporcionando que os mesmos possam refletir acerca de sua atuação (Ciconet, Marques & Lima, 2008). Ademais, as trocas de experiências entre os profissionais do SAMU reforçam a cooperação, a qual é decisiva no atendimento no serviço (Felix, Araújo & Máximo, 2019).

Levando em conta as particularidades que se colocam na atuação profissional frente às situações-limite, que implicam um contato com a morte e potencial estresse, torna-se relevante investigar a forma como os profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência significam a vivência de um cotidiano marcado por essas situações. Aponta-se que existe uma escassez de estudos que tratem de forma aprofundada da relação dos profissionais de saúde com a morte no contexto específico do SAMU, o que valida a relevância de pesquisas que busquem investigar as complexidades envolvidas no assunto. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo compreender, através do entendimento das significações atribuídas, como os profissionais do SAMU vivenciam um cotidiano de trabalho que envolve a iminência de morte de pacientes.

MÉTODOS

Desenho do Estudo

O presente estudo trata-se de uma investigação exploratória-descritiva, fundamentada no método clínico-qualitativo, característico em pesquisa no campo da saúde. Esse método objetiva compreender os sentidos e as significações atribuídos aos fenômenos pelos diferentes atores sociais no campo saúde-doença (pacientes, familiares ou profissionais de saúde), através de múltiplos referenciais teóricos, os quais buscam dar conta da interdisciplinaridade envolta nesse campo (Turato, 2013).

Como pilares do método clínico-qualitativo se encontra a atitude clínica, existencialista e psicanalítica, que implicam olhar para o sujeito que porta a dor, refletir sobre

as questões humanas e escutar o sujeito que vivencia as problemáticas, respectivamente. Desse modo, propicia-se um acolhimento das ansiedades e angústias do participante, através da valorização das emoções e dinâmica mobilizadas na relação com os sujeitos pesquisados (Turato, 2013).

Aponta-se que a natureza exploratória do estudo se encontra pautada na busca pela aproximação com a temática, visando construir novas interpretações a novos problemas (Minayo, 2010). Já o caráter descritivo está associado a proposta de descrever as características de uma determinada população ou fenômeno (Gil, 2002).

Cenário do Estudo

O cenário do estudo para a coleta de dados mais adequado é, segundo Turato (2013), o ambiente natural que o sujeito do estudo integra. O autor sustenta que nesses locais as informações registradas são válidas e relevantes, pois tratam-se de espaços que preservam as características e relações das pessoas. Portanto, esse espaço físico-psicossocial pode ser desde sua moradia até o local de trabalho. Nesse sentido, a coleta de dados foi realizada na Base do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de uma cidade no interior do Estado do Rio Grande do Sul, o que permitiu que a pesquisa fosse realizada em um ambiente confortável, garantindo o sigilo e a privacidade dos participantes.

Participantes

Os participantes do presente estudo constituíram uma amostragem intencional, a qual, de acordo com Turato (2013), consiste em um pequeno conjunto de sujeitos, intencionalmente selecionados devido a sua importância quanto à temática da pesquisa. Desse modo, participaram todos os médicos e enfermeiros integrantes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a exceção de um profissional, que não concordou com sua inclusão, perfazendo assim um total de 13 participantes. A escolha por esses profissionais se deu devido à organização do serviço, que delimita que os mesmos componham, junto ao

condutor, a tripulação das Ambulâncias de Suporte Avançado, veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos (Brasil, 2002b). Destarte, compreende-se que esses profissionais estão em contato direto com situações que envolvem maior risco de morte.

Visando preservar a identidade dos participantes, optou-se por omitir suas áreas de atuação. Assim, os mesmos serão identificados pela letra “E” seguida de um número de sua respectiva entrevista.

Instrumentos

Após a realização do rapport, a concordância dos participantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas semidirigidas, compostas por eixos norteadores que correspondiam a tópicos de discussão relacionados aos objetivos da pesquisa. De acordo com Turato (2013) e Minayo (2010), essas entrevistas possibilitam que a direção dos assuntos abordados seja guiada ora pelo pesquisador, ora pelo entrevistado; apesar de flexíveis, mantêm um percurso a ser percorrido por conta dos eixos norteadores.

Na presente pesquisa os eixos norteadores contemplaram aspectos referentes à trajetória profissional; ingresso no SAMU; vida pessoal antes e depois do ingresso; lembranças positivas e negativas do trabalho no serviço; a prática profissional na urgência e emergência; relação com paciente e família; relação com a equipe; a vivência de situações limites entre a vida e a morte de pacientes; a concretização da morte de pacientes durante atendimentos; enfrentamento dessas situações; impacto na vida pessoal; situações consideradas mais impactantes/mobilizadora. Salienta-se que, através do consentimento dos participantes, as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

Análise dos dados

No presente estudo, a análise dos dados qualitativos foi realizada por meio da análise de conteúdo temática, a qual, segundo Minayo (2010), tem como conceito central o “tema” e consiste na descoberta de núcleos de sentido que se faz através da análise da presença ou frequência de aparição de determinados termos nas falas dos entrevistados. Entende-se que analisar um material significa codificá-lo, transformando-o em uma representação (conteúdos implícitos), a partir de seu estado bruto (conteúdos manifestos) (Bardin, 2010; Turato, 2013).

Nesse sentido, destaca-se que foram seguidas algumas etapas, inerentes ao processo de análise de conteúdo em contexto de pesquisa clínico-qualitativo. Inicialmente foi empreendida uma leitura flutuante ou pré-análise; após, partiu-se para a etapa de categorização, que implicou em classificar e agrupar os elementos similares; por fim, foi feita uma subcategorização dos dados, a qual demanda a inclusão de tópicos relevantes em uma grande categoria (Minayo, 2010). O processo de análise foi realizado por diferentes pesquisadores, de forma conjunta. Além disso, aponta-se que a categorização considerou os critérios de repetição, que pressupõe colocar em destaque as colocações que reincidem, buscando investigar o que têm em comum; e de relevância, através do qual se considera, a partir da ótica do pesquisador, uma fala rica em conteúdo capaz de confirmar ou refutar suposições iniciais e que se coloca como um ponto central na construção dos significados dos entrevistados (Turato, 2013).

Aspectos éticos

Este estudo seguiu os princípios regidos pela Resolução 510 de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, a qual guia a ética nas pesquisas com seres humanos em Ciências Humanas e Sociais (Brasil, 2016). Desse modo, a pesquisa só foi colocada em prática após a aprovação do Comitê de Ética da UFSM, sob o número CAAE: 17825519.7.0000.5346.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os profissionais do SAMU vivenciam um cotidiano marcado por situações que muitas vezes se colocam na ordem de um limite entre a vida e a morte. Os resultados indicam que a forma como esses sujeitos irão enfrentar essas situações relaciona-se às significações que os mesmos atribuem ao trabalho, à relação com o paciente e à relação com a equipe. Destarte, delimitaram-se três categorias, sendo elas “O vício da adrenalina: “caçaça braba”, seguida de “Relação com o paciente: o tempo do traslado” e “Relação com a equipe: perfeita sincronia”, a qual é composta pela subcategoria denominada “Feedback: espaço para as trocas”.

O vício da adrenalina: “caçaça braba”

Sabe-se que o atendimento pré-hospitalar (APH) envolve a tomada de decisões rápidas frente às situações atendidas. Com isso, os socorristas do SAMU estão expostos a situações de tensão que, muitas vezes, envolvem a iminência da morte (Seminotti & Neves, 2014; Martins & Gonçalves, 2019). Nesse sentido, ao se defrontar com situações extremas que envolvem a dor, o sofrimento e a morte, têm de apresentar raciocínio rápido, capacidade para tomar decisões assertivas, além de bom condicionamento físico (Miorin et al., 2018).

Em concordância com essa lógica, os participantes do presente estudo trazem indicações de que o bom enfrentamento das situações vivenciadas no serviço de atendimento pré-hospitalar móvel diz de um perfil profissional que converge para tal trabalho. Conseguir lidar com as situações-limite de um modo que as mesmas não tragam prejuízos, seja na realização de outros atendimentos ou na vida pessoal, parece ser um fator decisivo na permanência do profissional no serviço, visto que o contato com a morte é cotidiano no SAMU: “ Se tu é o [profissional] do SAMU e tu vai te impactar com qualquer óbito que tu tiver... tu não vai conseguir trabalhar aqui, entendeu? Eu acho que é um pouco do perfil, eu acho” (E3).

[...] se tu for se sensibilizar com cada caso, sentar e chorar, tu não trabalha, entendeu? Já eu tenho uma parede assim, vamos atender, beleza, eu boto uma parede, eu me fecho, “por quê?” porque se não daqui a pouco tu não trabalha. (E10)

Entende-se que essa afirmação de que exista um perfil para o serviço diz também da forma como eles se sentem frente à atuação no SAMU. Segundo Aredes et al., (2018) as mortes enfrentadas pelos profissionais podem assumir um caráter mais ou menos difícil a partir de questões de ordem social, ética e moral. De acordo com esses autores, alguns critérios parecem orientar essa classificação, tais como: a faixa etária; a identificação ou não com o paciente; as circunstâncias da morte; e a reflexão do profissional quanto a sua responsabilidade no processo de morte.

Compreende-se, nesse sentido, que existem fatores estressores que permeiam o trabalho e que, em alguns casos, as mobilizações emocionais dos profissionais são maiores, como em óbitos infantis ou traumas violentos. Todavia, apesar de tais atravessamentos, os participantes indicam a possibilidade de ressignificação das vivências e da forma como se dá o trabalho no atendimento pré-hospitalar, como refere E1: “Eu gosto disso. Eu gosto disso, é sempre um desafio” e E5: “É viciante, é viciante trabalhar, a gente diz que a gente é viciado em adrenalina né”.

Ademais, ainda que as situações sejam da ordem de um limiar entre a vida e a morte e que isso implique em altos níveis de estresse, os participantes se sentem realizados, pois há a possibilidade de realizar uma ação que gere mudanças no desfecho que seria esperado, como indica E1: “Agora na situação crítica, numa situação assim, que o paciente tá ali entre a vida e a morte e eu tenho que fazer uma coisa nesse momento, nesse segundo para ajudar, é isso que eu gosto.”

Tais dados corroboram os achados de Menezes (2000), que realizou um estudo etnográfico em um Centro de Tratamento Intensivo de um hospital público. A autora destaca que para os trabalhadores que atuam em contextos que envolvem extrema gravidade e

instabilidade e que exigem resoluções precisas e rápidas, essa tomada de decisão imediata ao mesmo tempo em que gera tensão, também motiva o profissional, que se coloca em uma luta contra a morte.

E10 complementa as ideias apontadas pelos outros participantes ao indicar uma metáfora acerca do que seria o trabalho no SAMU, na urgência: “A urgência, ela vicia, é uma cachaça braba” (E10). O que implica em uma ideia de que é um trabalho que talvez para muitos não seja “tragável”, mas que acaba por viciar quem o ingere.

Aponta-se que durante as entrevistas a maioria dos participantes referiu já ter um interesse anterior pela área da urgência e emergência, o que contribui para o entendimento de que os profissionais que trabalham no SAMU parecem ter feito uma escolha para estarem ali, ou, ao menos, uma escolha por permanecerem. Esses achados estão de acordo com o estudo de Andrade e Silva (2019), realizado com enfermeiros de um SAMU da cidade de Ouro Fino, Minas Gerais. Os autores afirmam que todos os profissionais eram especialistas em urgência e emergência, além de muitos possuírem ainda outras especializações. Aponta-se que a formação específica na área é, muitas vezes, requisito para atuar no serviço, mas o alto nível instrucional dos profissionais indica um investimento constante na formação para a melhoria do atendimento no APH.

Visto o intenso interesse dos profissionais pelo serviço, entende-se que mesmo o que poderia ser significado como estressante encontra possibilidades de ressignificação. Compreende-se, ainda, que os aspectos que influenciam nessa percepção envolvem a gratificação pessoal, o reconhecimento, a relação com a equipe e mesmo o ambiente de trabalho, conforme apontam os participantes: “[...] por isso que eu digo, hoje quem tá no SAMU de [cidade] é porque gosta. É porque gosta” (E10).

Quem trabalha no pré-hospitalar aqui gosta muito disso. [...] O pessoal pergunta porque eu trabalho no SAMU se eu posso trabalhar em outros lugares que pagam melhor [...] mas eu descobri ao longo dos anos que não é só o dinheiro que importa, a satisfação pessoal importa muito também. Então acho que é [...] isso assim, o

reconhecimento das pessoas, o reconhecimento da equipe, a relação, o ambiente de trabalho, tudo isso somado. (E12).

Seminotti e Neves (2014) afirmam que, em geral, os profissionais do SAMU referem se sentir orgulhosos do seu trabalho, indicando o reconhecimento como um aspecto importante de valorização, que alimenta a vontade de permanecer no serviço. Ademais, segundo Martins e Gonçalves (2019), a relação positiva com o serviço, marcada pela apreciação do trabalho realizado se coloca como um fator protetivo aos possíveis efeitos nocivos do estresse vivenciado.

Em estudo realizado por Mendes, Ferreira e De Martino (2011), com o objetivo de identificar a presença e os níveis de estresse em profissionais do SAMU de uma cidade de Minas Gerais, constatou-se uma baixa prevalência do mesmo. Um dos fatores que poderia justificar esse achado, segundo os autores, é o fato de os profissionais desejarem expressamente trabalhar nessa área. Essa ideia está de acordo com o que refere Guia (2015), ao afirmar que as formas que os indivíduos desenvolvem para lidar com as situações estressantes vão depender tanto da avaliação situacional quanto dos recursos dos quais se dispõem para enfrentá-la.

Compreende-se que, ainda que o serviço do SAMU seja marcado por situações envolvendo a iminência de morte, o que implica em circunstâncias potencialmente estressoras aos profissionais, os mesmos significam o trabalho de forma favorável. Entende-se que isso pode ser marcado pelo sentido atribuído pelos profissionais ao serviço, caracterizado pela apreciação do mesmo e pelo reconhecimento obtido. Além disso, entende-se que existem outros fatores que permeiam essa significação, entre eles a possibilidade de uma relação mais pontual com o paciente e, principalmente, a relação com a equipe, caracterizada pelo espaço para trocas e compartilhamento de vivências e saberes. Esses aspectos serão melhor trabalhados nas categorias a seguir.

Relação com o paciente: o tempo do traslado

Um aspecto marcante apontado pelos participantes e que ganha destaque no entendimento da significação que os mesmos atribuem ao SAMU, é o tipo de atendimento ao paciente caracterizado como pontual. O trabalho no SAMU possui o foco de realizar o transporte dos pacientes a um serviço hospitalar com a maior agilidade possível, o que implica em uma relação caracterizada pela brevidade, como refere E2: “Na verdade, a gente não tem vínculo com nenhum paciente né, é aquele atendimento rápido, uma [...] intervenção rápida, e acabou ali. [...] às vezes isso também diferencia do intra-hospitalar”. Ademais, E3 aponta que não existe um vínculo emocional maior por não ser o médico assistente do paciente, no sentido de dar uma continuidade ao atendimento. Essa fala é retratada abaixo:

Tu não é [profissional] assistente daquele paciente. [...] Tu é o plantonista e tu vai atender aquela situação, e são situações que são atendimentos rápidos né. [...] tu vais direto na vítima, conversa com a família o, estritamente o necessário [...] e conduzo ele pro lugar que eu acho que ele vai ser melhor atendido, que tem mais estrutura para resolver o problema dele. (E3)

[...] porque é um serviço diferenciado [...], tu não tem o contato que tu tem com o paciente no hospital, é um contato que tu tem ali no momento, depois tu entregou o paciente e tu nunca mais vai saber dele. (E7)

Conforme refere E7, por se tratar de um serviço focado na remoção e transporte do paciente a uma unidade hospitalar, o contato é muito breve e, portanto, a relação não envolve um vínculo emocional com o paciente/família ou com a situação. Isso permite que se estabeleça um certo distanciamento afetivo, o que se coloca de forma diferente no contexto de uma unidade hospitalar, na qual o contato com o paciente é muito mais prolongado e intenso.

Quanto ao aspecto do transporte de pacientes, já mencionado, destaca-se que este configura-se como uma ideia central que norteia o atendimento no SAMU “chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde [...] sendo imprescindível garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde hierarquizado e

integrado ao SUS” (Brasil, 2011). A fala de E5 remete a essa lógica do transporte do paciente dentro das condições que o SAMU possibilita: “[...] mas a gente consegue distinguir também “não, agora eu preciso que o paciente seja atendido ali então essa situação toda estressante agora já não é mais com a gente”, então, o trabalho tá feito” (E5).

O participante traz sobre a possibilidade de se desvincular da situação estressante ao realizar essa passagem do paciente a outro serviço. Desse modo, pode-se compreender que o papel que os profissionais do SAMU ocupam, de transportadores dos pacientes, permite que eles não se envolvam emocionalmente com o paciente, o que parece se tornar um fator protetivo. De acordo com Martins e Gonçalves (2019), o estresse e a ansiedade vivenciados pelos trabalhadores do SAMU se mantêm, em geral, em uma primeira fase, sendo diminuídos ou mesmo sanados após a estabilização e entrega da vítima a outro serviço.

Segundo E4, em geral, não se têm um conhecimento sobre a evolução do paciente após ele ser entregue em um serviço hospitalar, o que permite uma certa tranquilidade após ser realizada essa passagem dos cuidados, pois se tem a compreensão de que o serviço pré-hospitalar realizou todas as ações possíveis para a melhor evolução:

[...] Uma coisa que se sente muita diferença no APH é que tu atende o paciente numa situação crítica e depois, muitas vezes, tu não tem conhecimento do que aconteceu com esse paciente, mas também tem um lado meio que positivo assim, porque tu atendeu o paciente, encaminhou para um pronto atendimento né, pro intra-hospitalar. [...] e tu [...] fica um pouco mais tranquilo em relação a isso, né. (E4)

De acordo com o relato do participante depreende-se que, de certa forma, essa característica do serviço se coloca como uma estratégia protetiva em relação às evoluções negativas dos pacientes. A fala de E8, a seguir, complementa essa ideia, pois indica que a relação pontual que se estabelece permite que os profissionais consigam lidar de uma forma mais tranquila com as situações extremas para as quais são chamados. Com isso, os mesmos podem realizar ações de modo mais prático e direto, pois não se sentem tão pressionados como poderiam se estivessem mantendo um vínculo mais intenso com paciente e/ou família.

[...] e o fato de talvez os pacientes que a gente lida no SAMU não ter uma carga emocional maior por não termos vínculo ajuda também, com certeza. [...] eu acho que a... a pressão às vezes é bem menor, a nossa própria pressão. (E8)

Não manter esse contato, seja antes ou depois do atendimento, perpassa o modo como os participantes se colocam no serviço, como refere E4: “Eu procuro não me vincular muito ao paciente, saber muitas informações, saber a história dele. Eu me preocupo em atender o paciente” (E4).

Segundo Aredes e Modesto (2016) frente à impossibilidade de cura e a morte de pacientes, o profissional necessita lidar com seu afeto em relação ao sofrimento do outro. Essa tarefa implica, muitas vezes, no uso de mecanismos, que os autores referem como “escudos ou máscaras”, como forma de proteção ao sofrimento frente aos outros, o que não anula sua sensibilidade, mas se coloca como um modo de resistência. Todavia, levando em conta o contexto do SAMU e frente aos resultados da presente pesquisa, compreende-se que essa tarefa de construir um afastamento não parece ser atribuída aos profissionais, apenas mantida pelos mesmos, visto que já é inerente à lógica do serviço.

Considera-se que o SAMU, por suas características que envolvem um atendimento rápido e pontual às situações de urgência, força que a interação entre o profissional e o paciente também seja marcada por relações breves, o que se coloca como um fator protetivo ao estresse. Ao ter como objetivo o transporte do paciente a um serviço para a continuidade do atendimento, os profissionais conseguem manter um afastamento em relação ao sofrimento de pacientes e familiares.

Relação com a equipe: perfeita sincronia

A relação com a equipe foi indicada pelos participantes como uma característica favorável do trabalho no SAMU, através do sincronismo e da realização de um trabalho que é, de fato, integrado. Isso se deve por um domínio e compartilhamento de saberes que

compõe o momento do atendimento, tornando possível a realização de um atendimento de qualidade, em que cada profissional desempenha uma ação que faz parte do conjunto:

Ah, a relação com a equipe é fundamental né. Fundamental. Assim ó, ela tem que tá em perfeita sincronia. Nos atendimentos muitas vezes a gente nem fala um com o outro, porque cada um já sabe o que vai fazer né (E1).

A ideia trazida por E1 alude ao entendimento do sincronismo, visto que as ações ocorrem sem que seja necessária uma comunicação verbal entre os profissionais. Associa-se a isso a perspectiva de que no serviço cada profissional é muito bem capacitado, realizando as atividades sem que seja necessário que elas sejam delegadas. Isso permite que se construa uma relação de confiança entre os profissionais, viabilizando a integração e coordenação das ações a serem realizadas, o que torna o atendimento mais fluído e, inclusive, eficiente. Esses resultados podem ser corroborados por Felix et al., (2019), que afirmam que a comunicação é um componente básico da cooperação entre os trabalhadores do SAMU, tendo um destaque especial a comunicação não verbal durante os atendimentos (Pereira & Lima, 2009).

Segundo Felix et al., (2019), a confiança está na ordem de uma convicção de que o outro tem capacidade de realizar um bom trabalho, além de respeitar valores comuns, oferecendo alguma previsibilidade acerca do comportamento das pessoas. Através do estudo realizado com profissionais do SAMU, esses autores verificaram que as decisões geralmente são tomadas a partir do diálogo, viabilizando que sejam executadas com sincronia e fluidez.

Dell'Acqua, Yoshe e Popim (2013) corroboram com essa ideia, afirmando que o trabalho em saúde implica que as competências se complementem, através de uma formação multidisciplinar que ocorra de forma integradora. De acordo com E13, o trabalho integrado gera satisfação aos profissionais e, conforme refere E4, essa é uma característica bastante própria do serviço, visto que não é o que ele encontra em outros ambientes de trabalho: “[...] Então todo atendimento ele me deixa satisfeita né, eu vejo mais uma vez a equipe agindo bonito, eu vejo mais uma vez as coisas acontecendo como tem que ser, então é bem

gratificante” (E13). “Durante o atendimento a equipe é muito integrada, né. [...] a gente consegue fazer coisas que às vezes num hospital, num pronto atendimento, com 6 pessoas não conseguem fazer” (E4).

O trabalho realizado pelo SAMU implica que as ações sejam articuladas em torno de um objetivo comum, o que demanda que os trabalhadores se comuniquem adequadamente, antecipando ações uns dos outros. Ademais, no atendimento pré-hospitalar móvel é comum a exigência de uma inteligência inventiva e do improviso, para os quais a relação de confiança entre os profissionais é fundamental. Já nas unidades hospitalares existe uma divisão hierárquica mais rígida, que muitas vezes dificulta a cooperação e o trabalho multidisciplinar marcado pela construção conjunta (Felix et al., 2019).

Para E9, a equipe “tá num nível de sincronismo que você... tu está indo fazer uma coisa o outro já tá voltando, então funciona muito bem, muito rápido. Então tem uma interação toda entre a equipe, o que facilita bastante o trabalho”, o que se pode entender como um modelo exemplar de como o trabalho em equipe multidisciplinar deve ser organizado. Pereira e Lima (2009) referem que esse tipo de integração presente no SAMU tem sido descrito nas situações de emergência, onde é imprescindível a realização de ações de forma articulada, marcada pela cooperação e sintonia entre os profissionais.

Para E6, o termo que poderia traduzir a forma como se estabelece o convívio entre os colegas no serviço é “família”, e isso se deve, inclusive, pelo tempo que eles passam juntos, seja durante os atendimentos ou no período entre eles: “Ah, aqui a gente meio que se trata como uma família né, porque a gente convive mais tempo [ri] entre nós aqui do que com a própria família mesmo” (E6).

De acordo com Felix et al., (2019), no contexto do SAMU a convivência cotidiana entre os profissionais, somada à experiência adquirida ao longo da prática, contribui para que a confiança seja consolidada. É interessante notar a forma como os participantes valorizam o

trabalho e a equipe do SAMU. O diferencial parece se estabelecer no sucesso que existe na realização do trabalho em equipe:

[...] Então hoje eu posso dizer assim que eu tenho dificuldade de aceitar largar isso aqui um pouco, porque a gente tem um clima muito bom entre as equipes, tem um companheirismo muito bom entre a gente, cada um se ajuda, e é um serviço assim que tem um papel para população. (E11)

Ademais, outro aspecto importante que diz respeito à relação entre a equipe e à particularidade do serviço no SAMU em comparação com outros serviços é a relação que se estabelece entre as diferentes profissões. Na formação da ambulância de suporte avançado (SA) o condutor é responsável pela chegada da equipe em tempo hábil ao local chamado, pela segurança da equipe e por auxiliar nos procedimentos realizados com os pacientes; o médico é responsável pelo atendimento em situações de maior gravidade, estando preparado para reanimar e estabilizar o paciente durante o transporte; já o enfermeiro segue na ambulância para atender aos chamados e realizar intervenções não invasivas orientadas (Felix et al., 2019). Todavia, ainda que existam essas delimitações, as ações são realizadas de forma conjunta com o propósito de realizar um atendimento integrado, sem a imposição de uma hierarquia no sentido de desautorização do conhecimento de algum dos profissionais. Os participantes do presente estudo indicam que durante o atendimento não há diferenciação, todos se unem em prol de realizar a melhor conduta possível, como refere o participante E3: “[...] Tu tem que se abaixar num canto para entubar um paciente, tu tem que carregar maca, porque tu vai em ambulância, tu vai na ambulância com [colegas], então, invariavelmente tu precisa ajudar né, em todos os aspectos” (E3).

De acordo com Pereira e Lima (2009), o atendimento pré-hospitalar deve ser alicerçado no trabalho em equipe, com vistas a superar a relação hierárquica que ordinariamente se encontra nos serviços de saúde. Os autores apontam ainda que o trabalho é resultado das ações de cada um dos atores envolvidos, com a valorização dos saberes e práticas específicos. Essa lógica do trabalho em conjunto contrapõe o que apontam Seminotti

e Neves (2014), ao indicarem em seu estudo que o trabalho no SAMU é marcado por conflitos interpessoais atravessados pela vaidade e pela luta por poder.

Um aspecto visual que pode exemplificar essa organização dos profissionais do SAMU é a vestimenta: os macacões utilizados pelos profissionais são iguais, seja para condutor, técnico de enfermagem, médico ou enfermeiro, somente se diferenciando através de uma etiqueta colada indicando a categoria profissional e o sobrenome. Isso se distingue claramente em relação a outros serviços de saúde, principalmente hospitalares, nos quais, em geral, se pode identificar os profissionais pelas vestimentas, visto que, segundo Martins & Martins (2011), o uniforme é símbolo de status e diferenciação social de acordo com a função ou cargo que o indivíduo ocupa em um grupo.

Feedback: espaço para as trocas

Os participantes do estudo apontaram outra característica do SAMU que na perspectiva deles aprimora o serviço, que são os momentos de feedback entre a equipe e a qualificação. Entende-se que isso indica que parece haver uma preocupação acerca de uma constante melhoria e evolução do serviço, através do diálogo entre os profissionais, buscando repensar suas ações de modo a elevar a qualidade dos atendimentos. O fato de a equipe possuir um relacionamento agradável contribui, visto que as críticas são realizadas de um modo construtivo:

Quando tem as situações estressantes [...] a gente vai, atende, faz tudo que tem para fazer, larga os pacientes nos lugares né, depois a gente senta e diz “e aí, vamos conversar [...]”. Isso acaba deixando o atendimento muito redondo. Então por isso que um dos motivos que é bom trabalhar aqui. (E12)

Para E5, repensar e avaliar as situações e ações tomadas é um processo calcado na confiança no trabalho realizado pela equipe, o que permite uma reflexão no sentido de realizar uma autoavaliação e compreender que, em alguns casos, o desfecho negativo ocorre mesmo frente às melhores intervenções possíveis:

Acho que é o mecanismo que eu tento ver assim é “ah, se não teve um desfecho bom, o que que poderíamos ter mudado? Poderíamos ter mudado alguma coisa?”. Ah, eu tento fazer sempre o melhor, [...] mesmo não tendo o desfecho... bom, é, a gente se entregou ao máximo, a nossa responsabilidade técnica, profissional, foi toda executada, então isso nos tranquiliza. (E5)

Os dados do presente estudo, que demonstram que no serviço em específico existe esse espaço para o compartilhamento e a troca, divergem dos resultados indicados pela pesquisa feita por Semeniuk et al., (2012) com profissionais de um centro cirúrgico. Segundo os autores, os participantes apontaram que não compartilham sentimentos e angústias com os colegas de equipe. Entende-se que conversar sobre as vivências, compartilhando sentimentos e frustrações é fundamental. Além de permitir um processo de identificação, o espaço para a discussão entre a equipe fornece apoio ao enfrentamento das situações de estresse, reduzindo os efeitos negativos advindos das mesmas (Adriano et al., 2017; Anderson et al., 2014; Miorin et al., 2018).

Ademais, conforme indicam Ciconet et al., (2008), um processo de educação permanente dos profissionais implica em espaços de reflexão que possibilitem análises acerca da prática e do processo de trabalho no qual estão inseridos. Com isso, os trabalhadores podem repensar condutas, superar dificuldades e construir estratégias de intervenção.

Compartilhar as vivências em busca da construção de novos sentidos e novos fazeres está de acordo com o que afirma Bruck (2007), ao referir que as mobilizações que emergem no contato com o imprevisível podem gerar construções. Segundo o autor, viver uma situação-limite pode fragilizar o sujeito, mas também pode abrir possibilidades para o fortalecimento, contribuindo na construção constante da subjetividade.

O ambiente no qual essas trocas e feedbacks são realizados também se coloca como importante fator do processo. Visto que o trabalho no SAMU é marcado por situações de tensão, os profissionais referem que uma das possibilidades que eles encontram para amenizar o estresse são os momentos de descanso e descontração que existem na base, onde

eles permanecem quando não estão em atendimentos. Esse espaço é constituído por um escritório, alguns quartos com camas, uma sala comum com televisão e integrada à cozinha e banheiros. É nesse ambiente que se produzem relações de convívio que permitem o estabelecimento de laços pessoais e o fortalecimento de vínculos profissionais. Assim, existe a possibilidade de um espaço para o descanso e, muitas vezes, elaboração do que foi vivenciado, como já foi referido. Esse ambiente que acolhe permite que os profissionais se sintam seguros, pois sabem que terão a possibilidade de um espaço confortável para retornar:

[...] Então a gente convive, faz churrasco, tem uma relação boa assim de parceria. Então o trabalho fica um pouco mais leve num ambiente mais tranquilo, melhor. É bem agradável, apesar da tensão do trabalho a gente fica... entre nós assim, tem esse acolhimento. (E11)

É importante atentar para o fato de que, ao contrário dos serviços intra-hospitalares, que compreendem a resolução constante de demandas que chegam ao serviço, o SAMU é marcado por atendimentos conforme são realizados os chamados. Desse modo, os participantes referem que em nos momentos em que não se apresenta essa demanda, eles têm a oportunidade de um tempo para se reorganizar e descansar após o atendimento realizado:

O bom do SAMU é isso né, [...] nós estamos de plantão 12 horas, mas essas 12 horas às vezes dá 4 ou 3 atendimentos, desses atendimentos 1 pode ser grave, mas depois tu volta para base, tu organiza tua ambulância, [...] tu conversa com a equipe, entra em outros assuntos, dá um pouco de risada, te distrai, e desliga desse tipo de situação. (E4)

Entende-se que a possibilidade de elaboração das situações através das trocas/feedbacks e a existência de um espaço de descanso, onde essas trocas possam ser realizadas, pode proporcionar um afastamento quanto às situações, no sentido de não existir grandes impactos pessoais. A ideia de não interferência das situações do trabalho com aspectos da vida pessoal foi citada pelos participantes como um aspecto relacionado a forma como estes elaboram as situações-limite no serviço. Semeniuk et al., (2012) apontam que, nessas situações, os trabalhadores tendem a buscar uma separação entre aspectos da vida profissional e da vida pessoal.

Nesse sentido, a fala de E5 é significativa para essa ideia trazida pelos participantes, pois refere de um processo que implica se despir da carga das situações atendidas, pois se deixa “tudo lá fora [...] tu tira o macacão [...] e tu relaxa” (E5), permitindo uma nítida distinção entre as duas esferas, SAMU e vida pessoal:

Na minha vida pessoal eu consigo distinguir bem assim o que é trabalho fica no trabalho o que é casa fica em casa. Acho que pelo menos nessa parte eu consigo... passei a porta de casa deixo tudo lá fora, as situações de estresse, preocupação, ali, e em casa, enfim, tu tira o macacão, tu tira a farda e tu relaxa, [...] procuro não trazer o que tem do ambiente do serviço para dentro de casa. (E5)

Entende-se, nessa via do enfrentamento das situações e levando em conta o que foi trabalhado ao longo da categoria que o SAMU é marcado por um trabalho integrado, no qual não há imposição de uma hierarquia rígida. Soma-se a isso existência de espaços e momentos de conversas e trocas acerca das ações realizadas durante o atendimento, bem como um espaço físico que permite relaxar, ao mesmo tempo em que contribui para o fortalecimento dos vínculos pessoais entre a equipe. Todos esses fatores apresentados se colocam como fundamentais para a elaboração das situações vivenciadas e diminuição do estresse nos trabalhadores do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendeu-se a partir do presente estudo que as estratégias utilizadas pelos profissionais implicaram a forma como os mesmos significam o trabalho, a relação com o paciente e a relação com os colegas da equipe. De acordo com os resultados obtidos, os participantes referem uma inclinação, que diz de um perfil profissional e pessoal, ao trabalho na área de urgência e emergência. Ademais, a satisfação da atuação no SAMU é caracterizada pela apreciação do serviço e reconhecimento obtido.

Relativo ao contato com o paciente, aponta-se que, devido às suas características singulares, o trabalho no SAMU implica um atendimento rápido e pontual às vítimas, proporcionando que a relação com o paciente também seja da ordem de uma brevidade. De

acordo com os participantes, isso se coloca como um fator protetivo ao estresse inerente ao serviço, pois gera um afastamento em relação ao sofrimento de pacientes e familiares.

Quanto ao relacionamento com a equipe, destaca-se que os profissionais o caracterizam como positivo, o que implica tanto na realização de um trabalho de qualidade – que envolve a atuação de uma equipe multiprofissional que atua de forma integrada –, quanto na construção de relações positivas. Ressalta-se que os participantes indicaram que o serviço é marcado pela possibilidade de realizar compartilhamentos e trocas, o que se coloca como essencial para a elaboração das situações vivenciadas pelos profissionais, visto que é a partir da fala que os mesmos podem encontrar possibilidades de ressignificar suas vivências. Nesse sentido, a lógica apresentada pelos participantes coloca-se como um exemplo de como o trabalho multiprofissional deve funcionar – visando a atuação compartilhada em busca de um objetivo comum; e baseado no constante diálogo e compartilhamento entre os profissionais, constituindo-se num forte fator de enfrentamento ao estresse.

Aponta-se que as limitações relativas ao presente estudo se traduzem no fato de que o mesmo foi realizado em um único serviço e de que, visando preservar a identidade dos participantes, não foi identificada a categoria profissional nos depoimentos. Indica-se, como possibilidade de futuras pesquisas, a relevância de investigar tais vivências em diferentes contextos, buscando compreender a forma como o serviço vem se estruturando no país, e objetivando aprimorar o atendimento ofertado à população a partir de um cuidado mais adequado aos profissionais que o realizam.

REFERÊNCIAS

- Adriano M. S. P. F., Almeida M. R. de, Ramalho P. P. L., Costa I. P. da, Nascimento A. R. S. do, & Moraes J. C. O. (2017). Estresse ocupacional em profissionais da saúde que atuam no serviço de atendimento móvel de urgência de Cajazeiras – PB. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 21(1). 29-34. <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2017v21n1.16924>
- Anderson N.E., Kent B., Owens R.G. (2014). Experiencing patient death in clinical practice: Nurses' recollections of the ir earliest memorable patient death. *Int J Nurs Stud*. 52(3), 695-704. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.12.005.
- Andrade, T. de, & Silva, M. (2019). Características dos enfermeiros no atendimento pré-hospitalar: concepções sobre a formação e exercício profissional. *Enfermagem em Foco*, 10(1). doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n1.1444>
- Aredes, J. S., & Modesto, A. L. (2016). "Entre vidas e mortes, entre máscaras e fugas": um estudo sobre a prática médica hospitalar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(2), 435-453. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000200006>
- Aredes, J. S., Giacomini, K., & Firmo, J. (2018). The physician in the face of death in the emergency room. *Revista De Saúde Pública*, 52(42). <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000296>
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Brasil (2002a). Ministério da Saúde. *O sistema público de saúde brasileiro*. Brasília, DF, 2002. Recuperado de: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf>
- Brasil (2002b). Ministério da Saúde. Portaria Nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2002a. Recuperado de: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>

Brasil (2003). Ministério da Saúde. Portaria Nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2003. Recuperado de:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html>

Brasil (2011). Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011.

Recuperado de:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>

Brasil (2016). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 510 de 7 de abril de 2016*. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2016. Recuperado de:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>

Bruck, N. R. V. (2007). *A psicologia das emergências: um estudo sobre angústia pública e o dramático cotidiano do trauma*. (Tese de Doutorado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado de:

<http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=726>

Ciconet, R. M., Marques, G. Q., & Lima, M. A. D. da S. (2008). Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12(26), 659-666. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000300016>

Combinato, D. S., & Queiroz, M. de S. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11(2), 209-216. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200010>

- Dell'Acqua, M. C. Q., Yoshie L. T., & Popim, R. C. (2013). O processo de trabalho em urgência e emergência em interface com a morte. *Rev Rene*, 14(6). Recuperado de <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/11334>
- Felix, Y. T. M., Araújo, A. J. da S., & Máximo, T. A. (2019). A concepção de cooperação das equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). *Laboreal*, 15(1), 1-24. <https://dx.doi.org/10.4000/laboreal.1269>
- Gil, A.C. (2002). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Guia, H. (2015). *Stresse Profissional e Estratégias de Coping dos Enfermeiros do Serviço de Urgência*. (Monografia do Curso de Licenciatura em Enfermagem, Universidade Atlântica – Escola Superior de Saúde Atlântica, Barcarena, Portugal).
- Hayasida, N. M. de A., Assayag, R. H., Figueira, I., & Matos, M. G. de. (2014). Morte e luto: competências dos profissionais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), 112-121. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140017>
- Kuster, D. K., & Bisogno, S. B. (2010). A percepção do enfermeiro diante da morte dos pacientes. *Disc. Scientia*, 11(1), p. 9-24. Recuperado de <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/961>
- Machado, C. V., Salvador, F. G. F., & O'Dwyer, G. (2011). Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Revista de Saúde Pública*, 45(3), 519-528. Epub April 15, 2011. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000022>
- Machado, R. da S., Lima, L. A. de A., Silva, G. R. F. da, Monteiro, C. F. de S., & Rocha, S. S. (2016). Finitude e morte na sociedade ocidental: uma reflexão com foco nos profissionais de saúde. *Cultura de los Cuidados*, 20(45), 91-97. doi:10.14198/cuid.2016.45.10

- Martins, D., & Gonçalves, J. (2019). Estresse Ocupacional em Profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). *Revista Psicologia e Saúde, 11*(3), 3-17.
doi:<http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.618>
- Mello, A. A. M., & Silva, L. C. da. (2012). A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana. *Revista da Abordagem Gestáltica, 18*(1), 52-60.
Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000100008&lng=pt&tlng=pt.
- Mendes, S. S., Ferreira, L. R. C., & De Martino, M. M. F. (2011). Identificação dos níveis de stress em equipe de atendimento pré-hospitalar móvel. *Estudos de Psicologia (Campinas), 28*(2), 199-208. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2011000200007>
- Menezes, R. A. (2000). Difíceis Decisões: uma abordagem antropológica da Prática Médica em CTI. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 10*(2), 27-49.
<https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312000000200002>
- Minayo, M.C. de S. (2010). (org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Miorin, J. D., Camponogara, S., Pinno, C., Beck, C. L. C., Costa, V.r, & Freitas, E. de O. (2018). Prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem de um pronto-socorro. *Texto & Contexto - Enfermagem, 27*(2), e2350015. Epub 03 de maio de 2018.
<https://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002350015>
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. (Trad. Maria Helena Franco), São Paulo: Summus.
- Pereira, W. A. da P., & Lima, M. A. D. da S. (2009). O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 43*(2), 320-327. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200010>

- Semeniuk, A., Durman, S., & Matos, F. (2012). Saúde mental da equipe de enfermagem de Centro Cirúrgico frente à morte. *Revista SOBECC*, 17(4), 48-56. Recuperado de <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/188>
- Seminotti, E., & Neves, E. (2014). Dos Dramas de Narciso: reflexões antropológicas a partir de uma etnografia de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de João Pessoa – PB. *Ilha Revista de Antropologia*, 16(1), 175-202. <https://doi.org/10.5007/2175-8034.2014v16n1p175>
- Turato, E. R. (2013). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 6ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi a primeira política a ter destaque na agenda governamental a partir da elaboração da Política Nacional de Atenção às Urgências, em 2003. O mesmo se coloca como um importante organizador do fluxo de atenção integral às urgências, tendo como objetivo chegar à vítima o mais precocemente possível, visando garantir atendimento e/ou transporte a um serviço de saúde adequado à gravidade da situação.

Nessa lógica, o cotidiano do serviço implica um contato constante com situações de iminência de morte, o que pode ser um fator potencialmente estressante. Esse contexto solicita aos profissionais que desenvolvam estratégias de enfrentamento das situações, visto que o estresse implica risco no desenvolvimento de ansiedade e depressão.

Os resultados quantitativos do presente estudo apontam que as estratégias de enfrentamento mais utilizadas são a resolução de problemas, o autocontrole e a reavaliação positiva. Já as menos utilizadas são fuga-esquiva e confronto. Tais dados indicam um processo de *coping* saudável. Isso é corroborado pelos baixos índices de estresse, ansiedade e depressão na amostra estudada.

Através da correlação dos instrumentos quantitativos constatou-se que as estratégias menos utilizadas pelos participantes tiveram correlações mais altas com estresse, ansiedade e depressão. Esses dados ajudam na compreensão da importância do investimento em promover aos profissionais a construção de estratégias saudáveis de enfrentamento.

Os resultados obtidos a partir dos dados qualitativos indicaram aspectos complementares e explicativos a esses elementos. As formas como os profissionais significam o trabalho no SAMU e vivenciam as situações de iminência de morte são atravessadas por aspectos referentes à significação atribuída ao serviço em urgência/emergência, a relação com o paciente e a relação com a equipe.

Apona-se que o reconhecimento obtido, aliado a um perfil profissional e pessoal tornam o trabalho no SAMU uma fonte de satisfação. Quanto à relação com o paciente, em consequência das características do serviço, que envolve um atendimento muito rápido e pontual, a mesma também adquire um caráter breve, colocando-se como um fator protetivo. Por fim, referente à relação com a equipe, os resultados permitem indicar que a mesma atua de forma integrada, realizando um trabalho multiprofissional de qualidade, pautado no compartilhamento de saberes. Através de espaços de feedback, além de a equipe aprimorar a qualidade do atendimento, também encontra um espaço para a elaboração das vivências proporcionadas pelo serviço. Desse modo, o SAMU se coloca como um exemplo de trabalho alicerçado na lógica multiprofissional.

Os dados quantitativos e qualitativos se complementam no entendimento dos resultados obtidos, visto que os baixos índices de estresse ansiedade e depressão estão relacionados ao uso de estratégias de enfrentamento saudáveis. As estratégias indicadas no estudo quantitativo atravessam os discursos dos participantes no estudo qualitativo, em especial no que se refere à resolução de problemas e à reavaliação positiva, visto que implicam em uma relação positiva com o trabalho e na possibilidade de compartilhar as vivências buscando as ressignificar.

Esses dados demonstram a importância da promoção da valorização dos profissionais, além do incentivo à construção de espaços que permitam tanto a troca de saberes quanto o compartilhamento de experiências e vivências. Isso permite que os profissionais possam ressignificar as situações vivenciadas no serviço, dando um novo sentido que possibilita a continuidade do trabalho no SAMU.

Indica-se a importância da realização de futuras pesquisas em diferentes contextos no qual o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência se faz presente, buscando compreender a forma como o serviço vem se estruturando no país, além de visar o aprimoramento do atendimento ofertado a partir do cuidado ao profissional. Nesse sentido, aponta-se que uma

limitação do presente estudo se traduz no fato de que o mesmo foi realizado em um único serviço, o que não permite a generalização dos dados, mas abre possibilidades para pensar as particularidades do SAMU.

REFERÊNCIAS

- Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C., & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 14(6), 863-871. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000600006>.
- Aredes, J. S., & Modesto, A. L. (2016). "Entre vidas e mortes, entre máscaras e fugas": um estudo sobre a prática médica hospitalar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(2), 435-453. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000200006>
- Aredes, J. S., Giacomini, K., & Firmo, J. (2018). The physician in the face of death in the emergency room. *Revista De Saúde Pública*, 52(42). <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000296>
- Brasil (2003). Ministério da Saúde. Portaria Nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2003. Recuperado de: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html
- Ciconet, R. M., Marques, G. Q., & Lima, M. A. D. da S. (2008). Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12(26), 659-666. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000300016>
- Combinato, D. S., & Queiroz, M. de S. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11(2), 209-216. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200010>
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.839>

- Guia, H. (2015). *Stresse Profissional e Estratégias de Coping dos Enfermeiros do Serviço de Urgência*. (Monografia do Curso de Licenciatura em Enfermagem, Universidade Atlântica – Escola Superior de Saúde Atlântica, Barcarena, Portugal).
- Hayasida, N. M. de A., Assayag, R. H., Figueira, I., & Matos, M. G. de. (2014). Morte e luto: competências dos profissionais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), 112-121. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140017>
- Machado, C. V., Salvador, F. G. F., & O'Dwyer, G. (2011). Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Revista de Saúde Pública*, 45(3), 519-528. Epub April 15, 2011. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000022>
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. de O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(Suppl. 1), 65-74. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082003000400008>
- Mattedi, M. A., & Pereira, A. P. (2007). Vivendo com a morte: o processamento do morrer na sociedade moderna. *Cad. CRH*, 20(50), 319-330. Recuperado de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792007000200009&lng=en&nrm=iso>.
- Ribeiro, R. M., Pompeo, D. A., Pinto, M. H., & Ribeiro, R. de C. H. M. (2015). Estratégias de enfrentamento dos enfermeiros em serviço hospitalar de emergência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(3), 216-223. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500037>
- Salomé, G. M., Cavali, A., & Espósito, V. H. C. (2009). Sala de emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 681-686. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500005>
- Seminotti, E., & Neves, E. (2014). Dos Dramas de Narciso: reflexões antropológicas a partir de uma etnografia de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de João

Pessoa – PB. *Ilha Revista de Antropologia*, 16(1), 175-202. <https://doi.org/10.5007/2175-8034.2014v16n1p175>

Stumm, E., Ribeiro, G., Kirchner, R., Loro, M., & Rosanelli, C. (2009). Avaliação da saúde e qualidade de vida: profissionais de um SAMU. *Cogitare Enfermagem*, 14(4). <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i4.16374>

Trajano, A. R. C., & Cunha, D. M. (2011). Processo de trabalho no samu e humanização do sus do ponto de vista da atividade humana. *Trab. educ. saúde (Online)*, 9, supl. 1, 113-136. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000400006>.

Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of affective disorders*, 155, 104-109. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ESTUDO

1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Título do estudo: A vida em seu limite: profissionais do SAMU frente a situações que envolvem a iminência de morte de pacientes

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Psicologia.

Telefone e Endereço: (55) 3220 9233. Avenida Roraima, 1000, prédio 74B, sala 3201, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Santa Maria, localizada no Pronto Atendimento Municipal do Bairro Patronato (PA do Patronato).

Eu Alberto Manuel Quintana, responsável pela pesquisa “A vida em seu limite: profissionais do SAMU frente a situações que envolvem a iminência de morte de pacientes” o(a) convido para participar como voluntário(a) deste nosso estudo. Esta pesquisa buscará compreender como os profissionais do SAMU vivenciam um cotidiano de trabalho que envolve a iminência de morte de pacientes. Entendemos que ela se faz importante devido à escassez de estudos que busquem investigar a relação dos profissionais do SAMU com a morte.

Para sua realização serão aplicados dois questionários, introduzidos por algumas questões para caracterização da amostra, abarcando as diversas categorias profissionais do serviço. Os questionários (DASS-21 e Inventário de Estratégias de *Coping*) constituem-se por questões referentes a como o sujeito se sentiu durante a última semana e quais ações toma frente a determinada situação, respectivamente. Durante todos os procedimentos da coleta de dados serão garantidos o sigilo e a privacidade. Os dados coletados serão armazenados em um Pen-Drive e mantidos durante um período de cinco anos sob a responsabilidade dos pesquisadores, sendo, após, deletados. Os dados serão analisados e discutidos, garantindo-se o anonimato e confidencialidade das informações. Os meios de divulgação consistirão no Trabalho de Conclusão de Curso, bem como periódicos e eventos científicos da área da saúde, com o intuito de contribuir na construção de conhecimento sobre tal assunto.

Aponta-se que, além da sua contribuição no aprimoramento e propagação de conhecimentos referentes à temática abordada, não haverá nenhum benefício imediato

¹Comitê 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. Equipe de pesquisa: Orientador Prof. Dr. Alberto M. Quintana (Tel: (55) 98129-4258; e-mail: albertom.quintana@gmail.com); Estudante de Psicologia Mikaela Aline Bade München (Tel: (55) 99652-7737; e-mail: mikaelaaline@hotmail.com).

decorrente de sua participação nesta pesquisa. Desse modo, é importante informar que sua participação não será recompensada financeiramente. Destaca-se, ainda, que os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa. Quanto aos riscos procedentes da situação de pesquisa, considera-se que os mesmos não sejam maiores ou diferentes do que os presentes em uma conversa informal. Todavia, no caso de serem constatadas situações de desconforto, o pesquisador se responsabilizará por avaliar a situação e, caso necessário, realizar o encaminhamento para assistência psicológica gratuita através do “Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde”, com o intuito de minimizar o foco de sofrimento.

Ressalta-se que, durante todo o período da pesquisa você poderá solicitar qualquer esclarecimento. Para tanto, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa¹. Por fim, fica garantida a possibilidade de você não aceitar participar ou mesmo de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo decorrente da sua decisão.

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 foi-me entregue.

 Alberto Manuel Quintana
 Pesquisador responsável/Orientador

 Participante

 Mikaela Aline Bade München
 Pesquisadora/ Estudante de Psicologia

Data: ___/___/2019

¹Comitê 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. Equipe de pesquisa: Orientador Prof. Dr. Alberto M. Quintana (Tel: (55) 98129-4258; e-mail: albertom.quintana@gmail.com); Estudante de Psicologia Mikaela Aline Bade München (Tel: (55) 99652-7737; e-mail: mikaelaaline@hotmail.com).

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ESTUDO

2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Título do estudo: A vida em seu limite: profissionais do SAMU frente a situações que envolvem a iminência de morte de pacientes

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Psicologia.

Telefone e Endereço: (55) 3220 9233. Avenida Roraima, 1000, prédio 74B, sala 3201, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Santa Maria, localizada no Pronto Atendimento Municipal do Bairro Patronato (PA do Patronato).

Eu Alberto Manuel Quintana, responsável pela pesquisa “A vida em seu limite: profissionais do SAMU frente a situações que envolvem a iminência de morte de pacientes” o(a) convido para participar como voluntário(a) deste nosso estudo. Esta pesquisa buscará compreender como os profissionais do SAMU vivenciam um cotidiano de trabalho que envolve a iminência de morte de pacientes. Entendemos que ela se faz importante devido à escassez de estudos que busquem investigar a relação dos profissionais do SAMU com a morte.

Para sua realização serão realizadas entrevistas semiestruturadas, as quais contam com eixos norteadores e incluirão profissionais médicos e enfermeiros. Durante todos os procedimentos da coleta de dados serão garantidos o sigilo e a privacidade. De modo a registrar e analisar os dados, e mediante sua autorização, a entrevista será gravada e, posteriormente, transcrita. Todos os dados coletados serão armazenados em um Pen-Drive e mantidos durante um período de cinco anos sob a responsabilidade dos pesquisadores, sendo, após esse período, deletados.

Os dados coletados serão analisados e discutidos, com a finalidade de divulgação, garantindo-se o anonimato e confidencialidade das informações. Os meios de divulgação consistirão no Trabalho de Conclusão de Curso, bem como periódicos e eventos científicos da área da saúde, com o intuito de contribuir na construção de conhecimento sobre tal assunto.

Aponta-se que, além da sua contribuição no aprimoramento e propagação de conhecimentos referentes à temática abordada, não haverá nenhum benefício imediato

¹Comitê 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. Equipe de pesquisa: Orientador Prof. Dr. Alberto M. Quintana (Tel: (55) 98129-4258; e-mail: albertom.quintana@gmail.com); Estudante de Psicologia Mikaela Aline Bade München (Tel: (55) 99652-7737; e-mail: mikaelaaline@hotmail.com).

decorrente de sua participação nesta pesquisa. Desse modo, é importante informar que sua participação não será recompensada financeiramente. Destaca-se, ainda, que os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa. Quanto aos riscos procedentes da situação de pesquisa, considera-se que os mesmos não sejam maiores ou diferentes do que os presentes em uma conversa informal. Todavia, no caso de serem constatadas situações de desconforto, o pesquisador se responsabilizará por avaliar a situação e, caso necessário, realizar o encaminhamento para assistência psicológica gratuita através do “Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde”, com o intuito de minimizar o foco de sofrimento.

Ressalta-se que, durante todo o período da pesquisa você poderá solicitar qualquer esclarecimento. Para tanto, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa¹. Por fim, fica garantida a possibilidade de você não aceitar participar ou mesmo de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo decorrente da sua decisão.

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 foi-me entregue.

Alberto Manuel Quintana
Pesquisador responsável/Orientador

Participante

Mikaela Aline Bade München
Pesquisadora/ Estudante de Psicologia

Data: ___/___/2019

¹Comitê 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. Equipe de pesquisa: Orientador Prof. Dr. Alberto M. Quintana (Tel: (55) 98129-4258; e-mail: albertom.quintana@gmail.com); Estudante de Psicologia Mikaela Aline Bade München (Tel: (55) 99652-7737; e-mail: mikaelaaline@hotmail.com).

ANEXO C - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E DASS-21

O preenchimento dos dados de caracterização da amostra auxilia nas comparações estatísticas entre os diferentes elementos profissionais. As suas respostas individuais não serão divulgadas, sendo destinadas para análise dos dados coletados durante a pesquisa.

Nome: _____ Idade: _____
 Gênero: _____ Estado Civil: _____
 Formação acadêmica: _____
 Há quanto tempo exerce a profissão: _____
 Há quanto tempo está no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: _____
 Situação laboral – carga horária: _____
 Possui outro emprego? _____
 Se sim,
 Qual: _____
 Qual a carga horária: _____
 Qual o cargo que ocupa: _____

ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE (DASS-21)

DASS – 21 Versão traduzida e validada para o português do Brasil
Autores: Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M. (2014)

Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado 0, 1, 2 ou 3 que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme indicação a seguir:

- 0 Não se aplicou de maneira alguma
- 1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo
- 2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- 3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1.	Achei difícil me acalmar.	0	1	2	3
----	---------------------------	---	---	---	---

2.	Senti minha boca seca.	0	1	2	3
3.	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4.	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex.: respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico).	0	1	2	3
5.	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas.	0	1	2	3
6.	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações.	0	1	2	3
7.	Senti tremores (ex.: nas mãos).	0	1	2	3
8.	Senti que estava sempre nervoso.	0	1	2	3
9.	Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a).	0	1	2	3
10.	Senti que não tinha nada a desejar.	0	1	2	3
11.	Senti-me agitado.	0	1	2	3
12.	Achei difícil relaxar.	0	1	2	3
13.	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo.	0	1	2	3
14.	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo.	0	1	2	3
15.	Senti que ia entrar em pânico.	0	1	2	3
16.	Não consegui me entusiasmar com nada.	0	1	2	3
17.	Senti que não tinha valor como pessoa.	0	1	2	3
18.	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais.	0	1	2	3
19.	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex.: aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca).	0	1	2	3
20.	Senti medo sem motivo.	0	1	2	3
21.	Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

**ANEXO D - INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE *COPING*
ADAPTAÇÃO DE SAVÓIA, SANTANA E MEJIAS (1996)**

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação: **iminência de morte de pacientes durante atendimentos**, de acordo com a seguinte classificação:

- 0. não usei esta estratégia
- 1. usei um pouco
- 2. usei bastante
- 3. usei em grande quantidade

1. Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo.	0	1	2	3
2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.	0	1	2	3
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.	0	1	2	3
4. Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio.	0	1	2	3
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação.	0	1	2	3
6. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa.	0	1	2	3
7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias.	0	1	2	3
8. Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.	0	1	2	3
9. Me critiquei, me repreendi.	0	1	2	3
10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	0	1	2	3
11. Esperei que um milagre acontecesse.	0	1	2	3
12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	0	1	2	3

13.	Fiz como se nada tivesse acontecido.	0	1	2	3
14.	Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos.	0	1	2	3
15.	Procurei encontrar o lado bom da situação.	0	1	2	3
16.	Dormi mais que o normal.	0	1	2	3
17.	Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.	0	1	2	3
18.	Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	0	1	2	3
19.	Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem	0	1	2	3
20.	Me inspirou a fazer algo criativo.	0	1	2	3
21.	Procurei esquecer a situação desagradável.	0	1	2	3
22.	Procurei ajuda profissional.	0	1	2	3
23.	Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	0	1	2	3
24.	Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	0	1	2	3
25.	Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	0	1	2	3
26.	Fiz um plano de ação e o segui.	0	1	2	3
27.	Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado.	0	1	2	3
28.	De alguma forma extravasei meus sentimentos.	0	1	2	3
29.	Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0	1	2	3
30.	Saí da experiência melhor do que eu esperava.	0	1	2	3
31.	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.	0	1	2	3
32.	Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema.	0	1	2	3
33.	Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	0	1	2	3
34.	Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	0	1	2	3
35.	Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	0	1	2	3

36.	Encontrei novas crenças.	0	1	2	3
37.	Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.	0	1	2	3
38.	Redescobri o que é importante na vida.	0	1	2	3
39.	Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	0	1	2	3
40.	Procurei fugir das pessoas em geral.	0	1	2	3
41.	Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação.	0	1	2	3
42.	Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.	0	1	2	3
43.	Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0	1	2	3
44.	Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0	1	2	3
45.	Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	0	1	2	3
46.	Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	0	1	2	3
47.	Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).	0	1	2	3
48.	Busquei nas experiências passadas uma situação similar.	0	1	2	3
49.	Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	0	1	2	3
50.	Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo.	0	1	2	3
51.	Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.	0	1	2	3
52.	Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.	0	1	2	3
53.	Aceitei, nada poderia ser feito.	0	1	2	3
54.	Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	0	1	2	3
55.	Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti.	0	1	2	3
56.	Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.	0	1	2	3

57. Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava.	0	1	2	3
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	0	1	2	3
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	0	1	2	3
60. Rezei.	0	1	2	3
61. Me preparei para o pior.	0	1	2	3
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	0	1	2	3
63. Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.	0	1	2	3
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa.	0	1	2	3
65. Eu disse a mim mesmo(a) “que as coisas poderiam ter sido piores”.	0	1	2	3
66. Corri ou fiz exercícios.	0	1	2	3

ANEXO E - EIXOS NORTEADORES DA ENTREVISTA

A entrevista será conduzida por alguns eixos norteadores, os quais servem como um guia, permitindo a flexibilidade da entrevista ao proporcionar espaço para novos assuntos dos participantes. Os eixos são os seguintes:

- Trajetória profissional
- O ingresso no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
- Vida pessoal antes do ingresso no SAMU
- Vida pessoal após o ingresso no SAMU
- Uma lembrança negativa de seu trabalho no SAMU
- Uma lembrança positiva de seu trabalho no SAMU
- A prática profissional na urgência/emergência
- Relação com paciente e família
- Relacionamento com a equipe
- A vivência de situações limites entre a vida e a morte de pacientes
- A concretização da morte de pacientes durante atendimentos
- Enfrentamento dessas situações (iminência de morte e a concretização da mesma)
- Impacto do trabalho na vida pessoal
- Situações de iminência de morte/morte consideradas mais impactantes/mobilizadoras