

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Luciane Kozicz Reis Araujo

Protocolo de avaliação dos riscos psicossociais: adequação ao SAMU-DF

Rio de Janeiro

2017

Luciane Kozicz Reis Araujo

Protocolo de avaliação dos riscos psicossociais: adequação ao SAMU-DF

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilância em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Santos Silva
Oliveira

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

A663p Araujo, Luciane Kozicz Reis.
Protocolo de avaliação dos riscos psicossociais: adequação ao
SAMU-DF / Luciane Kozicz Reis Araujo. -- 2017.
102 f. ; tab. ; graf.

Orientadora: Simone Santos Silva Oliveira.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Serviços Médicos de Emergência. 3.
Ambulâncias. 4. Impacto Psicossocial. 5. Fatores de Risco. 6.
Esgotamento Profissional - psicologia. I. Título.

CDD – 22.ed. – 363.11098174

Luciane Kozicz Reis Araujo

Protocolo de avaliação dos riscos psicossociais: adequação ao SAMU-DF

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilância em Saúde.

Aprovada em: 06 de abril de 2017.

Banca Examinadora:

Emílio Peres Facas
Universidade de Brasília

Ana Cláudia Figueiró
Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública de Saúde Pública Sergio Arouca

Simone Santos Silva Oliveira (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2017

Ao meu companheiro Leonardo Araujo e aos meus filhos Camille e Eduardo.

Agradecimentos

Agradeço às professoras doutoras Ana Cláudia Figueiró, Rosely Magalhães de Oliveira pela paciência e respeito nas considerações feitas para que este estudo se realizasse.

À minha orientadora Professora Dra. Simone Santos Oliveira pelo carinho e dedicação que demonstrou, sempre atenta a todos os detalhes da pesquisa. Pelas excelentes contribuições de outros assuntos na temática.

À minha amiga Professora Dra. Ana Magnólia Mendes pela generosidade e oportunidade de crescimento no tema em saúde do trabalhador. Um exemplo na trajetória acadêmica e profissional.

Ao Prof. Dr. Emílio Peres Facas que contribuiu para a realização desta pesquisa e a quem tenho profunda admiração.

Ao Diretor do SAMU-DF, Dr. Rafael Vinhal e a sua equipe que acreditaram no projeto. Aos servidores Remo e Olga que auxiliaram na logística e contribuíram com as informações para análise documental.

Ao meu sogro, Luiz Araujo, que sempre pontuou em nossas conversas a importância de estudar.

À minha mãe, Leny Kozicz, que acompanhou as minhas dificuldades de ingresso nas instituições de ensino com palavras de estímulo.

Aos meus irmãos Fabiana, Thiago e Alessandro, que acreditaram no meu investimento acadêmico.

À minha amiga Sílvia, que mesmo longe esteve presente em todas as derrotas e vitórias da minha caminhada.

Ao meu companheiro, Leonardo Araujo, que sempre esteve de mãos dadas comigo e tornou possível a realização de um sonho.

Por fim, aos meus filhos Camille e Eduardo, que me deram a oportunidade de deixar o exemplo de que nunca é tarde para a conquista de um desejo.

É bom viver como se pensa porque do contrário você vai acabar pensando como vive.

Lúcia Mujica (2015, p.41)

RESUMO

Baseado nos preceitos da teoria da Psicodinâmica do Trabalho (PDT), o objetivo geral deste estudo foi avaliar quantitativa e qualitativamente os riscos psicossociais no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Distrito Federal. O SAMU é um programa que tem como finalidade prestar o socorro à população em casos de emergência. Trata-se de um serviço público e universal que salva milhares de pessoas, diariamente, no Brasil. Semelhante à imensa maioria dos serviços de saúde pública ou privada, o SAMU lida com a escassez de recursos além de fatores inusitados ou imprevisíveis. Além disso, a realidade do cotidiano desses trabalhadores é inexoravelmente dolorosa, diante do que precisam encarar a cada instante do dia. As questões ligadas ao ambiente de trabalho, à organização, à caracterização e às condições de trabalho, às oportunidades de desenvolvimento que este permite, ao balanço entre trabalho e vida fora dele, ao envelhecimento da população ativa e à precarização e à insegurança no emprego, são, hoje em dia, consideradas fontes de riscos psicossociais. Se os riscos não forem adequadamente identificados e, conseqüentemente, oferecido o suporte aos trabalhadores, há a possibilidade de se gerar estresse e com isso o sofrimento do indivíduo dentro e fora do ambiente laboral, podendo levar a sérios problemas físicos e psíquicos, tais como *burnout*, depressão, doenças cardiovasculares, entre outras.

Os resultados apontam que os principais riscos vivenciados pela categoria se referem a falta de condições de trabalho, tais como insuficiência e improvisação de recursos, espaço físico inadequado e equipe reduzida. Chama a atenção o esgotamento mental dos servidores frente a indignação de ter que submeter a atividade a decisões políticas, somando-se ao excesso de sobrecarga física a que estão expostos. Os danos relacionados ao trabalho caracterizam-se pelas dores nas costas, braços e distúrbios do sono. O sentido e a relevância do trabalho, o fato das tarefas não serem banais, bem como o reconhecimento da sociedade pelo serviço prestado protegem os servidores de um sofrimento patogênico. Também atenuam os agravos psicológicos e sociais o coletivo de trabalho, persistência, sensibilidade e a construção de laços sociais.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, SAMU, riscos psicossociais.

ABSTRACT

Based on the precepts of Psychodynamic theory (PDT), the overall objective of this study was to evaluate quantitatively and qualitatively the psychosocial risks in Mobile emergency service (SAMU) in the Federal District. The SAMU is a program that aims to provide relief to the population in emergency cases. It is a public and universal service that saves thousands of people daily, in Brazil. Similar to the vast majority of public or private health services, the service deals with resource scarcity as well as unusual or unforeseeable factors. Furthermore, the reality of the daily lives of these workers is inexorably painful, given what must face every moment of the day. The issues related to the workplace, the Organization, characterization, and working conditions, the development opportunities it allows, the balance between work and life outside of it, the ageing of the population and the precariousness and insecurity at work, are nowadays considered sources of psychosocial risks. If the risks are not properly identified and, consequently, offered support for the workers, there is the possibility to generate stress and suffering of individuals inside and outside the workplace, and may lead to serious physical and psychological problems, such as burnout, depression, cardiovascular disease, among others.

The results show that the main risks experienced by category refer to lack of working conditions, such as insufficient and improvisation of resources, inadequate physical space and reduced team. Points out the mental breakdown of the servers in the face of outrage from having to submit the activity to political decisions, in addition to excessive physical overload to which they are exposed. The work-related injury is characterized by back pain, arms and sleep disorders. The meaning and relevance of the work, the fact of not being mundane tasks, as well as the recognition of the society by the service protect the servers of a suffering pathogen. Also reduce the psychological and social harms the collective work, persistence, sensitivity and the construction of social ties.

Keywords: Worker's health, SAMU, psychosocial risks.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tipos de riscos ocupacionais em 2013, de acordo com os empregadores.....	p. 31
Tabela 2 – Portarias que regulamentam o serviço.....	p. 41
Tabela 3 – Atribuições das Centrais SAMU 192.....	p. 44
Tabela 4 – Serviços Diários.....	p. 47
Tabela 5 – Itens da Escala da Organização Prescrita do Trabalho.....	p. 61
Tabela 6 – Resultados para a Divisão de Tarefas.....	p. 62
Tabela 7 – Frequência Divisão de Tarefas.....	p. 62
Tabela 8 – Resultados para a Divisão Social do Trabalho.....	p. 63
Tabela 9 – Frequência Divisão Social do Trabalho.....	p. 63
Tabela 10 – Itens do Fator “Estilo de Gestão Gerencialista”.....	p. 64
Tabela 11 – Itens do fator “Estilo de Gestão Coletivo”.....	p. 65
Tabela 12 – Resultados para o Estilo de Gestão.....	p. 66
Tabela 13 – Frequência Estilo Gerencialista.....	p. 66
Tabela 14 – Resultados para o Estilo Coletivo.....	p. 67
Tabela 15– Frequência Estilo Coletivo.....	p. 67
Tabela 16 – Itens do fator " Falta de sentido no Trabalho".....	p. 68
Tabela 17 – Itens do fator " Esgotamento Mental".....	p. 69
Tabela 18 – Itens do fator " Falta de Reconhecimento".....	p. 69
Tabela 19 – Resultados para o Sofrimento Patogênico.....	p. 70
Tabela 20 – Frequência Falta de Sentido no Trabalho.....	p. 70
Tabela 21 – Resultados para o Esgotamento Mental.....	p. 72
Tabela 22 – Frequência Esgotamento Mental.....	p. 72
Tabela 23 – Resultados para a Falta de Reconhecimento.....	p. 73
Tabela 24 – Frequência Falta de Reconhecimento.....	p. 73
Tabela 25 – Itens do fator "Danos Psicológicos".....	p. 74

Tabela 26 – Itens do fator "Danos Sociais"	p. 74
Tabela 27 – Itens do fator "Danos Físicos"	p. 75
Tabela 28 – Resultados para os Danos Relacionados ao Trabalho.....	p. 76
Tabela 29 – Frequência Danos Psicológicos.....	p. 76
Tabela 30 – Resultados para os Danos Sociais.....	p. 77
Tabela 31 – Frequência Danos Sociais.....	p. 77
Tabela 32 – Resultados para os Danos Físicos.....	p. 78
Tabela 33 – Frequência Danos Físicos.....	p. 78
Tabela 34 – Adequação de conteúdo aos Núcleos Temáticos Estruturadores Protocolo.....	p. 79
Tabela 35 - Adequação de conteúdo aos Núcleos Temáticos Estruturadores Gestores.....	p. 80

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Proposta Gráfica do Modelo Teórico de Gestão dos Riscos Psicossociais.....	p. 39
Figura 2 – Organograma SAMU-DF.....	p. 48
Figura 3 – Organograma com as nomeações necessárias SAMU-DF.....	p. 49
Figura 4 – Modelo lógico SAMU.....	p. 50
Figura 5 – Modelo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no SAMU-DF.....	p. 51
Figura 6 – Escala de frequência do tipo likert.....	p. 61
Figura 7 – Parâmetros de Avaliação para o EOPT.....	p. 62
Figura 8 – Parâmetros de Avaliação para a ESPT.....	p. 70
Figura 9 – Parâmetros de Avaliação para Danos Físicos e Psicossociais.....	p. 75

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Cargos ocupados pelos respondentes da pesquisa.....p. 60

Gráfico 2 – Lotação dos respondentes da pesquisa.....p. 60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACT	Autoridade para as Condições do Trabalho
AF	Análise Fatorial
APH	Atendimento Pré-hospitalar
ARIT	Associação Europeia dos Altos Responsáveis pela Inspeção do Trabalho
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
Cerest	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
Cesat	Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRU	Central de Regulação das Urgências

Divast	Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador
DP	Desvio-padrão
EACT	Escala do Contexto de Trabalho
EEG	Escala do Estilo de Gestão e Funcionamento Organizacional
EOPT	Escala da Organização Prescrita do Trabalho
ESPT	Escala de Sofrimento Patogênico no Trabalho
Esener	Inquérito Europeu às Empresas sobre Riscos Novos e Emergentes
FAP	Fator Acidentário de Prevenção
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IRIS	Inventário de Riscos de Sofrimento Patogênico no Trabalho
MS	Ministério da Saúde
NTEP	Nexo-Técnico Epidemiológico Previdenciário

OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PDT	Psicodinâmica do Trabalho
Plansat	Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PNUD	Programa das Nações Unidas
PPP	Perfil Profissiográfico Previdenciário
PROART	Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho
Renast-BA	Rede Estadual de Atenção à Saúde do Trabalhador na Bahia
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIH	Saúde e Higiene do Trabalho
Sinam	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SST	Serviços de Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UE	União Europeia
UnB	Universidade de Brasília
URSB	Unidade de Resgate de Saúde Básica

USA

Unidade de Transporte
Avançado

USB

Unidade de Transporte Básico

VISAT

Vigilância em Saúde do
Trabalhador

SUMÁRIO

<i>I. INTRODUÇÃO</i>	20
<i>II. REFERENCIAL TEÓRICO</i>	25
2.1. O sofrimento e o prazer na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho	25
2.2. Os riscos psicossociais no trabalho	29
<i>III. PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO</i>	38
<i>IV. CONTEXTO DO ESTUDO</i>	40
<i>V. METODOLOGIA</i>	52
5.1. Tipo de Estudo	52
5.2. O cenário e os sujeitos da pesquisa	53
5.3. Procedimentos do trabalho de campo	53
5.4. Aspectos éticos	58
<i>VI. RESULTADOS E DISCUSSÃO</i>	59
6.1. Perfil dos participantes	59
6.2. Escala da Organização Prescrita do Trabalho (EOPT)	61
6.3. Estilo de Gestão e Funcionamento Organizacional (EEG)	64
6.3.1 Estilo de Gestão Gerencialista	64
6.3.2 Estilo de Gestão Coletivo	65
6.4. Escala de Sofrimento Patogênico no Trabalho (ESPT)	68
6.5. Escala de Avaliação dos Danos Físicos e Psicossociais no Trabalho	74
6.6. Análise de Conteúdo Categorical Temática	79
<i>VII. CONCLUSÃO</i>	81
<i>REFERÊNCIAS</i>	84
APÊNDICE A – TCLE (PROART)	91
APÊNDICE B – TCLE (ENTREVISTA GESTORES)	93
APÊNDICE C – INSTRUMENTOS DE PESQUISA	95

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA	101
ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENSP/FIOCRUZ	102

I. INTRODUÇÃO

O objetivo geral do estudo foi avaliar qualitativa e quantitativamente os riscos psicossociais nos processos de trabalho do SAMU-DF. São objetivos específicos: 1) Conhecer com base nas normativas as aproximações e os distanciamentos entre o trabalho prescrito e o real; 2) Identificar as variáveis do contexto de trabalho do SAMU-DF não contemplados nas escalas propostas pelo Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho (PROART), com vistas a subsidiar ações de prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores.

O SAMU é um importante serviço disponibilizado à sociedade, sendo o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências. Objetiva reduzir o número de mortes, o tempo de internação nos hospitais, as sequelas decorrentes da falta de socorro imediato e as filas nas emergências hospitalares. No caso do SAMU-DF, os servidores desempenham suas atividades a despeito das incoerências da prescrição, dos modos de organização implementados, da inadequação dos meios físicos disponíveis (espaço, instrumentos, sistemas), dentre outros elementos.

Nos últimos vinte anos, os serviços públicos de saúde constituíram-se em um espaço importante de intervenção e de pesquisa para as disciplinas que estudam a relação trabalho e saúde. Existe um paradoxo entre a missão de cuidar e a ausência de meios; e a necessidade de “invenções” cotidianas para atender às expectativas dos usuários. Descrever e analisar os impedimentos do engajamento no trabalho, determinados pelo funcionamento organizacional, podem explicar a prevalência de problemas de saúde, em especial de ordem mental. Especialmente o trabalho na rede de urgência e emergência que engloba uma multiplicidade de atores e uma diversidade de processos no serviço prestado. Uma análise detalhada sobre essa complexa realidade, como o sofrimento e o desgaste físico e psíquico vivenciados pelos trabalhadores da saúde, é relevante para investigar o adoecimento, o absenteísmo, as aposentadorias precoces, entre outros afastamentos.

O trabalho não só permite a realização de projetos de vida, como organiza a história dos sujeitos, é um elemento de inclusão social, de ampliação e assunção da cidadania. Conhecer as capacidades desenvolvidas ou limitadas pelo trabalho é uma tarefa que exige entender a relação singular do trabalhador com a atividade laboral, com os pares, com a hierarquia e consigo mesmo. Ao identificarmos os problemas reais originados e/ou eclodidos pelas condições de trabalho, torna-se possível desenvolver novas formas para intervir no processo de adoecimento. Portanto, torna-se indispensável analisar os riscos novos e emergentes, quer se trate dos riscos associados às inovações técnicas, quer se trate dos decorrentes da evolução social.

Entre as probabilidades de ocorrência de uma doença ou agravo à saúde, podemos dizer que os psicossociais são mais complexos, pois ocorre um desequilíbrio entre as exigências que o trabalho impõe e os recursos físicos e mentais que os trabalhadores têm disponíveis para lidar com essas exigências. Além disso, inclui-se o fato de serem menos visíveis e seus efeitos muitas vezes serem subclínicos. As consequências para os trabalhadores são as mais diversas – alterações no comportamento, sofrimento e adoecimento –, bem como para as organizações – queda da produtividade, absenteísmo e presenteísmo (presença física e ausência mental).

As questões ligadas ao ambiente de trabalho, à organização, às condições de trabalho, às oportunidades de desenvolvimento que este permite, ao balanço entre trabalho e vida fora dele, ao envelhecimento da população ativa, à precarização e à insegurança no emprego, são, hoje em dia, consideradas fontes de riscos psicossociais. Constrangedoras das vivências, individual e coletiva, estas condições são responsáveis pelo aumento da incidência de problemas físicos, abuso de álcool, cigarro, maconha, cocaína, conflitos e violência, depressão e ansiedade (ANTUNES, 2002; EU-OSHA, 2010; INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 1984).

Destaca-se que uma investigação da relação sujeito-trabalho-saúde deve partir da análise e da caracterização da organização do trabalho, através de abordagens voltadas à participação dos trabalhadores, permitindo avaliar os danos reais e promovendo ações preventivas e de promoção à saúde. Pressupõe-se que procurar compreender a atividade sob a ótica dos trabalhadores pode ser um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas, permitindo aos diferentes atores envolvidos se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ações.

A integridade física, psíquica e social dos trabalhadores em sua organização viabiliza-se pelo uso eficaz de estratégias de mediação para responder às diversidades do contexto de produção, possibilitando a ressignificação ou a transformação do sofrimento no trabalho. Para tal, é necessário que o trabalhador seja reconhecido em seu esforço e investimento na tarefa, possibilitando que seu trabalho tenha sentido (FACAS, MACHADO, MENDES, 2012; FERREIRA, 2008; MENDES, 2007; FERREIRA, MENDES, 2003).

Esta pesquisa parte da teoria da Psicodinâmica do Trabalho (PDT) para estudar a inter-relação saúde-trabalho. Dejours (2004) explica: a PDT defende que o trabalho não é redutível a uma atividade de produção no mundo objetivo, ao colocar sempre a subjetividade do trabalhador à prova, fazendo com que saia transformada. Trabalhar, então, é transformar a si mesmo, uma possibilidade privilegiada para a subjetividade se testar, se realizar – nas palavras do autor, “uma

provação que a transforma” (DEJOURS, 2004, p. 30). Na PDT, o desenvolvimento da subjetividade passa pela relação dinâmica entre o sofrimento e o prazer.

Os estudos das relações entre trabalho e saúde mostram-se fundamentais em face dos modos de gestão gerencialista, bem como frente à flexibilização e às novas patologias associadas ao trabalho – destaca-se aqui o crescimento do adoecimento mental.

Gaulejac (2007) caracteriza a sociedade gerencial como um sistema que tem, no centro, o universo econômico, social e cultural ditado pela empresa. Dessa forma, os trabalhadores renunciam seus desejos e, de um modo ou de outro, são “compensados” por pequenas gratificações, pequenos ganhos. O trabalho duro seria compensado por uma consciência satisfeita consigo mesma pelo cumprimento do dever. No entanto, as justificativas aceitáveis para sobrecarga no trabalho, deterioração das relações socioprofissionais, fragilidade dos acordos de resultados e falta de liberdade para executar a atividade têm como consequência pouca liberdade para o sujeito lidar com seu fluxo pulsional. Assim, o trabalhador tem uma exigência constante de um eu ideal e a todo o momento se frustra, uma vez que este estado é falível para os seres humanos.

Os dados do Relatório da Organização Internacional do Trabalho de 2013 são alarmantes. Ocorreram 2.02 milhões de mortes por doenças do trabalho, 321 mil por acidentes de trabalho, 160 milhões de pessoas sofrem de doenças não letais relacionadas ao trabalho, 317 milhões de acidentes laborais, não fatais, ocorrem a cada ano. Isso quer dizer que, a cada 15 segundos, um trabalhador morre de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho; evidenciando que a situação de saúde do trabalhador é um grave problema de saúde pública (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2013).

O relatório do Programa das Nações Unidas – PNUD (2009/2010) – apresenta uma análise realizada a partir do levantamento bibliográfico das principais vivências positivas e negativas do trabalhador brasileiro. A pesquisa identificou um total de 165 estudos, sendo que 71 deles foram produzidos sob a ótica da PDT. O estudo revelou as seguintes vivências negativas no trabalho: medo, insatisfação, insegurança, desorientação, impotência, alienação, vulnerabilidade, frustração, inquietação, angústia, depressão, tristeza, agressividade, desvalorização, assédio moral, culpa, tensão e raiva.

Em artigos publicados pela *European Agency for Safety and Health at work* (2015), sobre o manejo do estresse e dos riscos psicossociais no trabalho, sete¹ países europeus relacionaram problemas na organização do trabalho, tais como pressão excessiva, planejamentos sem a presença dos trabalhadores e seus representantes sindicais, gestores autoritários, falta de capacitação com o

¹ Países pesquisados: Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Espanha, Polônia, Eslovênia e Finlândia.

aumento de absenteísmo e adoecimento nas organizações. O inquérito realizado no ano de 2014 no Observatório sobre Saúde e Trabalho na Comunidade Europeia, EU-OSHA, que recolheu as respostas de 50.000 empresas em matéria de gestão de segurança e saúde no trabalho, apontou maior prevalência nos riscos psicossociais. (OSHA, 2015)

Na América Latina, o governo do Chile, por meio de um Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde (MS) (2013), produziu um Protocolo de Vigilância dos Riscos Psicossociais no Trabalho. Para os integrantes do Grupo de Estudos, o Chile tem grandes desafios em matéria de saúde ocupacional, não só do ponto de vista das regulações e normativos, mas também a uma série de situações e condições, como os riscos psicossociais, em que ocorre um grande número de adoecimentos e licenças médicas derivado destes riscos. Segundo estatísticas do governo chileno, o crescente afastamento do trabalho está relacionado a situações e condições inerentes ao trabalho, como o tipo de tarefa desenvolvida, capacitação oferecida pela empresa, reconhecimento e condições de trabalho. Estes fatores podem afetar de forma positiva ou negativa a saúde física, psíquica e social dos trabalhadores. Evidências científicas sugerem que experiências contínuas de sofrimento no trabalho provêm de uma importante conexão entre a exposição dos trabalhadores a riscos psicossociais e a aparição das enfermidades (COX, GRIFFITHS, & RIAL-GONZÁLEZ, 2000).

Em pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), no período de 2000 a 2011, há evidências de que durante 12 anos os afastamentos por riscos ergonômicos e sobrecarga mental têm superado os traumáticos. (BRASIL, 2016).

Em relatório do governo do Distrito Federal, referente ao biênio 2011-2012, com objetivo de analisar o absenteísmo-doença dos servidores, observou-se que os motivos relacionados aos Transtornos Mentais e Comportamentais (CID F) são os motivos mais críticos, os que mais afastam, afastam por mais tempo e custam mais ao Estado, além de apresentar uma situação crítica também para o quantitativo de servidores afastados (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 2016).

No Brasil, no campo da Psicologia Social, o modelo teórico-conceitual da PDT vem sendo utilizado para a análise do conflito entre organização do trabalho e o trabalhador a fim de entender quais processos são mobilizados pelos sujeitos para garantir sua saúde no trabalho. Pesquisar a organização do trabalho significa investigar a forma como as tarefas são definidas, divididas e distribuídas, a forma como são concebidas as prescrições, bem como a forma como se operam a fiscalização, o controle, a ordem, a direção e a hierarquia. Trata das representações relativas à natureza e à divisão das tarefas, normas, controles e ritmos de trabalho.

Os instrumentos pesquisados internacional² e nacionalmente³ sobre a forma de investigação dos riscos psicossociais dão uma imagem pontual da gestão dos riscos no local de trabalho e trazem majoritariamente dados quantitativos. Poucos inquéritos descrevem as relações entre a organização do trabalho e o campo da psicopatologia ou do sofrimento psíquico.

Apesar das diferentes abordagens nos estudos sobre a saúde no trabalho, o enfoque dos fatores psicossociais, com base nas percepções e experiências dos trabalhadores, muitas vezes não é contemplado devido à objetividade exigida no mundo do trabalho.

Dessa forma, entende-se como fundamental identificar os riscos psicossociais para elaboração de parâmetros na adoção de novas práticas de gestão que visem melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores, a partir de um aprofundamento que permita identificar variáveis no contexto de trabalho, as quais contribuam para compreensão das causas de afastamento e adoecimento. O PROART foi escolhido por ser um protocolo desenvolvido no Brasil, que possibilita uma combinação de ferramentas quantitativas e qualitativas, considerando a realidade do universo a ser pesquisado e envolvendo os diferentes níveis organizacionais. Desenvolvido por Facas (2013) em sua tese de doutorado, o instrumento procura apreender as relações intersubjetivas no trabalho. O autor identifica as diversas finalidades do protocolo para pesquisas de mapeamento de riscos psicossociais no trabalho: “[...] para embasar ações de saúde ocupacional, qualidade de vida no trabalho, reestruturação de processos organizacionais e de estilos de gestão” (FACAS, 2013, p. 140).

Pretende-se, com a utilização e a adequação desse instrumento, contribuir para o enfrentamento das questões de saúde dos trabalhadores no tangente à sua dimensão psicossocial.

Esse é o desafio: diante da necessidade da prestação do serviço de urgência e emergência à sociedade, como torná-lo um trabalho mais efetivo, prazeroso, prevenindo e reduzindo os afastamentos por adoecimentos?

² Inquérito Europeu às Empresas sobre Riscos Novos e Emergentes (ESENER), Instrumentos de Avaliação de Riscos (OIRA), Inquérito sobre o Estresse e Riscos Novos e Emergentes; Cuestionario (SUSES/ISTAS21) - Chile.

³ Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho (PROART), Inventário de Riscos de Sofrimento Patogênico no Trabalho (IRIS), Escala do Contexto de Trabalho (EACT), Escala de Sofrimento Patogênico, Escala de Avaliação de Danos Relacionados ao Trabalho; Escalas diversas para avaliação do estresse.

II. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. O sofrimento e o prazer na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho

Freud (1996) escreve, em *Além do Princípio do Prazer*: o que a consciência produz consiste essencialmente em percepções de excitação provindas do mundo externo e de sentimentos de prazer e desprazer que só podem surgir no aparelho psíquico. A consciência está numa linha fronteira entre o exterior e o interior: tem que se achar na linha para o mundo externo e se envolver com os outros sistemas psíquicos.

O autor ainda afirma: o que está acontecendo no interior do aparelho psíquico (prazer e desprazer) predomina sobre os estímulos externos. As excitações internas que aumentam demasiadamente a sensação de desprazer podem ocorrer processos patológicos:

Há uma tendência a tratar as excitações como se atuassem, não de dentro, mas de fora, de maneira que seja possível colocar o escudo contra estímulos em operação, como meio de defesa contra elas. É essa a origem da projeção, destinada a desempenhar um papel de adoecimento (FREUD, 1930, p. 37).

O trauma seria qualquer excitação provinda de fora que seja suficientemente poderosa para atravessar o escudo protetor. Ainda segundo o autor, um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis.

A PDT, para Alderson (2004), considera que o sofrimento é inseparável de qualquer situação de trabalho, isto é, inerente à condição do homem no trabalho. Define como um estado de mobilização constante dos trabalhadores para não sucumbirem ao adoecimento. As contradições nas regras de trabalho, a comunicação inapropriada são os motivos que conduzem ao adoecer do trabalhador e ao sofrimento físico, psíquico e emocional. O sofrimento também pode ser definido, segundo Ferreira (2008), como:

[...] uma vivência individual e/ou compartilhada frequente e permanentemente, muitas vezes inconsciente, de experiências dolorosas como angústia, medo e insegurança, provenientes dos conflitos entre as necessidades de gratificação das pessoas e as restrições impostas no contexto de produção do trabalho (FERREIRA, 2007, p. 80).

O sofrimento será patogênico quando não houver possibilidade de adaptação entre a organização do trabalho e o desejo dos sujeitos, quando as margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho já foram utilizadas e esgotadas. O trabalhador, impedido de exercitar sua capacidade criadora, vivencia persistentemente o fracasso, podendo

chegar a comprometer sua saúde. Essa capacidade criadora, de origem pulsional, não deve ser subempregada – ou levará o sujeito à patologia. A potencialização e a recorrência do sofrimento podem levar à desestabilização e resultar em uma crise de identidade, na medida em que o trabalhador passa a duvidar de sua capacidade e competência. Esse processo abre caminho para a manifestação de patologias – psíquicas e/ou somáticas – caracterizando assim o sofrimento como patogênico (MORAES, 2013; DEJOURS, 2007).

Segundo Moraes (2013), sofrimento patogênico tem-se agravado no mundo do trabalho, decorrente das mudanças que conduziram à degradação das relações intersubjetivas e à desarticulação dos coletivos de trabalho. As novas formas de gestão do trabalho, relacionadas ao modo de acumulação flexível do capital, aliadas aos avanços tecnológicos, intensificaram o controle e a dominação do trabalhador. Segundo a autora,

De forma sutil, os discursos da gestão alcançam o registro da subjetividade, requisitando o engajamento subjetivo de maneira mais abrangente. Espera-se que o trabalhador assuma como seus os objetivos da gestão, o que aumenta o risco de alienação e de servidão voluntária (MORAES, 2013, p. 417).

São marcas do agravamento desse sofrimento patogênico a cultura do individualismo e as decorrentes precarizações da cooperação, do reconhecimento e do espaço de convívio. Destacam-se também, nesse cenário, os modelos de avaliação individualizada, que contribuem para o aumento da competição e para a conseqüente desestruturação da rede de solidariedade e cooperação. Esse isolamento dos trabalhadores leva à intensificação do sofrimento e aumenta os riscos psicossociais no trabalho (MORAES, 2013; DEJOURS, 2007).

Kaes (1991) considera que a realidade psíquica é mobilizada, elaborada e apoiada na dinâmica organizacional, e que as instituições estruturam e sustentam uma identidade, representando assim um objeto para o indivíduo, passando a funcionar como um sistema de vínculos do qual o sujeito é parte interessada e integrante. As instituições regulam as relações, sendo a vida psíquica particular influenciada pela presença do outro, que funciona como modelo aliado e adversário, introduzindo o indivíduo no mundo simbólico pela apresentação da lei, de uma linguagem articulada e pelos procedimentos de aquisição dos referenciais de identificação.

Gaulejac (2007) escreve que o *ethos* da promessa sedutora e cativante da linguagem empresarial contribui para que, em momentos de incertezas, o indivíduo tenha garantias de que, seguindo as leis da organização, alcançará a completude. Pode-se entender como completude a redução das excitações psíquicas no organismo.

Porém, quando os modelos de identificação começam a ser desconstruídos, e isso ocorre pelo fracasso evidenciado na atividade, perde-se a referência. Não existe um prescrito a ser seguido. O efeito na organização é a intensificação do sofrimento.

As situações de constante confronto vivenciadas pelos profissionais atuantes em redes de emergência e urgência – como decidir sobre a resposta mais adequada para cada demanda, garantir os meios necessários para a operacionalização de todas as demandas necessárias e a falta de profissionais e condições materiais para realizar a tarefa – evidenciam o descompasso entre o prescrito e o que ocorre no cotidiano dos serviços. A realidade de cada dia vem desafiando a articulação entre os níveis de complexidade, pois a prática cotidiana demonstra dificuldades de articulação entre os diversos saberes e práticas a fim de superar conflitos, visando à melhoria do desempenho do sistema. Essa vivência pode ter um destino adoecedor.

Segundo Oliveira (2003), quando há o esgotamento de todos os recursos de mediação por parte do trabalhador, o sofrimento provoca uma descompensação do corpo ou da mente, debilitando o aparelho mental e psíquico do sujeito. Trata-se de sofrimento na medida em que o sujeito vivencia um sentimento de incapacidade, frente à inexistência de possibilidades de negociação do seu desejo com a organização do trabalho – afetando assim a construção da identidade e a integridade dos sujeitos.

Segundo Mendes e Muller (2013), a PDT entende o prazer a partir de uma perspectiva psicanalítica: evitar o sofrimento e buscar o prazer faz parte da constituição subjetiva, da formação do Ego e de todos os mecanismos de defesas individuais e coletivos estudados pela teoria. O prazer pressupõe o jogo entre desejo, renúncia e gratificação. Não se trata de um estado – é inacabado, efêmero e difícil de ser nominado. Não se reduz à satisfação pulsional, visto que a pulsão nunca se satisfaz. Entende-se, então, a sublimação um dos caminhos mais benéficos e eficazes para o encontro com a satisfação. Para além de uma vivência, o prazer é entendido pela teoria PDT como um princípio mobilizador da dinâmica que emerge dos contextos de trabalho. Segundo as autoras,

uma das mais significativas contribuições dos estudos de Dejours é a articulação entre as dimensões psíquicas, que envolve esta busca de prazer e evitação do sofrimento e a dimensão coletiva do trabalho (MENDES; MULLER, 2013, p. 289).

O prazer no trabalho é entendido, então, como o destino bem-sucedido do sofrimento no trabalho, o produto secundário quando a sublimação foi socialmente e eticamente possível. O conceito “sublimação”, segundo Mijolla-Mellor (2005), refere-se à destinação da energia pulsional à disposição de objetivos sociais reconhecidos. Trata-se de um processo pelo qual um desejo (ou um

impulso) insatisfeito é orientado para um novo objetivo, um novo destino ou um novo objeto socialmente valorizado. A noção de sublimação conheceu uma evolução ao longo da obra de Freud que a leva da ideia de enobrecimento ou de embelezamento de uma fantasia, até um verdadeiro trabalho intrapulsional distinto do recalque e que exige uma transformação prévia da libido de objeto em libido do Eu para se vir em seguida atribuir novos objetivos. A autora complementa:

A gênese da capacidade de sublimar depende simultaneamente das disposições constitucionais do indivíduo (força originária da pulsão sexual) e dos acontecimentos da infância [...]. As sublimações constituem-se às expensas de [sic] pulsões perversas polimorfadas da infância (bissexualidade, por exemplo) que são desviadas e aplicadas a outros fins, por exemplo, a sublimação do erotismo anal em interesse pelo dinheiro ou um vínculo entre o erotismo uretral e a ambição (MIJOLLA-MELLOR, 2005, p. 1804).

Apresenta-se como um destino privilegiado na medida em que a energia libidinal, ao derivar-se, permite uma realização pulsional valorizada pelo Supereu e pela sociedade. Assim, a sublimação é uma estratégia defensiva “construtiva” no sentido de favorecer o prazer e apoiar a saúde mental dos indivíduos. A valorização social é central e indispensável ao processo de sublimação. O processo sublimatório é estreitamente ligado à dimensão narcisista do sujeito e é inseparável das exigências do ideal levadas pelo Ideal do Eu, caracterizado pela convergência do narcisismo (idealização) e as identificações aos pais, seus substitutos e aos ideais coletivos (MIJOLLA-MELLOR, 2005; ALDERSON, 2004).

Em outros termos, o prazer no trabalho refere-se, na abordagem da PDT, a um estado de bem-estar psíquico, vivenciado pelo trabalhador quando seu trabalho satisfaz os seus desejos de reconhecimento e permite, por consequência, a construção e/ou a consolidação de sua identidade. O trabalho se constitui em prova capital para a própria subjetividade, pois, ao vencer a resistência do real, o sujeito transforma-se a si mesmo – tornando-se mais inteligente, mais competente e mais hábil do que era antes de ter superado essas dificuldades. Trabalhar não é apenas produzir, é também transformar-se a si mesmo – primordialmente, trata-se de fazer a experiência do sofrimento. Essa experiência é inevitável e comum a todos aqueles que trabalham, ainda que não se possa prever o destino desse sofrimento (DEJOURS, 2007; ALDERSON, 2004).

Trabalhar, para Dejours (2007), não se reduz a uma relação individual entre um sujeito e sua tarefa. O trabalho é também uma relação com o outro: superiores, colegas ou subordinados. O prazer no trabalho compreende igualmente a experiência da cooperação, da solidariedade, da convivência e da confiança.

O sofrimento é um ponto de partida, mobiliza o trabalhador para buscar o prazer e evitar o sofrer. O trabalho é central para organização psíquica do sujeito, promotor de identidade e possibilidade de conquista da normalidade. Por esta razão, o sofrimento é mediado por diversas estratégias, que permitam o reconhecimento do investimento no fazer. A cooperação e a solidariedade exercem papel fundamental nesta busca. O modo como a organização do trabalho se estabelece pode ser uma fonte para mobilização ou paralisia dos trabalhadores, dependendo das exigências impostas e das possibilidades de negociação e formações de compromisso para solucionar os problemas do trabalho cotidiano. (FACAS, 2013)

Assim, define-se o prazer como um princípio mobilizador que coloca o sujeito em ação para busca da gratificação, realização de si e reconhecimento pelo outro da utilidade e beleza do seu trabalho. Este prazer é viabilizado por meio da mobilização da inteligência prática frente aos constrangimentos da organização do trabalho, da construção do coletivo de trabalho, que envolve as regras de ofício, as regras de convivência e a cooperação, provocando com esta mobilização a ressignificação do sofrimento (MENDES; MULLER, 2013).

Frente à resistência do real, é preciso que o trabalhador altere sua própria relação com o trabalho para encontrar a solução, de maneira que trabalhar nunca é somente produzir, mas é também transformar a si próprio. Esse contato com o real é vivenciado de maneira afetiva pelo trabalhador, que se angustia, se mobiliza pelo fracasso das prescrições frente às imprevisibilidades.

2.2. Os riscos psicossociais no trabalho

O trabalho funciona como importante medida de integração social tanto pela dimensão de subsistência quanto pela dimensão simbólica, essencial na constituição das pessoas. Pode proporcionar saúde e bem-estar, por meio das condições de trabalho que favorece a utilização das habilidades do trabalhador e apoio social. Por outro lado, situações de fracasso, mudanças de posição na hierarquia, impossibilidade de comunicação espontânea e manifestação de descontentamento relativa à organização ou ao trabalho, fatores relacionados ao tempo e ao ritmo, níveis de atenção e concentração para a realização de tarefas, combinados com o nível de pressão exercida, podem provocar tensão e, por conseguinte, sofrimento e distúrbios mentais. Esse sofrimento é evidenciado não apenas pelas doenças, mas também pelos indicadores de absenteísmo e pelos conflitos interpessoais. (BRASIL, 2002).

Leão e Gomez (2014) relatam que os fenômenos em saúde mental – sofrimentos diversos, desânimo, tristeza, depressão, assédios, estresse, transtornos, entre outros – têm sua especificidade, mas podem manifestar-se imbricados com problemas derivados da exposição a diversos tipos de

risco no ambiente de trabalho, assim como a ocorrência de acidentes de trabalho. Os riscos psicossociais traduzem-se nesse complexo atravessamento entre sujeitos trabalhadores e aspectos materiais, físicos, químicos, biológicos, culturais, e organizacionais nos processos de trabalho. Os autores propõem que a intervenção deve integrar a investigação de aspectos objetivos e subjetivos do trabalho, para que ações de promoção e prevenção possam ser delineadas para o coletivo de trabalho, evitando a culpabilização e a vitimização dos indivíduos.

Conforme dados da Agência Europeia para a segurança e saúde no trabalho, cerca de metade dos trabalhadores europeus considera o estresse uma situação comum no local de trabalho, que contribui para cerca de 50% dos dias de trabalho perdidos.

No relatório de atividades de Estágio Pós-Doutoral de Oliveira (2013), na Universidade do Porto, em 1989, é adotada a diretiva-quadro da União Europeia relativa à Saúde e Segurança no Trabalho – SST (Diretiva 89/391/CEE) na busca de aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores. A Diretiva introduz o princípio da avaliação dos riscos e define os seus principais elementos, por exemplo: identificação dos perigos, participação dos trabalhadores, introdução de medidas adequadas com a prioridade de eliminar os riscos na origem, documentação e reavaliação periódica dos perigos existentes no local de trabalho.

Em Portugal, o órgão público responsável pela inspeção da segurança e saúde no trabalho em todos os setores de atividade públicos ou privados é Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT). É um serviço do Estado que visa à promoção da melhoria das condições de trabalho em todo o território continental através do controle do cumprimento do normativo laboral no âmbito das relações laborais. A ACT é um organismo público, tem autonomia técnica, faz parte da Associação Europeia dos Altos Responsáveis pela Inspeção do Trabalho (ARIT) – os inspetores gerais de trabalho. Dentro deste grupo, que se reúne periodicamente, a partir dos resultados dos vários países, toma-se a decisão de desenvolver campanhas direcionadas a determinada temática.

Em artigo publicado por Dares Analyses (2016), periódico que apresenta estudos estatísticos sobre as condições de trabalho na França, desde 2013, quase 60% dos empregadores públicos e privados têm tomado medidas de prevenção relativas aos riscos profissionais. Porém, segundo os pesquisadores, falta um instrumento formal de investigação voltado à avaliação dos riscos para a saúde e a segurança dos seus empregados, uma vez que as medidas de prevenção e promoção à saúde são obrigatórias a todas as empresas desde 2001. Em geral, a política de prevenção de riscos laborais é realizada em instituições de alguns setores do serviço público e em pequenos e médios comerciantes e associações. Grande parte das instituições utiliza apenas os

equipamentos de proteção, realizam treinamentos de prevenção obrigatórios, com pouco investimento na modificação da organização do trabalho. Os exemplos mais comuns podem ser vistos nos casos de risco químicos, com a substituição de um produto perigoso por outro menos perigoso. Estes são visíveis e as empresas recebem multas altas caso não corrijam o problema.

Desde 1978, na França, os levantamentos de condições de trabalho são realizados pelo Insee para a Dares a cada sete anos. No ano de 2013, os empregadores foram questionados sobre política de gestão, organização do trabalho e prevenção dos riscos profissionais. A tabela 1 mostra, segundo os empregadores, os tipos de riscos psicossociais a que os trabalhadores estão expostos.

Tabela 1 – Tipos de riscos ocupacionais em 2013, de acordo com os empregadores

	Parte dos empregadores de trabalhadores expostos					
	Mais 50%	10 - 50%	Muito pouco	Nenhum	DK ou NR. *	Total
Riscos físicos						
Movimentação manual de cargas pesadas...	9.6	7.4	13.5	60,9	8.6	100
Problemas de postura	9.3	7,8	12.4	60,8	9.7	100
.....						
Agentes químicos perigosos (poeira, fumaça...)...	3.8	4.1	9.1	73,1	9.9	100
Temperaturas extremas...	2.1	1.5	4.0	84,1	8.3	100
Ruídos acima de 85 dB, vibrações mecânicas...	4.7	4.0	6.5	73.5	11.3	100
Trabalhar à noite (entre 21h e 6h)...	2.1	3.4	7.3	79,8	7.4	100
Trabalho por turnos rotativos...	1.8	1.8	2.1	86,2	8.1	100
A linha, o trabalho repetitivo...	1.4	1.5	1.6	82.2	13.3	100
Riscos psicossociais						
A necessidade de trabalhar em caso de emergência...	11.5	10.1	18,3	46.6	13.5	100
O sentimento de não ser capaz de fazer o trabalho de qualidade.	2.3	6.3	17.5	56,2	17,8	100
Tensões entre os colegas...	1.6	4.2	20,4	58,1	15,8	100
Tensões com a hierarquia...	1.3	3.3	20,6	58,4	16.4	100
Tensões com o público, clientes, pacientes, usuários...	4.7	9.4	20,8	50,9	14.2	100
Risco de perder o emprego...	3.6	5.6	13,6	57,3	19,8	100
Horários de trabalho imprevisível...	2.3	2.7	9.8	71.8	13.4	100
Uma carga pesada de trabalho...	3.6	6.6	16,7	57,4	15,8	100

Fonte: Disponível em: <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2016-013_v.pdf>.

* Não sabe ou não responde.

Leitura: 9,6 por cento dos gestores das instituições estimam que mais de 50% de seus funcionários estão expostos à movimentação manual de cargas pesadas. Campo: estabelecimentos de um funcionário ou mais; Toda França.

Fonte: pesquisa trabalhando condições 2013, empregadores de componente.

Entrevistados durante a investigação das condições de trabalho de 2013, 38% dos empregadores sentem que alguns dos seus funcionários estão expostos a riscos físicos, 15% que estes riscos afetam pelo menos metade dos seus empregados. Movimentação manual de cargas pesadas e posturas dolorosas são mais frequentemente citadas como tensão física. Segundo o relatório dos empregadores, mais de 50% dos seus empregados estão expostos a esse tipo de tensão. O risco químico está presente em menos de 5% dos estabelecimentos, mas, para um terço deles, ela afeta mais da metade dos funcionários.

O trabalho em caso de emergência é o risco psicossocial mais citado: 12% dos gestores das instituições disseram que mais de metade dos seus empregados ou agentes estão sujeitos a este tipo de risco. Os riscos psicossociais no trabalho agem sobre a saúde física ou mental, através de mecanismos psicológicos. Trabalho duro, falta de autonomia ou de apoio social, medo de perder o emprego ou a sua segurança são exemplos. Ainda segundo os gestores, o excesso de exposição aumenta o risco de perturbações músculo-esqueléticas, depressão ou ataque cardíaco.

No Brasil, o Ministério da Previdência Social, por meio do Departamento de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional, desenvolve políticas públicas para a promoção de um ambiente de trabalho mais seguro para os brasileiros. Essas políticas têm como objetivo incentivar o investimento em saúde e segurança no trabalho, prevenção de acidentes e doenças ocupacionais. Nos últimos anos, algumas das principais iniciativas foram a criação do Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP), em 2002; de um novo Nexo-Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP), em 2007; do Fator Acidentário de Prevenção (FAP), em 2010; e do Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (Plansat), em 2012.

O modelo que mais se aproxima para investigação dos riscos psicossociais é o PPP. Constitui-se em um documento histórico-laboral do trabalhador reunindo, entre outras informações, dados administrativos, registros ambientais e resultados de monitoração biológica, durante todo o período em que exerceu suas atividades na respectiva empresa. No entanto, a legislação brasileira que tem a sua elaboração obrigatória a partir de 1º de janeiro de 2004 (data fixada pela IN INSS/DC 96/2003) o PPP tem por objetivo primordial fornecer informações para o trabalhador quanto às condições ambientais de trabalho, principalmente, no requerimento de aposentadoria especial. Portanto, é deficitária para fins de investigação da relação da saúde do trabalhador com a sua atividade laboral.

As estatísticas e os estudos sobre as condições de trabalho no *site* do Ministério da Previdência do governo brasileiro referem-se aos registros dos acidentes de trabalho e nexos causais que ocasionaram o recebimento de benefícios. Segundo a tabela de acompanhamento de benefícios

de auxílio-doença concedidos segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), dos 209.803 benefícios, as lesões, envenenamentos e outras consequências (CID S) correspondem a 49.707 notificações. O segundo lugar é ocupado pelas doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (CID M) com 39.897 registros. O terceiro lugar, pelas doenças do aparelho digestivo (CID K) representando 20.880 incidências. Em quarta posição, estão os transtornos mentais e comportamentais (CID F) com 18.057 registros. (BRASIL, 2016).

No ano de 2014, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Diretoria de Vigilância e Proteção à Saúde do Trabalhador, instituiu um Protocolo de Atenção à Saúde Mental e Trabalho como uma ferramenta para o diagnóstico e manejo das principais situações de adoecimento e transtornos mentais relacionados ao trabalho no âmbito da Rede Estadual de Atenção à Saúde do Trabalhador na Bahia (Renast-BA). A construção do Protocolo foi coordenada pelo Grupo de Trabalho Saúde Mental e Trabalho do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador/ Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (Cesat/Divast). O referencial teórico adotado por este protocolo tem por base a minuta do Protocolo para o diagnóstico, acompanhamento e vigilância dos agravos à saúde mental, então disponibilizado para consulta pública pelo MS, em 2005, e o documento de autoria de Francisco Drumond Marcondes Moura Neto, técnico da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, *Protocolo de saúde mental e trabalho: apontamentos teóricos e técnicos para investigação da relação entre agravos à saúde mental e o trabalho* (MOURA NETO, 2005), por ele apresentado e discutido com o GT Saúde Mental e Trabalho e demais participantes da oficina de trabalho realizada em Salvador, em 2009. Foram ainda consultadas experiências de outros Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), existentes no Brasil, assim como outros especialistas da área de saúde mental no trabalho. Nele são discutidos os agravos à saúde mental que mais frequentemente acometem a população trabalhadora; são descritos quadros clínicos e fatores psicossociais associados presentes nos processos de trabalho, considerando a epidemiologia desses agravos, os riscos e impactos que a organização do trabalho tem sobre a saúde dos trabalhadores. O objetivo do documento é apresentar ferramentas e instrumentos técnicos, de modo a subsidiar e apoiar as equipes de vigilância e atenção à saúde do SUS no acolhimento, diagnóstico, notificação e encaminhamentos necessários. O público-alvo deste Protocolo são os profissionais de saúde que realizam atendimento a pacientes do SUS, vinculados aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), equipes de saúde mental, da rede de Atenção Básica e Saúde da Família e outros serviços especializados.

No Brasil, de 2006 a 2012, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 2.250 casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho, sendo 57,4% entre homens e 42,6% entre mulheres. Os tipos diagnósticos mais registrados foram transtornos neuróticos (56,4%) e transtornos de humor (30,4%) (BRITO, 2014).

Nesse sentido, a Vigilância da Saúde do Trabalhador tem o propósito de conhecer a realidade do ambiente de trabalho físico e social, bem como propor medidas de intervenção para eliminar ou minimizar os fatores determinantes de agravos à saúde da população de trabalhadores. Constitui-se num conjunto de ações e práticas sanitárias integradas, que realiza intervenções sobre os fatores determinantes e condicionantes dos riscos e agravos à saúde, em especial nos ambientes e processos de trabalho. Contempla, ainda, ações de vigilância epidemiológica de agravos e doenças relacionadas ao trabalho, análise da situação de saúde, monitoramento de indicadores de morbimortalidade e outros, e articulação de ações de assistência com as de prevenção e promoção da saúde (BAHIA, 2014, p. 10). Desse modo, fazem parte do processo de Vigilância da Saúde do Trabalhador as seguintes ações: 1. Análise da situação de saúde; 2. Identificação e análise dos fatores e situações de risco nos ambientes e processos de trabalho; 3. Intervenção nos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde dos trabalhadores; 4. Avaliação do impacto das medidas de proteção adotadas; 5. Divulgação sistemática das informações; 6. Educação em saúde do trabalhador (BAHIA, 2012, p. 10). O processo de vigilância depende de informações obtidas a partir de diversas fontes e bases de dados, especialmente dos sistemas de informação em saúde e da Previdência Social, bem como das informações produzidas em relatórios de inspeção e notificação.

O processo de vigilância epidemiológica dos transtornos mentais relacionados ao trabalho inicia-se com a suspeita de um caso, que deve ser investigado e, sendo confirmado, o caso deve ser notificado no Sinan, com preenchimento completo da Ficha de notificação e investigação de transtorno mental relacionado ao trabalho. O fluxo das informações é o mesmo já definido para os demais agravos – unidade assistencial notifica, encaminha para setor de vigilância epidemiológica do município, que registra o caso no sistema informatizado (Sinan) e envia eletronicamente para o âmbito estadual. O monitoramento das informações – casos notificados/ registrados – deve ser feito pela Vigilância em Saúde municipal, pela equipe do Cerest, e pela área técnica de Saúde do Trabalhador em âmbito estadual. Além do Sinan, recomenda-se acompanhar os dados do SIM, do Sistema de Informações Hospitalares e das bases de dados da Previdência Social. Completa-se o ciclo com a elaboração e a divulgação de boletins e informes epidemiológicos, contendo a análise de situação de saúde relativa aos transtornos mentais relacionados ao trabalho e recomendações de medidas de prevenção e proteção da saúde dos(as) trabalhadores(as).

Diante desse cenário, percebe-se que os riscos psicossociais e o estresse relacionado com o trabalho são das questões que maiores desafios apresentam em matéria de segurança e saúde no trabalho. Têm um impacto significativo na saúde de pessoas, organizações e economias nacionais. À semelhança de muitas outras questões relacionadas com a saúde mental, o sofrimento psíquico é frequentemente objeto de incompreensão e estigmatização. No entanto, se for abordado enquanto problema organizacional e não falha individual, pode ser transformado da mesma maneira que qualquer outro risco de saúde no local de trabalho.

Além disso, essa segmentação da saúde mental para o “mundo interno” pode contribuir para manter na invisibilidade os elementos da organização do trabalho que pressionam e fazem irromper sofrimentos. E, ao mesmo tempo, corrobora para a manutenção das atuações psicologizantes e medicalizantes, na medida em que remete à clínica, de um lado, a compreensão e o tratamento dos aspectos subjetivos (dificuldades, sofrimento e transtorno) e, de outro, à vigilância para identificar aspectos objetivos. A análise integrada do processo de trabalho impede o olhar dicotômico das ações de análise-intervenção entre aspectos físicos, materiais, objetivos e aspectos subjetivos, mentais-interiores, psicológicos. Assim, realizar a análise integrada das dimensões do processo de trabalho compreende as configurações gerais dos aspectos da organização e condições de trabalho, atividades prescritas (normatizações) e trabalho real. Sob o olhar da PDT, essa abordagem integrada dá respaldo a negociações coletivas e ao encaminhamento de mudanças no processo de trabalho benéficas para a saúde mental. Obviamente, a saúde mental tem especificidades, mas não pode ser tratada de forma isolada, uma vez que todo aspecto material, simbólico, social do trabalho está interligado com os sujeitos. Nessa perspectiva, utilizar um Protocolo que investigue as diferentes dimensões da organização do trabalho e as percepções dos trabalhadores na relação com sua atividade pode contribuir para elaboração de estratégias mais eficazes, municiando os gestores com informações precisas para a construção de intervenções em prevenção e promoção à saúde dos trabalhadores.

No ano de 2012, o MS instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, considerando a necessidade de implementação de ações de saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS. Em seu artigo 6º, a implementação da Política deverá articular as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores, bem como o planejamento orientado por experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais. (BRASIL, 2012).

A Política ainda destaca a necessidade de fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde com a intervenção nos processos e ambientes de trabalho mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede, considerando os seguintes componentes: atenção primária em saúde; atenção especializada; atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência, e hospitalar; rede de laboratórios e de serviço de apoio diagnóstico; assistência farmacêutica; sistemas de informações em saúde; sistema de regulação de acesso; sistema de planejamento, monitoramento e avaliação das ações; promoção e vigilância à saúde. Enfim, ampliar o entendimento de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção.

O início está traçado, no entanto, um dos grandes desafios do MS brasileiro é colocar em prática a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, investigando a relação saúde e trabalho nos diferentes ambientes de trabalho, superando dificuldades como a falta de sistemas e treinamento, profissionais suficientes para auditar os ambientes de trabalho, unificar instrumentos de registro e notificação de agravos e eventos de interesse comum aos componentes de vigilância, incorporação dos agravos relacionados ao trabalho, definidos como prioritários para fins de vigilância, nas listagens de agravos de notificação compulsória, nos âmbitos nacional, estadual e municipal, seguindo a mesma lógica e fluxos dos demais e produção de indicadores conjuntos para monitoramento e avaliação da situação de saúde.

Hoje as ações privilegiam dados objetivos como os riscos físicos, químicos e biológicos. Atuar na redução do adoecimento mental exige lidar com a subjetividade e para isso é necessário valorizar a experiência dos trabalhadores e promover a participação dos envolvidos nas ações de vigilância (VISAT), com olhares interdisciplinares incluindo o apoio e o fortalecimento da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), assim como fortalecendo o compartilhamento e publicização das informações produzidas por cada órgão e instituição, inclusive por meio da constituição de observatórios, de modo a viabilizar a adequada análise de situação, estabelecimento de prioridades, tomada de decisão e monitoramento das ações.

Percebe-se que as práticas da legislação vigente têm como foco regular os acidentes de trabalho e as enfermidades profissionais com caráter mais fisiológico, centrando sua atenção em condições sanitárias e ambientais básicas, como o uso de equipamentos de segurança. Entende-se que o espaço do trabalho pode estar exposto a diversas situações e condições, por exemplo, dos

riscos psicossociais, os quais têm sido um campo crescente de afastamento para os trabalhadores. Contudo, muitas vezes, não é dada a devida atenção, sendo implementadas insuficientes políticas de prevenção, implicando altos custos ao Governo devido ao número elevado de licenças médicas.

III. PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO

A proposta é que a saúde do trabalhador seja pensada antes do adoecimento, buscando substituir um modelo curativo e assistencialista por uma lógica preventiva. Faz-se necessário que as práticas sejam refletidas e discutidas não somente por meio de uma visão tecnicista, mas principalmente no âmbito de políticas de saúde, que envolvam todos os níveis organizacionais – gestores, chefias, subordinados.

Um ponto de partida para práticas preventivas são as pesquisas e diagnósticos organizacionais. A compreensão da relação saúde e trabalho envolve o entendimento e o conhecimento de diversas dimensões organizacionais – cultura, valores, clima, contexto de trabalho, qualidade de vida no trabalho, dentre outras. Os resultados de pesquisas funcionam como "mapas", no sentido de orientar a elaboração de práticas mais adequadas ao contexto organizacional.

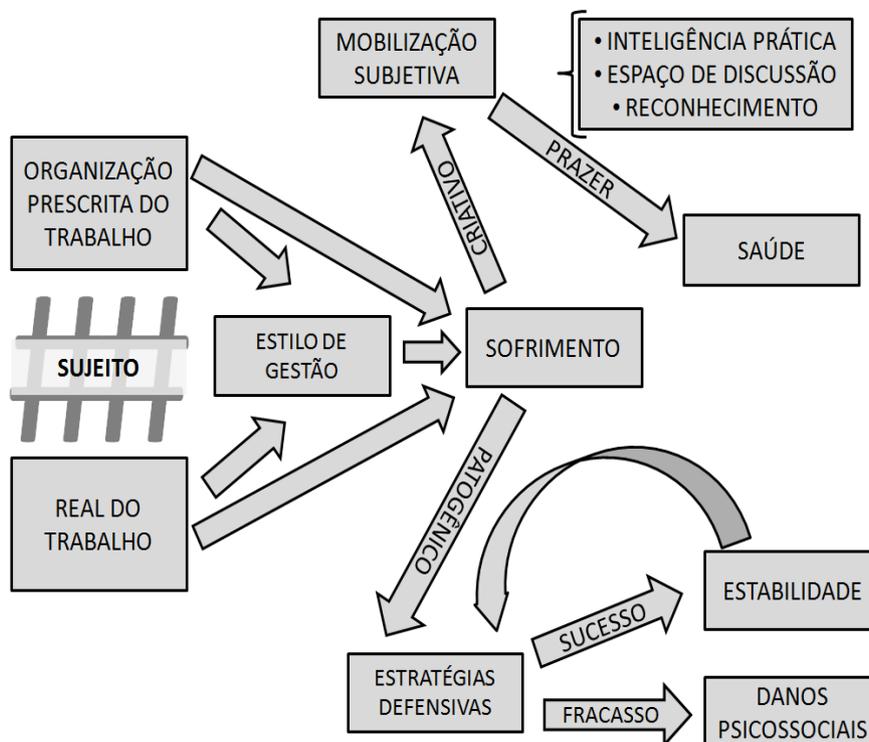
A escolha do PROART como instrumento de coleta de dados para este projeto ocorreu por estar alinhado à concepção teórica da PDT, que envolve a concepção da intersubjetividade. Intersubjetividade, para Martins (2013), diz respeito ao outro nos processos de constituição do Eu. Relaciona-se com a subjetividade na medida em que

a subjetividade, invariavelmente, é intersubjetividade, pois é construída na relação com o Outro, na cultura. Os processos identificatórios, ao longo da vida da pessoa, determinam a construção do Eu e sustentam a posição subjetiva no contexto de suas relações (MARTINS, 2013, p. 436).

Para a teoria PDT, então, é importante levar em consideração essa relação subjetiva que nasce da relação trabalhador-organização do trabalho. Parte-se, então, da seguinte pergunta: os instrumentos existentes de avaliação dos riscos para a saúde são suficientes para apreender a inter-relação *sujeito-trabalho-saúde*? Propõe-se a tese de que a intersubjetividade pode ser investigada, ainda que não de maneira direta, em instrumentos de avaliação por meio de categorias empíricas, fundamentadas teoricamente em abordagens críticas e clínicas como a PDT e a Psicanálise e que podem ser usadas de modo integrado como pesquisa e intervenção na relação *sujeito-trabalho-saúde*.

A figura 1 representa o modelo de investigação teórica proposto pelo Protocolo.

Figura 1 – Proposta Gráfica do Modelo Teórico de Gestão dos Riscos Psicossociais



Fonte: Facas (2013).

IV. CONTEXTO DO ESTUDO

Política Nacional de Urgências no Brasil

A Política Nacional de Atenção às Urgências foi instituída pela portaria 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003 e tem como diretrizes a universalidade, a integralidade, a descentralização e a participação social, ao lado da humanização, que todo cidadão tem direito.

A política tem como componentes fundamentais a adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida e a organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências. Para isso, são necessárias a capacitação e a educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, abarcando toda gestão e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos polos de educação permanente em saúde.

O componente pré-hospitalar fixo envolve as unidades básicas de saúde e as unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências. (Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002).

O componente Pré-Hospitalar Móvel: SAMU e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192.

O componente Hospitalar são portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III. Inclui, ainda, a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências.

O componente Pós-Hospitalar são modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base.

A cartilha com a Política Nacional de Atenção às Urgências é fruto do trabalho conjunto do MS em parceria com o CNS, estados e municípios. Nesta primeira etapa, 68 milhões de brasileiros terão acesso ao SAMU (BRASIL, 2004).

Tabela 2 – Portarias que regulamentam o serviço

Portaria	Objetivo
2.048/GM, de 5/11/2002	Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
1.863/1.864/GM, de 29/9/2003	Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU 192, em municípios e regiões de todo o território brasileiro, no âmbito do SUS.
2.072/GM, de 30/10/2003	Institui no âmbito da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência/DAE/SAS/MS, o Comitê Gestor Nacional de Urgências.
1.828/GM, de 2/9/2004	Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional. O recurso será transferido em uma única parcela, de acordo com o porte populacional da área de cobertura do SAMU 192. Municípios ou regiões com população com até 250.000 hab.– valor de R\$50.000,00 (cinquenta mil reais); entre 250.000 e 500.000 hab.– valor de R\$100.000,00 (cem mil reais); e com população acima de 500.000 hab.– valor de R\$150.000,00 (cento e cinquenta mil reais).
2.420/GM, de 9/11/2004	Constitui, no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde, Grupo Técnico visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do SUS, para a abordagem dos episódios de morte súbita.
2.657/GM, de 16/12/2004	Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e a operacionalização das Centrais SAMU – 192.
1.010 GM/MS de 21/5/2012	Redefine as diretrizes para a implantação do SAMU (192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
1.473 GM/MS de 18/7/2013	Altera os valores da Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21/5/2012, que redefine as diretrizes para a implantação do SAMU (192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
1.589 GM/MS de 8/9/2005, 2.848 GM/MS de 20/9/2010 e 2.455 GM/MS de 17/10/2013	Habilita o SAMU (192) do Distrito Federal.
995 de 11/5/2016	Suspende a transferência de recursos financeiros destinados ao custeio mensal das Unidades de Suporte Básico, Unidades de Suporte Avançado e Motolâncias do SAMU (192), pertencentes à Central de Regulação das Urgências (CRU) do Distrito Federal.

Fonte: produção da própria autora.

A portaria 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002, instituiu o regulamento técnico dos sistemas estaduais de Urgência e Emergência. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede, é fator que tem contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população, transformando esta área numa das mais problemáticas do Sistema de Saúde.

A assistência às urgências se dá, ainda hoje, pelos tradicionais prontos-socorros. Abertos 24 horas por dia, estes serviços acabam por funcionar como porta de entrada do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência, superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. Esta realidade assistencial é, ainda, agravada por problemas organizacionais destes serviços, por exemplo, a falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes (BRASIL, 2004).

Outra situação preocupante vivida nos prontos-socorros de todo o País é vista diariamente nos telejornais: equipamentos quebrados, falta de insumos básicos para atender os pacientes, falta de leitos e, ainda, falta de qualquer articulação com o restante da rede assistencial. Isso resulta atendimentos de baixa qualidade e pequena resolutividade, que implicam repetidos retornos e enorme produção de “consultas de urgência”.

Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APH)

Segundo informações do MS, o serviço pré-hospitalar na área de urgência tem como objetivo checar precocemente o estado de saúde da vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras, que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte. (Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br>).

O serviço de APH é vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou uma região, podendo, portanto, extrapolar os limites municipais. O serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde.

Para um adequado APH, este deve estar vinculado a uma Central de Regulação de Urgências e Emergências. A central deve ser de fácil acesso ao público, por via telefônica, em sistema gratuito

(192 como número nacional de urgências médicas ou outro número exclusivo da saúde, se o 192 não for tecnicamente possível), em que o médico regulador, após julgar cada caso, defina 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. O número de acesso da saúde para socorros de urgência deve ser amplamente divulgado junto à comunidade. Todos os pedidos de socorro médico que derem entrada por meio de outras centrais, como a da Polícia Militar (190), a do Corpo de Bombeiros (193) e quaisquer outras existentes, devem ser imediatamente retransmitidos à Central de Regulação por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser adequadamente regulados e atendidos.

Os serviços de APH devem contar com equipes profissionais oriundas da área da Saúde ou não.

A equipe de profissionais oriunda da área da Saúde deve ser composta pelo coordenador do serviço, médico, enfermeiro, médicos reguladores, médicos intervencionistas, enfermeiros assistenciais, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Além desta equipe de saúde, em situações de atendimento às urgências relacionadas às causas externas ou a pacientes em locais de difícil acesso, deverá haver uma ação pactuada, complementar e integrada de outros profissionais não oriundos da Saúde – bombeiros militares, policiais militares e rodoviários entre outros, formalmente reconhecidos pelo gestor público para o desempenho das ações de segurança, socorro público e salvamento, tais como: sinalização do local, estabilização de veículos acidentados, reconhecimento e gerenciamento de riscos potenciais (incêndio, materiais energizados, produtos perigosos), obtenção de acesso ao paciente e suporte básico de vida.

A equipe de profissionais não oriundos da área da Saúde deve ser composta por telefonista, rádio operador profissional, condutor de veículos de urgência, profissional habilitado à operação de aeronaves, profissional habilitado à operação de embarcações, bombeiros, policiais militares e rodoviários.

Os veículos de APH são as ambulâncias. São classificadas em ambulâncias de transporte, de suporte básico (USB), de resgate, de suporte avançado (USA). Também devem estar disponíveis as aeronaves de transporte médico e a embarcação de transporte médico. Além destes, existem os veículos leves para transporte de médicos com equipamentos para oferecer suporte às ambulâncias.

A Portaria 2.657/GM, de 16 de dezembro de 2004, estabeleceu as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e a operacionalização das Centrais SAMU – 192.

As Centrais de Regulação de Urgências – Centrais SAMU 192 – constituem-se em “observatório privilegiado da saúde”, com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real, todo o funcionamento do Sistema de Saúde, devendo gerar informes regulares para a melhoria imediata e mediata do sistema de atenção às urgências e da saúde em geral.

Tabela 3 – Atribuições das Centrais SAMU 192

Ser instância operacional em que se processa a função reguladora, em casos de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas, traumáticas, obstétricas e psiquiátricas;
Ser polivalente na utilização dos recursos;
Ser capaz de refletir a relação entre a oferta disponível e as necessidades demandadas;
Subsidiar o planejamento das correções necessárias para adequar a relação acima mencionada, sempre que se observar deficiência de oferta no exercício cotidiano da regulação médica das urgências;
Articular ações harmonizadoras e ordenadoras buscando a resposta mais equitativa possível frente às necessidades expressas e devidamente hierarquizadas;
Articular com os Serviços de Controle, Avaliação, Auditoria e Vigilância em Saúde, permitindo a utilização dos recursos do sistema de forma harmônica, de acordo com uma hierarquia de necessidades;
Nortear-se por pactos estabelecidos entre as instâncias gestoras do Sistema e demais atores envolvidos no processo assistencial;
Facilitar a execução de programas e projetos estratégicos e prioritários de atenção à saúde, formulados junto a instituições parceiras ou com missões semelhantes e aprovados pelo respectivo Comitê Gestor de Atenção às Urgências;
Identificar e divulgar os fatores condicionantes das situações e agravos de urgência atendidos, notificando os diferentes setores envolvidos por intermédio do Comitê Gestor;
Pactuar ações conjuntas com outros atores envolvidos na atenção integral às urgências, como a Defesa Civil, o Corpo de Bombeiros, a Polícia Militar, a Polícia Rodoviária, os Departamentos de Trânsito, as Concessionárias de Rodovias, as Empresas Privadas de Transporte e Atendimento de Urgência, entre outros;
Avaliar permanentemente o desempenho das parcerias com os demais atores e notificar o Comitê Gestor de Urgências, fornecendo elementos para a implementação e otimização das ações conjuntas;
Participar da formulação dos Planos de Saúde, de Atenção Integral às Urgências e de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres, do município ou região de sua área de abrangência, fornecendo dados epidemiológicos, contextualizando os agravos atendidos e identificando os fatores facilitadores e de estrangulamento das ações.

Fonte: Portaria 2.657/GM, de 16 de dezembro de 2004.

As atribuições específicas são: manter escuta médica permanente e qualificada nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, pelo número gratuito nacional das urgências médicas – 192; identificar necessidades e classificar os pedidos de socorro oriundos da população em geral, a partir de seus domicílios ou de vias e lugares públicos; discernir sobre a urgência, a gravidade e o risco de todas as solicitações; hierarquizar necessidades; monitorar e orientar o atendimento feito pelas equipes de Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida; providenciar os recursos auxiliares de diferentes naturezas necessários para complementar a assistência, sempre que necessário; notificar as unidades que receberão pacientes, informando às equipes médicas receptoras as condições clínicas dos pacientes e possíveis recursos necessários; permear o ato médico de regular por um conceito ampliado de urgência, acolhendo a necessidade expressa por cada cidadão, definindo para cada um a melhor resposta, não se limitando apenas a conceitos médicos preestabelecidos ou protocolos disponíveis; constituir-se em “observatório privilegiado da saúde e do sistema”, com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada, e em tempo real, todo o seu funcionamento; respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do SUS, as leis do exercício profissional médico, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente.

Atualmente, o SAMU 192 atende 75% da população brasileira: 149,9 milhões habitantes, distribuídos em 2.921 municípios com acesso ao SAMU 192 no território nacional. Em todo o País, o MS já habilitou 2.965 unidades móveis, sendo 2.382 Unidades de Suporte Básico, 567 Unidades de Suporte Avançado e 217 Motolâncias, nove Equipes de Embarcação e sete Equipes Aeromédicas. Os recursos repassados pelo MS para custeio do serviço tiveram aumento significativo, passando de R\$ 432 milhões, em 2011, para R\$ 533 milhões em 2012. No ano de 2013, a previsão orçamentaria final a ser executada na pasta custeio do SAMU 192 poderá chegar a R\$ 1 bilhão.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - DF

No Distrito Federal, o SAMU funciona 24 horas por dia e oferece à população três modalidades de atendimento: orientações médicas dadas por um profissional, encaminhamento para a procura de recurso por meio próprio ou liberação de uma unidade móvel, de acordo com critérios estabelecidos e julgamento efetuado pelo médico regulador. O SAMU disponibiliza USA, USB, motolância, helicóptero e veículos para a remoção simples de pacientes entre os Serviços de Saúde, que se configura o transporte sanitário.

Desde maio de 2010, o DF conta com a integração dos serviços de socorro móvel do SAMU e do Corpo de Bombeiros. Com isso, as chamadas de emergência médica passaram a ser enviadas aos médicos reguladores do serviço móvel, que avaliam a necessidade de deslocamento de ambulância para o socorro. Até a data desta pesquisa, o SAMU-DF regulava apenas cinco viaturas de Unidade de Resgate de Saúde Básica (URSB) do Corpo de Bombeiros. As outras vinte Unidades de Resgate de Saúde Básica do Corpo de Bombeiros funcionam apenas como socorro.

As cidades que mais possuem viaturas são as mesmas que apresentam a maior demanda de atendimentos: Ceilândia, Taguatinga, Samambaia e Brasília, que contam com cinco carros cada. Os demais estão distribuídos nas outras regiões administrativas.⁴ Quando o brasiliense disca 192, o chamado de urgência toca em uma sala cheia de computadores – cada baía chega a ter quatro monitores. Nas paredes, há televisões de 60 polegadas. Uma delas projeta um mapa do DF, outra mostra a situação real dos hospitais do DF: quais as especialidades médicas de cada um, a quantidade de profissionais e se há leitos.

Ao todo, o SAMU recebe por mês cerca de 120 mil ligações. Dessas, em torno de 30% são trotes e 49%, enganos. 15% das chamadas são atendidas pelos médicos que estão na regulação, isto é, o equivalente a 500 chamadas por dia.⁵

O SAMU-DF conta hoje com 940 servidores, funciona 24 horas por dia com uma equipe multiprofissional de saúde. A população atendida é de 3 milhões de pessoas. São 37 ambulâncias, 30 USB, 7 USA, 1 helicóptero e 22 motos. Conforme regimento interno do SAMU, baseado nas referências legais do MS, são objetivos primários a prestação de pronta resposta à população nas seguintes situações:

⁴ Disponível em: <<http://samu192df.gov.br>>. Acesso em: 8 ago. 2016.

⁵ Disponível em: <<http://samu192df.gov.br>>. Acesso em: 8 ago. 2016.

Tabela 4 – Serviços Diários

Emergências Ordinárias	Emergências Extraordinárias
Cardiológicas	Acidentes urbanos ou rodoviários, de qualquer natureza
Respiratórias	Calamidades públicas
Neurológicas	Desastres aéreos
Psiquiátricas	Desastres metroviários ou rodoviários
Pediátricas	Incêndios, desabamentos ou inundações em unidades hospitalares
Obstétricas	Ações de terrorismo, distúrbios civis ou crime organizado
Causas externas	Acidentes ou incidentes na região do Entorno do DF

Fonte: Regimento Interno do SAMU/2016

Em caráter secundário, são atribuições do Serviço: transferências inter-hospitalares de pacientes graves, quando os serviços responsáveis não estiverem disponíveis; cobertura a eventos de risco e com grande aglomeração de pessoas; cobertura médica a autoridades e missões diplomáticas.

No âmbito da prevenção e formação de recursos humanos: participação na elaboração de planos de atendimento e realização de simulados com Defesa Civil, Bombeiros, Infraero e demais parceiros; participação na Política de Educação Permanente do SUS por intermédio dos Polos de Educação Permanente e da estruturação dos Núcleos de Educação em Urgência a eles integrados; participação ativa na estruturação de palestras sobre o primeiro atendimento a urgências para empresas, escolas, creches, Conselhos de Saúde, instituições diversas e comunidade em geral; participação no desenvolvimento de estratégias promocionais junto à comunidade, segurança pública, departamento de trânsito, educação, cultura e outras setores.

No SAMU-DF, as vivências de sofrimento são verificadas pelo elevado índice de absenteísmo relacionado ao adoecimento, correspondendo a 30% dos afastamentos. Os motivos que afastam o maior número de servidores são transtornos depressivos, de ansiedade, relacionados a trauma e a estressores e de sono-vigília. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 2011-2012).

Contribuem para o número alto de afastamentos: a carência de servidores⁶, a falta de condições materiais, a dificuldade de acesso a alguns locais, como o trânsito, a violência e a

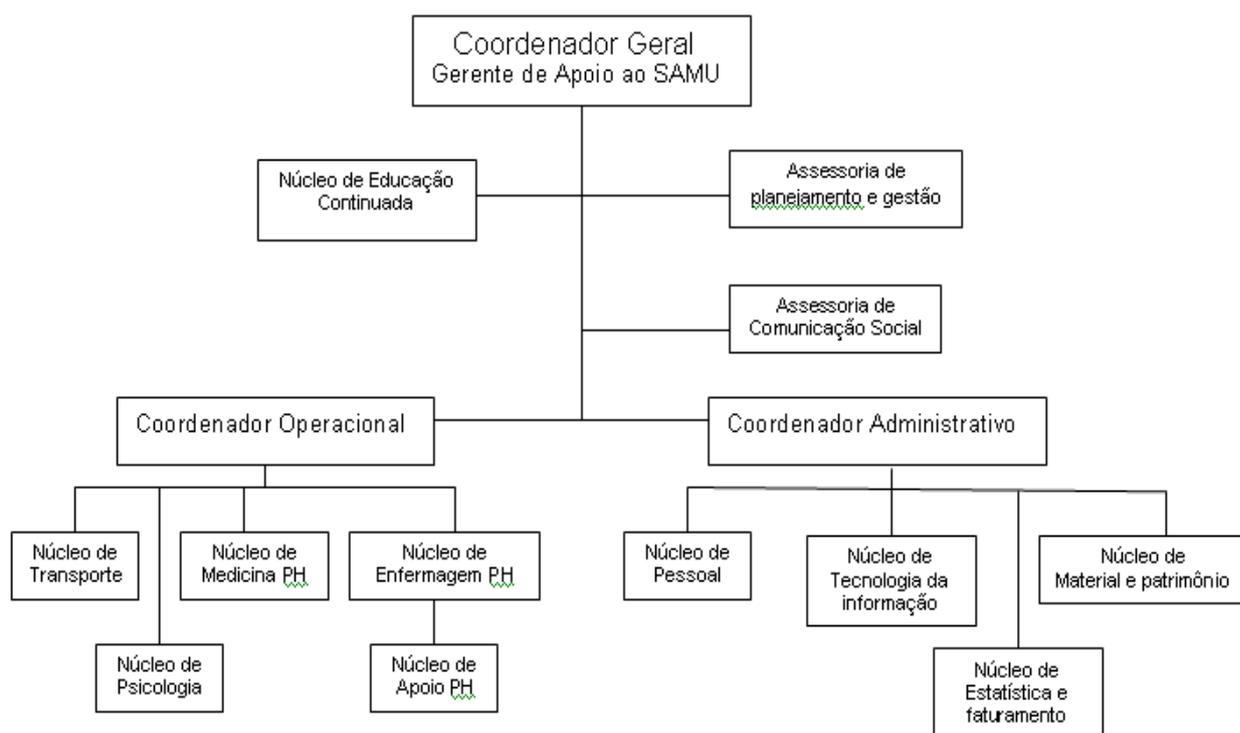
⁶ Horas extras (média de janeiro a Julho/2016): médicos – 727 horas; enfermeiros – 3.029 horas; técnicos de enfermagem – 8.443 horas; motoristas – 8.125 horas; Sala de Trauma Hospital de Base-DF (enfermeiros e técnicos) – 2.696 horas; Núcleo de saúde mental (psicólogos e assistentes sociais) – 1.381 horas.

superlotação dos hospitais de referência para continuidade do tratamento no menor tempo possível. (SAMU-DF), conforme Levantamento documental da área de Gestão de Pessoas.

Outra peculiaridade no serviço dos trabalhadores que atuam nas urgências e emergências é estar sempre no confronto com o real do trabalho. A consequência para os trabalhadores é a experiência de fracassos diante das adversidades encontradas, visto que os manuais de procedimentos não conseguem controlar as imperfeições, falhas, faltas e imprevisibilidades do trabalho.

Vejam na figura 2, a seguir, a organização do SAMU-DF (Estrutura Nomeada):

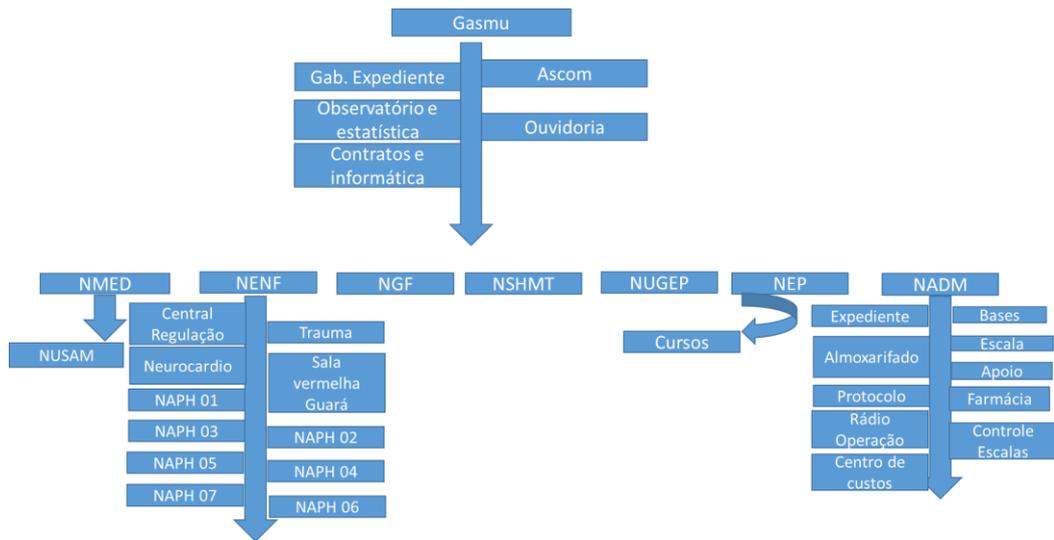
Figura 2 – Organograma SAMU-DF



Fonte: Regimento Interno Samu/2016

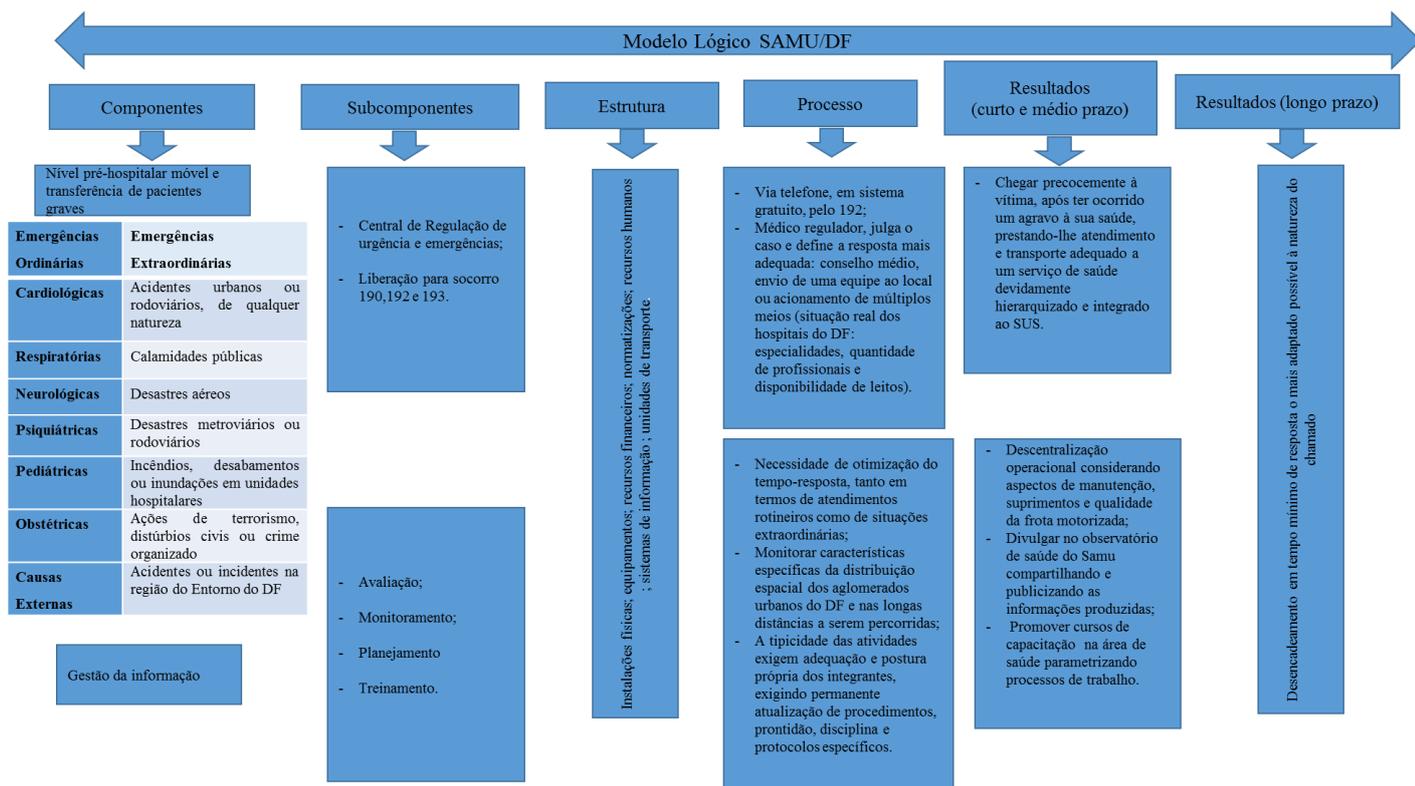
Agora, vejamos, na Figura 3, a organização do SAMU-DF, sua estrutura em funcionamento sem nomeação.

Figura 3 – Organograma com as nomeações necessárias SAMU-DF



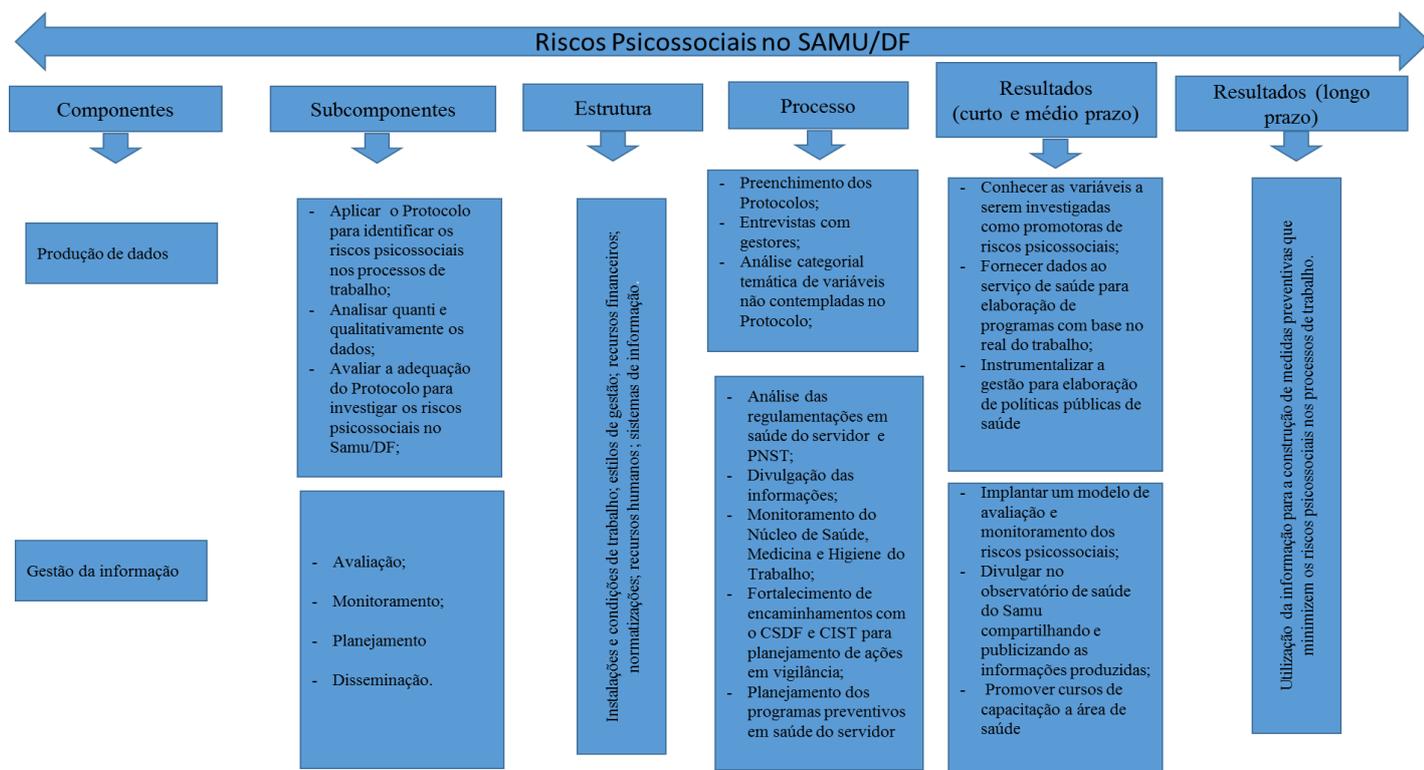
Fonte: Diretoria SAMU-DF

Figura 4 – Modelo lógico SAMU



Fonte: produção da própria autora.

Figura 5 – Modelo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no SAMU-DF



Fonte: produção da própria autora.

V. METODOLOGIA

5.1. Tipo de Estudo

A pesquisa é do tipo exploratório, com abordagem quanti e qualitativa utilizando a triangulação de métodos.

Nesse sentido, a triangulação metodológica pode “iluminar a realidade a partir de vários ângulos, o que permite confluências, discordâncias, perguntas, dúvidas, falseamentos, numa discussão interativa e intersubjetiva na construção e análise dos dados” (MINAYO; MINAYO-GOMÉZ, apud GOLDENBERG; MARSIGLIA; GOMES, 2003, p. 136).

Busca-se combinar a abordagem qualitativa – investiga diretamente com as pessoas envolvidas questões relativas a situações da vida humana; conhece e compreende significados e práticas individuais e coletivas, focalizando crenças, expectativas, valores, desejos, conhecimentos e sentimentos – com métodos quantitativos. Com base nestes princípios, a intervenção pretendeu engajar os diferentes atores como porta-vozes na investigação da inter-relação saúde-trabalho no SAMU. A partir da utilização de levantamento documental, observações, aplicação do PROART, entrevistas semiestruturadas e posteriores análises estatísticas e de conteúdo, buscou-se caracterizar os riscos psicossociais existentes e avaliar a adequação do conteúdo do PROART para a realidade do SAMU.

O PROART, segundo Facas (2013), está fundamentado em abordagens críticas e clínicas do trabalho. Sua aplicação é voltada primordialmente para o mapeamento dos riscos psicossociais no trabalho, de diversas dimensões, envolvendo a relação trabalhador-organização do trabalho.

De maneira específica, o Protocolo objetiva:

- Investigar as características da organização prescrita do trabalho;
- Avaliar o estilo de gestão da organização;
- Levantar os riscos de sofrimento patogênico no trabalho;
- Identificar os danos físicos e psicossociais decorrentes do trabalho;
- Comparar a relação entre as dimensões analisadas do trabalho e diferentes grupos demográficos;
- Identificar relações causais entre os diferentes fatores das diferentes escalas;
- Oferecer subsídios para etapas posteriores de pesquisa e investigação, bem como guiar a elaboração de políticas de saúde ocupacional.

O PROART foi validado com uma amostra de 3.205 respondentes, de instituições públicas e privadas, de diversas naturezas. Seguiu os critérios propostos por Facas (2013), como número de amostra, correlações e índices de confiabilidade.

Contribuíram para a construção do Protocolo, os artigos, dissertações e teses realizados desde os anos 2000, pelo Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho, no Departamento de Psicologia do Trabalho, da Universidade de Brasília (UnB), que vem investigando as modificações e as novas imposições produtivas e econômicas iniciadas nos anos 1980, assim como as novas organizações do trabalho que surgem neste contexto e como interferem no cotidiano do trabalhador.

5.2. O cenário e os sujeitos da pesquisa

O cenário estudado foi o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Distrito Federal.

Sujeitos da pesquisa

A equipe do SAMU conta com 940 servidores. Para um índice de confiabilidade de 90%, participaram desta pesquisa 100 respondentes. Foram incluídos no estudo os servidores do Órgão, lotados em qualquer setor de trabalho. Participaram da amostra enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermagem, médicos, administrativos e condutores.

5.3. Procedimentos do trabalho de campo

A **primeira etapa** consistiu em uma visita ao Diretor do SAMU-DF para apresentação do projeto de pesquisa. Foi exposto o objetivo: analisar a adequação das Escalas do Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho para investigar os riscos psicossociais no SAMU-DF, com vistas a subsidiar ações de prevenção e promoção da saúde.

A pesquisadora solicitou o ofício da Secretaria de Estado de Saúde, Diretoria de Urgência e Emergência para encaminhar, juntamente aos demais documentos, ao Comitê de Ética da ENSP/Fiocruz.

Após a aprovação do projeto no Comitê de Ética, a pesquisadora participou de uma reunião com o Diretor e os Chefes de Núcleos (6) para iniciar a pesquisa:

Análise Documental: a pesquisadora se reuniu com a servidora responsável pelo Observatório do SAMU no dia 18 de agosto de 2016 para conhecer os estudos realizados e demais documentos que pudessem enriquecer a pesquisa. Nessa etapa, foram fornecidos os procedimentos operacionais padrões dos diferentes setores de trabalho; o regimento interno do SAMU-DF; a média mensal dos atendimentos realizados; as unidades de saúde que oferecem atendimento de emergência no DF; as unidades de saúde que oferecem serviço de internação no DF.

No dia 26 de setembro de 2016, a pesquisadora solicitou uma entrevista com a assessoria da Gerência do SAMU para conhecer o organograma e validar o modelo lógico de funcionamento do SAMU-DF.

Apresentação da pesquisa aos Núcleos: Após a apresentação da pesquisa aos chefes de Núcleo, a pesquisadora visitou as unidades para reforçar junto aos servidores os *objetivos da investigação*, explicar a origem da *demandas de pesquisa*, a qual instituição o pesquisador está vinculado e *para qual propósito os resultados serão utilizados*, além de dúvidas complementares dos respondentes. A pesquisadora deixou claro para todos – respondentes e demais instâncias/setores envolvidos na aplicação da pesquisa – que a participação era *voluntária* e que os Protocolos respondidos *seriam tratados coletivamente* e que *não haveria identificação dos respondentes*. Foi explicado também que o respondente poderia desistir **a qualquer momento** da pesquisa e que sua desistência **não geraria prejuízo** para a pesquisa **nem punições** ao servidor.

Foram visitados os seguintes Núcleos: Gama (27 de setembro de 2016), Central (29 de setembro de 2016), Asa Norte (3 de outubro de 2016), Taguatinga (4 de outubro de 2016), Ceilândia (21 de outubro de 2016), Sobradinho (21 de outubro de 2016), Planaltina (24 de outubro de 2016), Samambaia (25 de outubro de 2016) e Riacho Fundo (25 de outubro de 2016).

Aplicação presencial do PROART nos Núcleos do SAMU: a proposta inicial era a pesquisadora aplicar os Protocolos nos Núcleos. Nas visitas para apresentação da pesquisa, percebeu-se a dificuldade de reunir a equipe em data agendada para a aplicação do Protocolo, pois os servidores trabalham por escala, ou seja, nem todos estariam presentes no mesmo horário. Ademais, por ser uma época de chuva, muitos chamados urgentes eram recebidos e não poderiam esperar a finalização do preenchimento da pesquisa para atendimento. Além disso, interferiria no repouso dos servidores nas diferentes unidades, que, devido ao número insuficiente de profissionais, vêm cumprindo um número excessivo de horas extras.

Assim, diante dos empecilhos, a pesquisadora compartilhou a percepção com a gerente de enfermagem e decidiu-se enviar os Protocolos em envelopes pardos fechados aos Núcleos. Ficaram disponíveis na sala de repouso de cada unidade e à medida que eram preenchidos, eram colocados no envelope e retornavam para Central do SAMU para o servidor Remo, que controlava as entregas e o número de Protocolos respondidos. O material ficou disponível nos Núcleos nos meses de setembro e outubro de 2016. Devido ao pouco número de respondentes em alguns Núcleos, no mês de novembro, a pesquisadora foi às bases do Gama, Taguatinga e Ceilândia e permaneceu durante o dia para aplicar o Protocolo aos servidores nas diferentes escalas de trabalho. No final do mês de novembro de 2016, a pesquisadora reuniu 135 (cento e trinta e cinco) Protocolos respondidos.

Em seguida, iniciou-se a etapa de tratamento de dados, que consistiu em excluir do banco de respostas questionários não preenchidos na sua totalidade. Foram excluídos 16 (dezesseis) Protocolos que estavam apenas com a assinatura e sem preenchimento de nenhuma das Escalas investigadas, 7 (sete) que responderam apenas uma Escala e 12 (doze) que pontuaram apenas algumas variáveis das diferentes Escalas.

A amostra final foi de 100 servidores. Segundo critérios psicométricos, a validade de uma amostra pode ser comprovada por meio de cálculo de erro cometido. Levando em consideração o tamanho da presente amostra, considerando um desvio-padrão de 1,00 e um nível de confiança de 90%, obtêm-se um erro de 7%. Com tal amostra, teremos 90% de confiança em que as médias amostrais aqui descritas diferem em, no máximo, 7% da verdadeira média populacional. Esses resultados indicam, segundo Conboy (1995), que há uma representatividade aceitável e, assim, os resultados podem ser generalizados para a população.

Análise estatística dos dados: foram realizadas Análise Fatorial, Análises Descritivas de Média, Desvio-Padrão e Frequência.

Entrevistas com Gestores

A entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre pessoas, em que uma é o entrevistador, que objetiva o alcance de informações por parte do outro, o entrevistado. A preparação da entrevista deve ser guiada pelos objetivos da pesquisa, levando em consideração a escolha e a disponibilidade do entrevistado, as condições para a realização da entrevista (ambiente silencioso e sigilo) e a preparação do roteiro. (LAKATOS; MARCONI, 1996).

Para fins desta pesquisa, adotou-se a entrevista semiestruturada. Ela é caracterizada por combinar questões abertas e fechadas. O entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema. O pesquisador segue um conjunto de questões pré-definidas, mas tem a liberdade de fazer perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou para recompor o andamento da entrevista, caso o informante fuja do tema. (BAUER; GASKELL, 2002).

Neste estudo, o roteiro foi estruturado considerando os objetivos da pesquisa. Foram feitas as seguintes questões abertas para os gestores: assessoria do gabinete da Gerência do SAMU (27 de setembro de 2016), 3 Chefes de Núcleo (3 de outubro de 2016); responsável pelo Observatório do SAMU (28 de setembro de 2016). Esta foi uma amostra de conveniência, em que o pesquisador selecionou os membros da população mais acessíveis, devido a diversos problemas de disponibilidade de participantes. (SCHIFFMAN, L.; KANUK, 2000, p. 27).

Perguntas norteadoras:

1. Fale-me sobre o seu trabalho (características da atividade, normas, ritmo, processos e controle de trabalho; ambiente físico, equipamentos, materiais utilizados, apoio institucional e práticas de Gestão de Pessoas; fluxo de comunicação e interações profissionais entre os pares).
2. O seu trabalho tem afetado o seu comportamento e sua saúde?
3. Quais os principais problemas enfrentados por você na execução do seu trabalho?
4. Como você lida com essas dificuldades para dar andamento a sua atividade?
5. Você tem alguma sugestão para melhorar a organização do trabalho no SAMU?
6. Você poderia listar os principais riscos psicossociais vivenciados no SAMU?

Essas questões serviram de “bússola”, mas, no decorrer das entrevistas, outros questionamentos foram feitos para complementar as respostas e tornar o conteúdo investigado mais consistente e compreensível.

Os resultados obtidos por meio das escalas psicométricas e das entrevistas foram complementados com o uso de instrumentos de medida e observações livres.

Análise de conteúdo categorial temática: a pesquisadora leu as respostas da pergunta aberta no Protocolo: “Você considera suficiente os itens do Protocolo para investigar os fatores que propiciam o adoecimento no SAMU? Se a resposta for negativa, quais os itens que você acrescentaria? ” Da amostra de 100 servidores, 31 consideraram os itens insuficientes e sugeriram outros conteúdos. Também foi realizada a transcrição completa de 5 (cinco) entrevistas com gestores do SAMU-DF para compreender a organização do trabalho.

Cumprida esta etapa, procedeu-se à análise de conteúdo das respostas, para levantar os temas centrais que apareceram. Os temas foram categorizados pelo critério de semelhança de significado semântico e lógico, bem como foram observadas a homogeneidade, a exclusividade, a exaustividade, a objetividade e a pertinência para elaboração de categorias, critérios estabelecidos por Bardin (1977).

Esse trajeto metodológico produziu um conjunto de resultados concernentes à temática desta pesquisa que, à luz do quadro teórico de referência, é apresentado e discutido nos resultados desta dissertação.

Observações livres:

As observações livres foram feitas durante as visitas aos Núcleos nos dias 27 e 29 de setembro de 2016; 3, 4, 21 e 24 de outubro de 2016. Foram úteis para se conseguir informações sobre a realidade pesquisada. Elas ajudam o pesquisador a identificar e/ou obter provas a respeito de um determinado fenômeno (LAKATOS; MARCONI, 1996).

Existem algumas desvantagens no uso das observações: elas podem ser contaminadas pelas representações do pesquisador, pois possuem ampla margem de subjetivismo, são centradas muitas vezes na memória do observador. Por isso, tem-se o risco de desviar a sua atenção.

Devolutiva da Pesquisa ao SAMU-DF:

De acordo com Lourau, a restituição:

[...] supõe que se deva, e se possa falar de algumas coisas que, em geral, são deixadas à sombra. Essas coisas seriam as comumente silenciadas, faladas apenas em corredores, cafés, ou na intimidade do casal. De fato, para nós, tais “coisas” são aquela “fala” institucional que não pode ser “ouvida” de forma pública (LOURAU, 1993, p. 52).

O autor afirma ainda a importância da coletivização da pesquisa, sendo a restituição:

[...] uma atividade intrínseca à pesquisa, um *feedback* tão importante quanto os dados contidos em artigos de revistas e livros científicos ou especializados. Ela nos faz considerar a pesquisa além dos limites de sua redação final; ou melhor, de sua transformação em mercadoria cultural para servir unicamente o pesquisador ou à academia (LOURAU, 1993, p. 50).

Nessa pesquisa, utilizou-se como instrumento metodológico o Protocolo de Avaliação de Riscos Psicossociais no Trabalho, com uma pergunta aberta e entrevistas semiestruturadas realizadas com cinco chefes de Núcleo. Os servidores puderam acrescentar variáveis consideradas importantes sobre os processos de trabalho não contempladas no Protocolo.

A oportunidade de os servidores compartilharem experiências sobre seu trabalho mobilizou o grupo de participantes e assim pode-se afirmar que “o momento da pesquisa é o momento da produção teórica e o momento da intervenção” (BARROS, 1994).

A restituição ocorreu no dia 26 de janeiro de 2017, na sede do SAMU-DF, com a presença do Diretor e 23 servidores, entre chefes de Núcleos e servidores de diversas áreas.

Nessa data, a pesquisadora agradeceu a oportunidade de realizar o trabalho no SAMU e ressaltou a importância de a teoria e a prática serem percebidas no momento das intervenções realizadas.

Privilegiaram-se na apresentação os resultados estatísticos das Escalas do Protocolo e a Análise Categorical Temática, expondo as verbalizações dos servidores para exemplificar os temas que apareceram no decorrer da pesquisa.

5.4. ASPECTOS ÉTICOS

Foram seguidas as normas presentes na Resolução nº 466/2012, do CNS, sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/Fiocruz e autorizado com número CAAE 57133616.3.0000.5240, com data de início prevista para 31 de julho de 2016 (Anexo A).

Não houve discriminação na seleção dos participantes, sendo respeitados apenas os critérios de inclusão (ser servidor do Órgão), nem a exposição a riscos desnecessários aos indivíduos. Os servidores e gestores que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – conforme Apêndice A (para PROART), B (para entrevistas com os gestores). Os participantes puderam solicitar, a qualquer momento, informações tanto sobre sua participação, quanto sobre a pesquisa.

A pesquisadora preservou os dados, assegurando confidencialidade e anonimato dos indivíduos pesquisados. Houve também garantia de privacidade dos dados secundários. Conforme a Resolução nº 466/2012 e as orientações do CEP/ENSP/Fiocruz, o material da pesquisa (questionários preenchidos e entrevistas transcritas) serão mantidos por cinco anos e ficarão de posse da pesquisadora, acessíveis a ela e a sua orientadora.

Os benefícios da colaboração dos participantes nesta pesquisa foram o de mapear os riscos psicossociais no SAMU-DF, fomentando a discussão com especialistas sobre os problemas vivenciados, considerando a especificidade do órgão. Possibilitou também a construção coletiva de parâmetros comuns para que se adotem novas práticas a fim de melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores, propiciando um aprofundamento que permita identificar variáveis do contexto de trabalho relativas aos motivos de afastamento. Pretende-se que estas informações possam reforçar a tomada de decisões em saúde do servidor baseada em evidências.

A pesquisadora permaneceu atenta aos possíveis riscos que poderiam surgir na execução da pesquisa, buscando medidas para minimizá-los. Também se colocou à disposição para esclarecer e justificar aos participantes da pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão disponíveis ao público em geral após conclusão e aprovação desta dissertação de mestrado.

VI. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos na pesquisa e, concomitantemente, será feita a discussão. O texto do capítulo está estruturado de acordo com as questões norteadoras do estudo, que são as seguintes:

- Analisar qualitativa e quantitativamente os riscos psicossociais no processo de trabalho do SAMU-DF;
- Conhecer com base nos normativos as aproximações e os distanciamentos entre o trabalho prescrito e o real;
- Identificar as variáveis do contexto de trabalho do SAMU-DF não contemplados nas escalas propostas pelo PROART.

Os dados foram tabulados e tratados no *Statistics Package for Social Sciences* (SPSS) 12.0. A interpretação dos dados é feita baseada em três diferentes tipos de análise: a) média geral do fator; b) percentual de respondentes nos intervalos das médias; c) análises dos três itens do fator avaliadas com médias mais altas e mais baixas a fim de verificar quais situações estão influenciando os resultados gerais. Realizadas essas análises, cada fator, e, em seguida, o conjunto, podem ser interpretados, a depender dos níveis de avaliação que predominaram.

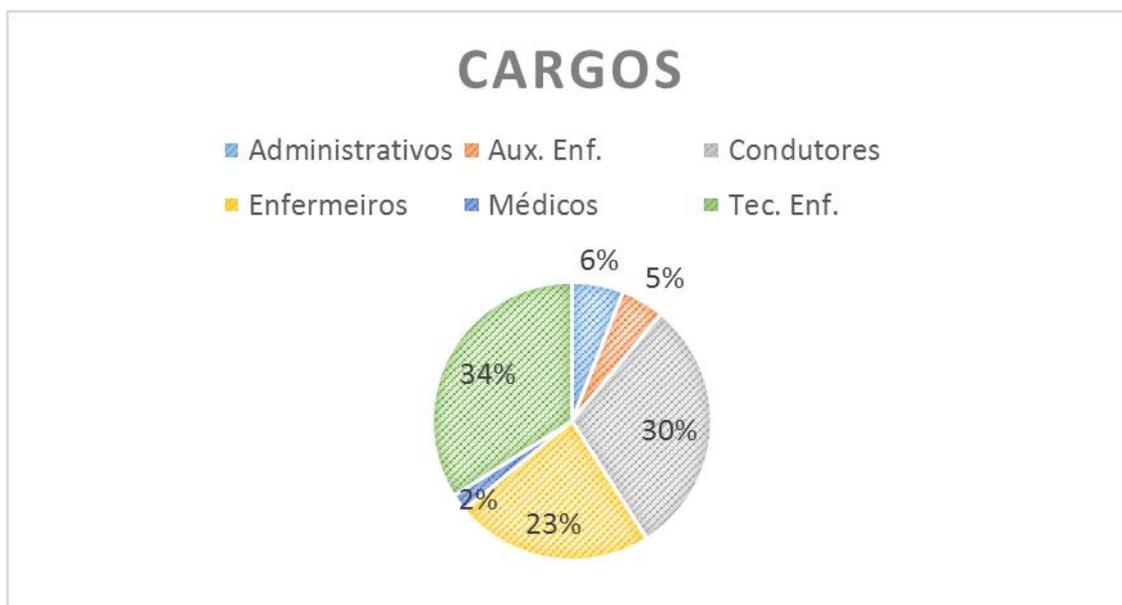
O desvio-padrão (DP), sempre que informado, deve ser analisado da seguinte forma: quando menor ou igual a 1,00 indica que não houve grande dispersão nas respostas, ou seja, todos os respondentes lançaram valores próximos ao da média apresentada. Quando maior que 1,00, o desvio-padrão indica dispersão nas respostas, ou seja, houve grande variação nos valores lançados pelos respondentes. Assim, quanto menor o desvio-padrão, mais a média é representativa do todo.

No SAMU, não houve grande dispersão nas respostas do Protocolo, o desvio-padrão nas diferentes escalas manteve-se menor ou igual a 1,00.

6.1. Perfil dos participantes

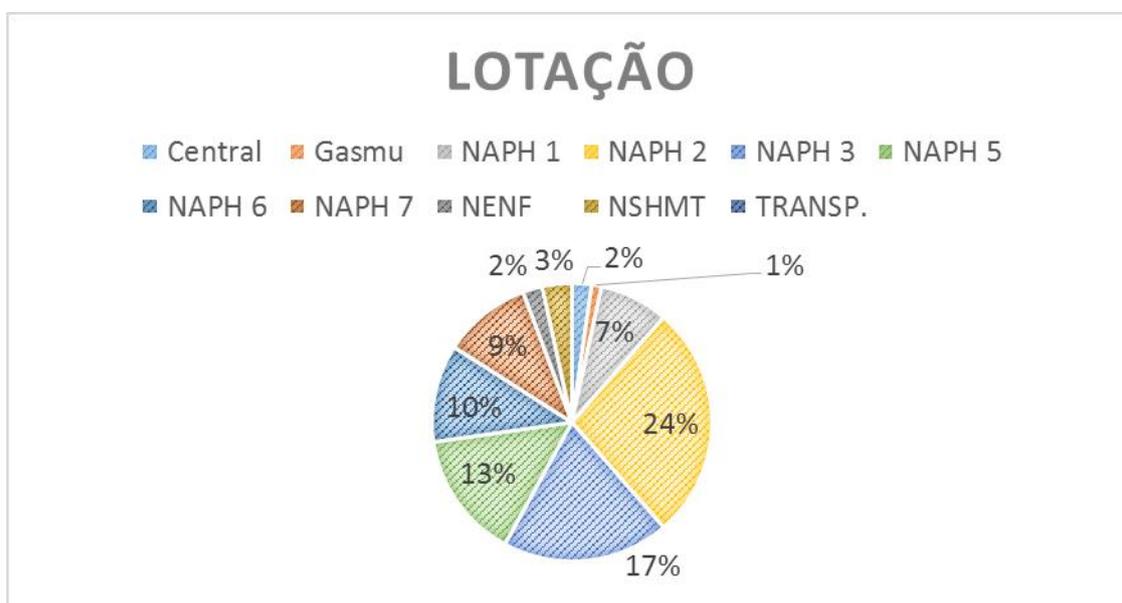
Dentre os 100 participantes, 54% são do sexo masculino e 46% do sexo feminino. A idade média é de 41 anos, sendo que o mais jovem possui 26 anos e o mais velho 61 anos, 12 anos de serviço no SAMU e 8 anos no cargo. A maioria dos respondentes possui especialização (35%), são casados (74%), e 44% dos servidores precisou de 1 ou 2 atestados médicos no último ano. Os gráficos 1 e 2 apresentam os cargos e lotação dos respondentes da pesquisa.

Gráfico 1 – Cargos ocupados pelos respondentes da pesquisa



Fonte: produção da própria autora.

Gráfico 2 – Lotação dos respondentes da pesquisa



Fonte: produção da própria autora.

6.2. Escala da Organização Prescrita do Trabalho (EOPT)

Propõe-se uma versão com dezenove itens que contemple tais características. A Escala é composta por dois fatores. O primeiro fator é a **Divisão das Tarefas**, que busca avaliar o ritmo, prazos e condições oferecidas para a execução das tarefas. O segundo fator é a **Divisão Social do Trabalho**, que busca avaliar normas, comunicação, avaliação, autonomia e participação relativas ao trabalho. Os itens foram formulados positivos, isto é, quanto maior o seu escore, menores os riscos psicossociais. Todos os itens são apresentados na tabela 5.

Tabela 5 – Itens da Escala da Organização Prescrita do Trabalho

ITENS
O número de trabalhadores é suficiente para a execução das tarefas
Os recursos de trabalho são em número suficiente para a realização das tarefas
O espaço físico disponível para a realização do trabalho é adequado
Os equipamentos são adequados para a realização das tarefas
Há clareza na definição das tarefas
Há justiça na distribuição das tarefas
Os funcionários participam das decisões sobre o trabalho
A comunicação entre chefe e subordinado é adequada
Tenho autonomia para realizar as tarefas como julgo melhor
Há qualidade na comunicação entre os funcionários
As informações de que preciso para executar minhas tarefas são claras
O ritmo de trabalho é adequado
Os prazos para a realização das tarefas são flexíveis
A avaliação do meu trabalho inclui aspectos além da minha produção
Há flexibilidade nas normas para a execução das tarefas
As orientações que me são passadas para realizar as tarefas são coerentes entre si
As tarefas que executo em meu trabalho são variadas
Tenho liberdade para opinar sobre o meu trabalho
Possuo condições adequadas para alcançar os resultados esperados do meu trabalho

Para a avaliação, foi utilizada uma escala likert de frequência, composta por 5 pontos, a saber:

Figura 6 – Escala de frequência do tipo likert

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

Fonte: Facas, 2013.

Considerando o DP em relação ao ponto médio, os parâmetros para a avaliação de média e frequências do fator serão os seguintes:

Figura 7 – Parâmetros de Avaliação para a EOPT.

1,00	2,30	3,70	5,00
Risco Alto	Risco Médio	Risco Baixo	
Resultado Negativo, representa altos riscos psicossociais. Demanda intervenções imediatas nas causas, visando eliminá-las e/ou atenuá-las.	Resultado mediano, representa um estado de alerta/situação limite para os riscos psicossociais no trabalho. Demanda intervenções a curto e médio prazo	Resultado positivo, representa baixos riscos psicossociais. Aspectos a serem mantidos, consolidados e potencializados na Organização do Trabalho.	

Fonte: Facas, 2013.

Tabela 6 – Resultados para a Divisão de Tarefas

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Divisão das Tarefas	100	1,00	4,43	2,9286	,68361
Valid N (listwise)	100				

Fonte: produção da própria autora.

Tabela 7 - Frequência Divisão das Tarefas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Risco Alto	7	7,0	7,0	7,0
Risco Médio	60	60,0	60,0	67,0
Risco Baixo	33	33,0	33,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fonte: produção da própria autora.

Do total, 67% da amostra aponta riscos médio e alto quando o tema é divisão das tarefas, sendo os fatores mais críticos a insuficiência de recursos de trabalho para a execução das tarefas; espaço físico inadequado e equipe reduzida.

Tabela 8 – Resultados para a Divisão Social do Trabalho

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Divisão Social do Trabalho	100	1,92	4,75	3,3917	,61071
Valid N (listwise)	100				

Fonte: produção da própria autora

Tabela 9– Frequência para a Divisão Social do Trabalho

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Risco Alto	7	7,0	7,0	7,0
Risco Médio	60	60,0	60,0	67,0
Valid Risco Baixo	33	33,0	33,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fonte: produção da própria autora

Para a divisão social do trabalho, 67% da amostra aponta riscos médio e alto, merecendo atenção a pouca flexibilidade nas normas para a execução das tarefas; a exclusão e falta de autonomia dos servidores na participação sobre o trabalho e a injustiça na distribuição das tarefas.

6.3. Estilo de Gestão e Funcionamento Organizacional (EEG)

O Estilo de Gestão é preditor das seguintes dimensões do PROART: riscos de sofrimento patológico e riscos de danos psicossociais. Entende-se assim visto que os padrões de comportamento nas organizações definem o modo como as relações sociais de trabalho se dão, as possibilidades e flexibilidades que o trabalhador tem em seu trabalho e as relações simbólicas estabelecidas entre o sujeito e sua organização.

Os itens são avaliados a partir de uma escala de 5 pontos, conforme apresentado na figura 6.

Por se tratar de uma escala de 5 pontos, com variação de 1 a 5, o ponto médio a ser considerado é 3,00. Médias próximas ao ponto médio da escala significam uma presença moderada de determinado estilo; enquanto médias acima de 3,50 o padrão é predominante; e abaixo de 2,50, pouco característico.

É composta por dois fatores estilo de gestão gerencialista e coletivo.

6.3.1 Estilo de Gestão Gerencialista

O estilo de gestão gerencialista baseia-se no controle de normas e regras. Os indivíduos têm seus comportamentos caracterizados pelo envolvimento parcial com a organização, por meio da qual buscam segurança. São culturas que se caracterizam por determinar normas e manter a ordem e possibilitam a implantação de métodos e caminhos que geram eficácia, mas, às vezes, pouco racionais e desumanos.

O fator é composto por dez itens, apresentados na tabela 10.

Tabela 10 – Itens do Fator "Estilo de Gestão Gerencialista".

ITENS
Em meu trabalho, incentiva-se a idolatria dos chefes
Nesta organização, os gestores se consideram o centro do mundo
Os gestores desta organização se consideram insubstituíveis
Os gestores desta organização fazem qualquer coisa para chamar a atenção
Aqui os gestores preferem trabalhar individualmente
Há forte controle do trabalho
A hierarquia é valorizada nesta organização
O ambiente de trabalho se desorganiza com mudanças
Os laços afetivos são fracos entre as pessoas desta organização
É creditada grande importância para as regras nesta organização

Fonte: Facas,2013.

A predominância deste estilo expressa uma gestão com forte sistema de regras, com um sistema disciplinar mais rígido no local de trabalho, que valoriza o planejamento. Significa comportamentos de controle característicos da fase anal, geralmente resgatados em organizações com forte estrutura hierárquica e pouco flexíveis, envolvendo situações de gratificação das necessidades de controle e segurança. Trata-se de uma cultura que investe pouco na atenção aos problemas pessoais dos seus membros, de forma que os laços afetivos entre as pessoas e a organização, assim como entre seus membros, não são fortes (PAZ; MENDES, 2008).

6.3.2 *Estilo de Gestão Coletivo*

Neste estilo de gestão, a organização é vista como um grupo perfeito, refletindo orgulho, confiança e autoestima organizacional. A imagem da organização é uma divindade para a qual os membros fazem oferta como se tivesse uma missão secreta a ser cumprida. Os membros apresentam comportamentos de lealdade, dependência e corporação. São estimulados os sacrifícios pessoais e os membros agem pelos interesses organizacionais, mesmo que recebam pouco retorno. Esse estilo de funcionamento espera trabalhadores comprometidos, "vestindo a camisa da organização". Apesar de associado à fase fálica, ainda não apresenta características de um desenvolvimento amadurecido à medida que o objeto de satisfação da pulsão é idealizado.

O fator é composto por doze itens, descritos na tabela 11:

Tabela 11 – Itens do fator "Estilo de Gestão Coletivo"

ITENS
A competência dos trabalhadores é valorizada pela gestão
As pessoas são compromissadas com a organização mesmo quando não há retorno adequado
O mérito das conquistas na empresa é de todos
O trabalho coletivo é valorizado pelos gestores
Para esta organização, o resultado do trabalho é visto como uma realização do grupo
As decisões nesta organização são tomadas em grupo
Os gestores se preocupam com o bem estar dos trabalhadores
Somos incentivados pelos gestores a buscar novos desafios
A inovação é valorizada nesta organização
Os gestores favorecem o trabalho interativo de profissionais de diferentes áreas
Existe oportunidade semelhante de ascensão para todas as pessoas
Existe rigoroso planejamento de ações

Fonte: Facas,2013.

A predominância deste estilo caracteriza um modo de gestão que preza pela idealização, coesão e união. Encontra-se relacionado ao período de latência e retrata o objeto de desejo sendo transferido para a organização. Caracteriza-se como uma gestão que oferece segurança, vantagens, assistência, que favorece a percepção de grandiosidade da organização e possibilita que seus membros regridam à fase infantil do conformismo, de forma a aceitar as normas e regras impostas pelo grupo na tentativa de ser aceito (PAZ; MENDES, 2008).

Tabela 12 – Resultados para o Estilo de Gestão

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Estilo Gerencialista	100	1,70	4,50	3,0040	,67464
Valid N (listwise)	100				

Fonte: produção da própria autora.

Tabela 13 – Frequência Estilo Gerencialista

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Pequena Presença do Estilo	17	17,0	17,0	17,0
Moderada Presença do Estilo	55	55,0	55,0	72,0
Predominância do Estilo	28	28,0	28,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fonte: produção da própria autora.

Tabela 14 – Resultados para o Estilo Coletivo
Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Estilo Coletivo	99	1,17	4,58	2,8914	,79177
Valid N (listwise)	99				

Fonte: produção da própria autora.

Tabela 15 – Frequência Estilo Coletivo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Pequena Presença do Estilo	30	30,0	30,3	30,3
Moderada Presença do Estilo	44	44,0	44,4	74,7
Predominância do Estilo	25	25,0	25,3	100,0
Total	99	99,0	100,0	
Missing System	1	1,0		
Total	100	100,0		

Fonte: produção da própria autora.

Os resultados da amostra indicam que 28% dos servidores consideram o estilo gerencialista predominante, enquanto 25% percebem predominantemente o estilo coletivo.

Os itens com maiores médias que caracterizam a Organização como gerencialista são: o forte controle do trabalho; a importância das regras, a valorização da hierarquia e a desorganização do trabalho com mudanças.

A gestão coletiva é caracterizada pelo compromisso dos servidores com a organização, mesmo quando não há retorno adequado. O resultado do trabalho é visto como uma realização do grupo.

Percebe-se que a avaliação dos servidores sobre o estilo gerencialista refere-se à prescrição dos procedimentos e normas de atendimentos, bem como às orientações recebidas do médico regulador para o socorro às vítimas. As portarias e normativas que orientam o funcionamento do SAMU estabelecem regras e sanções disciplinares para este serviço, determinando tempo de atendimento à vítima após o chamado, pronta resposta às situações ordinárias e extraordinárias de forma hierárquica. A estrutura de gestão vertical tem, assim, uma finalidade imposta do exterior.

O estilo coletivo relaciona-se ao compartilhamento das experiências vivenciadas pelo grupo, com o reconhecimento da atividade desempenhada pelos pares e o nível de responsabilidade assumido no trabalho. Este fato pode ser atribuído ao “poder” de salvar as pessoas, vinculado a um sentimento de heroísmo, de valorização da profissão, quando realizam suas atividades com êxito.

6.4. Escala de Sofrimento Patogênico no Trabalho (ESPT)

Esta escala refere-se às vivências dos servidores em relação ao seu trabalho atual. Os itens estão relacionados às formas de sentir, pensar e agir compartilhadas na organização, as entendendo como parte constituinte do estilo de gestão adotado. É formada por três itens –Falta de Sentido do Trabalho, Esgotamento Mental e Falta de Reconhecimento – construídos a partir dos itens propostos para essas categorias teóricas de acordo com Mendes e Araújo (2012).

O fator Falta de Sentido do Trabalho pode ser definido como sentimentos de desvalorização, ao fazer um trabalho que não tem sentido para si mesmo, nem é importante e significativo para a organização, clientes e/ou para a sociedade. É composto pelos itens:

Tabela 16 – Itens do fator “Falta de sentido no Trabalho”

ITENS
Meu trabalho é sem sentido
Sinto-me inútil em meu trabalho
Considero minhas tarefas insignificantes
Sinto-me improdutivo no meu trabalho
A identificação com minhas tarefas é inexistente
Sinto-me desmotivado para realizar minhas tarefas
Meu trabalho é irrelevante para o desenvolvimento da sociedade
Permaneço neste emprego por falta de oportunidade no mercado de trabalho
Minhas tarefas são banais

Fonte: Facas,2013.

O fator Esgotamento Mental é definido pelo sentimento de injustiça, desânimo, insatisfação e desgaste com o trabalho. É composto pelos itens:

Tabela 17 – Itens do fator "Esgotamento Mental"

ITENS
Meu trabalho é cansativo
Meu trabalho é desgastante
Meu trabalho me frustra
Meu trabalho me sobrecarrega
Meu trabalho me desanima
Submeter meu trabalho a decisões políticas é fonte de revolta
Meu trabalho me faz sofrer
Meu trabalho me causa insatisfação

Fonte: Facas,2013.

Por fim, o fator Falta de Reconhecimento representa o sentimento de desqualificação, não aceitação e/ou admiração pelos colegas e chefias, sem liberdade para expressar o que pensa e sente em relação ao seu trabalho. É composto pelos itens:

Tabela 18– Itens do fator " Falta de Reconhecimento"

ITENS
Meus colegas desvalorizam meu trabalho
Falta-me liberdade para dialogar com minha chefia
Meus colegas são indiferentes comigo
Sou excluído do planejamento de minhas próprias tarefas
Minha chefia trata meu trabalho com indiferença
É difícil a convivência com meus colegas
O trabalho que realizo é desqualificado pela chefia
Falta-me liberdade para dizer o que penso sobre meu trabalho
Há desconfiança na relação entre chefia e subordinado
A submissão do meu chefe a ordens superiores me causa revolta

Fonte: Facas,2013.

Para a avaliação, será utilizada uma escala likert de frequência, composta por 5 pontos, conforme já apresentado na Figura 6.

Os itens são negativos, isto é, quanto maior o escore, maiores os riscos psicossociais. Considerando o DP em relação ao ponto médio, os parâmetros para a avaliação de média, DP e frequência do fator são apresentados na figura 8.

Figura 8 – Parâmetros de Avaliação para a ESPT

1,00	2,30	3,70	5,00
Risco Baixo	Risco Médio	Risco Alto	
Resultado positivo, representa baixos riscos psicossociais.	Resultado mediano, representa um estado de alerta/situação limite para os riscos psicossociais no trabalho. Demanda intervenções a curto e médio prazo.	Resultado negativo, representa altos riscos psicossociais. Demanda intervenções imediatas nas causas, visando eliminá-las e/ou atenuá-las.	

Fonte: Facas,2013.

Tabela 19 – Resultados para o Sofrimento Patogênico

Falta de Sentido no Trabalho

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Falta de Sentido do Trabalho	100	1,00	3,89	1,6822	,57617
Valid N (listwise)	100				

Fonte: produção da própria autora.

Tabela 20– Frequência Falta de Sentido do Trabalho

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Risco Baixo	87	87,0	87,0	87,0
Risco Médio	12	12,0	12,0	99,0
Risco Alto	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fonte: produção da própria autora.

Para 87% dos servidores, o trabalho tem sentido, é relevante para a sociedade e as tarefas não são banais. O encontro com situações inusitadas no dia a dia faz com que esses servidores utilizem a

inteligência prática, a qual o trabalhador lança mão quando do confronto com o fracasso. Ela não é dada de antemão – se faz produzir justamente no exercício do próprio trabalho. Segundo Dejours (apud LANCMAN; SZNELWAR, 2011), são características dessa inteligência:

- É enraizada no corpo que, engajado na tarefa, permite ao trabalhador interpretar e buscar soluções frente a esses confrontos;
- Quando empregada, os resultados são mais importantes do que o caminho para chegar aos objetivos. Ainda que a condução do pensamento seja importante, a “astúcia” prevalece sobre o rigor do pensamento ou “inteligência conceitual”. Nessa astúcia, reside a preocupação de economia com relação ao corpo e ao sofrimento;
- Está presente em todas as tarefas e atividades do trabalho;
- Tem poder criador e é avaliada nas novas formas que a astúcia e engenhosidade criam;
- É amplamente difundida entre os trabalhadores, desde que tenham pelo menos boa saúde.

Segundo o autor, é justamente essa última característica que confere à inteligência prática um caráter pulsional e faz com que os trabalhadores em bom estado de saúde demonstrem uma necessidade de exercer essa inteligência que foi estudada inicialmente pelos gregos sob o nome de *métis*. Trata-se de uma inteligência engajada nas atividades técnicas. Ela não se manifesta abertamente pelo que ela é. Aparece sempre mais ou menos “nos vãos”, imersa numa prática que não se preocupa, em nenhum momento, em explicar sua natureza ou justificar seu procedimento. É uma forma de pensamento, um modo de conhecer, em que o trabalhador enxerga o resultado da implicação do seu eu. Dessa forma, diferente de uma ação monótona e repetitiva, o trabalho é vivo, o servidor visualiza o início e fim da sua atividade, faz sentido executar a tarefa.

Tabela 21– Resultados para o Esgotamento Mental

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Esgotamento Mental	99	1,25	4,88	2,8068	,75239
Valid N (listwise)	99				

Fonte: produção da própria autora.

Tabela 22 – Frequência Esgotamento Mental

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Risco Baixo	29	29,0	29,3	29,3
Risco Médio	60	60,0	60,6	89,9
Risco Alto	10	10,0	10,1	100,0
Total	99	99,0	100,0	
Missing System	1	1,0		
Total	100	100,0		

Fonte: produção da própria autora.

Aproximadamente 60% dos servidores apresentam riscos médios e 29% riscos baixos para o esgotamento mental. É necessário alertar a gestão para os fatores que contribuem para a exaustão emocional, expressas pelos respondentes na submissão do trabalho às decisões políticas, ao cansaço e desgaste pelo excesso de horas extras e esforço físico nos atendimentos.

Tabela 23 – Resultados para a Falta de Reconhecimento

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Falta de Reconhecimento	100	1,00	4,64	2,1655	,76926
Valid N (listwise)	100				

Fonte: produção da própria autora.

Tabela 24 – Frequência Falta de Reconhecimento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Risco Baixo	62	62,0	62,0	62,0
Risco Médio	36	36,0	36,0	98,0
Valid Risco Alto	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fonte: produção da própria autora.

Da amostra, 98% apontam para riscos baixo e médio quando o tema é falta de reconhecimento no trabalho. O reconhecimento passa por um julgamento do trabalho que é realizado e se dá em dois diferentes tipos: o julgamento de utilidade, proferido pela hierarquia, e o julgamento de estética/beleza, proferido por pares e colegas. Os fatores que contribuem para a importância da atividade desenvolvida no SAMU são o reconhecimento do trabalho pelos chefes e pares.

6.5. Escala de Danos Físicos e Psicossociais no Trabalho

A quarta escala é a *Escala de Danos Físicos e Psicossociais no Trabalho*. Refere-se às disfunções físicas, psicológicas e sociais provocadas pelo confronto com determinada organização do trabalho e seus decorrentes estilos de gestão e vivências de sofrimento.

É formada por três fatores: danos físicos, psicológicos e sociais. O primeiro fator é *danos psicológicos*, definido como sentimentos negativos em relação a si mesmo e a vida em geral. Está composto pelos itens:

Tabela 25 – Itens do fator "Danos Psicológicos"

ITENS
Amargura
Sensação de vazio
Mau-Humor
Vontade de desistir de tudo
Tristeza
Perda da autoconfiança
Solidão

Fonte: Facas, 2013.

O segundo fator é *danos sociais*, definido como isolamento e dificuldades nas relações familiares e sociais. Está composto pelos itens:

Tabela 26 – Itens do fator "Danos Sociais"

ITENS
Insensibilidade em relação aos colegas
Dificuldades nas relações fora do trabalho
Vontade de ficar sozinho
Conflitos nas relações familiares
Agressividade com os outros
Dificuldade com os amigos
Impaciência com as pessoas em geral

Fonte: Facas, 2013.

O terceiro fator é *danos físicos*, que diz respeito a dores no corpo e distúrbios biológicos.

Tabela 27 – Itens do fator "Danos Físicos"

ITENS
Dores no corpo
Dores nos braços
Dor de cabeça
Distúrbios digestivos
Dores nas costas
Alterações no sono
Alterações no apetite
Dores nas pernas
Distúrbios circulatórios

Fonte: Facas, 2013.

Para a avaliação, será utilizada uma escala likert de frequência, composta por 5 pontos, conforme figura 6 mostrada anteriormente.

Os itens são negativos, isto é, quanto maior o escore, maiores os riscos psicossociais. Considerando o DP em relação ao ponto médio, os parâmetros para a avaliação de média, DP e frequência do fator serão os seguintes:

Figura 9 – Parâmetros de Avaliação para a Escala de Danos Físicos e Psicossociais

1,00	2,30	3,70	5,00
Risco Baixo	Risco Médio	Risco Alto	
Resultado positivo, representa baixos riscos psicossociais.	Resultado mediano, representa um estado de alerta/situação limite para os riscos psicossociais no trabalho. Demanda intervenções a curto e médio prazo.	Resultado negativo, representa altos riscos psicossociais. Demanda intervenções imediatas nas causas, visando eliminá-las e/ou atenuá-las.	

Fonte: Facas, 2013.

Tabela 28 – Resultados para os Danos Relacionados ao Trabalho

Danos Psicológicos Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Danos Psicologicos	100	1,00	4,14	2,0776	,77932
Valid N (listwise)	100				

Fonte: produção da própria autora.

Tabela 29 – Frequência Danos Psicológicos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Risco Baixo	62	62,0	62,0	62,0
Risco Médio	34	34,0	34,0	96,0
Valid Risco Alto	4	4,0	4,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fonte: produção da própria autora.

Para 96% dos participantes, há baixos a médios danos psicológicos na execução da atividade. A autoconfiança, o coletivo de trabalho e a persistência são os itens que mais protegem os servidores desses riscos. Também favorece a minimização do dano psicológico as reuniões semanais dos servidores, espaço no qual compartilham suas experiências, abrindo um canal de comunicação, permitindo a circulação da palavra, a elaboração e a ressignificação da realidade de trabalho, bem como a participação na gestão dos problemas que os afetam no dia a dia.

Dejours (1996, p. 152) afirma que “a perlaboração coletiva do vivido no trabalho, transforma a relação subjetiva dos trabalhadores com a situação de trabalho”. Isso significa que a elaboração psíquica envolve, ao mesmo tempo, o pensar, o sentir e o falar, não permitindo a distinção entre pensamento e ação.

Ressalta-se que todo o dano, agravo têm um impacto significativo na vida das pessoas e nas organizações. Muitas vezes, o caminho para a prevenção de riscos nocivos às más condições de

trabalho dos servidores é a monetarização. No entanto, o desafio é a eliminação e a inspeção frequente dos riscos, evitando a comercialização do bem estar.

Tabela 30 – Resultados para os Danos Sociais

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Danos Sociais	100	1,00	3,86	2,0300	,75382
Valid N (listwise)	100				

Fonte: produção da própria autora.

Tabela 31 – Frequência Danos Sociais

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Risco Baixo	67	67,0	67,0	67,0
Risco Médio	31	31,0	31,0	98,0
Risco Alto	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fonte: produção da própria autora.

Do total, 98% dos respondentes consideram os danos sociais baixos a médios. Segundo eles, a sensibilidade e a facilidade nas relações interpessoais contribuem para a construção de laços sociais. Freud (1921/1996), em *Psicologia de Grupo e a Análise do Ego*, discute a cooperação e o reconhecimento, que envolve os laços sociais do viver junto no trabalho, um processo que possibilita a criação e a manutenção das relações entre as pessoas. O autor ainda escreve que é por meio da transferência que o sujeito se sente confiante e quer falar, tentar descobrir e compreender o que se passa. Assim, tem facilidade na construção das relações profissionais, amorosas ou sociais.

Tabela 32 - Resultados para os Danos Físicos

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Danos Físicos	100	1,00	5,00	2,7200	,97819
Valid N (listwise)	100				

Fonte: produção da própria autora.

Tabela 33 – Frequência Danos Físicos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Risco Baixo	36	36,0	36,0	36,0
Risco Médio	46	46,0	46,0	82,0
Risco Alto	18	18,0	18,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fonte: produção da própria autora.

Dos respondentes, 82% apontam riscos baixos a médio aos danos físicos. Para os servidores, a sobrecarga física, por exemplo, carregar macas e levantar pessoas, causam muitas dores nas costas e no corpo. São riscos que se acentuam, pois é uma atividade de rotina e exige esforço físico. Lazslo (1996) ressalta que, com o passar dos anos, as dores se agravam e como consequência o relaxamento do corpo não ocorre, causando alterações no sono.

6.6. Análise de Conteúdo Categorial Temática

Da amostra de 100 servidores, 31 responderam à pergunta aberta disposta no Protocolo: “você considera suficiente os itens do Protocolo para investigar os fatores que propiciam o adoecimento no SAMU?” Sugeriram outros conteúdos para avaliar os riscos psicossociais.

Também foi realizada a transcrição completa de 5 (cinco) entrevistas com gestores do SAMU-DF para compreender a organização do trabalho e os riscos psicossociais que envolvem a atividade.

As respostas fizeram emergir, mediante a análise de conteúdo, os seguintes núcleos temáticos estruturadores sobre os riscos psicossociais, como podem ser evidenciados nas tabelas 34 e 35.

Tabela 34 – Adequação de conteúdo aos Núcleos Temáticos Estruturadores Protocolo

Organização Prescrita do Trabalho	Estilo de Gestão	Vivências em relação à atividade	Danos relacionados ao trabalho
Frota sucateada, suja e sem combustível	Inabilidade para negociar com a rede hospitalar	Assumir riscos de vida	Medo
Medicações armazenadas em locais impróprios	Ações reativas e mal planejadas	Descompromisso/falta regulação	Insegurança
Unidades de internação sem capacidade de receber o paciente	Indiferença	Falta acolhimento	Impotência
Realização de serviços braçais frequentes	Ouvidos de “surdos”	Exigência sobre-humana	Corpo limitado/fadiga
Horas extras são pagas com muito atraso	Falsas promessas	Descrédito	Endividamento/tentativa suicídio
Salas de repouso precárias e banheiros compartilhados	Prescrição descumprida pelo normativo	Frustração	Baixa autoestima
Ameaças de traficantes quando salvam vítimas	Normas sobrepõem-se ao real	Tornar-se persecutório	Afastamento do trabalho
Uniformes e botas mal feitos e inadequados para o clima	Orçamento limitado	Descaso	Deformidade nos pés e desconforto térmico
Treinamento inadequado	Define o curso sem escutar os servidores	Treinamento repetitivo	Desmotivação

Fonte: produção da própria autora.

Tabela 35 – Adequação de conteúdo aos Núcleos Temáticos Estruturadores Entrevistas Gestores

Organização Prescrita do Trabalho	Estilo de Gestão	Vivências em relação à atividade	Danos relacionados ao trabalho
Falta sistema informatizado, <i>internet</i> e <i>intranet</i> (faltam aplicativos para relatórios compartilhados)	Burocrático	Descaso	Ansiedade
Falta o básico: revisão dos veículos, telefone, equipamentos de socorro	Lei Orçamentária Anual descumprida	Irresponsabilidade: humano x político	Insegurança, ansiedade
Não aceitar pressões políticas sobre as diretrizes de funcionamento (regras estabelecidas não são cumpridas)	Portarias descumpridas	Descrédito	Impotência
Demora excessiva no trâmite de processos	Falta competência administrativa	Descrédito em inovações	Angústia
Regimento Interno x situação real	Impotência	Sobrecarga	Afastamento do trabalho
Rede insuficiente para o atendimento	“Dá-se um jeito”	Tristeza: “são vidas”	Depressão

Fonte: produção da própria autora.

Além do sistematizado anteriormente, os servidores sugerem a realização de exames médicos e a avaliação psicológica periódicas, com acesso à rede de assistência; políticas de prevenção à saúde adequada à atividade desempenhada; monitoramento de casos críticos, como o abuso de álcool cometido por alguns colegas. Sugerem cursos que envolvam temas ligados aos atendimentos realizados e preparação para lidar com as pessoas em situações de crise.

Os resultados mostram que a fala dos servidores e dos gestores são permeadas por críticas às condições de trabalho, por exemplo, não se procede à lavagem da viatura após um socorro, devido à falta de local ou profissional específico designado para a tarefa; falta de equipamentos adequados para o salvamento; locais precários para as instalações; precarização dos sistemas de comunicação (telefones cortados, falta de informações na *intranet*, acesso à *internet* pago pelos servidores). Também concordam ao admitirem riscos de morte em alguns salvamentos, em locais dominados por gangues e traficantes, que fazem ameaças: “se você salvá-lo, quem morre é você”.

VII. CONCLUSÃO

O objetivo principal deste trabalho foi mapear os riscos psicossociais no SAMU-DF, com vistas a subsidiar ações de prevenção e promoção da saúde.

Os resultados obtidos com o estudo permitiram atingir os objetivos ao analisar qualitativa e quantitativamente os riscos psicossociais nos processos de trabalho; analisar as aproximações e os distanciamentos entre o prescrito e o real com base nos normativos e na rotina diária e, por fim, identificar as variáveis do contexto de trabalho do SAMU-DF não contemplados nas escalas propostas pelo PROART.

No que diz respeito à **organização prescrita do trabalho**, identifica-se que na divisão de tarefas há normas rígidas para execução da atividade, tais como tempo de atendimento, formulários detalhados do socorro realizado, relatórios estatísticos e monitoramento diário nas unidades de saúde da Secretaria de Estado de Saúde que oferecem atendimento de emergência e internação. No entanto, 67% dos servidores apontam riscos médio e alto no real do trabalho pela insuficiência e improvisação de recursos, espaço físico inadequado e equipe reduzida.

A divisão social do trabalho é marcada pelo reconhecimento de saberes durante o convívio interdisciplinar. Porém, a desigualdade na distribuição das tarefas interfere na forma como os servidores se percebem e pode inferir vivências de sofrimento. A dimensão social passa pelas relações de poder, nas quais se privilegia o médico regulador. Os servidores relatam episódios de um trabalho social fragmentado, no qual falta o compartilhamento de regras de ofício, propiciando maior autonomia e ampliação de discussões sobre a flexibilização das normas.

O **estilo de gestão** divide-se entre o gerencialista e o coletivo. O forte controle de regras e normativos orienta os processos de decisão e estabelece os procedimentos de funcionamento. Por outro lado, é impossível o domínio do absoluto, e a troca de experiências entre os membros do grupo ajuda cada um a analisar o sentido de sua experiência, propiciando a sensação de missão cumprida. Assim, apesar do pouco investimento da Instituição, os servidores “vestem a camisa”.

A escala de **sofrimento patogênico** aponta que para 87% dos respondentes o trabalho tem sentido. Para 89% dos participantes há riscos médios e baixo para o esgotamento mental, presente a indignação de ter que submeter a atividade a decisões políticas, somando-se a isso o excesso de sobrecarga física a que estão expostos. 98% dos respondentes sentem-se reconhecidos na atividade que desempenham. O sentido e a relevância do trabalho, o fato de as tarefas não serem banais, bem como o reconhecimento da sociedade pelo serviço prestado protegem os servidores de um sofrimento patogênico.

Os **Danos Físicos e Psicossociais no Trabalho** caracterizam-se pelas dores nas costas, braços e distúrbios do sono. Os agravos psicológicos e sociais são atenuados pela autoconfiança, coletivo de trabalho, persistência, sensibilidade e laços construídos.

A utilização do Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais apontou para fatores importantes e adequados sobre a organização do trabalho que influenciam no adoecimento e prejudicam o funcionamento do SAMU.

Em termos gerais, as variáveis apresentadas no PROART têm significância para traçar um panorama geral sobre os riscos psicossociais no SAMU. No entanto, um instrumento quantitativo tem suas limitações, por não oferecer alternativas diferenciadas das variáveis do instrumento. A complementariedade dos métodos quanti e qualitativo permite o detalhamento, fazendo com que os servidores se reconheçam no resultado da pesquisa.

Assim, para aprofundar as especificidades vivenciadas nas diferentes organizações, é necessário trabalhar de forma complementar com as duas metodologias, no sentido de que os resultados de uma questão, colocada a partir de princípios teórico-metodológicos quantitativos, suscitem novas questões que só possam ser colocadas dentro de princípios qualitativos, ou vice-versa.

À luz da teoria da PDT, foi possível estabelecer um guia dos riscos psicossociais vivenciados no SAMU-DF. A pergunta aberta e as entrevistas mobilizaram os servidores a detalharem as questões ligadas ao ambiente de trabalho, apontando situações que comprometem a sua saúde, tais como revisão da jornada, quantitativo de servidores necessário para execução de tarefas, limpeza e desinfecção das ambulâncias, disponibilização da rede para a realização dos exames periódicos, entre outros descritos neste estudo.

Entretanto, alguns limites foram encontrados para a realização deste estudo. O primeiro deles relaciona-se ao descrédito em pesquisas pelos servidores. Há estudantes de diversas áreas procurando o SAMU para realizar estudos, no entanto, poucas devolutivas foram realizadas. Esse fato desmotiva os servidores a responderem a inventários, questionários e protocolos. Também houve dificuldades de ordem prática, como impossibilidade de reunir os servidores para aplicação do Protocolo. As jornadas são diferenciadas, a equipe é reduzida, houve interrupção no preenchimento diante da necessidade de sair para atender um chamado. No período de aplicação do Protocolo, o órgão estava reestruturando os Núcleos, houve troca do Diretor e dos chefes de equipe, os telefones estavam cortados e havia a ameaça de corte de abastecimento nas ambulâncias. A Portaria nº 995, de 11 de maio de 2016 também havia suspenso a transferência de recursos

financeiros destinados ao custeio mensal das Unidades de Suporte Básico, Avançado e Motolâncias pertencentes à Central de Regulação das Urgências (CRU) do DF.

A devolutiva da pesquisa aos servidores provocou a participação dos presentes, conforme relatos a seguir:

- “Estamos felizes por receber a restituição do estudo. Muitas são as pesquisas realizadas aqui, mas são poucas as restituições” (Núcleo de Pesquisa SAMU);
- “Nos vimos fotografados nessas frases” (servidora);
- “Temos algo de concreto com essa pesquisa, as conversas de corredores foram corporificadas” (servidor);
- “Já que o campo político é muito utilizado na Instituição, precisamos usar os dados para adotar medidas preventivas e valorizar o trabalho do SAMU”.

Futuros encaminhamentos também surgiram nesse espaço: “os dados retratam que temos desejo de trabalhar, mas nos faltam as condições”. Os direcionamentos sugeridos foram: a apresentação do estudo aos diversos Núcleos do SAMU, exposição da pesquisa no Conselho de Saúde do DF com a presença do Secretário de Estado de Saúde, divulgação dos resultados no Conselho Intersetorial de Saúde.

O anuário estatístico do INSS de 2015, no capítulo 3, apresenta dados alarmantes sobre a quantidade de auxílio-doença concedidos por transtornos mentais e comportamentais. São 156.895 auxílios concedidos. (BRASIL, 2015). Apresentar os resultados da pesquisa aos Conselhos é uma forma de iniciar a discussão de um tema que vem causando afastamentos crescentes nas organizações do trabalho. Os riscos psicossociais necessitam ser identificados para que os monitoramentos possam ser efetuados e políticas de prevenção implementadas.

REFERÊNCIAS

ALDERSON, M. La psychodynamique du travail: objet, considerations épistémologiques et premisses théoriques. *Santé mentale au Québec*, v. 29, n. 1, p. 243-260, 2004.

ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2002.

ÁVILA, L. *Doenças do corpo e doenças da alma: investigação psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Escuta, 1996.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. *Protocolo de Atenção à Saúde Mental e Trabalho*. Salvador: DIVAST, 2012.

BARDIN. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Ed. 70, 1977.

BARROS, R. D. B. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Tese (Doutorado), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC, São Paulo, 1994.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. GUARESCHI, P.A. (Trad.). Petrópolis: Vozes, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 24 jan. 2017.

_____. _____. Suspende a transferência de recursos financeiros destinados ao custeio mensal de Unidades de Suporte Básico, Unidades de Suporte Avançado e Motolâncias do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), pertencentes a Central de Regulação das Urgências (CRU) do Distrito Federal. Portaria nº 995, de 11/05/2016. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15 março. 2017

_____. _____. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).

_____. _____. *Política Nacional de Atenção às Urgências*. Brasília, DF, 2006. (Série E. Legislação de Saúde).

_____. _____. *Política Nacional de Atenção às Urgências*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 19. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_2ed.pdf> Acesso em: maio 2016.

_____. _____. Organização Pan-Americana de Saúde no Brasil. *Doenças relacionadas com o trabalho: diagnóstico e condutas: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. _____. Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2004. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 6 nov. 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: fev. 2017.

_____. _____. Portaria nº 2.657/GM, de 16 de dezembro de 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/_16_12_2004.html>. Acesso em: fev. 2017.

_____. Ministério do Trabalho e Previdência Social. Saúde e Segurança do Servidor. Disponível em: <<http://www.mtps.gov.br>>. Ícone Saúde e Segurança do Trabalhador – Estatísticas de Saúde e Segurança no Trabalho. Acesso em: mar.15 de 2016.

_____. Ministério do Trabalho e Previdência Social. Disponível em: www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2015/08/AEPS-2015-FINAL.pdf Acesso em: fev.12 de 2017.

BRITO, C. O. Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho no Brasil no período de 2006 a 2012. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

BULTMANN, U., KANT, I., SCHOER, C.; KASL, S. The relationship between psychosocial work characteristics and fatigue and psychological distress. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, n. 75, p. 259-266, 2002.

CONBOY, J. *A estimativa da magnitude do N de uma amostra*. Aveiro: CIDINE, 1995.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (CONSAD). Grupo de Trabalho Saúde do Servidor, 2011-2012. Disponível em: <<http://www.consad.org.br>>. Acesso em: 9 nov. 2016.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. *Saber preparar uma pesquisa*. S.I.: Hucitec Abrasco, 1997.

COX, T.; GRIFFITHS, A.; RIAL-GONZÁLEZ, E. *Research on Work-related Stress*. European Agency for Safety and Health at Work, Luxemburgo: Serviço de Publicações da União Europeia, 2000.

CROCKER, L.; ALGINA, J. *Introduction to Classical & Modern Test Theory*. Austrália: Thomson Wadsworth, 2006.

DARES ANALYSES. La Prévention des risques professionells. Disponível em: <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2016-013_v.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2016. p. 21.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. F. (Org.). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*, São Paulo: Atlas, 1996, p. 149 -174. v. 1.

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

_____. Psicodinâmica do Trabalho na Pós-Modernidade. In: MENDES, A. M.; LIMA, S. C. C.; FACAS, E. P. (Orgs.). *Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho*. Brasília: Paralelo 15, 2007.

_____. A avaliação do trabalho submetida à prova do real – críticas aos fundamentos de avaliação. In: SZNELWAR, L.; MASCIA, F. (Orgs.) *Trabalho, tecnologia e organização*. São Paulo: Blucher, 2008. p. 31-90.

_____. Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho. *Revista Cult*, n. 139, p. 49-53 2009.

_____. Para uma clínica da mediação entre psicanálise e política: a psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. 3ª ed.. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2011.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK/OSHA. *Estimar o custo dos acidentes e problemas de saúde relacionados com o trabalho*. Luxemburgo: Serviço de Publicações da União Europeia, 2015.

FACAS, E. P. Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho - Contribuições da Psicodinâmica do Trabalho. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

_____; MACHADO, A. C. A; MENDES, A. M. B. A negação do saber operário no trabalho automatizante: análise psicodinâmica do trabalho de pilotos de trem de metrô do Distrito Federal. *Revista Amazônica*, v. IX, p. 44-68, 2012.

FERREIRA, M. C. “Chegar feliz e sair feliz do trabalho”: aportes do reconhecimento no trabalho para uma ergonomia aplicada à qualidade de vida no trabalho. In: Mendes, A. M. (Org.). *Trabalho e saúde – O sujeito entre emancipação e servidão*. Curitiba: Juruá, 2008.

_____; MENDES, A. M. *Trabalho e Riscos de Adoecimento: O Caso dos Auditores-Fiscais da Previdência Social Brasileira*. Brasília: LPA Edições, 2003.

FIGUEIREDO-FILHO, D. B.; SILVA-JUNIOR, J. A. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opin. Publica*, Campinas, v. 16, n. 1, 2010.

FLICK, U.; VON KARDOFF, E.; STEINKE, I. (Orgs.) Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. [O que é pesquisa qualitativa? Uma introdução.]. In: FLICK, U.; VON KARDORFF, E.; STEINKE, I. (Orgs.). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* [Pesquisa qualitativa - um manual]. Reinbek: Rowohlt, 2000. p. 1.329.

FRANÇA. MINISTÉRIO DO TRABALHO, EMPREGO E DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL. Dares Analyses: Inquéritos e Estatísticas. Disponível em: <www.legifrance.gouv.fr>. Acesso em: 14 nov. 2016.

FREUD, S. Psicologia do Grupo e Análise do Ego. In: *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1921/1996. V. XVIII.

_____. O Mal-Estar na Civilização. In: FREUD, S. *O Futuro de uma Ilusão, o Mal-Estar na Civilização e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1930/1996.

_____. Além do Princípio do Prazer. In: FREUD, S. *O Futuro de uma Ilusão, o Mal-Estar na Civilização e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1930/1996.

GAULEJAC, V.. *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*, São Paulo: Ideias & Letras, 2007.

GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: Esta é a questão? *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 22, n. 2, p.201-210, 2006.

KAES, R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições In: *A Instituição e as instituições*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

KELSEY, J. L.; THOMPSON, W. D.; EVANS, A. S. *Methods in Observational Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 1986.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LAZSLO, A. *Investigação Psicossomática Psicanalítica: doenças do corpo e da alma*. São Paulo.: Editora Escuta, 1996.

LEÃO, L. R.; GOMEZ, C. M. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. *Ciência Saúde Coletiva (online)*, v.19, n. 12, p.4.649-4.658, 2014. ISSN 1413-8123.

LOURAU, R. *Análise Institucional e Técnicas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: NAPE/UERJ, 1993.

LUDKE, A. M. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU; 1986.

MARTINS, S.R. Subjetividade (intersubjetividade) Em VIEIRA, F.O; MENDES, A.M.& MERLO, A.R.C. *Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho*. Curitiba: Juruá, 2013.

MENDES, A. M.; ARAUJO, L. K. R. *Clínica Psicodinâmica do Trabalho*. 2. ed. Curitiba: Juruá, 2012.

_____; MULLER, T. Prazer no trabalho. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. *Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho*. Curitiba: Juruá, 2013.

_____; Da Psicodinâmica à Psicopatologia do Trabalho Em Mendes, A.M. (org.) *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, métodos e pesquisas*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2007.

_____; FERREIRA, M.C; Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA: Instrumento Auxiliar Diagnóstico de Indicadores Críticos do Trabalho. Em Mendes, A.M. (org.) *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, métodos e pesquisas*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2007.

MIJOLLA-MELLOR, S. Sublimação. In: MIJOLLA, A. (Org.). *Dicionário Internacional da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

MINAYO, M. C. S.; MINAYO-GÓMEZ, C. Dífíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Orgs.), *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 117-142.

MONTEIRO, G. T. R.; MONTEIRO, H. R. *Pesquisa em Saúde Pública*. Curitiba: Appris, 2014.

MORAES, R. D. Sofrimento Criativo e Patogênico. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. *Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho*. Curitiba: Juruá, 2013.

MOURA NETO, Francisco Drumond Marcondes. *Protocolo de saúde mental e trabalho: apontamentos teóricos e técnicos para investigação da relação entre agravos à saúde mental e o trabalho*. Cartilha elaborada pelo Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador/ Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador/Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Salvador, Bahia: [s/ed.], 2014.

OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH AT WORK. Inquéritos e Estatísticas. Disponível em: <<https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications>>. Acesso em: nov. 2015. p. 9.

OLIVEIRA, N. T. Somatização e sofrimento no trabalho. *Revista Virtual Textos & Contextos*. v. 2, n. 1, p. 1-14, 2003.

OLIVEIRA, S. S. S. Pós-Doutoramento no Centro de Psicologia da Universidade do Porto Unidade FCT:PSY – Norte- Porto-50, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto (Portugal), 2013.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO . *A prevenção das doenças profissionais*. Disponível em: <http://www.oit.org.br/sites/default/files/topic/gender/doc/safeday2013%20final_1012.pdf>. Acesso em: 7 set. 2013.

PAZ, M.G.T. & MENDES, A.M.. Estilos de Funcionamento Organizacional *Em SIQUEIRA, M.M.M. (Org.) Medidas de Comportamento Organizacional: ferramentas de diagnóstico e gestão*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

PERCY, A. E DIAZ, L. *Pepe Mujica- Simplesmente Humano*. Rio de Janeiro: Sextante, 2015.

POLIT, D. ; HUNGER, B. *Investigación científica en ciencias de la salud*. McGraw Hill – Interamericana: México, 2000.

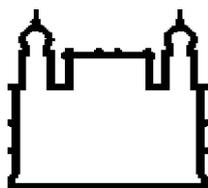
PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS – PNUD. *Relatório de Desenvolvimento Humano*. Brasília: PNUD, 2009

SERVIÇO MÓVEL DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS. O Serviço do SAMU. Disponível em: <[http:// www.samu/df](http://www.samu/df)>. Acesso em: maio 2016. p. 8.

SCHIFFMAN, L.; KANUK, L. *Comportamento do consumidor*. 6. ed. São Paulo: LTC Editora, 2000. p. 27.

SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL. SUSESO – ISTAS 21. Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. *Manual de Uso*. Chile: Superintendencia de Seguridad Social, 2009.

APÊNDICES



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



APÊNDICE A – TCLE (PROART)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho no SAMU-DF**” desenvolvida por **Luciane Kozicz Reis Araujo**, discente do Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora **Dra. Simone Santos Oliveira**.

O convite para sua participação se deve ao fato de ser servidor(a) do SAMU-DF, sendo o objetivo central da pesquisa avaliar as potencialidades do Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho para investigar o absenteísmo-adoecimento dos servidores do SAMU-DF, com vistas a subsidiar ações de prevenção e promoção da saúde.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado(a) de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir de participar. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo(a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar à pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Sua participação consistirá em responder ao Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho (PROART). A durabilidade de aplicação será de **25 a 30 minutos**.

Os dados dos resultados da aplicação do PROART serão armazenados, em arquivos digitais, mas somente terão acesso a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 466/2012 e orientações do CEP/ENSP.

Rubrica Participante: _____

Rubrica Pesquisador: _____

O benefício indireto relacionado à sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir coletivamente para o mapeamento dos riscos psicossociais no SAMU-DF e o benefício direto é a possibilidade de autorreflexão sobre os aspectos psicossociais no trabalho.

A participação na pesquisa pode trazer riscos de constrangimento durante o preenchimento do protocolo, pelo fato de relembrar situações desagradáveis vivenciadas no trabalho. Porém, a pesquisadora estará atenta e tomará medidas para minimizá-los. No entanto, a pesquisa não prevê danos a sua participação.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, na produção de artigos científicos e na dissertação.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção dos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel. e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Website: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>.

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo – Manguinhos – Rio de Janeiro-RJ – CEP: 21041-210

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Tel.: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-mail: conep@saude.gov.br

Luciane Kozicz Reis Araujo

Contato com a pesquisadora responsável:

Tel.: (0XX) 61- 83774554 - 99353347

E-mail: lukrar@terra.com.br

Brasília, de setembro de 2016.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

APÊNDICE B – TCLE (ENTREVISTA GESTORES)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho no SAMU-DF**” desenvolvida por **Luciane Kozicz Reis Araujo**, discente do Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora **Dra. Simone Santos Oliveira**.

O convite para sua participação se deve a ser servidor(a) do SAMU-DF, sendo o objetivo central da pesquisa avaliar as potencialidades do Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho para investigar o absenteísmo-adoecimento dos servidores do SAMU-DF, com vistas a subsidiar ações de prevenção e promoção da saúde.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado(a) de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir de participar. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo(a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar à pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Sua participação consistirá em responder às perguntas sobre a organização do trabalho no seu Núcleo. A durabilidade de aplicação será de **1 hora e será gravada**.

Os dados das discussões com o grupo serão armazenados, em arquivos digitais, mas somente terão acesso a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 466/2012 e orientações do CEP/ENSP.

Rubrica Participante: _____

Rubrica Pesquisador: _____

O benefício indireto relacionado à sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir coletivamente para o mapeamento dos riscos psicossociais no SAMU-DF e o benefício direto é a possibilidade de autorreflexão sobre os aspectos psicossociais no trabalho.

A participação na pesquisa pode trazer riscos de constrangimento durante a fala sobre as dificuldades encontradas na sua atividade, pelo fato de relembrar situações desagradáveis vivenciadas no trabalho. Porém, a pesquisadora estará atenta e tomará medidas para minimizá-los. No entanto, a pesquisa não prevê danos a sua participação.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, na produção de artigos científicos e na dissertação.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção dos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel. e Fax: (0XX) 21- 25982863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Website: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>.

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo – Manguinhos – Rio de Janeiro-RJ – CEP: 21041-210

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Tel.: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-mail: conep@saude.gov.br

Luciane Kozicz Reis Araujo

Contato com a pesquisadora responsável:

Tel.: (0XX) 61- 83774554 - 99353347

E-mail: lukrar@terra.com.br

Brasília, de setembro de 2016.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

APÊNDICE C – INSTRUMENTOS DE PESQUISA

C.1. – PROART

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

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre				
O número de trabalhadores é suficiente para a execução das tarefas				1	2	3	4	5
Os recursos de trabalho são em número suficiente para a realização das tarefas				1	2	3	4	5
O espaço físico disponível para a realização do trabalho é adequado				1	2	3	4	5
Os equipamentos são adequados para a realização das tarefas				1	2	3	4	5
Há clareza na definição das tarefas				1	2	3	4	5
Há justiça na distribuição das tarefas				1	2	3	4	5
Os funcionários participam das decisões sobre o trabalho				1	2	3	4	5
A comunicação entre chefe e subordinado é adequada				1	2	3	4	5
Tenho autonomia para realizar as tarefas como julgo melhor				1	2	3	4	5
Há qualidade na comunicação entre os funcionários				1	2	3	4	5
As informações de que preciso para executar minhas tarefas são claras				1	2	3	4	5
O ritmo de trabalho é adequado				1	2	3	4	5
Os prazos para a realização das tarefas são flexíveis				1	2	3	4	5
A avaliação do meu trabalho inclui aspectos além da minha produção				1	2	3	4	5
Há flexibilidade nas normas para a execução das tarefas				1	2	3	4	5
As orientações que me são passadas para realizar as tarefas são coerentes entre si				1	2	3	4	5
As tarefas que executo em meu trabalho são variadas				1	2	3	4	5
Tenho liberdade para opinar sobre o meu trabalho				1	2	3	4	5
Possuo condições adequadas para alcançar os resultados esperados do meu trabalho				1	2	3	4	5

Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde à **avaliação** que você faz sobre **a forma de gestão utilizada na sua organização**.

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre	
Em meu trabalho, incentiva-se a idolatria dos chefes	1	2	3	4	5
Os gestores desta organização se consideram insubstituíveis	1	2	3	4	5
Aqui os gestores preferem trabalhar individualmente	1	2	3	4	5
Nesta organização os gestores se consideram o centro do mundo	1	2	3	4	5
Os gestores desta organização fazem qualquer coisa para chamar a atenção	1	2	3	4	5
É creditada grande importância para as regras nesta organização	1	2	3	4	5
A hierarquia é valorizada nesta organização	1	2	3	4	5
Os laços afetivos são fracos entre as pessoas desta organização	1	2	3	4	5
Há forte controle do trabalho	1	2	3	4	5
O ambiente de trabalho se desorganiza com mudanças	1	2	3	4	5
Existe rigoroso planejamento das ações	1	2	3	4	5
As pessoas são compromissadas com a organização mesmo quando não há retorno adequado	1	2	3	4	5
O mérito das conquistas na empresa é de todos	1	2	3	4	5
O trabalho coletivo é valorizado pelos gestores	1	2	3	4	5
Para esta organização, o resultado do trabalho é visto como uma realização do grupo	1	2	3	4	5
As decisões nesta organização são tomadas em grupo	1	2	3	4	5
Somos incentivados pelos gestores a buscar novos desafios	1	2	3	4	5
Os gestores favorecem o trabalho interativo de profissionais de diferentes áreas.	1	2	3	4	5
A competência dos trabalhadores é valorizada pela gestão	1	2	3	4	5
Existem oportunidades semelhantes de ascensão para todas as pessoas	1	2	3	4	5
Os gestores se preocupam com o bem-estar dos trabalhadores	1	2	3	4	5
A inovação é valorizada nesta organização	1	2	3	4	5

Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde à **avaliação** que você faz das suas **vivências em relação ao seu trabalho atual**.

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre	
Sinto-me inútil em meu trabalho	1	2	3	4	5
Considero minhas tarefas insignificantes	1	2	3	4	5
Sinto-me improdutivo no meu trabalho	1	2	3	4	5
A identificação com minhas tarefas é inexistente	1	2	3	4	5
Sinto-me desmotivado para realizar minhas tarefas	1	2	3	4	5
Meu trabalho é irrelevante para o desenvolvimento da sociedade	1	2	3	4	5
Meu trabalho é sem sentido	1	2	3	4	5
Minhas tarefas são banais	1	2	3	4	5
Meu trabalho é cansativo	1	2	3	4	5
Meu trabalho é desgastante	1	2	3	4	5
Meu trabalho me frustra	1	2	3	4	5
Meu trabalho me sobrecarrega	1	2	3	4	5
Meu trabalho me desanima	1	2	3	4	5
Submeter meu trabalho a decisões políticas é fonte de revolta	1	2	3	4	5
Meu trabalho me faz sofrer	1	2	3	4	5
A submissão do meu chefe a ordens superiores me causa revolta	1	2	3	4	5
Permaneço neste emprego por falta de oportunidade no mercado trabalho	1	2	3	4	5
Meu trabalho me causa insatisfação	1	2	3	4	5
Meus colegas desvalorizam meu trabalho	1	2	3	4	5
Falta-me liberdade para dizer o que penso sobre meu trabalho	1	2	3	4	5
Meus colegas são indiferentes comigo	1	2	3	4	5
Sou excluído do planejamento de minhas próprias tarefas	1	2	3	4	5
Minha chefia trata meu trabalho com indiferença	1	2	3	4	5
É difícil a convivência com meus colegas	1	2	3	4	5
O trabalho que realizo é desqualificado pela chefia	1	2	3	4	5
Falta-me liberdade para dialogar com minha chefia	1	2	3	4	5
Há desconfiança na relação entre chefia e subordinado	1	2	3	4	5

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

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre	
Amargura	1	2	3	4	5
Sensação de vazio	1	2	3	4	5
Mau-humor	1	2	3	4	5
Vontade de desistir de tudo	1	2	3	4	5
Tristeza	1	2	3	4	5
Perda da autoconfiança	1	2	3	4	5
Solidão	1	2	3	4	5
Insensibilidade em relação aos colegas	1	2	3	4	5
Dificuldades nas relações fora do trabalho	1	2	3	4	5
Vontade de ficar sozinho	1	2	3	4	5
Conflitos nas relações familiares	1	2	3	4	5
Agressividade com os outros	1	2	3	4	5
Dificuldade com os amigos	1	2	3	4	5
Impaciência com as pessoas em geral	1	2	3	4	5
Dores no corpo	1	2	3	4	5
Dores no braço	1	2	3	4	5
Dor de cabeça	1	2	3	4	5
Distúrbios digestivos	1	2	3	4	5
Dores nas costas	1	2	3	4	5
Alterações no sono	1	2	3	4	5
Dores nas pernas	1	2	3	4	5
Distúrbios Circulatórios	1	2	3	4	5
Alterações no apetite	1	2	3	4	5

Você considera suficientes os itens do Protocolo para investigar os fatores que propiciam o adoecimento no SAMU? Se a sua resposta for negativa, quais os itens que você acrescentaria?

Quais são as principais dificuldades que você enfrenta em seu trabalho?

Como faz para lidar com essas dificuldades?

Para finalizar, preencha os seguintes dados complementares:

Idade: _____ anos

Sexo: () Masculino () Feminino

Escolaridade

- () Até Ensino Médio
- () Superior Incompleto
- () Superior Completo
- () Pós-Graduação

Estado Civil

- () Solteiro
- () Casado/União Estável
- () Divorciado/Separado
- () Viúvo

Cargo Atual

Lotação

Tempo de Serviço na Instituição

_____ ano(s) e _____ mês(es)

Tempo de Serviço no Cargo Atual

_____ ano(s) e _____ mês(es)

Tipo de Contrato de Trabalho

- () Efetivo – CLT
- () Efetivo – Concursado
- () Estagiário
- () Outro: _____

Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano

- () Nenhum
- () 1 ou 2
- () 3 ou mais

C.2. – Roteiro da entrevista semiestruturada com os Gestores dos Núcleos

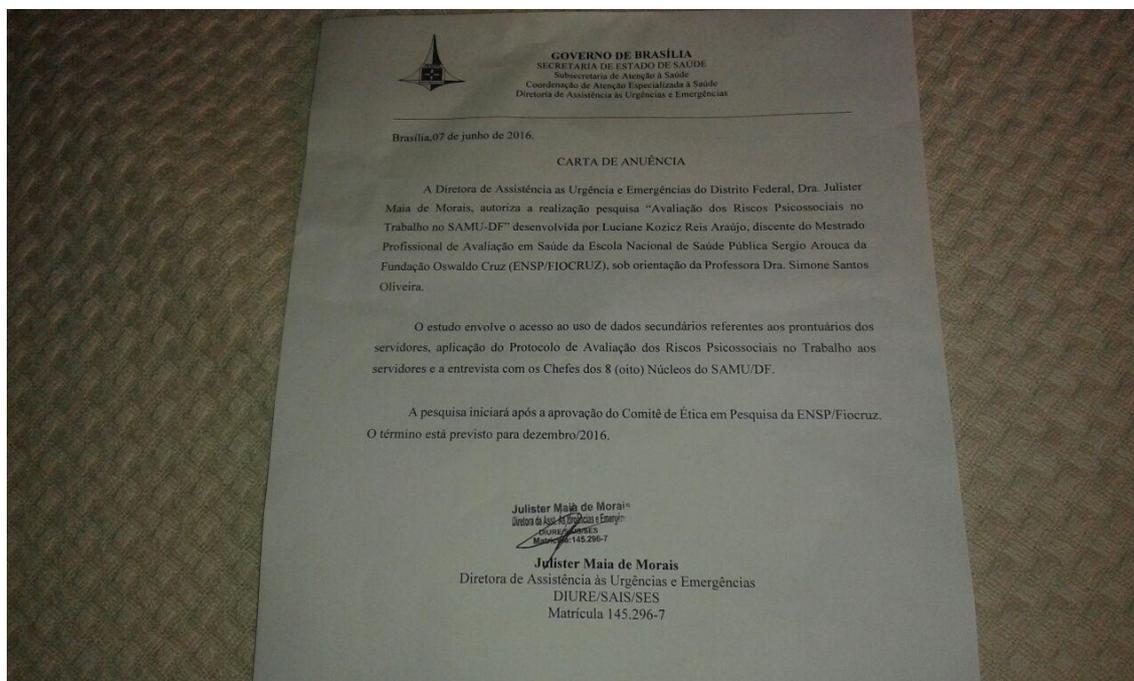
Objetivo: conhecer a organização do trabalho (como ocorre a divisão da tarefa e social do trabalho), o estilo de gestão praticado e os principais problemas enfrentados na atividade.

Perguntas norteadoras:

1. Fale-me sobre o seu trabalho (características da atividade, normas, ritmo, processos e controle de trabalho; ambiente físico, equipamentos, materiais utilizados, apoio institucional e práticas de Gestão de Pessoas; fluxo de comunicação e interações profissionais entre os pares).
2. O seu trabalho tem afetado o seu comportamento e sua saúde?
3. Quais os principais problemas enfrentados por você na execução do seu trabalho?
4. Como você lida com essas dificuldades para dar andamento a sua atividade?
5. Você tem alguma sugestão para melhorar a organização do trabalho no SAMU?
6. Você poderia listar os principais riscos psicossociais vivenciados no SAMU?

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA



ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENSP/FIOCRUZ

Sr.(a) Pesquisador(a),

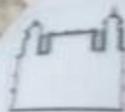
O projeto Avaliação dos riscos psicossociais no trabalho no SAMU-DF com número CAAE 57133616.3.0000.5240, tem data de início prevista para 31/07/2016. Esta mensagem é meramente informativa e baseada na data da primeira etapa descrita no cronograma aprovado. Por favor, ignore-a se não fizer sentido para a corrente situação do projeto de pesquisa.

Atenciosamente,

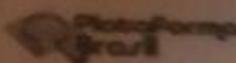
Plataforma Brasil

www.saude.gov.br/plataformabrasil

plataformabrasil@saude.gov.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP FIOCRUZ



Continuação do Parecer 1.711.210

Considerações Finais a critério do CEP:

ATENÇÃO: "Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, copatrocínio, modificação no orçamento), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP solicitando as alterações necessárias, a nova folha de rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e entregue a via original no CEP ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA."

* Em atendimento ao subitem 8.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final [...] após o encerramento da pesquisa, detalhando seus resultados". O relatório deve ser enviado ao CEP pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". O modelo de relatório que deve ser seguido se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/pt-br.

* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como emenda. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a modificação.

* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Formulário de Encaminhamento_modificação_LucianaReis.pdf	31/06/2016 11:20:51	Mayara Matos Silva	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_736792.pdf	31/07/2016 11:15:44		Aceito
Cronograma	Cronograma_detalhado_modificado.docx	31/07/2016 11:15:13	Luciane Kozicz Reis Araujo	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	formulario_resp_pend_parecer_1629623_modificado.doc	31/07/2016 11:12:42	Luciane Kozicz Reis Araujo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_Gestores_modificado.pdf	31/07/2016 11:07:29	Luciane Kozicz Reis Araujo	Aceito

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Tênis

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.245-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

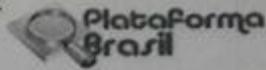
Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.711.215

Ausência	TCLE_Gestores_modificado.pdf	31/07/2016 11:07:29	Luciane Kozicz Reis Araujo	Aceito
Outros	formulario_resp_pend_parecer_1629923.doc	14/07/2016 15:46:18	Luciane Kozicz Reis Araujo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_SAMU_modificado.doc	14/07/2016 15:34:26	Luciane Kozicz Reis Araujo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROART_modificado.docx	14/07/2016 15:21:27	Luciane Kozicz Reis Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCUD.jpg	14/07/2016 15:20:55	Luciane Kozicz Reis Araujo	Aceito
Outros	FolhaRosto_LucianeKozicz.pdf	10/07/2016 00:21:49	Carla Lourenço Tavares de Andrade	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto_lucianeKozicz.pdf	15/06/2016 14:43:26	Luciane Kozicz Reis Araujo	Aceito
Outros	Instrumento.docx	15/06/2016 14:42:39	Luciane Kozicz Reis Araujo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CartadeAnuencia_SES_Brasilia.pdf	15/06/2016 14:41:32	Luciane Kozicz Reis Araujo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_SAMU.doc	13/06/2016 10:38:51	Luciane Kozicz Reis Araujo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gestores.docx	08/06/2016 14:51:47	Luciane Kozicz Reis Araujo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROART.docx	08/06/2016 14:50:17	Luciane Kozicz Reis Araujo	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	08/06/2016 14:48:39	Luciane Kozicz Reis Araujo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br